



PORTADA



SUMARIO



ANTERIOR



SIGUIENTE

65 CONGRESO NACIONAL 20-22 OCTUBRE 2020

LIBRO DE COMUNICACIONES

FORMANDO EQUIPO



SUMANDO VALOR

Patrocinado por:



JUNTA DE GOBIERNO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA

PRESIDENTA

DÑA. OLGA DELGADO SÁNCHEZ

VICEPRESIDENTE

D. JORDI NICOLÁS PICÓ

TESORERO

D. JOSÉ ANTONIO MARCOS RODRÍGUEZ

SECRETARIA

DÑA. CECILIA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ-LLAMAZARES

DELEGADA AUTONÓMICA ANDALUCÍA

DÑA. BEGOÑA TORTAJADA GOITIA

DELEGADA AUTONÓMICA ARAGÓN

DÑA. M. DOLORES SOLANO ARAMENDIA

DELEGADO AUTONÓMICO BALEARES

D. PERE VENTAYOL BOSCH

DELEGADO AUTONÓMICO CANARIAS

D. FERNANDO GUTIÉRREZ NICOLAS

DELEGADO AUTONÓMICO CANTABRIA

D. DAVID GÓMEZ GÓMEZ

DELEGADA AUTONÓMICA CASTILLA Y LEÓN

DÑA. BLANCA DE LA NOGAL FERNÁNDEZ

DELEGADO AUTONÓMICO CASTILLA - LA MANCHA

D. JUAN CARLOS VALENZUELA GÁMEZ

DELEGADA AUTONÓMICA CATALUÑA

DÑA. EDURNE FERNÁNDEZ DE GAMARRA MARTÍNEZ

DELEGADA AUTONÓMICA COMUNIDAD DE MADRID

DÑA. EVA M^a NEGRO VEGA

DELEGADO AUTONÓMICO COMUNIDAD DE MURCIA

D. PABLO DE LA CRUZ MURIE

DELEGADA AUTONÓMICA COMUNIDAD VALENCIANA

DÑA. ROSA FUSTER RUIZ DE APODACA

DELEGADA AUTONÓMICA EXTREMADURA

DÑA. M. JOSÉ IZQUIERDO PAJUELO

DELEGADA AUTONÓMICA GALICIA

DÑA. BELÉN PADRÓN RODRÍGUEZ

DELEGADA AUTONÓMICA LA RIOJA

DÑA. PILAR BLÁZQUEZ BEA

DELEGADA AUTONÓMICA NAVARRA

DÑA. ANA ORTEGA ESLAVA

DELEGADA AUTONÓMICA PAÍS VASCO

DÑA. GARBIÑE LICEAGA CUNDIN

DELEGADA AUTONÓMICA PRINCIPADO DE ASTURIAS

DÑA. CRISTINA CALZÓN BLANCO

VOCAL DE RESIDENTES

D. JOSÉ M. SALAS PÉREZ

ISBN: 978-84-09-24493-5

Deposito Legal: M-29627-2020



PRESENTACIÓN

Estimados compañeros y compañeras,

Os damos la bienvenida al 65 Congreso Nacional y I Congreso Virtual de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), que se celebrará en Barcelona del 20 al 22 de octubre de 2020. Este será un año que pasará a la historia por la grave crisis de la pandemia por coronavirus y por todos los cambios que nos ha traído, pero hemos querido que nuestro Congreso siga ofreciendo una oportunidad de encuentro, de trabajo, de reflexión y de crecimiento.

Para esta gran ocasión hemos creado un equipo con tres coordinadoras y un magnífico grupo de compañeros, los integrantes del Comité, muy ilusionados con este proyecto. Entre todos hemos diseñado un congreso que esperamos que sea de interés para todos los socios y para otros profesionales y compañeros.

En este congreso queremos poner el foco en el conocimiento que nos permite desempeñar nuestra labor y queremos centrarnos en los distintos equipos de los que formamos parte y que son clave para conseguir resultados exitosos en nuestras actividades. Formamos equipo con nuestros compañeros de los servicios de farmacia, con nuestros colegas en los grupos de trabajo de nuestra Sociedad, con otros profesionales sanitarios de distintos ámbitos, con los pacientes y cuidadores, con la administración y con otros agentes implicados en la salud de las personas, y de esta forma avanzamos juntos. El equipo nos impulsa y nos da fuerza. Y como dice el lema del congreso, FORMANDO EQUIPO, SUMANDO VALOR.

El próximo congreso de la SEFH estará marcado por el reto organizativo que ha supuesto el cambio a un formato virtual. Se ha adaptado el programa para hacerlo posible y se han incorporado algunas novedades con nuevos formatos de sesiones. Queremos llegar a todos los socios y combinar espacios de debate con la presentación de novedades de interés para los farmacéuticos clínicos.

Después de 18 años el congreso de la SEFH tenía previsto volver a Barcelona y aunque no sea posible celebrar esta cita presencial os esperamos a todos y deseamos que durante unos días se acorten las distancias que nos separan. Asumimos este reto y esta responsabilidad y ya estamos trabajando para poder ofrecer una experiencia que nos haga crecer y mejorar. Esperamos seguir formando equipo con todos vosotros, fijar nuevas metas y objetivos, entrenar, aprender y disfrutar juntos de cada paso que demos en nuestra profesión.

Buen viaje al 2020, que está cada vez más cerca, buen viaje a Barcelona y al próximo congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.



COMITÉ



Edurne Fernández de Gamarra Martínez
Coordinadora
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Barcelona



M^a Queralt Gorgas Torner
Coordinadora
Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona



Dolores Soy Muner
Coordinadora
Hospital Clínic. Barcelona



Ana Ayestarán Altuna
Miembro
Hospital de Barcelona. Barcelona



Núria Bosacoma Ros
Miembro
Fund. Hospital de Palamós - SSIBE. Girona



Marta Cabré Serres
Miembro
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.
Tarragona



Lluís Campins Bernadàs
Miembro
Consorci Sanitari del Maresme. Barcelona



Sara Cobo Sacristán
Miembro
Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona



Rosa Farré Riba
Miembro
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona



Mònica Gómez Valent
Miembro
Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí de
Sabadell. Barcelona



Irene Manques Bafalluy
Miembro
Hospital Universitari Arnau de Vilanova.
Lleida



Carles Quiñones Ribas
Miembro
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.
Badalona



Nuria Rudi Sola
Miembro
Hospital General de Granollers. Barcelona



Daniel Sevilla Sánchez
Miembro
Hospital Universitari de Vic. Barcelona

COLABORADORES

REVISORES EN FASE ADMINISTRATIVA

ALONSO MARTÍNEZ, CARLA
 GARCÍA ORTEGA, PATRICIA
 GRAS MARTÍN, LAURA
 LÓPEZ VINARDELL, LAIA
 PARRAMÓN TEIXIDÓ, CARLOS JAVIER
 PÉREZ CONTEL, ALBA
 PRAT DOT, MARTA
 ROURA TURET, JUDIT

EVALUADORES TRANSVERSALES

AGUILAR SALMERÓN, RAQUEL
 AYESTARAN ALTUNA, ANA
 BELLÉS MEDALL, MARÍA DOLORES
 BOSACOMA ROS, NURIA
 CABRÉ SERRES, MARTA
 CAMPINS BARNADAS, LLUIS
 COBO SACRISTÁN, SARA
 DE LORENZO PINTO, ANA
 DE MIGUEL CASCÓN, MONIKE
 FARRE RIBA, MARÍA ROSA
 FDEZ. DE GAMARRA MARTÍNEZ, EDURNE
 GARCÍA ROBLES, ANA ALEJANDRA
 GIL NAVARRO, MARÍA VICTORIA
 GORGAS TORNER, MARIA QUERALT
 GUTIÉRREZ URBON, JOSÉ MARÍA
 ILLARO URANGA, AITZIBER
 LIZEAGA CUNDIN, GARBIÑE
 LÓPEZ CABEZAS, CARMEN
 LOZANO BLÁZQUEZ, ANA
 MANGUES BAFALLUY, IRENE
 MARGUSINO FRAMIÑÁN, LUIS
 MARTINEZ BAUTISTA, MARÍA JOSE
 MILARA PAYÁ, JAVIER
 MOLINA GARCÍA, TERESA
 MORILLO VERDUGO, RAMÓN ALEJANDRO
 NEGRO VEGA, EVA MARÍA
 PADRÓN RODRÍGUEZ, BELÉN
 PINTIÑO BLANCO, MANEL
 PLATA PANIAGUA, SERGIO
 QUIÑONES RIBAS, CARLES
 ROBUSTILLO CORTÉS, M^a DE LAS AGUAS
 RUDI SOLA, NURIA
 SEVILLA SÁNCHEZ, DANIEL
 SOY MUNER, DOLORS

EVALUADORES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

ACHAU MUÑOZ, RUBÉN
 AIS LARISGOITIA, ARANCHA
 ALDAZ PASTOR, AZUCENA
 ÁLVAREZ PAYERO, MIRIAM
 AQUERRETA GONZALEZ, IRENE
 AROCAS CASAÑ, VICENTE
 BACHILLER CACHO, M^a PILAR
 BARCIA MARTÍN, MARÍA ISABEL
 BERISA PRADO, SILVIA
 BERNÁRDEZ FERRÁN, BEATRIZ
 BILBAO GÓMEZ-MARTINO, CRISTINA
 BLANCO SÁNCHEZ, GERMÁN
 BONILLA PEÑARRUBIA, RODRIGO
 CABAÑAS POY, M^a JOSÉ
 CAMPINO VILLEGAS, AINARA
 CAÑETE RAMÍREZ, CARME
 CARRETERO ABASCAL, JOSÉ MANUEL
 CASTRESANA ELIZONDO, MARTA
 CIRUJEDA RANZENBERGER, CHRISTINE
 CLEMENTE ANDÚJAR, MANUEL
 DE AGUSTÍN SIERRA, LORENA
 DE POURCQ, JAN THOMAS
 DELGADO TÉLLEZ DE CEPEDA, LAURA
 DOMENECH MORAL, LAURA
 DOMÍNGUEZ CANTERO, MARCELO
 FLOX BENITEZ, M^a PILAR
 FOLGUERA OLIAS, CARLOS
 FRÍAS RUIZ, PABLO
 GALLARDO ANCIANO, JARA
 GARCÍA CASES, SERGIO
 GARCÍA CEREZUELA, MARÍA DOLORES
 GARCÍA MARTÍN, M^a ANGELES
 GARIN ESCRIVÁ, NOÉ
 GARRIDO CORRO, BEATRIZ
 GASPAR CARREÑO, MARISA
 GAVIRA MORENO, ROCÍO
 GIMÉNEZ MANZORRO, ÁLVARO
 GIMENO GRACIA, MERCEDES
 GOMIS PASTOR, MAR
 GONZÁLEZ BUENO, JAVIER
 GONZÁLEZ PÉREZ, YARED
 GONZÁLEZ VALDIVIESO, JUAN
 HERRERO AMBROSIO, ALICIA
 IZQUIERDO PAJUELO, MARIA JOSÉ
 LARRODÉ LECIÑENA, ITZIAR
 LEACHE ALEGRÍA, LEIRE
 LOBATO MATILLA, ELENA
 LÓPEZ GIMÉNEZ, LEOCADIO RAFAEL
 LÓPEZ GONZÁLEZ, ANA MARÍA
 LÓPEZ-GIL OTERO, MARÍA DEL MAR
 LUQUE PARDOS, SONIA
 MARCO DEL RÍO, JOSÉ
 MARÍN CASINO, MONICA
 MAROTO HERNANDO, MIRIAM
 MARTÍN CEREZUELA, MARÍA
 MARTÍN DE ROSALES CABRERA, ANA M^a
 MARTÍNEZ CAMACHO, MANUELA
 MARTÍNEZ LÓPEZ, ICÍAR
 MARTÍNEZ NIETO, CONCEPCIÓN
 MARTÍNEZ NUÑEZ, MARÍA EUGENIA
 MAS SERRANO, PATRICIO
 MEGÍAS VERICAT, JUAN EDUARDO

MEJUTO PÉREZ DEL MOLINO, BEATRIZ
 MENCHEN VISO, BELÉN
 MERINO BOHÓRQUEZ, VICENTE
 MESTRES MIRALLES, CONCEPCIÓN
 MONFORTE GASQUE, MARÍA PILAR
 MONTERO HERNANDEZ, MÓNICA
 MORENO RAMOS, FRANCISCO
 MULLERA MARTÍN, MARTA
 NAVARRO AZNAREZ, HERMINIA
 OLARIAGA SARASOLA, OLATZ
 RAMÍREZ HERRAIZ, ESTHER
 REAL CAMPAÑA, JOSÉ MANUEL
 REDONDO CAPAFONS, SUSANA
 ROCA ANDREU, MARIONA
 RODRÍGUEZ GLEZ., CARMEN GUADALUPE
 RODRÍGUEZ PENIN, ISAURA
 SAN MIGUEL ELCANO, RAMÓN
 SANABRIAS FDEZ. DE SEVILLA, RAQUEL
 SÁNCHEZ GUERRERO, AMELIA
 SÁNCHEZ RUBIO FERNÁNDEZ, JAVIER
 SANGRADOR RASERO, ANA
 SANTIAGO PÉREZ, ALEJANDRO
 SOBRINO JIMÉNEZ, CARMEN
 SOLÉ FABRE, NÚRIA
 SORIANO IRIGARAY, LETICIA
 TEVAR ALFONSO, ENRIQUE
 VÁZQUEZ POLO, M^a AMPARO
 VÁZQUEZ REAL, MIGUEL
 VILLAMAÑAN BUENO, ELENA
 VILLARONGA FLAQUE, MIQUEL

REVISORES DE PROYECTOS Y CASOS

AYESTARAN ALTUNA, ANA
 BOSACOMA ROS, NURIA
 CAMPINS BARNADAS, LLUIS
 FARRÉ RIBA, MARÍA ROSA
 FDEZ. DE GAMARRA MARTÍNEZ, EDURNE
 FERNÁNDEZ FERREIRO, ANXO
 GORGAS TORNER, MARIA QUERALT
 GUTIÉRREZ NICOLÁS, FERNANDO
 MARTÍNEZ SESMERO, JOSÉ MANUEL
 SEVILLA SÁNCHEZ, DANIEL
 SOY MUNER, DOLORS

REVISORES DE COMUNICACIONES DE TÉCNICOS

FARRÉ RIBA, MARÍA ROSA
 GARCÍA GIL, MARIO
 RUDI SOLA, NURIA
 TORTAJADA GOITIA, BEGOÑA

- 
- COMUNICACIONES ORALES CIENTÍFICAS
 - COMUNICACIONES ORALES OPERATIVAS
 - CASOS CLÍNICOS
 - PROYECTOS I+D
 - PÓSTERES ELECTRÓNICOS (e-POSTERS)

SUMARIO

COMUNICACIONES ORALES CIENTÍFICAS	44
CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS	44
595. INCIDENCIA DE ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN EL ÁREA DE URGENCIAS	44
CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS	44
475. IMPACTO TRAS 5 AÑOS DE PRÁCTICA CLÍNICA TREAT TO TARGET EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RE- UMÁTICAS EN TRATAMIENTO CON AGENTES BIOLÓGICOS.	44
571. EXPERIENCIA PERCIBIDA POR EL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INMUNOMEDIADA EN EL HOS- PITAL DE DÍA	45
1296. MEJORA DEL MANEJO FARMACOTERAPÉUTICO Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRASPLANTADO CARDÍACO MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN MULTINIVEL DE SALUD DIGITAL: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO	46
CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA	47
569. CLINICAL AND ECONOMIC IMPACT OF 32 YEARS OF ART FOR HIV IN SPAIN: HAS IT BEEN AN EFFICIENT INTER- VENTION?	47
CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS .	47
1028. DESABASTECIMIENTOS DE MEDICAMENTOS: IMPACTO PARA EL SERVICIO DE FARMACIA E IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO.	47
CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA	48
1006. DOSIFICACIÓN DE GANCICLOVIR EN PACIENTES CRÍTICOS EN TERAPIA SOPORTE CON OXIGENACIÓN CON MEMBRANA EXTRACORPÓREA	48
CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA	49
787. IMPACTO DE UNA APLICACIÓN MÓVIL EN EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES.	49
CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS	50
740. DESARROLLO DE UN FACTOR DE CONVERSIÓN ENTRE DOSIS DIARIA DEFINIDAS DE ADULTOS Y NEONATOS. .	50
957. BIOMARCADORES DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA QUE AFECTAN LA FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB EN NIÑOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	50
CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL	51
361. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EFECTUADAS POR EL TÉCNICO DE FARMACIA EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA: ¿SUMAN VALOR?	51
758. REVISIÓN DE CADUCIDADES EN SISTEMA AUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN PYXIS® POR TÉCNICOS DE FARMA- CIA: MUCHO MÁS QUE UNA COMPROBACIÓN	52
CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2	53
494. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS CON LA FORMULA DESINFECTANTE DE MA- NOS FRENTE A LA SOLUCION COMERCIALIZADA (STERILLIUM®)	53
870. CIRCUITOS DE DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS DE LA MEDICACIÓN HOSPITALARIA DURANTE LA PAN- DEMIA POR COVID-19	53
1148. PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES SOBRE EL LUGAR DE DISPENSACION DE LA MEDICACION AMBULATORIA ¿NOS ADAPTAMOS A ELLAS?	54
COMUNICACIONES ORALES OPERATIVAS	57
CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS	57
1343. ADAPTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE FARMACIA A LAS MEDIDAS EXCEPCIONALES APLICABLES A EN- SAYOS CLÍNICOS DURANTE LA EMERGENCIA POR COVID-19	57
CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA	57

549. DOSIS UNITARIA: IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE MÉTODO LEAN EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA Y TIEMPO INVERTIDO EN LAS DEVOLUCIONES	57
CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA	58
959. COLABORACIÓN ENTRE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y COMUNITARIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA FARMACOGENÉTICA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL	58
CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS.....	59
1258. ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EXTRAVASACIÓN DE FÁRMACOS NO PELIGROSOS EN LA UNIDAD NEONATAL DE CUIDADOS INTENSIVOS	59
CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL.....	60
949. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS EN BOMBA DE PERFUSIÓN CONTINUA	60
1029. IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE RECICLAJE DE PLÁSTICO EN EL ÁREA DE PREPARACIÓN DE ESTÉRILES Y NO ESTÉRILES.	61
CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2.....	62
625. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DE TOXICIDADES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y HEMATOLOGICOS	62
905. REESTRUCTURACIÓN Y ADAPTACIÓN DURANTE ÉPOCA COVID-19 EN LA FARMACIA DE ENSAYOS CLÍNICOS ONCO-HEMATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	63
906. HOTEL SALUD: UN NUEVO ÁMBITO PARA EL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO	64
1191. IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA ONCOHEMATOLÓGICA ADAPTADO A LA EMERGENCIA COVID-19.	65
1453. OPORTUNIDADES DE UN MODELO ASISTENCIAL NO PRESENCIAL MEDIANTE LA SALUD MÓVIL DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2	65
1576. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA TELEMÁTICA Y ENVÍO DE MEDICACIÓN A DOMICILIO A PACIENTES EXTERNOS	66
1577. ADAPTACIÓN DE LOS CIRCUITOS DE ADQUISICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	67
CASOS CLÍNICOS	70
24. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO ANSIOSO-DEPRESIVO	70
9. VORICONAZOL Y TAMSULOSINA: INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA CLÍNICAMENTE RELEVANTE	72
27. RECUPERACIÓN MEDULAR TRAS AJUSTE POSOLÓGICO DE LINEZOLID GUIADO POR MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA	75
31. SARGRAMOSTIM, UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN LACTANTES CON	78
NEUTROPENIA CONGÉNITA GRAVE	78
35. TETRAPARESIA ASOCIADA A DEFICIENCIA MÚLTIPLE DE ACIL COADESHIDROGENASA DE DEBUT: ¿SECUNDARIA A MEDICINA ALTERNATIVA?	81
17. ANAKINRA COMO NUEVA OPCIÓN TERAPÉUTICA FRENTE A LA NEUROTOXICIDAD DERIVADA DE LA TERAPIA CAR-T	84
28. EPISODIO CONVULSIVO SECUNDARIO A INTERACCIÓN MEROPENEM-VALPROÍCO EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD EPILÉPTICA	87
30. SÍNDROME MIASTENIFORME SECUNDARIO A PEMBROLIZUMAB.....	90
12. SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADO A TACROLIMUS EN PACIENTE SOMETIDA A TRASPLANTE BIPULMONAR.....	93
13. ÁCIDO TRICLOROACÉTICO 20% EN HIPERQUERATOSIS SEVERA SECUNDARIA A UNA ELEFANTIASIS	95
VERRUCOSA NOSTRA	95
PROYECTOS I+D	100
6. CONTROL DE CALIDAD Y TRAZABILIDAD DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN LAS UNIDADES DE HOSPITAL A DOMICILIO MEDIANTE EL ANÁLISIS DE RIESGOS	100
2. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS HERRAMIENTAS DE DESPRESCRIPCIÓN LESS-CHRON Y STOP-PAL EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. PROYECTO LESTOP-PROJECT	101
8. IMPACTO CLÍNICO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA FARMACOGENÉTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	103

5. ETANOL INHALADO COMO FORMULACIÓN MAGISTRAL EN COVID-19: PUESTA EN MARCHA DE UN ENSAYO CLÍNICO IMPULSADO DESDE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA	104
12. MEDICINA PERSONALIZADA EN SALUD MENTAL: PROYECTO "OPTI-PSIQ"	105
OTROS PROYECTOS I+I ACEPTADOS	106
COMUNICACIONES E-POSTER	108
CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA	108
1422. PERSISTENCIA DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	108
1541. TERAPIA ANTIFIBRÓTICA. ¿SON ADHERENTES LOS PACIENTES?	109
1701. REPERCUSION CLINICA DE LA FALTA DE ADHERENCIA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON VIH	109
1979. ESTUDIO DE ADHERENCIA SEGÚN LA VÍA DE ADMISTRACIÓN EN ARTROPATÍAS.	110
1989. ADHERENCIA AL PLAN FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA ..	111
2028. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	111
2138. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN REGIMEN DE COMPRIMIDO ÚNICO	112
2360. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS, UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINAR	113
2614. COMPARAR LA ADHERENCIA DE LOS USUARIOS DE FARMACIA AMBULATORIA CON LOS RESULTADOS DEL DÍA DE LA ADHERENCIA DE LA SEFH	113
2781. EL RAMADÁN COMO OPORTUNIDAD DE OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN UN CENTRO PENITENCIARIO	114
2939. ADHERENCIA Y SEGURIDAD AL TRATAMIENTO CON NINTEDANIB EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	115
CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS.....	115
1378. INTERACCIONES POTENCIALES DETECTADAS EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE HEMATOLÓGICO	115
1384. HIPOSIDEREMIA ASOCIADA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES POLIMEDICADOS	116
1426. LO NATURAL TAMBIÉN IMPORTA	117
1443. ESTABLECIMIENTO DE UN INDICADOR DE ACTUACIÓN FARMACÉUTICA EN LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO	117
1528. PROYECTO DE CONCILIACION AL ALTA DURANTE LA ROTACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA ...	118
1535. EXPERIENCIA CON COLAGENASA DE CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD DE DUPUYTREN	119
1560. PROTOCOLO PARA LA DESCOLONIZACIÓN NASAL CON MUPIROCINA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE PRÓTESIS DE RODILLA Y CADERA	120
1769. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A ERENUMAB EN PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA	120
1780. EFICACIA Y SEGURIDAD COMPARATIVA DEL USO DE DIFERENTES PRESENTACIONES DE HORMONA FOLICULOESTIMULANTE HUMANA RECOMBINANTE	121
1809. UTILIDAD DE LOS PATIENT REPORTED OUTCOMES EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR	122
1916. VÍAS DE ADMINISTRACIÓN OFF-LABEL DE MEDICAMENTOS. TABLA DE CONSULTA RÁPIDA.	122
1985. SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS.	123
2004. IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTE PREQUIRÚRGICO DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. PROYECTO QONCILIA X	124
2020. ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA TIROSIN QUINASA	124
2046. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS POR UN RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE FARMACIA HOSPITALARIA ..	125
2052. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA	126
2081. ÁCIDO VALPROICO Y CARBAPENEMS: RELEVANCIA CLÍNICA DE LA INTERACCIÓN Y RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA	126
2127. INTERVENCIÓN SOBRE EL USO COMBINADO DE MEDICAMENTOS QUE ACTÚAN SOBRE EL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA EN UN ÁREA DE SALUD	127

2154. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA ADECUACIÓN DEL AJUSTE POSOLÓGICO DE ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES INGRESADOS	128
2177. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE PROPROTEÍNA CONVERTASA DE SUBTILISINA/KEXINA TIPO 9 EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL	128
2213. SEGUIMIENTO DE LA ALTERACIÓN DE LOS NIVELES DE HIERRO EN PACIENTES HEMODIALIZADOS TRATADOS CON HIERRO SACAROSA	129
2218. UTILIZACIÓN DE HIRUDO MEDICINALIS (SANGUIJUELAS) EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL	130
2300. PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1: UN NUEVO RETO EN LA ATENCIÓN FARMACEUTICA DE PACIENTES EXTER- NOS	130
2304. PARTICIPACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN LA VÍA CLÍNICA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA ABDOMINAL BARIÁTRICA	131
2312. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN MEDIANTE SEGUIMIENTO DE VARIABLES CLÍNICAS EN UN SERVICIO QUIRÚRGICO	132
2391. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS ASOCIADAS A PROCESOS QUIRÚRGICOS ..	133
2537. ALFABETIZACION EN SALUD COMO PUNTO DE PARTIDA PARA UNA ATENCIÓN FARMACÉUTICA PERSONAL- IZADA EN EL ÁREA DE CARDIOLOGÍA.	134
2564. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA DOSIFICACIÓN DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN FUNCIÓN DEL ACLARA- MIENTO RENAL	134
2571. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA ADECUACIÓN POSOLÓGICA DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES INGRESADOS.	135
2647. AUTOMATIZACIÓN DE LA PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO	136
2690. COLABORACIÓN MULTIDISCIPLINAR CON INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CRÓNICOS- QUIRÚRGICOS EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA	137
2724. EVALUACIÓN DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA.	137
2726. ANÁLISIS DE LA CALIDAD Y LA ASOCIACIÓN CON DIFERENTES VARIABLES DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO.	138
CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL.....	139
1379. PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO POLIMEDICADO: COORDINACIÓN, CONCILIACIÓN, DESPRESCRICIÓN Y HU- MANIZACIÓN	139
1437. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL EMPLEO DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	140
1494. ANÁLISIS DEL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES ANCIANOS TRATADOS CON ANTIDIABÉTICOS ORALES ..	141
1504. ANÁLISIS DE LA VERACIDAD DE LA HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA RECOGIDA EN LA RECETA ELECTRÓNI- CA.	141
1505. ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE CONCILIACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	142
1517. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE EVOLOCUMAB EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR	143
1521. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN ANCIANOS: IDENTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y FACTORES QUE DETERMINAN SU UTILIZACIÓN.	143
1530. ¿EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA Y EL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO ? UNA RE- VISIÓN SISTEMÁTICA.	144
1543. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA EN UN HOSPITAL PRIVA- DO	144
1592. ANÁLISIS DE USO DE HIERRO CARBOXIMALTOSA Y GRADO DE ACEPTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL	145
1598. CONTINUACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PACIENTE POLIMEDICADO	146
1636. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN AL ALTA HOSPITALARIA	147
1656. COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES FRÁGILES ENTRE UN SERVICIO DE URGEN- CIAS Y UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO	147
1764. USO FUERA DE FICHA TÉCNICA DE FENTANILO DE LIBERACIÓN RÁPIDA EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGI- CO: ¿NECESARIA UNA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR?	148
1777. RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS DE DEPRESCRICIÓN EN RESIDENCIAS DE MAYORES	149

1793. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE MEPOLIZUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL	150
1803. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE PCSK9 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	150
1832. CONSULTA MULTIDISCIPLINAR EN DEMENCIAS AVANZADAS	151
1834. PROTOCOLO DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE DOBLE TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO TRAS REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO: ESTUDIO DE EFICACIA Y SEGURIDAD	152
1868. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA	153
1876. ¿ESTAMOS MODIFICANDO LA ANTICOAGULACIÓN CON ACENOCUMAROL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR Y MAL CONTROL?	154
1879. FACTORES ASOCIADOS AL MAL CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN CON ACENOCUMAROL EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE CLASE CINCO	154
1882. IMPACTO DE UN PROGRAMA ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL ALTA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO DE REINGRESO SEGÚN HOSPITAL SCORE.	155
1987. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO	156
1991. MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS INGRESADOS Y GRADO DE ACEPTACIÓN DE LA DESPRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	157
1995. USO DE ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. RESULTADOS EN SALUD	157
1996. EVALUACIÓN DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA E INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN DESPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS INGRESADOS	158
2025. ACLARAMIENTO DE CREATININA PARA LA VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL Y EL AJUSTE DE FÁRMACOS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.	159
2047. ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN DE ACETATO DE MEGESTROL Y ACENOCUMAROL EN PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS	159
2051. EFECTIVIDAD DE ADALIMUMAB EN LA HIDRADENITIS SUPURATIVA	160
2056. EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PCSK9 DE LARGA DURACIÓN	161
2057. MEDICALIZACIÓN DE CENTROS SOCIOSANITARIOS E IMPACTO ECONÓMICO	161
2060. PALMITATO DE PALIPERIDONA, ¿TODO VALE?	162
2073. PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA	163
2095. ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN SEGÚN LOS CRITERIOS LESS-CHRON EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS POLIMEDICADOS	163
2178. UTILIZACIÓN DE BENZODIAZEPINAS EN LOS PACIENTES MAYORES HOSPITALIZADOS	164
2223. EVALUACIÓN DE LA PROTOCOLIZACIÓN, IMPACTO Y SEGURIDAD DE UN MÓDULO DE PRESCRIPCIÓN ÚNICA EN LOS ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA.	165
2234. PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS	166
2237. DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA EN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.	166
2250. IMPACTO PRODUCIDO EN LA CONCILIACIÓN AL ALTA TRAS INSTAURAR UN PROGRAMA EN PACIENTES DE NIVEL DE INTERVENCIÓN ALTO	167
2337. DESETIQUETADO DE PACIENTES ALÉRGICOS A BETA-LACTÁMICOS	168
2355. ANÁLISIS DE SITUACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE DEPRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTIDEMENCIA	168
2374. PREVALENCIA DE PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA EN PACIENTES CON DEMENCIA TERMINAL SEGÚN LOS CRITERIOS STOPP-PAL Y HOLMES	169
2417. PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INAPROPIADAS EN EL TRATAMIENTO CRÓNICO DE PACIENTES ANCIANOS CON ALTO NIVEL DE INTERVENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	170
2437. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA DURANTE LA INCORPORACIÓN DE UNA RESIDENCIA DE MAYORES A UN SERVICIO DE FARMACIA SOCIOSANITARIO	170
2460. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA VISIÓN EN PACIENTES CON DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA EDAD A TRATAMIENTO CON RANIBIZUMAB	171

2504. RECOMENDACIONES Y ADAPTACIÓN DE LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DEL HOSPITAL PARA LA ADMINISTRACIÓN ORAL DE MEDICAMENTOS A PACIENTES CON DISFAGIA	172
2524. ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO ANTICOLINÉRGICO COMO PREDICTORES DE INCREMENTO DEL DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTES ANCIANOS CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS	172
2691. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES ...	173
2695. PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INAPROPIADAS Y REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN PACIENTES CRÓNICOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO PIMYC	174
2730. EVALUACIÓN DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN RESIDENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO	174
2769. MEPOLIZUMAB EN ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE. EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS EN UNA UNIDAD DE ASMA GRAVE	175
2774. CAMBIO A BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE REFRACTARIOS A MEPOLIZUMAB	176
2818. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN PACIENTES CON ALTO NIVEL DE INTERVENCIÓN	176
2828. PROGRAMA DE REVISIÓN FARMACOTERAPÉUTICA: PROPUESTAS DE DEPRESCRIPCIÓN EN CENTROS SOCIALES RESIDENCIALES.	177
2832. DISPENSACIÓN DESCENTRALIZADA DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO	178
2955. FACTORES ASOCIADOS A INTOLERANCIA AL TRATAMIENTO CON SACUBITRILLO-VALSARTAN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR REDUCIDA.	179
CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS	180
1408. RECONSULTAS AL SERVICIO DE URGENCIAS EN PACIENTES QUE ACUDEN POR PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN	180
1409. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	180
1434. INTERVENCIONES REALIZADAS POR UN FARMACÉUTICO RESIDENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS	181
1659. EVALUACIÓN DEL PERFIL DE UTILIZACIÓN DE TENECTEPLASA EN LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRA-HOSPITALARIAS	182
1726. SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS EN CUIDADOS INTENSIVOS: ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS	182
1738. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIINFECCIOSOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	183
1852. CALCULADORA PARA LA DOSIFICACIÓN DE INSULINA EN HIPERGLUCEMIA REACTIVA A CORTICOIDES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	184
1971. INCIDENCIA DE ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN EL ÁREA DE URGENCIAS	185
2031. EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS TRAUMATOLÓGICA	185
2162. VERNAKALANT: SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD EN CARDIOVERSIÓN DEL PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE COMIENZO	186
2233. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN, EFICACIA Y SEGURIDAD DE IDARUCIZUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL .	187
2263. VITAMINA C, TIAMINA E HIDROCORTISONA: ¿ALIADOS EN EL SHOCK SÉPTICO?	188
2573. ANÁLISIS DE EFICACIA DE IDARUCIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	189
2667. USO CLÍNICO DE IDARUCIZUMAB. ESTUDIO OBSERVACIONAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	190
2717. ELABORACIÓN DE UN ALGORITMO DE MANEJO DE HIPOMAGNESEMIA EN PACIENTES CRÍTICOS	190
2914. PROTOCOLIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA DE LAS PATOLOGÍAS MÁS HABITUALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	191
2916. IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA: IMPACTO DE LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	192
2945. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA DE LA UNIDAD DE CRÍTICOS	193
CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS	193
1387. USO DEL CUESTIONARIO PSSD EN PACIENTES CON PSORIASIS EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO COMO ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN Y SEGUIMIENTO	193
1397. INCIDENCIA DE INFECCIONES FÚNGICAS EN PACIENTES TRATADOS CON SECUKINUMAB	194

1413. EXPERIENCIA DEL TETRAHIDROCANNABINIOL EN VIDA REAL COMO TRATAMIENTO PARA LA ESPASTICIDAD MUSCULAR EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE	195
1419. EXPERIENCIA DE USO DE DUPILUMAB: EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA	195
1424. EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DE USO DE DUPILUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE RE-FRACTARIOS AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL	196
1433. PERSISTENCIA DE TOFACITINIB Y BARICITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE	197
1444. UTILIZACIÓN DE UNA PLATAFORMA ONLINE DE CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA TELEMÁTICOS PARA MONITORIZACIÓN DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE	197
1454. ESTUDIO DEL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	198
1455. EVOLUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES INGRESADOS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	199
1457. ANÁLISIS DE LAS PAREJAS DE ANTIPSICÓTICOS UTILIZADAS EN POLITERAPIA EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	199
1460. ESTUDIO SOBRE EFICACIA Y SEGURIDAD DE TOXINA BOTULÍNICA EN MIGRAÑA CRÓNICA.	200
1462. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	201
1476. CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN TRATAMIENTO CON RILUZOL MEDIANTE BIG DATA	202
1487. EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE CLADRIBINA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE	202
1497. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES REUMATOLÓGICOS TRAS EL SWITCH A ADALIMUMAB BIOSIMILAR	203
1512. ANÁLISIS DEL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN Y DEL COSTE DE ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACIÓN EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	203
1545. EXPERIENCIA TRAS EL SWITCH A INFLIXIMAB BIOSIMILAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	204
1546. SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB EN PSORIASIS	205
1554. AUTOADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA	205
1576. RESULTADOS EN SALUD DE IXEKIZUMAB EN PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE	206
1585. USO DE ERENUMAB EN MIGRAÑA CRÓNICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	207
1593. PREVALENCIA DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN LA MEDICACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO NEU- RORREHABILITADOR	208
1616. HEPATOTOXICIDAD ASOCIADA AL USO DE TOLVAPTÁN EN LA NEFROPATÍA POLIQUÍSTICA AUTOSÓMICA DOMINANTE	208
1626. UTILIZACIÓN DE USTEKINUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL PARA ENFERMEDAD DE CROHN	209
1633. EVALUACIÓN DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE ALEMTUZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE	209
1634. PERFIL DE SEGURIDAD ASOCIADO AL REGIMEN INTENSIFICADO DE USTEKINUMAB EN PACIENTES CON EN- FERMEDAD DE CROHN	210
1692. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OCRELIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE	211
1713. EFECTIVIDAD Y COSTE EFECTIVIDAD DE INHIBIDORES DE JANUS KINASA (BARICITINIB Y TOFACITINIB) EN ARTRITIS REUMATOIDE	212
1715. SEGURIDAD, CAUSAS DE SUSPENSIÓN Y ADHERENCIA DE INHIBIDORES DE JANUS KINASAS (BARICITINIB Y TOFACITINIB) EN ARTRITIS REUMATOIDE	212
1762. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BENRALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE EOSINOFÍLICO	213
1787. BARICITINIB Y TOFACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: RESULTADOS DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL	214
1814. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ALEMTUZUMAB.	215
1821. FACTORES RELACIONADOS CON EL REINGRESO TEMPRANO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL	216
1822. EL REINGRESO EN SALUD MENTAL: CONSTRUYENDO UN MODELO PREDICTOR	216
1849. IMPACTO TRAS 5 AÑOS DE PRÁCTICA CLÍNICA TREAT TO TARGET EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RE- UMÁTICAS EN TRATAMIENTO CON AGENTES BIOLÓGICOS.	217

1867. PERSISTENCIA INFLIXIMAB CT-P13 ARTRITIS REUMATOIDE, ARTROPATÍA PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN PACIENTES NAIVE Y SWITCHED TRAS 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO	218
1871. DIMETILFUMARATO Y TERIFLUNOMIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE	218
1885. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE CANNABIDIOL EN EL MANEJO DEL SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT: A PROPÓSITO DE 4 CASOS	219
1946. EXPERIENCIA PERCIBIDA POR EL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INMUNOMEDIADA EN EL HOSPITAL DE DÍA	220
1949. ANÁLISIS DEL RIESGO ANTICOLINERGICO EN PACIENTES GERIÁTRICOS DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.	221
1965. ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE TOFACITINIB EN COLITIS ULCEROSA	221
2067. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PROTOCOLOS DE DESENSIBILIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA	222
2071. ANÁLISIS DE LA PERSISTENCIA A TERAPIAS DIRIGIDAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, ARTROPATÍA PSORIASICA Y ESPONDILOARTRITIS	223
2089. REMISIÓN LIBRE DE FÁRMACO BIOLÓGICO/SINTÉTICO DIRIGIDO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS. COHORTE DE PACIENTES TRATADOS POR OBJETIVOS DURANTE 6 AÑOS	223
2128. FACTORES MODIFICADORES DE LA CINÉTICA DE CLOZAPINA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.	224
2148. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	225
2150. EFECTO DE LAS PLUMAS DE 80 MG EN LA FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.	226
2151. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE APREMILAST EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	226
2152. DESCENTRALIZACIÓN DE LA ELABORACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	227
2188. DOSIS ALTAS DE USTEKINUMAB EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA Y FENOTIPO FISTULIZANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.	228
2204. PERFIL DE UTILIZACIÓN, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OCRELIZUMAB EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ...	229
2226. CONOCIMIENTO SOBRE LA MEDICACIÓN REPORTADO POR PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR LA INMUNIDAD EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS	229
2257. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB Y GALCANEZUMAB EN PROFILAXIS DE MIGRAÑA	230
2290. READMINISTRACIÓN DE USTEKINUMAB INTRAVENOSO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y PÉRDIDA SECUNDARIA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO SUBCUTÁNEO	231
2306. PERSISTENCIA CON ESCOPOLAMINA TRANSDÉRMICA EN EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS	231
2317. UTILIZACIÓN DE ERENUMAB Y GALCANEZUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA: EVALUACIÓN PRELIMINAR DE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO	232
2364. ESTUDIO DE UTILIZACION DE LA CARIPRAZINA EN LA RED DE SALUD MENTAL TRAS SU INCLUSIÓN EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	233
2376. RESULTADOS EN SALUD DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR LA INMUNIDAD TRATADOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS	234
2389. ANÁLISIS DE LA REACCIÓN ADVERSA FLUSHING DURANTE EL TRATAMIENTO CON DIMETILFUMARATO A PARTIR DE DATOS REPORTADOS POR PACIENTES:	234
2421. EVALUACIÓN DE LA PERSISTENCIA AL TRATAMIENTO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE	235
2429. DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB PARA PSORIASIS MODERADA-GRAVE	236
2432. EXPERIENCIA Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON SU TRATAMIENTO ADALIMUMAB ORIGINAL Y BIOSIMILARES	236
2462. OPTIMIZACIÓN DEL USO DE SECUKINUMAB EN PSORIASIS: EFICACIA, SEGURIDAD Y EFICIENCIA.	237
2474. EXPERIENCIA PRÁCTICA CON ERENUMAB Y GALCANEZUMAB EN MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA	238
2500. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB: ESTUDIO EN VIDA REAL	238

2517. MOTIVOS DE INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN ARTRITIS PSORIÁSICA	239
2521. GUSELKUMAB EN PSORIASIS MODERADA-GRAVE: EVALUACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL MUNDO REAL	240
2526. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA EN PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA	240
2636. ATENCIÓN FARMACÉUTICA DEL DOLOR A PACIENTES CON PATOLOGÍAS REUMÁTICAS EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS	241
2662. EVALUACIÓN DE USO Y SEGURIDAD DE APREMILAST	242
2666. CONCENTRACIONES SÉRICAS DE ANTI-TNF COMO FACTOR PREDICTOR DE RESPUESTA BIOQUÍMICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	242
2679. EFECTIVIDAD DEL USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN	243
2680. MEJORA DEL MANEJO FARMACOTERAPÉUTICO Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRASPLANTADO CARDÍACO MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN MULTINIVEL DE SALUD DIGITAL: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO	244
2688. ADALIMUMAB BIOSIMILAR: IMPACTO CLÍNICO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	245
2706. SUPERVIVENCIA DE ETANERCEPT EN REUMATOLOGÍA	245
2734. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN VIDA REAL DE ERENUMAB Y GALCANEZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA	246
2747. RESULTADOS DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE MONITORIZACIÓN PROACTIVA DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIANAL FISTULIZANTE	247
2767. EXPERIENCIA DE USO DE CLADRIBINA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE.	247
2773. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OCRELIZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE	248
2791. ANÁLISIS DE TOLERANCIA AL TRATAMIENTO CON TOFACITINIB Y BARICITINIB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL	249
2793. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS FUERA DE INDICACIÓN EN NEUROPATÍAS.	249
2802. INTENSIFICACIÓN EN EL TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN	250
2807. BENRALIZUMAB EN ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD.	251
2825. USTEKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN	252
2859. EVALUACION DE RESULTADO EN SALUD CON DATOS DE VIDA REAL DE OMALIZUMAB Y MEPOLIZUMAB EN ASMA GRAVE	252
2898. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIDAS POR EL SISTEMA INMUNOLÓGICO	253
2921. PERSISTENCIA DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS ANTI-TNF EN ARTRITIS PSORIASICA.	254
2926. CAMBIO DE BIOLÓGICO ORIGINAL A BIOSIMILAR EN PACIENTES EXTERNOS CON ARTRITIS REUMATOIDE Y PSORIASIS: ¿SE REVIERTEN LOS CAMBIOS?	255
CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS.....	255
1552. EXPERIENCIA DE USO EN PRÁCTICA CLÍNICA DE BUROSUMAB EN HIPOFOSFATEMIA LIGADA AL CROMOSOMA X	255
1815. TRATAMIENTO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA LEVE-MODERADA CON RESORCINA 15% CREMA: RESULTADOS PRELIMINARES ESTUDIO FIS-RES-2018/01	256
1948. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y LA SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ÁCIDO OBETICÓLICO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA	257
2115. EFICACIA Y SEGURIDAD EN PACIENTES A TRATAMIENTO CON TOLVAPTAN EN POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSOMICA DOMINANTE	258
2116. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA EN VIDA REAL EN ENFERMEDAD DE FABRY	258
2123. SEGURIDAD Y EFICACIA DE PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA ..	259
2158. EXPERIENCIA DE USO DE TEDUGLUTIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME DE INTESTINO CORTO	260
2259. REAL-WORLD CLINICAL EXPERIENCE WITH ELIGLUSTAT IN PATIENTS WITH GAUCHER'S DISEASE TYPE 1. ...	261
2485. EFICACIA DE TOLVAPTAN EN POLIQUISTOSIS HEPATO RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE TRAS DOS AÑOS DE USO.	261
2511. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTI-	

CO DE OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA	262
2516. EFECTIVIDAD A LARGO PLAZO DEL ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA	263
2540. ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES AFECTOS DE TOXICODERMIAS GRAVES DE ORIGEN FARMACOLÓGICO INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE QUEMADOS	263
2718. ISAVUCONAZOL: ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DEL ANTIFÚNGICO HUÉRFANO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL	264
2728. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE TOLVAPTAN EN EL TRATAMIENTO DE LA POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE	265
2764. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TOLVAPTAN EN EL TRATAMIENTO DE LA POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSOMICA DOMINANTE	266
2783. EXPERIENCIA CON TOLVAPTÁN PARA POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE EN PRÁCTICA CLÍNICA	267
2809. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS FÁRMACOS MODULADORES DE LA PROTEÍNA CFTR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA	267
2917. ADECUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE USO DE PIRFENIDONA Y NINTEDANIB EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	268
CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS.....	269
1590. REETIQUETADO DE LA MEDICACIÓN DE ENSAYO CLINCO DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA: UNA ACCIÓN DE MEJORA	269
1591. IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE MONITORIZACIONES REMOTAS DE ENSAYO CLÍNICO EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS SANITARIA POR LA COVID-19	270
1628. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO INTERDISCIPLINAR DE GESTIÓN DE MUESTRAS DE ENSAYO CLINICO EN PACIENTES INGRESADOS CON COVID-19	270
1754. OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE RECUENTO DE MEDICACIÓN ORAL DEVUELTA POR LOS PACIENTES EN EL CONTEXTO DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS	271
1891. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PROCESO MULTIDISCIPLINAR DE INCLUSIÓN DE PACIENTES EN ENSAYOS CLÍNICOS FASE I: REVISIÓN DE MEDICACIÓN CRÓNICA	272
1935. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS DEL PROCESO DE MIGRACIÓN A UN NUEVO SOFTWARE DE GESTIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS	273
2038. DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA PARA CALCULAR LOS COSTES EVITADOS EN MEDICAMENTOS CON LOS ENSAYOS CLÍNICOS ONCOLÓGICOS	273
2567. IMPLEMENTACIÓN DE RECETA EN FORMATO ELECTRÓNICO PARA PACIENTES DE ENSAYOS CLÍNICOS DURANTE LA CRISIS COVID-19	274
2700. EXCLUSIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS ¿SOLO INFLUYE LA EDAD?	275
2727. ADAPTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE FARMACIA A LAS MEDIDAS EXCEPCIONALES APLICABLES A ENSAYOS CLÍNICOS DURANTE LA EMERGENCIA POR COVID-19	276
CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA.....	276
1376. EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA	276
1388. EVALUACIÓN DEL USO DE DURVALUMAB TRAS QUIMIORRADIOTERAPIA EN CANCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	277
1406. COSTE ANUAL DEL TRATAMIENTO PROLONGADO CON ALBÚMINA HUMANA EN PACIENTES CON CIRROSIS Y ASCITIS NO COMPLICADA	278
1417. IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL RÉGIMEN POSOLÓGICO DE PEMBROLIZUMAB A DOSIS FIJAS VERSUS DOSIS EN FUNCIÓN DEL PESO CORPORAL	278
1418. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE RITUXIMAB BIOSIMILAR INTRAVENOSO VERSUS RITUXIMAB DE REFERENCIA SUBCUTÁNEO EN EL ÁMBITO ONCOHEMATOLÓGICO	279
1448. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA ALÉRGICO GRAVE PERSISTENTE	280
1513. TIEMPO Y COSTE DE HOSPITALIZACIÓN PARA TERAPIA DE RESCATE EN ADULTOS CON LEUCEMIA MIELOIDE	

AGUDA EN RECAÍDA O REFRACTARIA	280
1550. COMPARACIÓN INDIRECTA DE PEMBROLIZUMAB-AXITINIB Y AVELUMAB-AXITINIB EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE CÉLULAS RENALES AVANZADO O METASTÁSICO.	281
1551. COMPARACIÓN INDIRECTA DE PEMBROLIZUMAB-AXITINIB Y NIVOLUMAB-IPILIMUMAB EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE CÉLULAS RENALES AVANZADO O METASTÁSICO DE RIESGO INTERMEDIO/ALTO.	281
1565. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LOS TRATAMIENTOS COMERCIALIZADOS PARA PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE EN FUNCIÓN DE LA ÚLTIMA EVIDENCIA DISPONIBLE.	282
1575. EVALUACIÓN DE EFICACIA DE LAS COMBINACIONES PEMBROLIZUMAB-QUIMIOTERAPIA Y ATEZOLIZUMAB-QUIMIOTERAPIA COMO POSIBLES ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO ESCAMOSO	283
1619. COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE RUCAPARIB Y NIRAPARIB EN CÁNCER DE OVARIO CON MUTACIÓN BRCA	284
1650. VIABILIDAD E IMPACTO ECONÓMICO DE LA REALIZACIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA	284
1710. EFICACIA COMPARADA DE LOS ESQUEMAS EN PRIMERA LÍNEA DE MIELOMA MÚLTIPLE EN PACIENTES NO CANDIDATOS A TRASPLANTE	285
1779. ANÁLISIS E IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL USO DE BIOSIMILARES ANTI-TNF EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	286
1798. ANÁLISIS DE DECISION MULTICRITERIO MULTIDECISOR EN ENFERMEDADES RARAS: CRITERIOS DE FINANCIACIÓN DE MEDICAMENTOS HUÉRFANOS EN ESPAÑA (ESTUDIO FINMHU-MCDA)	286
1850. IMPACTO EN EL PRESUPUESTO DEL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS TRAS LA INCOPRO-RACIÓN DE FARMACOS BIOSIMILARES	287
1894. ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE EOSINOFILICA REFRACTARIA: OMALIZUMAB VS MEPOLIZUMAB	288
1924. DOSIS UNITARIA: IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE MÉTODO LEAN EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA Y TIEMPO INVERTIDO EN LAS DEVOLUCIONES	288
1936. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y LA REDUCCIÓN DE COSTES DERIVADOS DEL USO DE INFUSORES ELASTOMÉRICOS DE BETA-LACTÁMICOS PARA ADMINISTRACIÓN AMBULATORIA.	289
1939. CONCORDANCIA ENTRE EXPECTATIVAS Y PREFERENCIAS DE PACIENTES CON LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA AGENCIA EUROPEA DE MEDICAMENTOS	290
1944. CLINICAL AND ECONOMIC IMPACT OF 32 YEARS OF ART FOR HIV IN SPAIN: HAS IT BEEN AN EFFICIENT INTERVENTION?	291
1990. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA DOSIS DE HIERRO ENDOVENOSO CALCULADAS A PARTIR DE LA FICHA TÉCNICA Y LA FÓRMULA GANZONI.	291
2009. EFECTIVIDAD REAL DE LOS TRATAMIENTOS OFF-LABEL EN ONCO-HEMATOLOGÍA	292
2082. SACUBITRILO-VALSARTAN EN EL MEDIO HOSPITALARIO: RESULTADOS PRELIMINARES EN UN HOSPITAL GENERAL	293
2084. RESULTADOS EN SALUD DE SECUKINUMAB EN PSORIASIS: SEGUIMIENTO DE ESQUEMA DE PAGO POR RESULTADOS	293
2087. EFICIENCIA DE LA REDOSIFICACIÓN DE CANAKINUMAB	294
2088. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ÁCIDO OBETICÓLICO EN COLANGITIS BILIAR PRIMARIA: REAL WORLD EVIDENCE	295
2126. ADHERENCIA A LAS CONDICIONES DE INCLUSIÓN EN GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: A PROPÓSITO DE LA TINZAPARINA	295
2133. VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE IDARUCIZUMAB	296
2266. ADECUACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA A LOS CRITERIOS DE FINANCIACIÓN	296
2286. ESTUDIO MULTICÉNTRICO PARA EVALUAR RESULTADOS EN SALUD DE EVOLOCUMAB	297
2307. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD, EFECTIVIDAD Y ADHERENCIA DE LOS TRATAMIENTOS CON EVOLOCUMAB Y ALIROCUMAB: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR	298
2348. HIERRO CARBOXIMALTOSA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: ¿JUSTIFICADO?	299
2384. UTILIZACION Y SEGURIDAD DE SACUBITRILO/VALSARTAN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	300

2427. ANÁLISIS DEL USO DE RITUXIMAB Y RITUXIMAB BIOSIMILAR FUERA DE INDICACIÓN AUTORIZADA	300
2499. ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES EN EL TRATAMIENTO CON BELIMUMAB EN FUNCIÓN DEL PESO DE LOS PACIENTES	301
2515. EVALUACIÓN DE LEVOSIMENDÁN EN ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA INTERMITENTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA SISTÓLICA AVANZADA EN RÉGIMEN AMBULATORIO	302
2583. UTILIZACIÓN DE ALBÚMINA TRAS PARACENTESIS EN PACIENTES CIRRÓTICOS	303
2625. EVOLUCIÓN E IMPACTO ECONÓMICO DEL SWITCH AL BIOSIMILAR DE ADALIMUMAB Y ETANERCEPT	303
2646. UTILIZACIÓN DE IDARUCIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	304
2678. COMPARACIÓN DE RITUXIMAB MARCA FRENTE A BIOSIMILAR EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA GLOMERULAR	305
2721. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE ERENUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA	305
2788. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON TOLVAPTAN EN PACIENTES CON POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE	306
2795. GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DEL PROCESO DE SOLICITUD INDIVIDUALIZADA DE FÁRMACOS QUE PRECISAN DE AUTORIZACIÓN POR DIRECCIÓN MÉDICA	307
2816. EFICACIA Y SEGURIDAD DE RITUXIMAB EN ENFERMEDADES GLOMERULARES	307
2894. IMPLEMENTACIÓN DE UNA COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL	308
2925. IMPACTO ECONÓMICO DE LA PROTOCOLIZACIÓN Y EVALUACIÓN POR PARTE DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DEL USO DE ANTI-CD20 EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE	309
CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN	310
1400. FORMULACIÓN DE UNA SUSPENSIÓN ORAL DE HIDROXIUREA: DISEÑO Y VALIDACIÓN GALÉNICA.	310
1451. TOLERANCIA REPORTADA POR LOS PACIENTES AL COLIRIO DE CICLOSPORINA AL 1% Y DETERMINACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS	311
1458. VALIDACIÓN GALÉNICA DE UNA SUSPENSIÓN ORAL DE COLCHICINA A PARTIR DE LA ESPECIALIDAD EN COMPRIMIDOS	311
1465. ANÁLISIS DEL APOORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES QUIRÚRGICOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	312
1482. DETERMINACIÓN DEL PH EN FORMULACIONES ORALES LÍQUIDAS	313
1520. ESTADO ACTUAL DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL OFTÁLMICA EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA	313
1531. NUTRICIÓN PARENTERAL ESTANDARIZADA Y REQUERIMIENTOS DE ELECTROLITICOS	314
1542. INTEGRACIÓN DE TODOS LOS PROCESOS RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN EL SISTEMA INFORMÁTICO DEL HOSPITAL.	315
1577. FORMULACIÓN DE TACROLIMUS 0,3% VÍA TÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PIDERMA GANGRENOSO	316
1580. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CONTROL DE CALIDAD PARA PREPARACIONES OFTÁLMICAS	317
1584. COLIRIOS DE SUERO AUTÓLOGO: IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CONTROL DE CALIDAD	317
1607. CONTROL DE CALIDAD BIOQUÍMICO DE NUTRICIONES PARENTERALES NEONATALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	318
1608. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA	319
1663. ELABORACIÓN Y USO EN VIDA REAL DE UNA FORMULACIÓN ORAL DE METILPREDNISOLONA	319
1674. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ESPECTROFOTOMÉTRICO PARA CONTROL DE CALIDAD DE HIDROXICLOROQUINA EN FORMULACIONES ORALES	320
1675. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ESPECTROFOTOMÉTRICO PARA CONTROL DE CALIDAD DE VANCOMICINA ..	321
1721. HIPOCALCEMIA EN PACIENTES CRÍTICOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL	321
1741. EFECTIVIDAD DE INSULINA TÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS CORNEALES	322
1743. DESARROLLO DE BACTERIEMIA EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL: ANÁLISIS TEMPORAL SEGÚN SERVICIOS MÉDICO/QUIRÚRGICOS.	323
1818. ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA PACIENTES CON ULCERA NEUROTRÓFICA REFRACTARIA: COLIRIO DE INSULINA	324
1840. EVALUACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD EN EL PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO	324

1844. COLABORACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA PREPARACIÓN DE SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA UTILIZADA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19	325
1902. ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE DOS SOLUCIONES ORALES DE METADONA 10 MG/ML	326
1915. FÓRMULA MAGISTRAL AMITRIPTILINA 2% Y KETAMINA 0,5% CREMA O/W PARA EL TRATAMIENTO DE LIQUEN ESCLEROSO VULVAR	327
1925. DEXAMETASONA TÓPICA EN LA PROFILAXIS DE ESTOMATITIS POR EVEROLIMUS	327
1929. PREVALENCIA Y FACTORES PREDICTORES DE HIPERTRIGLICERIDEMIAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS PORTADORES DE NUTRICION PARENTERAL TOTAL.	328
1934. ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE COLIRIO DE GANCICLOVIR 2% PARA EL TRATAMIENTO DE UVEITIS POR CITOMEGALOVIRUS.	329
1951. DISEÑO Y VALIDACIÓN GALÉNICA DE UN GEL TÓPICO DE VANCOMICINA 0,5% PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES CUTÁNEAS	329
1983. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES DEL SERVICIO DE ENDOCRINO A LAS NUTRICIONES PARENTERALES ESTANDARIZADAS DISPONIBLES EN EL HOSPITAL	330
1993. SELECCIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE PRUEBAS DE IDENTIFICACIÓN DE MATERIAS PRIMAS COMPLEMENTARIAS AL CERTIFICADO DE ANÁLISIS	331
2050. INCIDENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTER EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL	331
2083. FÓRMULA MAGISTRAL DE RESORCINOL AL 15% EN GLICEROL PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA	332
2093. ANÁLISIS DEL CRECIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS DURANTE EL INGRESO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	333
2097. COMPLICACIONES ELECTROLÍTICAS Y METABÓLICAS EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL	334
2110. UTILIZACIÓN DE COLIRIO DE INTERFERÓN ALFA 2B Y RESULTADOS CLÍNICOS	334
2121. FORMULACIÓN MAGISTRAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERSENSIBILIDAD MEDICAMENTOSA RETARDADA	335
2124. ELABORACIÓN DE SELLADO MACULAR CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS Y EVOLUCIÓN TRAS TRATAMIENTO	336
2140. PLASMA RICO EN PLAQUETAS COMO TRATAMIENTO DEL AGUJERO MACULAR EN PACIENTES CON VITRECTOMÍA PREVIA: DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS	336
2166. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	337
2186. CONTROL DE CALIDAD DE MATERIAS PRIMAS EN EL ÁREA DE FARMACOTECNIA	338
2193. PLAN ESTRATÉGICO DE GESTIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL EN CENTROS SOCIOSANITARIOS	338
2224. ¿CUMPLIMOS CON LAS ÚLTIMAS RECOMENDACIONES DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL EN PACIENTES CRÍTICOS?. EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA	339
2225. OPTIMIZACIÓN DE LA VALIDACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES DE ADULTO	340
2264. IMPACTO DE LA CRISIS COVID-19 EN EL TRABAJO DEL TÉCNICO/AUXILIAR EN EL ÁREA DE FARMACOTECNIA	341
2267. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA ELABORACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD BASADO EN FOTOGRAFÍAS EN LA UNIDAD DE MEZCLAS INTRAVENOSAS	341
2356. CREMA DE TIOSULFATO SÓDICO 25% Y ÓXIDO DE ZINC 25% EN BASE COLD CREAM W/O EN PACIENTE CON MORFEA PROFUNDA.	342
2369. ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE VANCOMICINA 10MG/ML INTRAVÍTEA.	343
2418. COMPARACIÓN DE DOS HERRAMIENTAS DE CRIBADO NUTRICIONAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	343
2438. MÉTODO DE DETERMINACIÓN DE CISTEAMINA MEDIANTE HPLC PARA ESTUDIO DE NUEVAS FORMULACIONES OFTÁLMICAS	344
2451. IMPLANTACIÓN DE UN CHECK-LIST DE VALIDACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES PEDIÁTRICAS: REVISIÓN, COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERDISCIPLINAR	345
2512. FORMULACIÓN E IMPLANTACIÓN DE LA SOLUCIÓN CARDIOPLÉJICA DEL NIDO COMO ESTRATEGIA DE PROTECCIÓN MIOCÁRDICA	345
2523. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CONTROL DE CALIDAD DE FÓRMULAS MAGISTRALES ELABORADAS POR	

TERCEROS	346
2572. ANÁLISIS DEL CONTROL DE CALIDAD GRAVIMÉTRICO EN LA ELABORACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES E INFLUENCIA DEL FACTOR HUMANO Y ASISTENCIAL.	347
2588. ASOCIACIÓN DEL NUTRIC SCORE MODIFICADO CON LA TASA DE MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS ...	348
2670. FORMULACIÓN ALTERNATIVA DE IDEBENONA CÁPSULAS CON CELULOSA MICROCRISTALINA	348
2693. GANCICLOVIR 2% COLIRIO EN PACIENTES CON UVEITIS Y CITOMEGALOVIRUS POSITIVO	349
2742. MULTIDISCIPLINARY SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS MANAGEMENT	350
2760. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA VALIDACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO.	351
2831. SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN CENTROS SOCIALES RESIDENCIALES.	351
2836. EFICACIA DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL TRICAMERAL FRENTE A LA NUTRICIÓN PARENTERAL INDIVIDUALIZADA	352
2845. ADAPTACIÓN DEL FORMULARIO DE UN CENTRO AL DOCUMENTO FORMULACIÓN MAGISTRAL OFTÁLMICA ANTIINFECCIOSA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA	353
2906. PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA EN EL SOPORTE NUTRICIONAL DEL PACIENTE CRÍTICO CON NUTRICIÓN PARENTERAL.	353
2920. ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS QUE REQUIEREN NUTRICIÓN PARENTERAL	354
2948. ANÁLISIS DEL USO DE AFLIBERCEPT EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	355
CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS 355	
1382. IMPLATACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ASOCIADOS A LOS PRODUCTOS SANITARIOS	355
1420. IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE CONTROL DE PRODUCTOS SANITARIOS IMPLANTABLES	356
1449. ERRORES EN LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN : SEGUIMIENTO Y SOLUCIONES.	357
1463. EVOLUCIÓN EN EL PERFIL DE FÁRMACOS Y EL GASTO FARMACÉUTICO EN PACIENTES EXTERNOS	358
1538. EVALUACIÓN DE PROGRAMA DE TELEFARMACIA CON IMPLICACIÓN DE DIFERENTES CENTROS, PROVEEDORES SANITARIOS Y NIVELES ASISTENCIALES EN ZONAS CON DISPERSIÓN GEOGRÁFICA.	358
1597. INTEGRACIÓN DE CUATRO CENTROS RESIDENCIALES EN EL PROCEDIMIENTO DE SUMINISTRO DE PRODUCTOS SANITARIOS DE UN SERVICIO DE SALUD	359
1660. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CONTROL Y REGISTRO DE TEMPERATURAS DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES ENVIADOS A CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA	360
1677. ÁREA DEL MEDICAMENTO: NUEVA FÓRMULA ORGANIZATIVA, MULTIDISCIPLINAR Y TRANSVERSAL, PARA LOS SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA Y FARMACOLOGÍA CLÍNICA	361
1697. ANÁLISIS DE LOS MEDICAMENTOS DEVUELTOS EN UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIAS: PROPUESTA DE MEDIDAS DE MEJORA	362
1723. GESTIÓN DE ALERTAS DE PRODUCTOS SANITARIOS EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA DURANTE UN AÑO	362
1725. NOTIFICACIÓN MEDIANTE SMS Y CORREO ELECTRÓNICO DE DESVIACIÓN DE TEMPERATURA EN SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS	363
1727. PLAN ESTRATÉGICO DE FORMACIÓN 2020-2023 DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA (SEFH)	364
1739. INTEGRACION DE FARMACIA HOSPITALARIA-FARMACIA ATENCION PRIMARIA EN UN AREA DE GERENCIA UNICA	365
1763. IMPLANTACIÓN DE UN SOFTWARE DE MANEJO DE MEDICACIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTE EN LOS ARMARIOS AUTOMATIZADOS DE LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN	365
1768. ANÁLISIS DEL USO Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE UNA APLICACIÓN MÓVIL EN UN CURSO DE FARMACIA HOSPITALARIA PARA RESIDENTES	366
1774. PLATAFORMA WEB DE DOCENCIA DE FARMACIA HOSPITALARIA: UNA HERRAMIENTA PARA TUTORES Y RESIDENTES	367
1796. EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN CENTRALIZADA PARA TRATAMIENTOS PARENTERALES EN UN HOSPITAL DE DÍA POLIVALENTE	368
1799. REVISIÓN DEL PLAN FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE FARMACIA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA	

MEDIANTE UN MODELO PARTICIPATIVO	368
1831. CRIOPRESERVACIÓN DE MEDICAMENTOS: NUEVO RETO EN LA GESTIÓN LOGÍSTICA DE UN SERVICIO DE FARMACIA	369
1888. OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE DESABASTECIMIENTOS DE FÁRMACOS INCLUIDOS EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICAS DEL HOSPITAL SIGUIENDO LA METODOLOGÍA LEAN	370
1896. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS MEDIANTE ANÁLISIS DAFO PARA ELABORAR EL PLAN ESTRATÉGICO DEL SERVICIO DE FARMACIA	371
1911. MÓDULO DE NUTRICIÓN PARENTERAL INTEGRADO EN EL SOFTWARE DE VALIDACIÓN Y GESTIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA: CUESTIÓN DE EQUIPO	372
1917. DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN PARA BÚSQUDA DE MEDICAMENTOS APTOS EN PACIENTES CON INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS Y DIABETES MELLITUS	373
1926. EL TÉCNICO DE FARMACIA EN EL PROCESO DE TELEFARMACIA	374
1964. INNOVACIÓN TECNOLÓGICA PARA FORMACIÓN A PROFESIONALES EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	374
2012. MEJORA DEL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN Y DEVOLUCIÓN DE MEDICACIÓN TERMOLÁBIL EN EL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN	375
2135. SIMULACIÓN CLÍNICA COMO HERRAMIENTA DE VALIDACIÓN Y MEJORA DEL PROCESO DE PREPARACIÓN, DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE VORETIGEN NEPARVOVEC	376
2196. CONVENIO PARA LA FORMACIÓN SUSTITUTORIA DE LOS ESTUDIANTES DE 5 CURSO DEL GRADO DE FARMACIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	377
2280. TELEFARMACIA Y ACERCAMIENTO DEL TRATAMIENTO A PACIENTES EXTERNOS	377
2292. DESCRIPCIÓN DE UN SISTEMA DE AUTOMATIZACIÓN DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN A CENTROS SOCIO-SANITARIOS	378
2315. EVOLUCIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA A TRAVÉS DE LAS UNIDADES RELATIVAS DE VALOR	379
2323. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA ELECTRÓNICO DE CONTROL DEL STOCK DE ESTUPEFACIENTES EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN	380
2325. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DOBLE CAJÓN PARA LA DISPENSACIÓN POR REPOSICIÓN DE MEDICACIÓN EN LAS UNIDADES CLÍNICAS	380
2333. IMPACTO DE LOS PROBLEMAS DE SUMINISTRO DE MEDICACIÓN DE DISPENSACIÓN COMUNITARIA EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS DE FARMACIA HOSPITALARIA	381
2373. PROTOCOLO DE GESTIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CADUCIDADES	382
2409. DESABASTECIMIENTOS DE MEDICAMENTOS: IMPACTO PARA EL SERVICIO DE FARMACIA E IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO.	383
2435. OPTIMIZACIÓN DEL APROVISIONAMIENTO Y GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN Y PRODUCTOS SANITARIOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA	383
2478. ESTUDIO DE COSTES DE UTILIZACIÓN DE BOMBAS ELASTOMÉRICAS PARA TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DOMICILIARIO ENDOVENOSO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO	384
2552. EL TÉCNICO DE FARMACIA COMO ALIADO EN LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN EL ÁREA DE ELABORACIÓN	385
2558. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA AGENDA DE FARMACIA LIGADA A UN GESTOR DE COLAS DIGITAL EN ONCOHEMATOLOGÍA	386
2568. DOSE BANDING DE METOTREXATO EN EL EMBARAZO ECTÓPICO	387
2632. IMPLANTACIÓN DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA EL REGISTRO DE INCIDENCIAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA.	388
2665. PROGRAMA DE TERAPIA ENDOVENOSA MEDIANTE CASSETES Y ELASTÓMEROS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL	388
2703. IMPLANTACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	389
2722. ANÁLISIS DEL CAMBIO DE ACTIVIDAD DEL TÉCNICO DE FARMACIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE SOLICITUD ELECTRÓNICA DE MEDICACIÓN	390
2759. CAMPAÑA DE EDUCACIÓN SANITARIA COMO HERRAMIENTA PARA PROMOVER EL USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS: INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES	391
2854. UTILIDAD DE TWITTER EN LA DETECCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON	

LOS MEDICAMENTOS EN LA POBLACION PEDIATRICA.	391
2868. EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DISPENSACIÓN EN DOMICILIO/PUNTO DE RECOGIDA.	392
2931. BASE DE DATOS CENTRAL DE MEDICAMENTOS CON TERMINOLOGÍA SNOMED-CT	393
2937. ANÁLISIS DE SOLICITUDES DE PRÉSTAMO DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE UNA REGIÓN ULTRAPERIFÉRICA	394
2942. NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA TELEFARMACIA, ¿ESTAN LOS PACIENTES PREPARADOS?	394
2951. EXPERIENCIAS MULTICENTRICAS: MAS DE DIEZ AÑOS DE MODELO DE GESTIÓN RESIDENCIAL EN CATALUNYA DESDE LA FARMACIA HOSPITALARIA	395
2957. ACUERDOS INTERNACIONALES SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA (SEFH) 2020	396
CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA	396
1372. INDIVIDUALIZACIÓN POSOLÓGICA DE CAPECITABINA EN PACIENTES CON CARCINOMA COLORRECTAL A TRAVÉS DE UN MODELO FARMACOCINÉTICO FARMACODINÁMICO	396
1539. MODELO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL EN PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA E INFECCIÓN GRAVE	397
1567. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE IMATINIB COMO TRATAMIENTO EN LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA	398
1600. DETERMINACIÓN FARMACOCINÉTICA DE AFLIBERCEPT INTRAVÍTREO MEDIANTE IMAGEN MOLECULAR ..	398
1627. SUSTITUCIÓN DE LA ESPECIALIDAD EPANUTIN A SINERGINA A TRAVÉS DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA	399
1631. COMPARACIÓN DE CUATRO MODELOS FARMACOCINÉTICOS PARA LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE VANCOMICINA	400
1654. DOSIFICACIÓN DEL FACTOR VIII EN PROFILAXIS EN EL PACIENTE HEMOFÍLICO OBESO	400
1657. ANÁLISIS FARMACOCINÉTICO DE LA DISPOSICIÓN DE FLUDARABINA ANTES DE LA INFUSIÓN DE LA TERAPIA AVANZADA CON CAR-T	401
1699. USTEKINUMAB: RESULTADOS EN VIDA REAL Y MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA	402
1838. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB TRAS CAMBIO DE PAUTA DE INTENSIFICACIÓN POSOLÓGICA	403
1895. CREACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DOSIFICACIÓN DE GENTAMICINA POR PESO IDEAL AJUSTADO EN PACIENTES EMBARAZADAS.	403
1907. EMPLEO DEL RÉGIMEN DE INTENSIFICACIÓN DE INFILIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	404
1921. EXPRESIÓN DE PD-L1 EN PACIENTES TRATADOS CON PEMBROLIZUMAB: ¿PREDICTOR DE RESPUESTA?	405
1941. DIAGNÓSTICO GENÉTICO DE DISLIPEMIA FAMILIAR Y FARMACOGENÉTICA DE HIPOLIPEMIANTES. INTEGRACIÓN DE ABORDAJES MÉDICO, FARMACÉUTICO Y BIOLÓGICO	406
1942. CARACTERIZACIÓN FARMACOGENÉTICA INTEGRAL MEDIANTE SECUENCIACIÓN DE EXOMA COMPLETO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.	407
1972. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE 5-FLUOROURACILO EN PACIENTES CON CÁNCER COLORECTAL: COMPARACIÓN ENTRE DOS TÉCNICAS ANALÍTICAS	407
2011. CLOZAPINA EN EL 2020. TRATAMIENTO DE ELECCIÓN FRENTE A SEGURIDAD	408
2029. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LEVETIRACETAM A DOSIS SUPERIOR A LA RECOMENDADA EN FICHA TÉCNICA EN PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA	409
2045. RELACIÓN ENTRE LA CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA DE ERTAPENEM Y LA FUNCIÓN RENAL	409
2070. SELECCIÓN DE UNA TÉCNICA ANALÍTICA PARA LA DETERMINACIÓN PLASMÁTICA DE VORICONAZOL	410
2075. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE LAS CONCENTRACIONES DE VORICONAZOL	411
2076. MONITORIZACIÓN DE LA FASE DE INDUCCIÓN DE INFILIXIMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	412
2098. FARMACOCINÉTICA CLÍNICA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: NUEVA HERRAMIENTA PARA INDIVIDUALIZAR LA TERAPIA ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL	412
2111. INFLUENCIA DE LA INMUNOGENICIDAD PREVIA A UN FÁRMACO BIOLÓGICO EN EL DESARROLLO DE ANTICUERPOS FRENTE AL SIGUIENTE BIOLÓGICO	413
2132. COMPARACIÓN DE CUATRO MÉTODOS DE PREDICCIÓN DE LA CONCENTRACIÓN LIBRE DE ÁCIDO VALPROICO	

EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.	414
2159. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES QUE AFECTAN A LA FARMACOCINÉTICA DE INFLIXIMAB Y ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.	414
2279. EFECTO DEL ISAVUCONAZOL EN LA CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA DE SIROLIMUS EN EL PACIENTE CON TRASPLANTE DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS	415
2301. ADAPTACIÓN POSOLÓGICA DE FACTOR VIII DE VIDA MEDIA EXTENDIDA EN PACIENTES CON HEMOFILIA MEDIANTE CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS Y MODELOS FARMACOCINÉTICOS POBLACIONALES.	416
2338. COLABORACIÓN ENTRE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y COMUNITARIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA FARMACOGENÉTICA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL	416
2346. VALIDACIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA INMUNOCROMATOGRÁFICA PARA LA DETERMINACIÓN ANALÍTICA RÁPIDA DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	417
2351. THERAPEUTIC DRUG MONITORING OF LINEZOLID: EVALUATION OF THE ARKTM IMMUNOASSAY	418
2375. EXACTITUD Y PRECISIÓN DE DIFERENTES MÉTODOS DE ESTIMACIÓN DE DOSIS DE LITIO	418
2387. DOSIFICACIÓN DE GANCICLOVIR EN PACIENTES CRÍTICOS EN TERAPIA SOPORTE CON OXIGENACIÓN CON MEMBRANA EXTRACORPÓREA	419
2433. EVALUACIÓN DE LA CORRELACIÓN ENTRE CONCENTRACIÓN MÍNIMA DE VANCOMICINA Y ÁREA BAJO LA CURBA EN PACIENTES ANCIANOS	420
2463. VARIABILIDAD EN LA EXPOSICIÓN A LINEZOLID EN LOS DIFERENTES GRUPOS POBLACIONALES	420
2468. VALIDACIÓN DE UN ENZIMOINMUNOENSAYO PARA LA DETERMINACIÓN SÉRICA DE LINEZOLID	421
2490. ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD DEL ACLARAMIENTO DE CLOZAPINA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ..	422
2495. OXCARBAMACEPINA: CRITERIOS DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA	422
2501. ESTUDIO MULTICÉNTRICO BASADO EN LA VALIDACIÓN EXTERNA DE UN MODELO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL DE VORICONAZOL	423
2555. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA EN PACIENTES ANCIANOS CON VALORES BAJOS DE CREATININA: INFLUENCIA DE UTILIZAR UN VALOR FIJO DE CREATININA	424
2596. VALIDACIÓN DE UN MODELO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL DE VALPROICO DE LIBERACION PROLONGADA EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	424
2600. VALIDACIÓN Y COMPARACIÓN DE DOS MODELOS FARMACOCINÉTICOS POBLACIONALES DE LINEZOLID EN PACIENTES ADULTOS	425
2605. RELACIÓN ENTRE CONCENTRACIONES SÉRICAS DE ADALIMUMAB Y RESPUESTA CLÍNICA EN PATOLOGÍAS REUMÁTICAS	426
2629. VARIANTES EN DIHIDROPIRIMIDINADESHIDROGENASA(DPYD) Y MEDIDA DE ACTIVIDAD ENZIMÁTICA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL QUE SUFREN TOXICIDAD SEVERA TEMPRANA A FLUOROPYRIMIDINAS ..	427
2719. IMPACTO DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE INFLIXIMAB Y ADALIMUMAB EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	428
2779. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM MEDIANTE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA EN EL PACIENTE CRÍTICO EN CONTEXTO PANDEMIA COVID-19	428
2861. PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	429
2865. CONVERSIÓN A NUEVA PRESENTACIÓN DE TACROLIMUS EN TRASPLANTADOS RENALES ESTABLES MEDIANTE ANÁLISIS FARMACOCINÉTICO	430
2869. MONITORIZACIÓN DE BETALACTÁMICOS EN PACIENTES CRÍTICOS	430
2888. VARIABILIDAD INTERINDIVIDUAL Y RESULTADOS EN SALUD DE RITUXIMAB SUBCUTÁNEO A DOSIS FIJAS ..	431
2908. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB COMO MARCADOR PRECOZ DE FALLO SECUNDARIO EN PACIENTES CON PSORIASIS	432
2950. EVALUACIÓN FARMACOCINÉTICA DE LA DOSIS INICIAL DE TACROLIMUS LIBERACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES DE NOVO	432
2953. COMPARACIÓN DE LA VARIABILIDAD CINÉTICA ENTRE TACROLIMUS DE LIBERACIÓN INMEDIATA Y LIBERACIÓN RETARDADA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES	433
CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA	434
1375. RESULTADOS EN SALUD DEL USO COMPASIVO DE DURVALUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN	434
1391. USO DE REGORAFENIB TRAS TRIFLURIDINA/TIPIRACILO EN CÁNCER COLORRECTAL	435

1392. IMPACTO DEL TEST GENÓMICO ENDOPREDICT® EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DEL CÁNCER DE MAMA LUMINAL	435
1393. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE PALBOCICLIB VERSUS RIBOCICLIB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	436
1395. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON PERTUZUMAB JUNTO A TRASTUZUMAB Y QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER DE MAMA HER2 POSITIVO LOCALMENTE AVANZADO	437
1396. ANÁLISIS EXPLORATORIO DE LA INFLUENCIA DE LA PROTEÍNA KI67 EN LA EFECTIVIDAD DE PERTUZUMAB EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER-2POSITIVO	437
1402. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	438
1404. EVALUACIÓN DE LA TOLERABILIDAD, SEGURIDAD Y USO DE INHIBIDORES DE TIROSIN-KINASA EN PACIENTES DE CANCER DE PULMON NO MICROCITICO ALK+	439
1421. MULTICENTER STUDY TO DETERMINE SAFETY AND EFFECTIVENESS OF PALBOCICLIB IN METASTATIC BREAST CANCER	439
1423. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE IMATINIB EN PACIENTES CON TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST)	440
1429. USO DE OSIMERTINIB EN CANCER DE PULMON EN VIDA REAL	441
1445. INFLUENCIA DE LA LOCALIZACIÓN TUMORAL EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO	441
1453. FACTORES QUE CONDICIONAN EL REGISTRO DE PROS (PATIENT-REPORTED OUTCOME) EN ONCOLOGÍA ...	442
1459. CAMBIOS DE TRATAMIENTO ANTIANDROGÉNICO ORAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN. ANALIZANDO EL SWITCHING.	443
1461. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BRENTUXIMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	443
1466. EFICACIA Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	444
1467. EFECTIVIDAD DE PERTUZUMAB COMO TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA PRECOZ HER2+	445
1469. ESTUDIO COMPARATIVO DE EFECTIVIDAD DE REGORAFENIB EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO	446
1470. USO DE PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO EN PRIMERA LINEA DE CÁNCER DE PULMON NO MICROCÍTICO METASTÁSICO	446
1471. UTILIZACIÓN, EFICACIA Y SEGURIDAD DE IBRUTINIB EN LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	447
1475. ESTUDIO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO CON PERTUZUMAB	447
1478. ESTUDIO EN VIDA REAL DE ATEZOLIZUMAB EN SEGUNDA LÍNEA DE CARCINOMA UROTELIAL	448
1483. ATEZOLIZUMAB: EFFECTIVENESS AND SAFETY IN PATIENTS WITH HIGH GRADE UROTELIAL CARCINOMA ..	449
1484. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS AND SAFETY OF FOTEMUSTINE AFTER FAILURE TO PEMBROLIZUMAB OR NIVOLUMAB IN METASTATIC MELANOMA	449
1498. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE NILOTINIB VERSUS IMATINIB COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA	450
1500. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA INMUNOTERAPIA EN EL CÁNCER DE VEJIGA AVANZADO: ATEZOLIZUMAB Y NIVOLUMAB.	451
1511. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DE QUIMIOINMUNOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	451
1519. EVALUACIÓN DE REACCIONES RELACIONADAS CON LA PERFUSIÓN ASOCIADAS A DARATUMUMAB EN INFUSIÓN RÁPIDA DE 90 MINUTOS	452
1523. SORAFENIB EN EL TRATAMIENTO DEL TUMOR DESMOIDES	453
1534. COMORBILIDADES DEL PACIENTE Y EFICACIA DE PEMBROLIZUMAB EN CANCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	454
1540. DATOS EN VIDA REAL DE ATEZOLIZUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO: ESTUDIO DE EFECTIVIDAD/SEGURIDAD.	454
1566. EXPERIENCIA CON OSIMERTINIB EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO.	455
1568. EFECTIVIDAD DE DOCETAXEL Y ABIRATERONA COMO TRATAMIENTOS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METAS-	

TÁSICO HORMONOSENSIBLE	456
1571. TRATAMIENTO DE LA HIPERAMONEMIA SECUNDARIA A PEGASPARAGINASA CON QUELANTES DE AMONIO, ARGININA Y CARNITINA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.	456
1572. EFECTIVIDAD DE NIVOLUMAB EN SEGUNDA LÍNEA DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO.	457
1579. LA TERAPIA DE PRIVACIÓN ANDROGÉNICA COMO TRATAMIENTOS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO	457
1581. EFECTIVIDAD DE ENZALUTAMIDA VERSUS ABIRATERONA COMO TRATAMIENTOS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO	458
1583. INFLUENCIA DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE IMATINIB EN EL PERFIL DE SEGURIDAD EN LOS PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA	459
1595. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA NEOADYUVANCIA CON PERTUZUMAB, TRASTUZUMAB Y PACLITAXEL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	459
1601. DATOS EN VIDA REAL DE PROFILAXIS DEL SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN SINUSOIDAL CON DEFIBROTIDE EN PEDIATRÍA	460
1637. RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO AL TRATAMIENTO CON IBRUTINIB EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFÁTICA CRONICA	461
1645. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ATEZOLIZUMAB EN CARCINOMA UROTELIAL METASTÁSICO: ESTUDIO EN VIDA REAL	462
1646. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN A QUIMIOTERAPIA EN UNA ÚNICA SOLUCIÓN	462
1661. IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO PARA MANEJO DE 131-METAYODOBENCILGUANIDINA ([131I]MIBG) TERAPÉUTICA EN CONCOMITANCIA CON TOPOTECÁN EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	463
1686. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PAZOPANIB EN PRIMERA LÍNEA DEL CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS AVANZADA O METASTÁSICA	464
1687. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y CRITERIOS DE USO DE TIPIRACILO/TRIFLURIDINA EN ADENOCARCINOMA DE COLON METASTASICO.	464
1696. COMPARACIÓN DE ESQUEMAS QUIMIOTERÁPICOS TRAS TEMOZOLAMIDA EN GLIOMAS DE ALTO GRADO	465
1703. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS ENTRE INHIBIDORES DE LA CALCINEURINA Y ANTIFÚNGICOS EN EL TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS	466
1704. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS POTENCIALES EN PACIENTES CON LINFOMA QUE RECIBEN UN TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS	467
1708. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE BEVACIZUMAB Y AFLIBERCEPT EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO EN SEGUNDA LÍNEA	467
1709. TOXICIDAD DE LOS INHIBIDORES DE TIROSIN-KINASA EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA	468
1711. APREPITANT EN PRURITO REFRACTARIO SECUNDARIO A LINFOMA CUTÁNEO ERITRODÉRMICO DE CÉLULAS T	469
1731. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL DOBLE BLOQUEO HER2 EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO	469
1746. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO	470
1751. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OBINUTUZUMAB EN LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA	471
1782. EXPERIENCIA CON OLAPARIB COMO TERAPIA DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO CON MUTACIÓN BRCA 1/2	471
1786. USO DE RUXOLITINIB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED CRÓNICO RESISTENTE A CORTICOIDES	472
1808. ESTUDIO EN VIDA REAL DE INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN SEGUNDA Y TERCERA LÍNEA	473
1817. ESTUDIO EN VIDA REAL DE ERIBULINA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA HER-2 NEGATIVO LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO	474
1826. DISCONTINUACIÓN DE TERAPIA ANTI PD-1 TRAS RESPUESTA MANTENIDA: RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL.	474

1827. SEGURIDAD DE NIVOLUMAB Y PEMBROLIZUMAB EN PRIMERA LÍNEA DE MELANOMA METASTÁSICO	475
1830. TOXICIDAD DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: ¿PREDICTOR DE SUPERVIVENCIA?	476
1842. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ALECTINIB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	476
1861. IMPACTO DEL USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN LA EFICACIA DE LA INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN	477
1898. INFLUENCIA DE LA ANTIOTERAPIA EN LA EFECTIVIDAD DE LA INMUNOTERAPIA EN CÁNCER	478
1912. PERFIL DE SEGURIDAD Y COSTES ASOCIADOS AL TRATAMIENTO CON PALBOCICLIB Y RIBOCICLIB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.	478
1920. ESTUDIO EN VIDA REAL DE ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA EN PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CAS- TRACIÓN PREQUIMIOTERAPIA	479
1922. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL PERTUZUMAB EN LA NEOADYUVANCIA DEL CÁNCER DE MAMA	480
1930. EFECTIVIDAD Y TOXICIDAD DE LA QUIMIOTERAPIA COMBINADA CON CETUXIMAB, PANITUMUMAB O BEVA- CIZUMAB EN PRIMERA LÍNEA DEL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO	481
1931. DATOS DE VIDA REAL: PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA HER 2+ METASTÁSICO EN TRATAMIENTO CON DOBLE BLOQUEO HER2 Y TAXANO	481
1933. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DEL PUNTO DE CONTROL INMUNOLOGICO EN SEGUNDA LÍNEA DE CANCER DE PULMON NO MICROCITICO	482
1986. EXPERIENCIA CON VENETOCLAX ASOCIADO A UN AGENTE HIPOMETILANTE EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	483
1992. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRIFLURIDINA/TIPIRACILO EN CÁNCER COLORRECTAL METAS- TÁSICO: DATOS DE 3 AÑOS EN VIDA REAL	483
1994. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE REGORAFENIB EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO: DATOS DE 7 AÑOS EN VIDA REAL	484
2019. EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA MULTIDISCIPLINAR EN EL SEGUIMIENTO DE LAS REACCIONES ADVERSAS DE LOS MEDICAMENTOS CAR-T	485
2033. EFECTIVIDAD DEL FILGRASTIM EN LA NEUTROPENIA INDUCIDA POR PALBOCICLIB	485
2035. MODELO DE PROBABILIDAD DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO O DE UNIÓN GAS- TROESOFÁGICA TRAS QUIMIOTERAPIA-RADIOTERAPIA SEGUIDO DE CIRUGÍA	486
2042. ANÁLISIS DEL DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA A TRATAMIENTO CON ENZALUTAMIDA	487
2053. DOS AÑOS DE EXPERIENCIA CON NIRAPARIB: TEORÍA VERSUS PRÁCTICA CLÍNICA	487
2054. PERFIL GLUCEMICO EN PACIENTES DE CANCER DE PROSTATA METASTASICO TRATADOS CON ABIRATERONA Y GLUCOCORTICOIDES ASOCIADOS.	488
2065. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA EN MIELOMA MÚLTIPLE,PACIENTES NO CANDIDATOS A TRASPLANTE. COM- PARATIVA DE PACIENTES INCLUIDOS EN ENSAYO FRENTE ASISTENCIALES	489
2077. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OBINUTUZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO	489
2090. ANÁLISIS DE SEGURIDAD DE IBRUTINIB EN PACIENTES CON NEOPLASIAS LINFOIDES B EN UN HOSPITAL RE- GIONAL	490
2099. PROFILAXIS DE REACTIVACIÓN VÍRICA EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO: ¿HACEMOS LO CORRECTO?	491
2101. RESULTADOS EN SALUD DE PEMBROLIZUMAB COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN CÁNCER DE PUL- MÓN NO MICROCÍTICO	491
2105. EFICACIA Y SEGURIDAD DE DURVALUMAB EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	492
2106. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OLAPARIB COMO TERAPIA DE MANTENIMIENTO EN CÁNCER DE OVARIO .	493
2108. COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN PACIENTES ONCOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA	493
2112. NIVELES DE LACTATO DESHIDROGENASA COMO FACTOR PREDICTIVO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PUL- MÓN NO MICROCÍTICO TRATADOS CON ATEZOLIZUMAB.	494
2122. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL EMPLEO DE ATEZOLIZUMAB EN PACIENTES CON CARCINO- MA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	495

2129. ESTUDIO EN VIDA REAL DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE IBRUTINIB EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA	496
2130. DISCONTINUACIÓN EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA REDUCIENDO TOXICIDAD SIN REDUCIR EFECTIVIDAD	496
2134. ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA UTILIZACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL	497
2139. RESULTADOS EN PRÁCTICA REAL DE SORAFENIB EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA	498
2147. EFECTIVIDAD Y TOLERANCIA DE TEMOZOLOMIDA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS RECURRENTE METASTÁSICOS	498
2165. IMPACTO DE UNA APLICACIÓN MÓVIL EN EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES.	499
2173. EFICACIA Y SEGURIDAD DE PEMBROLIZUMAB EN MONOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.	500
2180. ASOCIACIÓN DEL “LUNG IMMUNE PROGNOSTIC INDEX” CON RESPUESTA A NIVOLUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO.	500
2187. COMPARACIÓN DEL PROTOCOLO CON ANTRACICLINA Y CICLOFOSFAMIDA EN DOSIS DENSAS CON RESPECTO AL CONVENCIONAL	501
2200. PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN APORTADA A LOS PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS AMBULATORIOS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA	502
2214. ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA FRECUENTACIÓN HOSPITALARIA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	503
2216. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PACLITAXEL ALBUMINA EN PRIMERA LINEA DEL CANCER DE PANCREAS METASTASICO	503
2221. CARACTERISTICAS QUE INFLUYEN EN UNA CORTA DURACION DEL TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA	504
2222. USO DE RASBURICASA EN PROFILAXIS DE SÍNDROME DE LISIS TUMORAL (DOSIS FIJA VERSUS DOSIS POR PESO): REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y EXPERIENCIA	505
2253. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA INMUNOTERAPIA EN MELANOMA METASTÁSICO	505
2269. INMUNOTERAPIA Y FACTOR PRONÓSTICO EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	506
2281. INTERACCIONES POTENCIALES DURANTE LA FASE DE ACONDICIONAMIENTO DE TRASPLANTE HAPLOIDÉNTICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS	507
2298. EFECTIVIDAD DE REGORAFENIB EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO (CCRM)	507
2308. ELTROMBOPAG EN LA TROMBOCITOPENIA DESPUÉS DEL TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS: EXPERIENCIA DE UN ÚNICO CENTRO	508
2339. SUSPENSIÓN DE LOS CORTICOIDES ORALES EN ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA ALTAMENTE EMETÓGENA PARA EL CÁNCER DE MAMA. ¿CUMPLIMOS LAS RECOMENDACIONES?	509
2340. DEFIBROTIDE EN LA PROFILAXIS DEL SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN SINUSOIDAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS SOMETIDOS A TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.	510
2367. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA INMUNOTERAPIA ANTI-PD-1 EN MELANOMA AVANZADO IRRESECABLE O METASTÁSICO	510
2370. COSTE-EFECTIVIDAD DE LA PROFILAXIS DEL SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN SINUSOIDAL CON DEFIBROTIDE EN NIÑOS SOMETIDOS A TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS	511
2397. EXPERIENCIA EN EL USO DE NIVOLUMAB EN EL TRATAMIENTO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR AVANZADO	512
2402. ESTUDIO SOBRE LA INCIDENCIA Y MANEJO DE TOXICIDADES ASOCIADAS A LA TERAPIA CART	512
2413. DENOSUMAB: DE LA FICHA TÉCNICA A LA PRÁCTICA CLÍNICA	513
2423. EFICACIA, SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE TRASTUZUMAB BIOSIMILAR EN CÁNCER DE MAMA	514
2430. TOXICIDAD DEL NIVOLUMAB EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	515
2440. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE MIELOMA MULTIPLE TRATADOS CON CARFILZOMIB. SEGUIMIENTO SUPERIOR A CUATRO AÑOS.	515
2459. USO DE OMALIZUMAB EN PROTOCOLO DESENSIBILIZACIÓN PARA TRASTUZUMAB	516
2461. INMUNOTERAPIA ASOCIADA A QUIMIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	517

2466. GUÍAS ANTIEMÉTICAS: ¿HEMOS INCORPORADO LOS CAMBIOS REFERENTES A CARBOPLATINO?	517
2473. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO A TRATAMIENTO CON ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA EN PRIMERA LÍNEA	518
2480. USO DE ESTATINAS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO Y A TRATAMIENTO CON ABIRATERONA	519
2493. NADIR DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO COMO FACTOR PREDICTIVO DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN	519
2535. EXPERIENCIA EN VIDA REAL DE IRINOTECAN LIPOSOMAL PEGILADO EN EL TRATAMIENTO DE ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS METASTÁSICO	520
2554. TOXICIDAD AUTO-INFORMADA POR LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON PALBOCICLIB PARA CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO. COMPARACIÓN CON ESCALA CLÍNICA CTCAE	521
2587. ACTIVIDAD DE IPILIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA UVEAL METASTÁTICO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL MONOGRÁFICO ONCOLÓGICO	521
2603. AUMENTO DE CREATININA SÉRICA ASOCIADA AL USO DE PALBOCICLIB	522
2608. MORTALIDAD Y AUMENTO DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA TRAS ALTERACIÓN EN LA ELIMINACIÓN DE METOTREXATO	523
2615. INTEGRACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE PROTOCOLOS DE QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA HEMATOLÓGICA DENTRO DE LA PRESCRIPCIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	523
2620. INFLUENCIA DEL GEN CYP17A1 EN LA PERSONALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA CON ABIRATERONA	524
2623. CYP17A1 EN LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE PRIVACIÓN ANDROGÉNICA EN CÁNCER DE PRÓSTATA	525
2627. EFECTIVIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LOS PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA AVANZADO	525
2640. ATEZOLIZUMAB EN CARCINOMA UROTELIAL AVANZADO O METASTÁSICO TRAS QUIMIOTERAPIA BASADA EN PLATINO: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL	526
2664. TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS EN PAUTA DE DESENSIBILIZACIÓN: EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS	527
2681. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO	527
2713. EFICACIA DEL TRASTUZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO HER2+, GASTRAZ	528
2716. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE APALUTAMIDA, ABIRATERONA, ENZALUTAMIDA Y DOCETAXEL EN CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONO-SENSIBLE METASTÁSICO	529
2723. IMPACTO ECONOMICO Y RESULTADOS CLÍNICOS DEL CAMBIO A TRASTUZUMAB BIOSIMILAR EN CÁNCER DE MAMA	530
2736. TOXICIDAD RELACIONADA CON INHIBIDORES DE CICLINA 4/6 EN CÁNCER DE MAMA AVANZADO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL	530
2741. MONITORIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD PLASMÁTICA DE ASPARAGINASA	531
2757. TRATAMIENTO EN PACIENTES NO CANDIDATOS A CIRUGÍA CON DURVALUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	532
2761. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CABOZANTINIB EN CARCINOMA DE CELULAS RENALES AVANZADO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL:	532
2762. IMPACTO DE LA ANTIBIOTICOTERAPIA EN LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA INMUNOLÓGICA EN MELANOMA AVANZADO IRRESECCABLE O METASTÁSICO	533
2765. EVALUACIÓN DEL LUNG IMMUNE PROGNOSTIC INDEX COMO PREDICTOR DE RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS TRATADOS CON INMUNOTERAPIA	534
2782. SEGURIDAD Y EFICACIA DE CIDOFOVIR INTRAVESICAL EN CISTITIS HEMORRÁGICA POR VIRUS BK EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.	534
2805. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LENVATINIB EN CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	535
2815. INFLUENCIA DEL CAMBIO EN LA PAUTA DE HIDRATACION DE LOS PROTOCOLOS DE CISPLATINO A ALTAS DOSES SOBRE LA TOXICIDAD RENAL	536
2841. EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS CAR-T EN UN CENTRO AUTORIZADO	536
2855. ANÁLISIS DEL RIESGO DE PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT EN PACIENTES TRATADOS CON CITOSTÁTICOS	

ORALES	537
2857. INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA	538
2870. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DURVALUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO LOCALMENTE AVANZADO	538
2874. RESULTADOS EN VIDA REAL DE LOS INHIBIDORES TIROSIN KINASA COMO MONOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO EGFR TK+	539
2883. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PALBOCICLIB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO	540
2889. TRATAMIENTO CON REGORAFENIB Y TRIFLURIDINA/TIPIRACILO: RESULTADOS DE UN REGISTRO CENTRALIZADO	541
2909. TOXICIDAD DE UN ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE SECUENCIAL BASADO EN ANTRACICLINA, CICLOFOSFAMIDA Y PACLITAXEL, EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.	541
2919. RESPUESTA TEMPRANA COMO VALOR PREDICTIVO DE RESPUESTA TARDÍA EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIEOIDE CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON IMATINIB	542
2932. ALTERACIONES TIROIDEAS Y PARATIROIDEAS COMO EFECTO ADVERSO RELACIONADO CON EL TRATAMIENTO INMUNOTERÁPICO	542
2941. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA EN PACIENTES TRATADAS CON NIRAPARIB	543
2943. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ESQUEMA IMELDA MODIFICADO EN PRIMERA LÍNEA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER2-NEGATIVO. DATOS EN VIDA REAL.	544
2947. EFICACIA DE LA INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO. ANÁLISIS DE SUBGRUPOS	544
CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH).....	545
1369. EFICACIA DE LOS FÁRMACOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON HEPATITIS C Y FIBROSIS GRADO F0-F2	545
1381. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE APOYO DE PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN CONSUMO DE CARBAPENEMAS Y QUINOLONAS EN UN HOSPITAL PORTUGUÉS	546
1415. EXPERIENCIA DE DALBAVANCINA COMO TRATAMIENTO DE OSTEOMIELITIS E INFECCIÓN PERIPROTÉSICA POR GRAM POSITIVOS, USO FUERA DE INDICACIÓN	546
1438. EVALUATION OF RISK FACTORS RERLATED TO CLOSTRIDIODES DIFFICILE INFECTION	547
1472. EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO A TENOFOVIR ALAFENAMIDA: SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD	548
1486. UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE ISAVUCONAZOL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	548
1492. PREVALENCIA DE PRESCRIPCIÓN DEL “TOP-10-DRUG CLASSES TO AVOID” Y RELACIÓN CON LA COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES VIH DE EDAD AVANZADA	549
1537. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL SWITCH A UN COFORMULADO DE DOLUTEGRAVIR Y RILPIVIRINA EN PACIENTES VIH PRETRATADOS.	550
1549. FACTORES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH+ EN FUNCIÓN DE SU ÍNDICE DE COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA.	550
1588. RESULTADOS EN SALUD DE LA BITERAPIA CON DOLUTEGRAVIR Y LAMIVUDINA EN PACIENTES VIH EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	551
1602. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS MEDIANTE EL USO DE INDICADORES DE CONSUMO.	552
1604. ANÁLISIS DE USO Y EFECTIVIDAD DEL ANTIBIÓTICO RESTRINGIDO CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM	553
1606. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO	553
1612. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES DIAGNÓSTICAS EN LA NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI.	554
1621. MEJORA DE INDICADORES TRAS UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS COORDINADO POR EL FARMACÉUTICO	555
1623. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS	556
1642. POLIFARMACIA , COMORIBILIDADES Y RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES VIH ...	556
1666. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE VIH POR MEDIO DEL CUESTIONARIO “HIV SYMPTOMS DISTRESS MODULE”	557

1669. ¿AUMENTAN DE PESO LOS PACIENTES VIH QUE INICIAN TRATAMIENTO CON BICTEGRAVIR?	558
1678. CEFTAROLINA EN COMBINACIÓN CON DAPTOMICINA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES BACTERIÉMICAS POR ESTAFILOCOCCOS RESISTENTES A METICILINA	559
1680. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA): ANÁLISIS DE INDICADORES BASADOS EN EL CONSUMO	559
1682. SWITCH TERAPÉUTICO DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL	560
1683. IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES Y USO DE ANTIMICROBIANOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS: ANÁLISIS DE SITUACIÓN	561
1700. INDICADORES DE CONSUMO DE FÁRMACOS ANTIMICROBIANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE REFERENCIA	561
1740. EFECTIVIDAD DE LA COLISTINA NEBULIZADA PARA REDUCIR LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS. ESTUDIO DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA	562
1784. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE DISCONTINUACIÓN DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH+ EN UNA COHORTE DURANTE UNA DÉCADA	563
1789. IMPACTO DEL CAMBIO DE TENOFOVIR DISOPROXILO FUMARATO A TENOFOVIR ALAFENAMIDA SOBRE EL PERFIL LIPÍDICO Y FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES VIH+	563
1819. RESULTADOS OBTENIDOS TRAS DOS AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN UN HOSPITAL SECUNDARIO	564
1823. PREVALENCIA DE LA PRESENCIA DE LOS NUEVOS CRITERIOS PIMDINAC EN PACIENTES VIH DE EDAD AVANZADA	565
1824. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BEZLOTOXUMAB EN LA PROFILAXIS DE LA RECURRENCIA DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE	566
1923. ADECUACIÓN EN EL USO DE ANTIBIÓTICOS: UTILIZACIÓN DE DAPTOMICINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	566
1928. EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN EL PACIENTE VIH EN TRATAMIENTO CON TENOFOVIR ALAFENAMIDA	567
1938. ANÁLISIS DEL MANEJO DE LAS BACTERIEMIAS Y CANDIDEMIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL	568
1943. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE EN UN HOSPITAL TERCIARIO	568
1945. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON BEZLOTOXUMAB EN LA PREVENCIÓN DE RECURRENCIAS DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE	569
1947. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE FÁRMACOS COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE	570
1968. IMPACTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LA UTILIZACIÓN DE CARBAPENEMS EN EL HOSPITAL	570
1980. CLINICAL EXPERIENCE OF FAECAL MICROBIOTA TRANSPLANTATION FOR RECURRENT CLOSTRIDIODES DIFFICILE INFECTION	571
1984. CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM EN INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS: ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN Y DE LA RESPUESTA MICROBIOLÓGICA.	572
1988. IMPACTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN UN HOSPITAL SIN SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	572
2006. EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIFÚNGICOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS	573
2021. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN EL PACIENTE SÉPTICO, ¿ES UNA ESTRATEGIA SEGURA?	574
2027. IMPACTO DE LA ROTURA DE UN COMBO DE DARUNAVIR/COBICISTAT EN LA ADHERENCIA Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	575
2091. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE RESISTENCIA Y DENSIDAD DE INCIDENCIA DE P.AERUGINOSA EXTREMADAMENTE-RESISTENTE TRAS INSTAURACIÓN DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS	575
2096. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS E IMPACTO CLÍNICO EN PACIENTES TRATADOS CON ISAVUCONAZOL	576
2103. ANÁLISIS DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES MAYORES CON VIH	577
2114. EFECTIVIDAD DE CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES	577

CIONES POR MICROORGANISMOS GRAM NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES	577
2157. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE PARA AUMENTAR LA EFICIENCIA EN EL TRATAMIENTO	578
2181. EFECTIVIDAD DE FOSCARNET EN VIDA REAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	579
2184. ESTUDIO DE ADHERENCIA A UNA GUÍA DE ANTIOTERAPIA EMPÍRICA PARA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	579
2199. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE ISAVUCONAZOL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	580
2203. EVALUACIÓN DE DIFERENTES ECUACIONES DE ESTIMACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL PARA PREDECIR EL ACLARAMIENTO DE VANCOMICINA	581
2206. ESTUDIO DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS VIREMIAS DE BAJO NIVEL EN PACIENTES VIH EN UN HOSPITAL TERCARIO	581
2219. CAÍDAS Y PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS EN PERSONAS CON VIH MAYORES DE 45 AÑOS	582
2229. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIOTÍICOS EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL	583
2241. ANÁLISIS CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LAS COMORBILIDADES NO ASOCIADAS AL VIH EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH	583
2242. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE SOFOSBUVIR/VELPATASVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA	584
2274. PRESCRIPCIÓN DE FOSFOMICINA TROMETAMOL EN INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO NO COMPLICADA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA	585
2296. EXPERIENCIA DE USO DE CEFTAROLINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	585
2350. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIOTÍICOS TRAS IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIOTÍICOS EN UN HOSPITAL GENERAL	586
2371. EXPERIENCIA AUTORREFERIDA EN VIDA REAL DE LA UTILIZACION DE ABACAVIR/ LAMIVUDINA+DOLUTEGRAVIR TRAS DESDOBLAR TRATAMIENTO COMO COMPRIMIDO ÚNICO EN PACIENTES INFECCIÓN VIH-1	586
2398. DESPRESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA NO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH POLIMEDICADOS	587
2419. PERFIL ACTUAL DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA	588
2481. VARIACIÓN DE LOS VALORES DE LOS PARÁMETROS RENALES TRAS EL CAMBIO EN LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE ELVITEGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINA/TENOFOVIR-ALAFENAMIDA A BICTEGRAVIR/EMTRICITABINA/TENOFOVIR-ALAFENAMIDA	589
2514. IMPACTO DE ALERTAS DE SEGURIDAD Y RECOMENDACIONES DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTI-MICROBIANOS SOBRE EL CONSUMO DE FLUOROQUINOLONAS	589
2529. INFLUENCIA DE LA GRAVEDAD Y EL TRATAMIENTO EN LA RECURRENCIA DE INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE	590
2534. ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LA COMBINACIÓN DE DOLUTEGRAVIR Y LAMIVUDINA EN BITARAPIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	591
2549. IMPACTO EN EL CONSUMO DE MEROPENEM DE LAS INTERVENCIONES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN Y USO DE ANTIMICROBIANOS	592
2607. IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EN PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN FRENTE AL VIH	592
2613. DESPRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS NO ANTIRRETROVIRALES EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE VIH ..	593
2628. EFICACIA, SEGURIDAD Y ADHERENCIA DE LA TERAPIA COMBINADA CON BICTEGRAVIR/EMTRICITABINA/TENOFOVIR ALAFENAMIDA EN PACIENTES VIH+	594
2710. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE TEDIZOLID EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	594
2746. EFICACIA Y TOLERABILIDAD DE BITERAPIAS BASADAS EN DOLUTEGRAVIR EN PACIENTES VIH NAIVE Y EN SWITCH	595
2751. PROGRAMA DE PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN FRENTE A LA INFECCIÓN POR VIH. IMPLANTACIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA.	596
2772. TERAPIA SECUENCIAL ANTIOTÍICA: EVALUACIÓN DEL GRADO DE ACEPTACIÓN	597

2879. ESTUDIO UTILIZACIÓN DE CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM EN INFECCIONES GRAVES POR MICROORGANISMO RESISTENTES A CARBAPENÉMICOS.	598
2882. BEZLOTOXUMAB EN LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE. EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	598
2897. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DOMICILIARIO ENDOVENOSO MEDIANTE DISPOSITIVOS DE INFUSIÓN ELASTOMÉRICOS	599
2900. APLICATIVO AUTONÓMICO CENTRALIZADO PARA EL REGISTRO DE PACIENTES CON PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN	600
2905. BEZLOTOXUMAB EN INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE: RESULTADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	601
2911. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD, PERSISTENCIA Y ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO CON DOBLE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL FRENTE A TRIPLE TERAPIA.	601
2922. SEGUIMIENTO DE LA UTILIZACIÓN DE LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA	602
2929. EVOLUCION EN EL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN UN HOSPITAL DE AREA	603
CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS.....	603
1401. ESTUDIO DE OMALIZUMAB EN PEDIATRÍA	603
1412. TRATAMIENTO DEL DÉFICIT ADQUIRIDO DE FACTOR XIII EN PACIENTES GRANDES QUEMADOS	604
1452. ANÁLISIS DE USO Y EFECTIVIDAD DEL CONCENTRADO DE COMPLEJO PROTROMBÍNICO	604
1548. GLICOPIRROLATO SUSPENSIÓN ORAL: USO EN SIALORREA PEDIÁTRICA	605
1806. PRUEBAS DE PROVOCACIÓN ORAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOSPECHA DE ALERGIA A MEDICAMENTOS	606
1890. RETINOPATÍA DEL PREMATURO Y GANANCIA DE PESO POSTNATAL	606
1893. MEJORA FARMACOCINÉTICA Y CLÍNICA TRAS SWITCH GUIADO POR FARMACOCINÉTICA DE FACTORES VIII DE SEMIVIDA ESTÁNDAR A FACTORES DE SEMIVIDA EXTENDIDA	607
1905. IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN PEDIATRÍA Y SU IMPACTO SOBRE LA SEGURIDAD	608
1957. IMPLANTACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA	608
2039. USO DE INDOMETACINA COMO PROFILAXIS DE HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR GRAVE EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS MENORES DE 27 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL	609
2058. PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO	610
2086. ANÁLISIS DE ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE PROCESOS INFECCIOSOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS	611
2117. DESARROLLO DE UN FACTOR DE CONVERSIÓN ENTRE DOSIS DIARIA DEFINIDAS DE ADULTOS Y NEONATOS.	611
2195. DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL EN NEONATOLOGÍA.	612
2254. USO DE IDARUCIZUMAB PARA LA REVERSIÓN DE DABIGATRAN EN TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO	613
2336. BIOMARCADORES DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA QUE AFECTAN LA FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB EN NIÑOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	613
2547. VALORACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL BUROSUMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPOFOSFATEMIA LIGADA AL CROMOSOMA X	614
2578. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INESPECÍFICAS INTRAVENOSAS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	615
2641. ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EXTRAVASACIÓN DE FÁRMACOS NO PELIGROSOS EN LA UNIDAD NEONATAL DE CUIDADOS INTENSIVOS	616
2675. PAPEL DEL SERVICIO DE FARMACIA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	616
2796. ANÁLISIS DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS SUBCUTÁNEAS EN 2020 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	617
2799. SEGURIDAD Y EFICACIA DEL ACONDICIONAMIENTO CON TREOSULFAN PREVIO A TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO EN NIÑOS CON ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES.	618
2801. ESTUDIO DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS SUBCUTÁNEAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	618
2803. RUXOLITINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL INJERTO CONTRA HUÉSPED CORTICORRESIS-	

TENTE EN PEDIATRÍA	619
2933. BUROSUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPOFOSFATEMIA LIGADA AL CROMOSOMA X	620
CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL.....	620
1368. IDENTIFICACIÓN DE SUEROTERAPIA ESPECIAL EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL	620
1374. ELABORACIÓN DE UN LISTADO DE PAREJAS DE FÁRMACOS DE INTERÉS EN EL NEONATO PARA EL ESTUDIO DE SU COMPATIBILIDAD FÍSICA	621
1385. RELEVANCIA CLÍNICA DE LA INTERACCIÓN ENTRE ACENOCUMAROL E INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES	622
1427. ESTUDIO DE IDENTIFICACIÓN DE FÁRMACOS EN QUIRÓFANOS: FOCO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ...	623
1446. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TOFACITINIB	623
1473. CIRCUITO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE FARMACIA PARA MEDICAMENTOS NUEVOS INCLUIDOS EN UN ÁREA DE SALUD	624
1496. USO DE ERTAPENEM POR VÍA SUBCUTÁNEA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	625
1501. UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT EN PACIENTES SOCIOSANITARIOS	626
1509. ESTUDIO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO, SU DISTRIBUCIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD EN SU USO	626
1558. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO PARA LA ADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA DE AZACITIDINA SUBCUTÁNEA	627
1563. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA SOBRE MEDICAMENTOS PELIGROSOS AL PERSONAL DEL CENTRO	628
1573. SEGURIDAD EN LA MANIPULACIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS CON ORGANISMOS MODIFICADOS GENÉTICAMENTE: ADAPTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO	629
1587. EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES CON LOS NUEVOS ANTI-IL5 EN ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE NO CONTROLADA	630
1594. PROBABILIDAD DE EXPOSICIÓN EN LA GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO	630
1611. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	631
1618. POKA-YOKE, HERRAMIENTA LEAN, PARA EVITAR LA ADMINISTRACIÓN INCORRECTA DE DOSIS DE MEDICAMENTOS	632
1643. MEDICAMENTOS FOTOSENSIBLES, ¿LOS ALMACENAMOS BIEN?	632
1652. MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL USO DE MEDICAMENTOS EN CENTROS DE ATENCIÓN INTERMEDIA	633
1671. CARGA ANTICOLINÉRGICA Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS EN PACIENTES ANCIANOS CON HEPATITIS C CRÓNICA	634
1694. ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE LETRAS MAYÚSCULAS RESALTADAS (TALL-MAN LETTERING) EN LOS SOFTWARES HOSPITALARIOS	634
1712. ELABORACIÓN DE UN LISTADO DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES CON INSTRUCCIONES DE ACTUACIÓN PRIORIZADAS POR TIEMPOS DE ESTABILIDAD	635
1714. CIRCUITO DE USO SEGURO DE FÁRMACOS DE ADMINISTRACIÓN INTRAVÍTREA	636
1717. IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS DE SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE POTASIO INTRAVENOSO	637
1733. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EFECTUADAS POR EL TÉCNICO DE FARMACIA EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA: ¿SUMAN VALOR?	638
1745. EVALUACIÓN DE LA PAUTA ANTIEMÉTICA EN LA QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA EN UN HOSPITAL COMARCAL	638
1765. ANÁLISIS DE ERRORES EN UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIA: UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN EN PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA VS PRESCRIPCIÓN MANUAL	639
1766. HIPERPROLACTINEMIA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO	640
1792. MEJORA DE LA CALIDAD DE LA FARMACIA AMBULATORIA MEDIANTE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y METODOLOGIA LEAN	640

1810. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EXTRAVASACIONES DE CITOSTÁTICOS CENTRALIZADO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	641
1813. ANÁLISIS DE LAS DISPENSACIONES A ENFERMERÍA DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA: ¿TENEMOS AÚN MARGEN DE MEJORA?	642
1837. INSTITUCIONALIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN INTERDISCIPLINAR E INTERNIVELES	642
1847. SATISFACCIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO BIOSIMILAR EN UN HOSPITAL COMARCAL	643
1853. DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN EN CASCADA EN PACIENTES POLIMEDICADOS.	644
1856. DESCRIPCIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA	645
1881. ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES DE MEDICACIÓN RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS EN EL ÁREA DE ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS	646
1899. ESTANDARIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA TERAPIA ENDOVENOSA EN PACIENTES ADULTOS: UN PASO ADELANTE EN SEGURIDAD	646
1906. DETERMINACIÓN DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES QUE INGRESAN EN UN HOSPITAL GENERAL COMO CONSECUENCIA DE UNA CAÍDA	647
1913. IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE DISCAPACITADOS FÍSICOS Y/O PSÍQUICOS	648
1955. SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE ALEMTUZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE REMITENTE RECIDIVANTE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL	648
2008. INCIDENCIA DE FLEBITIS ASOCIADO A LA ADMINISTRACIÓN DE HIERRO SACAROSA	649
2018. COOPERACIÓN FARMACÉUTICO-NEFRÓLOGO: TRATAMIENTOS OPTIMIZADOS CON REDUCCIÓN DE RIESGOS	650
2066. IDENTIFICACIÓN Y SEÑALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS FOTOSENSIBLES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS ..	650
2100. IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS DE SEGURIDAD PARA EL USO DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL	651
2104. CONTROL GRAVIMETRICO EN LA ELABORACION DE NUTRICIONES PARENTERALES	652
2136. REVISIÓN DE CADUCIDADES EN SISTEMA AUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN PYXIS® POR TÉCNICOS DE FARMACIA: MUCHO MÁS QUE UNA COMPROBACIÓN	652
2142. USO CONCOMITANTE DE RIVAROXABAN E INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA: ANALISIS COMPARATIVO DEL RIESGO DE SANGRADO.	653
2155. PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA TOXICIDAD EN INMUNOTERAPIA	654
2170. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL.	655
2171. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE ALERGIA A ANTIBIÓTICOS BETA-LACTÁMICOS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN CORPORATIVOS DURANTE INGRESOS HOSPITALARIOS	655
2176. UTILIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA ..	656
2197. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN LA FARMACIA AMBULATORIA DE UN HOSPITAL COMARCAL	657
2209. ANÁLISIS Y GESTIÓN DE NOTIFICACIONES POR ERRORES DE MEDICACIÓN	657
2277. EXTRAVASACIÓN DE FÁRMACOS NO CITOTÓXICOS: SEGUIMIENTO IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO Y ADECUACIÓN DEL ALGORITMO PARA PACIENTE PEDIÁTRICO Y SERVICIO DE RADIOLOGÍA	658
2328. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS EN BOMBA DE PERFUSIÓN CONTINUA	659
2329. REACCIONES INFUSIONALES DE FÁRMACOS ADMINISTRADOS EN HOSPITAL DE DÍA	660
2345. ANÁLISIS DEL CONSUMO Y USO DE GABAPENTINA Y PREGABALINA EN PACIENTES CON RIESGO DE DEPRESIÓN RESPIRATORIA	661
2354. EXPERIENCIA DE UNA ESTRATEGIA DE DEPRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN MAYORES DE 75 AÑOS	661
2358. ANALISIS DE LAS INCIDENCIAS EN LA DESCRIPCION DEL REENVASADO DE FORMAS FARMACEUTICAS ORALES SOLIDAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA	662
2361. CICLO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA DISPENSACION DE MEDICACION SEMANAL PARA UN CENTRO SOCIOSANITARIO DESDE UN HOSPITAL COMARCAL	663

2382. SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES Y PEDIÁTRICOS	663
2388. INCIDENCIA Y MOTIVOS DE IGNORAR ALERTAS DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS	664
2394. ¿SE HACE BUEN USO A LA HORA DE PRESCRIBIR HIERRO CARBOXIMALTOSA?. EVALUACIÓN DE PRESCRIPCIONES SEGÚN REQUERIMIENTOS DEL PACIENTE.	665
2395. CONSECUENCIAS CLÍNICAS DE IGNORAR ALERTAS DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS	665
2410. IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE RECICLAJE DE PLÁSTICO EN EL ÁREA DE PREPARACIÓN DE ESTÉRILES Y NO ESTÉRILES.	666
2412. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DIRIGIDO A LA DETECCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÓNICOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO.	667
2426. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN	668
2434. CREACIÓN DE UNA UNIDAD CENTRALIZADA DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA	668
2447. SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE LOS FÁRMACOS ANTICOAGULANTES EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRAL	669
2452. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN Y LA CALIDAD PERCIBIDA POR ENFERMERÍA TRAS IMPLANTAR UN CIRCUITO DE MANEJO SEGURO DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS	670
2458. REGISTRO ELECTRÓNICO Y VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE LA PRESCRIPCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA DE USO ESTÉTICO	671
2496. ELABORACIÓN DE DOS TARJETAS DE CONSULTA RÁPIDA SOBRE REACCIONES ALÉRGICAS CRUZADAS	672
2502. IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO PARA EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS	672
2513. ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA CENTRAL: CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA.	673
2536. DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS: ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN CON LA REGIÓN SANITARIA PARA MEJORAR LA GESTIÓN	674
2541. INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN EL ACONDICIONAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN	675
2543. ANÁLISIS DE LA ESTIMULACIÓN OVÁRICA CONTROLADA CON GONADOTROFINAS EN TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA.	675
2570. DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS POR LA COMISIÓN DE SEGURIDAD TRAS EL ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN	676
2599. EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO Y EFECTIVIDAD DEL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA DE SALAS BLANCAS POR PARTE DEL PERSONAL TÉCNICO	677
2635. DESARROLLO DE NEOPLASIAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE TRATADOS CON FINGOLIMOD	678
2653. ESTUDIO DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS	678
2657. EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES ESPECIALIZADOS POR ÁREAS DE CONOCIMIENTO: UN NUEVO ENFOQUE EN LA GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD	679
2694. EL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA ADECUACIÓN DE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A LA PRESCRIPCIÓN MEDIANTE EL FRACCIONAMIENTO DE COMPRIMIDOS	680
2697. PAPEL DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA RESOLUCIÓN DE CONSULTAS TELEFÓNICAS EN EL HORARIO DE TARDE	680
2707. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS MEDIANTE UNA TERMINAL DIGITAL	681
2708. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA DE ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL	682
2714. ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES DE FRACTURAS VERTEBRALES TRAS LA SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO CON DENOSUMAB	682
2715. EVALUACIÓN DE RECLAMACIONES AL SERVICIO DE FARMACIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA ASISTIDA	683
2755. IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO ELECTRÓNICO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE	

UROLOGÍA	684
2778. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO, ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOSIMILARES.	684
2780. MANEJO DE LOS DISPOSITIVOS PARA EL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO	685
2785. IMPLICACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN LA CONSECUCCIÓN DE RESULTADOS EN SALUD DE PACIENTES HEPATITIS C: HOSPITAL VS.CENTRO PENITENCIARIO.	686
2792. EVALUACIÓN DE LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ADMINISTRACIÓN VÍA PARENTERAL A LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS	686
2797. ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE LAS HERRAMIENTAS DE PRESCRIPCIÓN Y DE ADMINISTRACIÓN EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS DE DOS HOSPITALES	687
2840. PROYECTO HUMANIZACION RINGFARMA, LA LLAMADA DE FARMACIA.	688
2880. ANÁLISIS MODAL DE FALLO Y EFECTO APLICADO A LA GESTIÓN DE LOS DESABASTECIMIENTOS DE ANTI-BIÓTICOS	688
2893. SELECCIÓN DE INTERACCIONES GRAVES PARA DISMINUIR LA FATIGA DE ALERTAS EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA	689
2954. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TOLVAPTAN EN EL TRATAMIENTO DE LA POLIQUISTOSIS AUTOSÓMICA DOMINANTE: SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MANEJO DE RIESGOS.	690
2956. FORTALECIENDO LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL HOSPITAL: IMPACTO TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE ACTIVIDADES INTERDISCIPLINARES	691
CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2.....	691
1380. INFLUENCIA DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN LA ESTANDARIZACIÓN DE PREPARACIONES INTRAVENOSOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.	691
1480. TELEFARMACIA Y ACERCAMIENTO DEL TRATAMIENTO AL PACIENTE EN UN ENTORNO INSULAR DURANTE LA PANDEMIA COVID19	692
1488. DESCRIPCIÓN DEL CIRCUITO DE ENVÍO DE MEDICACIÓN A PACIENTES EXTERNOS A TRAVÉS DE FARMACIA COMUNITARIA DURANTE LA CRISIS DEL SARS-COV-2	693
1502. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN DOMICILIARIA PARA PACIENTES INCLUIDO EN ENSAYO CLÍNICO	694
1506. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA ORIENTADA A REDUCIR EL POTENCIAL DE INTERACCIONES EN PACIENTES CON TRATAMIENTO PARA EL COVID-19	694
1515. AUTOADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ASMA GRAVE Y PATOLOGÍA DE ORIGEN ALÉRGICO EN ÉPOCA DEL SARS-COV-2	695
1518. REPOSICIÓN DE LOS ARMARIOS INFORMATIZADOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN TIEMPOS DE COVID-19	696
1522. ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE TERAPIAS BIOLÓGICAS ADAPTADA A PACIENTES CON ASMA GRAVE EN ÉPOCA DEL SARS-COV-2. REINGENIERÍA DE PROCESOS.	697
1570. NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL DOMICILIARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19	697
1629. PROTOCOLIZACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN PACIENTE CRÍTICO CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2	698
1676. RESULTADOS DE UN FONDO SOLIDARIO PARA NECESIDADES COVID-19	699
1679. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL CONSUMO DE FÁRMACOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DURANTE LA PANDEMIA CORONAVIRUS-2019	700
1684. QUALITATIVE IMPACT OF PRESCRIPTION VALIDATION ON DETECTION OF POTENTIAL DRUG RELATED PROBLEMS DURING COVID19 PANDEMIC	701
1702. ADAPTACIÓN DEL ÁREA DE DOSIS UNITARIAS PARA LA DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS	701
1752. REORGANIZACIÓN DE UNA CONSULTA EXTERNA DE FARMACIA DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS	702
1755. MEDICACIÓN HOSPITALARIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS DE MAYORES DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	703
1759. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DE ENVÍO DE MEDICACIÓN DE USO HOSPITALARIO A OFICINAS DE FARMACIA	704

1771. TOCILIZUMAB ENDOVENOSO ASOCIADO O NO A CORTICOIDES EN EL TRATAMIENTO DE LA COVID-19.	704
1776. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 (COVID-19) EN LA UNIDAD DE NUTRICION PAR- ENTERAL DE UN SERVICIO DE FARMACIA	705
1807. TROMBOPROFILAXIS EN PACIENTES COVID-19 POSTIVO	706
1833. EFECTIVIDAD DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19)	707
1846. CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DOMICILIARIA DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO Y TELECONSULTA FARMACÉUTICA DURANTE LA PANDEMIA COVID19 EN UN HOSPITAL COMARCAL	707
1851. NUEVAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES EXTERNOS EN LA ERA COVID: ADAPTANDO LA ATENCIÓN FARMA- CÉUTICA.	708
1864. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA COVID19 EN UN HOSPITAL CO- MARCAL	709
1869. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS CON LA FORMULA DESINFECTANTE DE MA- NOS FRENTE A LA SOLUCION COMERCIALIZADA (STERILLIUM®)	710
1870. IMPLANTACIÓN Y PROTOCOLIZACIÓN DE UN CIRCUITO DE TELEFARMACIA DE MEDICAMENTOS DE DISPEN- SACIÓN HOSPITALARIA	711
1874. VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES COVID-19 EN URGENCIAS	711
1884. INPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE TELEFARMACIA Y HOME DELIVERY EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES HEMOFÍLICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	712
1919. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EXTERNOS CON EL ENVÍO A DOMICILIO DE LA MEDICACIÓN Y LA TELEAT- ENCIÓN FARMACÉUTICA	713
1927. TELEFARMACIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y CON ENFERMEDADES MINORITARIAS DURANTE LA ÉPOCA COVID -19	714
1940. IMPLANTACIÓN DE TELECONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE PEDIÁTRICO ANTE LA DE- CLARACIÓN DEL ESTADO DE ALARMA POR EL COVID-19	715
1956. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ANAKINRA SUBCUTÁNEO EN PACIENTES INGRESADOS CON NEUMONIA POR CO- VID-19	716
1958. CONTINGENCIA DEL AREA DE DISPENACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ANTE LA ALERTA SANITARIA COVID-19	717
1959. PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA PANDEMIA POR EL NUEVO CORONAVIRUS EN UN HOSPITAL COMARCAL .	717
1960. IMPACTO DEL USO DE TOCILIZUMAB EN LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS EN PACIENTES CON COVID-19	718
1963. ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS CLÍNICAMENTE RELEVANTES EN PACIENTES CON IN- FECCIÓN POR COVID-19 TRATADOS CON LOPINAVIR/RITONAVIR	719
1969. EL DESAFÍO DEL SERVICIO DE FARMACIA FRENTE A LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS	720
1974. DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE TELEFARMACIA Y HOME-DELIVERY DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19	721
1978. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA EN COORDINACIÓN CON LAS FARMACIAS COMUNITARIAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	721
2002. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE SEGUIMIENTO TELEFONICO DE TOXICIDADES EN PACIENTES ON- COLÓGICOS Y HEMATOLOGICOS	722
2013. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN RESIDENCIAS GERIATRICAS EN LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS- COV-2	723
2014. LOGISTICA DE DISPENSACIÓN EN UN HOTEL MEDICALIZADO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	724
2015. IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE TELEFARMACIA Y DISPENSACIÓN DOMICILIARIA A PACIENTE EXTERNO .	725
2017. INFORMACIÓN Y FORMACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA	726
2022. ENSAYOS CLÍNICOS PARA COVID-19: CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN TEMPORAL DURANTE LA PANDEMA	727
2023. ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE EL SISTEMA DE ENVÍO DOMICILIARIO DE MEDICACIÓN A PACIENTE EX- TERNO IMPLANTADO DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19	728
2024. ESTUDIO SOBRE LA INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS CARDÍACOS EN PACIENTES COVID-19 TRATADOS CON HIDROXICLOROQUINA Y AZITROMICINA	728
2026. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS, TRATAMIENTOS Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES SARS-COV-2 POSI-	

TIVO INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS	729
2030. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENVÍO DE MEDICACIÓN A DOMICILIO: DE CERO A CIENTO EN TRES DÍAS	730
2036. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PACIENTE CON COVID-19 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	731
2037. MANEJO DEL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2: OPTIMIZACIÓN DEL USO DE TOCILIZUMAB	732
2044. ANÁLISIS DEL CAMBIO DE TOCILIZUMAB ENDOVENOSO A TOCILIZUMAB SUBCUTÁNEO. MEDIDA PARA HACER FRENTE A LA CRISIS SANITARIA DE LA COVID-19	733
2064. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES EXTERNOS DURANTE LA ALERTA SANITARIA POR COVID-19	733
2068. PROCEDIMIENTO DE DISPENSACIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES EXTERNOS EN PERÍODO DE PANDEMIA	734
2074. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS CLÍNICAMENTE RELEVANTES EN LA TERAPIA ANTIVIRAL DE PACIENTES INGRESADOS CON INFECCIÓN POR COVID-19	735
2085. DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN DE USO HOSPITALARIO ANTE LA SITUACIÓN DE PANDEMIA ORIGINADA POR SARS-COV-2. CONTRIBUCIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA.	736
2107. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON HIDROXICLOROQUINA EN PACIENTES CON COVID-19	736
2137. DESARROLLO DE UNA TABLA DE INTERACCIONES FARMACOCINÉTICAS Y FARMACODINÁMICAS ENTRE ALGUNOS MEDICAMENTOS EMPLEADOS PARA TRATAR COVID-19 Y LA MEDICACIÓN CONCOMITANTE.	737
2144. ESTRATEGIA DE MINIMIZACIÓN DE RIESGOS PARA LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTE CRÍTICO CON ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS SARS-COV-2	738
2156. HEPARINA A DOSIS PROFILÁCTICAS O TERAPÉUTICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CRÍTICOS CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2	739
2160. ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS	740
2163. ADAPTACIÓN DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR CORONAVIRUS	740
2164. ESTUDIO MULTICÉNTRICO PARA VALORAR EL ACERCAMIENTO DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA Y USO DE VÍAS TELEMÁTICAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	741
2167. USO DE TOCILIZUMAB EN EL MANEJO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE HIPERINFLAMACIÓN PULMONAR CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2	742
2169. APLICACIONES DE SMARTPHONE RELACIONADAS CON EL COVID-19: ¿QUÉ SABEMOS SOBRE ELLAS?	743
2175. ELABORACIÓN DE SOLUCIÓN DESINFECTANTE DE MANOS POR ROTURA DE STOCK A CAUSA DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2	743
2182. EXPERIENCIA EN EL USO DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON COVID-19. ¿REALMENTE HA SIDO EFICAZ?	744
2191. ANÁLISIS DE LAS REACCIONES ADVERSAS DEL TRATAMIENTO PARA EL COVID-19 Y ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.	745
2205. HIDROXICLOROQUINA E INTERVALO QT EN PACIENTES CON COVID-19	746
2208. ADHERENCIA A TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS PARA ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN ÉPOCA DE COVID. ..	746
2215. FÁRMACOS Y FACTORES DE RIESGO DE PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR COVID-19	747
2240. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA.	748
2243. EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES INGRESADOS POR SARS-COV-2	748
2245. ANÁLISIS DEL ALARGAMIENTO DEL QT EN PACIENTES CON COVID-19 TRATADOS CON AZITROMICINA E HIDROXICLOROQUINA	749
2248. CIRCUITOS DE DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS DE LA MEDICACIÓN HOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19	750
2251. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON COVID-19 TRATADOS CON TOCILIZUMAB	750
2256. EXPERIENCIA EN EL USO DE IECAS/ARAII Y AINES EN PACIENTES INGRESADOS POR SARS-COV-2	751
2262. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON TRATAMIENTO PARA COVID-19.	752

2271. INTERACCIONES CLÍNICAMENTE RELEVANTES DE LOS FÁRMACOS USADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL CORONAVIRUS SARS-COV-2 EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	752
2283. REESTRUCTURACIÓN Y ADAPTACIÓN DURANTE ÉPOCA COVID-19 EN LA FARMACIA DE ENSAYOS CLÍNICOS ONCO-HEMATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	753
2284. HOTEL SALUD: UN NUEVO ÁMBITO PARA EL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO	754
2285. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS TRATADOS FRENTE AL CORONAVIRUS SARS-COV-2 DURANTE LA PANDEMIA	755
2291. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES AL INGRESO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE NEUMONIA POR SARS-COV-2	755
2299. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE TELEFARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	756
2305. MANEJO DE LA TERAPIA INMUNOSUPRESORA CON TACROLIMUS, EVEROLIMUS O SIROLIMUS EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES CON NEUMONÍA POR COVID-19	757
2310. ESTRATIFICACION DE PACIENTES PARA HOME DELIVERY EN EPOCA DE COVID 19	757
2311. GESTIÓN DE PROCESOS DURANTE LA PANDEMIA COVID19 EN EL SERVICIO DE FARMACIA	758
2316. NUTRICIÓN ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR LA COVID-19	759
2318. ENTREGA DE AGENTES ANTINEOPLÁSICOS ORALES A TRAVES DE OFICINAS DE FARMACIA	760
2324. CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DOMICILIARIA DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA EN CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19. ZONA RURAL DE GRAN EXTENSIÓN.	761
2326. IMPLANTACION DE UN MODELO DE ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS ADAPTADO AL ESTADO DE ALARMA SANITARIA	762
2330. PREPARACIÓN DE SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA POR TÉCNICOS AUXILIARES DE FARMACIA EN TIEMPOS DE COVID 19	762
2331. HIDROXICLOROQUINA Y TRASTORNOS DEL RITMO CARDÍACO: ¿CÓMO HA AFECTADO A LOS PACIENTES DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2?	763
2335. ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO	764
2352. IMPLANTACIÓN EN UN SERVICIO DE SALUD DE UN SISTEMA DE CONTROL DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE HIDROXICLOROQUINA Y CLOROQUINA	764
2365. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES ANIDADO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR SARS-COV-2 Y TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO.	765
2368. ENVÍO DE MEDICACIÓN DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA DE SALUD MENTAL A RESIDENCIAS Y OTROS RECURSOS DURANTE LA PANDEMIA	766
2378. MANEJO DE LOS EVENTOS TROMBÓTICOS EN PACIENTES COVID Y DETERMINACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS	767
2383. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y MANEJO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA POR SARS-COV-2 EN UN HOSPITAL COMARCAL	767
2399. EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD HEPÁTICA ASOCIADA AL USO DE HIDROXICLOROQUINA EN LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2	768
2400. HERRAMIENTA DE PRESCRIPCIÓN POR DIAGRAMA DE DECISIÓN PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LOS CAMBIOS DE TRATAMIENTO DURANTE EL PERIODO COVID-19.	769
2403. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS POTENCIALES EN EL TRATAMIENTO DEL SARS-COV-2: DIFICULTAD AÑADIDA EN LA CONCILIACIÓN AL INGRESO	769
2404. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES AFECTADOS POR SARS-COV-2	770
2416. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB SEGÚN EL MOMENTO DE ADMINISTRACIÓN EN PACIENTES COVID19	771
2425. APORTACIÓN DEL EQUIPO DEL ÁREA DE PREPARACIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19	772
2431. PUESTA EN MARCHA DE LA PREPARACIÓN Y DISPENSACIÓN DE LA SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA POR DESABASTECIMIENTO DE LOS LABORATORIOS EN SITUACIÓN COVID	772
2436. IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE TELEFARMACIA Y DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN A DOMICILIO EN UN ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS	773
2439. ADECUACIÓN DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN POST COVID-19: GESTIÓN Y LOGÍSTICA DE LOS MEDI-	

CAMENTOS	774
2443. NUTRICIÓN PARENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO SARS-COV-2: PRÁCTICA CLÍNICA	775
2448. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN LA ACTIVIDAD DEL ÁREA DE FARMACOTECNIA DEL SERVICIO DE FARMACIA	776
2449. NUTRICIÓN EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR COVID-19 EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS	776
2465. CAJÓN DESASTRE: TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN LA FASE INFLAMATORIA DEL COVID-19	777
2467. PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO: TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN Y DESENLACE	778
2470. DISPENSACIÓN DOMICILIARIA EN TIEMPOS DE COVID-19: DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	779
2471. CÁNCER Y SARS-COV-2: ¿MAYOR RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA?	779
2476. DISPENSACIÓN DOMICILIARIA EN TIEMPOS DE COVID-19: SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	780
2482. TELEFARMACIA Y DISPENSACIÓN A DOMICILIO ANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2, COVID-19	781
2494. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS, TRATAMIENTOS Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES SARS-COV-2 POSITIVO INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL	782
2503. CIRCUITO DE TRATAMIENTOS COVID19 AL ALTA DE URGENCIAS: SOLICITUD, DISPENSACIÓN Y SEGUIMIENTO TELEMÁTICO	782
2509. IMPLANTACIÓN DE UN SERVICIO DE ENVÍO A DOMICILIO DE MEDICACIÓN CRÓNICA DURANTE LA PANDEMIA COVID	783
2525. EVALUACIÓN DE LA ADAPTACIÓN POSOLÓGICA DE LA INMUNOTERAPIA EN LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	784
2527. ANÁLISIS DEL USO DE FÁRMACOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT EN PACIENTES CON SARS-COV-2. ..	785
2531. PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES SOBRE EL LUGAR DE DISPENSACION DE LA MEDICACION AMBULATORIA ¿NOS ADAPTAMOS A ELLAS?	786
2532. TOLERABILIDAD DE LOPINAVIR/RITONAVIR EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2	786
2538. ATENCIÓN FARMACÉUTICA NO PRESENCIAL A PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA.	787
2548. PANDEMIA COVID-19: INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN EL ANÁLISIS FARMACOTERAPÉUTICO DE INTERACCIONES.	788
2551. EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADECUACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL A LAS RECOMENDACIONES DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EN PACIENTE CRITICO COVID-19	789
2561. EFICACIA DE LOS PULSOS DE CORTICOIDES EN PACIENTES CON CORONAVIRUS	789
2569. IMPACTO DEL TRATAMIENTO COMBINADO CLOROQUINA MÁS AZITROMICINA EN LA NEGATIVIZACIÓN DE LA CARGA VIRAL EN INFECCIÓN LEVE POR CORONAVIRUS SARS-COV-2	790
2574. IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA ONCOHEMATOLÓGICA ADAPTADO A LA EMERGENCIA COVID-19.	791
2576. EXPERIENCIA DE USO DE ETOPÓSIDO EN LAS FORMAS GRAVES POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	792
2590. ANÁLISIS Y SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE ENTREGA A DOMICILIO DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA A PACIENTES PEDIÁTRICOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19	792
2591. ADECUACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL A LAS GUÍAS CLÍNICAS DE NUTRICIÓN EN PACIENTE CRÍTICO SARS-COV-2	793
2626. RESULTADOS DE UN SERVICIO DE TELEFARMACIA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS DURANTE LA PANDEMIA DEL SARS-COV-2	794
2630. APORTES PROTEICOS Y CALÓRICOS DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES INDIVIDUALIZADAS EN EL PACIENTE CRÍTICO CON CORONAVIRUS SARS-COV-2	794
2633. PROTOCOLIZACIÓN Y ELABORACIÓN DE BOLSAS DE PROPOFOL AL 1% PARA PACIENTES CON CORONAVIRUS SARS-COV-2	795
2634. PERICARDITIS AGUDA: POTENCIAL COMPLICACIÓN ASOCIADA A LA POST-INFECCION POR COVID-19	796
2656. OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE DISPENSACION DE QUIMIOTERAPIA PARENTERAL Y ORAL EN EL PACIENTE HEMATOLÓGICO	796
2668. ADAPTACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE TERCER	

NIVEL	797
2689. ADAPTACIÓN DE LA UNIDAD FARMACÉUTICA DE ATENCIÓN A PACIENTES EXTERNOS (UFPE) DURANTE LA PANDEMIA SARS-COV-2	798
2696. SEGURIDAD DE AZITROMICINA, HIDROXICLOROQUINA Y LOPINAVIR/RITONAVIR EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE COVID-19	799
2699. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE TELECONSULTA Y DISPENSACIÓN DOMICILIARIA PARA PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19	800
2704. ADECUACIÓN DEL APOORTE CALÓRICO- PROTEICO MEDIANTE NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO COVID	800
2712. REMDESIVIR EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES GRAVES CON NEUMONÍA POR CORONAVIRUS TIPO 2 (SARS-COV-2)	801
2729. TRATAMIENTO DE LA NUEVA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS: INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	802
2732. PERFIL SEROLÓGICO DE VIRUS HEPATOTROPOS, TUBERCULOSIS E INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES COVID-19 TRATADOS CON TOCILIZUMAB	803
2733. CONTRIBUCIÓN DE TÉCNICOS EN LA IMPLANTACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL DE CAMPAÑA POR CRISIS SANITARIA COVID-19	803
2735. ESTANDARIZACIÓN DE LAS INFUSIONES DE MEDICAMENTOS EN CUIDADOS CRÍTICOS DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19	804
2740. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19	805
2744. FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19	805
2745. EPIDEMIOLOGÍA Y RESULTADOS CLÍNICOS DE PACIENTES CON COVID-19: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	806
2753. EXPERIENCIA CON REMDESIVIR EN PACIENTES CRÍTICOS	807
2754. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA CON DIVERSOS CIRCUITOS DE ENVÍO DE MEDICACIÓN AMBULATORIA DE USO HOSPITALARIO	808
2766. ADAPTACIÓN DEL HORARIO Y FUNCIONES DEL EQUIPO DE TÉCNICOS DE FARMACIA DURANTE EL PERIODO CRÍTICO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	809
2768. EL PAPEL DE LA TELEFARMACIA EN LA CRISIS SANITARIA COVID-19	809
2771. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y TELEFARMACIA A PACIENTES EXTERNOS EN TIEMPOS DEL COVID-19	810
2775. FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD ASOCIADOS A LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 (COVID-19)	811
2776. GESTIÓN DE LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19	812
2786. EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN Y GRADO DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE TELEFARMACIA DURANTE LA PANDEMIA COVID19	813
2789. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN URGENCIAS DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2	813
2790. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD EN PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS POR NEUMONÍA COVID-19	814
2794. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES COVID-19 QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO	815
2798. ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO PARA EL SARS-COV-2.	816
2814. INTERACCIONES DE LA FARMACOTERAPIA EXPERIMENTAL EN LA COVID19: VELANDO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA UNIDAD DE FARMACIA	816
2819. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 SOBRE LA GESTIÓN ECONOMICA DE UN SERVICIO DE FARMACIA	817
2820. LOPINAVIR/RITONAVIR EN PACIENTE SARS-COV-2: ¿EXISTE DIFERENCIA ENTRE RECIBIR EL FÁRMACO O NO?	818
2823. ¿QUÉ FACTORES PUEDEN SER PRONÓSTICOS EN LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON SARS-COV2?	819

2827. ADAPTACIÓN DEL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A PACIENTES AMBULATORIOS DURANTE EL ESTADO DE ALARMA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2	819
2830. PACIENTES SARS-COV2 POSITIVO, NEUMONÍA LEVE, SIN FACTORES DE RIESGO NI ALTERACIONES ANALÍTICAS ¿QUÉ PODEMOS HACER POR ELLOS?	820
2837. OPORTUNIDADES DE UN MODELO ASISTENCIAL NO PRESENCIAL MEDIANTE LA SALUD MÓVIL DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2	821
2842. CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES EXTERNOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19	822
2852. ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y COVID-19, ¿POBLACIÓN DE RIESGO?	822
2856. ADAPTACIÓN DEL SERVICIO DE PACIENTES EXTERNOS A LA PANDEMIA POR COVID-19	823
2867. COVID-19 EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN: ¿EVOLUCIONAN PEOR LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA?	824
2872. INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD COVID-19 EN LOS PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO	825
2873. EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON INMUNOSUPRESORES	825
2875. TOCILIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA COVID-19: EXPERIENCIA DE UTILIZACIÓN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO	826
2878. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN-VALIDACIÓN DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT EN PACIENTES CON COVID-19	827
2884. USO DE ANAKINRA PARA EL TRATAMIENTO DE RESCATE EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR COVID-19 ...	828
2891. INSTAURACIÓN DE UN PROGRAMA DE ALTA PRECOZ CON TRATAMIENTO ANTIVIRAL EN PACIENTES ADULTOS CON COVID-19 DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS	829
2895. LA FUNCIONALIDAD COMO HERRAMIENTA PARA ADECUAR EL TRATAMIENTO EN PACIENTES NONAGENARIOS CON NEUMONÍA POR COVID-19	830
2896. TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES GRAVES CON NEUMONÍA POR COVID-19	830
2899. INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL	831
2912. REINVENCIÓN EXPRES DE UN SERVICIO DE FARMACIA	832
2913. IMPLEMENTACIÓN DE UN CIRCUITO DE ATENCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	833
2928. GESTIÓN DE ALTAS HOSPITALARIAS DE PACIENTES Y CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19	834
2934. TRANSFORMACIÓN DEL ÁREA DE ELABORACIÓN ESTÉRIL DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	835
2940. EFICACIA DE TOCILIZUMAB EN ETAPAS TEMPRANAS VS. AVANZADAS DE COVID-19.	835
2944. UTILIDAD DE LA TELEFARMACIA EN ENSAYOS CLÍNICOS EN TIEMPOS DEL COVID-19	836
2952. PROCEDIMIENTO DE ENTREGA A DOMICILIO DE LA MEDICACIÓN DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA DEBIDO A LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS.	837
2960. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA TELEMÁTICA Y ENVÍO DE MEDICACIÓN A DOMICILIO A PACIENTES EXTERNOS	837
2961. ADAPTACIÓN DE LOS CIRCUITOS DE ADQUISICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	838
2963. PROTECCIÓN DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS TRAS LA ANTICOAGULACIÓN CON HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES CON COVID-19	839



COMUNICACIONES ORALES CIENTÍFICAS

COMUNICACIONES ORALES CIENTÍFICAS

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

595. INCIDENCIA DE ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN EL ÁREA DE URGENCIAS

AUTORES

GALLARDO BORGE S, ARCENILLAS QUEVEDO P, MADRIDEJOS MORA R, TOMÁS SANZ R, GARRETA FONTELLES G, MECA CASASNOVAS N, SEBASTIÁN CARRASCO C, NICOLÁS PICÓ J
HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA. PZA. DEL DR. ROBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar errores de prescripción (EP) de medicación durante el ingreso en el Servicio de Urgencias (SU).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y de intervención realizado en un área de influencia de 260.000 habitantes. Se incluyeron todos los pacientes adultos revisados farmacoterapéuticamente por parte del farmacéutico del SU durante el periodo julio 2019-mayo 2020, a tiempo parcial.

La revisión farmacoterapéutica se basó en la conciliación de la medicación y la verificación de la adecuación del tratamiento domiciliario. El EP se definió como prescripciones médicas erróneas según práctica médica y/o estado clínico del paciente.

Variables recogidas: sexo, edad, servicio prescriptor, tipo de incidencia y medicamento. Los EP se clasificaron en: omisión no justificada, error de dosis, no ajuste en insuficiencia renal (IR); frecuencia, presentación farmacéutica, vía de administración o duración de tratamiento incorrecta/inadecuada; fármaco erróneo, contraindicado o presencia de duplicidad terapéutica.

La recogida de datos se realizó a través de la revisión de la prescripción intrahospitalaria, historia clínica y receta electrónica. Los EP se comentaron con el médico prescriptor y en caso de error en el tratamiento ambulatorio se contactó también con el médico de atención primaria a través del farmacéutico de primaria.

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

Se registraron 262 EP en un total de 962 pacientes revisados, tasa de error del 27,23%. El 18,71% de los pacientes revisados tenían al menos un error en el plan terapéutico intrahospitalario y/o ambulatorio. Se revisaron un promedio de $10,57 \pm 4,51$ pacientes/día, 61,83% hombres, edad media $74,10 \pm 14,14$ años.

Los EP detectados fueron: 38,55% (101/262) omisión, 24,43% (64/262) dosis, 19,08% (50/262) fármaco erróneo, 8,78% (23/262) necesidad de ajuste en IR, 4,52% (12/262) duplicidad, 3,05% (8/262) fármaco contraindicado y el resto 0,38%. Todos los errores fueron corregidos.

El 96,56% (253/262) de las intervenciones se realizaron en el tratamiento del episodio agudo y en 9 casos se corrigió el error en el tratamiento domiciliario. El 94,66% (248/262) de las prescripciones fueron realizadas por urgenciólogos, 4,20% (11/262) cirujanos y resto de servicios < 1%.

CONCLUSIONES

Casi un 20% de los pacientes revisados presentaba un EP, siendo el error más común la omisión no justificada de un fármaco del plan terapéutico del paciente. El número de pacientes revisados diariamente es pequeño debido a la dedicación a tiempo parcial del farmacéutico en el SU.

El trabajo en equipo entre médicos y farmacéuticos de la atención primaria y la especializada ayuda a mejorar el perfil farmacoterapéutico y la seguridad de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

475. IMPACTO TRAS 5 AÑOS DE PRÁCTICA CLÍNICA TREAT TO TARGET EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN TRATAMIENTO CON AGENTES BIOLÓGICOS.

AUTORES

VÁZQUEZ SÁNCHEZ R, ONTENIENTE GONZÁLEZ A, MARTÍNEZ NÚÑEZ ME, CASTRO PÉREZ P, ARAGÓN DÍEZ A, RODRIGUEZ HEREDIA JM, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARRETERA DE TOLEDO KM 12,5 28905. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la aplicación de la estrategia Treat to Target (T2T), en términos de efectividad y de ahorro económico, en los pacientes con enfermedades reumáticas (ER) en tratamiento con agentes biológicos (AB).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo, en el que se incluyen a todos los pacientes > 18 años con ER con dispensaciones activas de AB en el módulo de Pacientes Externos Farmatools® (PEX) desde Enero2015-Diciembre2019.

Variables relacionadas con la enfermedad:

- Tipo de ER: Artritis idiopática Juvenil y Artritis Reumatoide (AR), Espondiloartritis (EspA), Artritis Psoriásica (AP)

Variables de efectividad:

- Índices de actividad inflamatoria según tipo de artropatía: DAS28, BASDAI
- %Pacientes en respuesta terapéutica (RT): DAS-28 < 3,2. BASDAI < 4
- %Pacientes en remisión clínica (RC): DAS-28 < 2,6. BASDAI < 2
- %Pacientes con tratamiento optimizado: reducción de dosis o ampliación del intervalo de dosificación cuando un paciente alcanza RT o RC durante 6 meses-1 año.
- Persistencia de optimización: tiempo durante el cual el paciente mantienen su terapia optimizada: se asume que durante este tiempo se mantiene la RC o RT, pudiendo volver a la pauta anterior efectiva cuando se observa un empeoramiento en la respuesta.

La efectividad sólo se ha cuantificado en los pacientes con datos de actividad registrados entre los 3 meses anteriores o posteriores a la última dispensación analizada para cada año.

Variables económicas:

- Ahorro económico respecto al tratamiento estándar: coste teórico anual equivalente a la pauta estándar en el total de pacientes (consumo a precio medio contable/paciente/año) - coste real (consumo a precio medio contable/paciente/año).

El reumatólogo además de realizar la valoración rutinaria de estos pacientes, registra los parámetros de actividad de la enfermedad en PEX. El farmacéutico realiza el proceso de validación y atención farmacéutica, dispensación de medicación, seguimiento de adherencia/cumplimiento y análisis anual de resultados.

RESULTADOS

En estos 5 años se han analizado 562 pacientes que habían recibido 797 líneas de tratamiento diferentes. Un 33% de los pacientes habían recibido ≥ 2 líneas de AB. La patología más prevalente es AR con un 48% de pacientes, seguido de 29% AP y 23%EspA.

Efectividad:

Se realizó el registro de datos clínicos en PEX en el 70% de los pacientes. Se ha alcanzado la RT en un 68% de los pacientes y la RC en un 52% de los pacientes. De todos los pacientes en respuesta terapéutica un 68% fueron optimizados.

En total 345 tratamientos (43% de todas las líneas de tratamiento) han sido optimizados a lo largo de este periodo. En base al diagnóstico de todos los pacientes optimizados un 49% corresponde a AR, 27% AP y 24% EspA. La media de persistencia de optimización, hasta el momento actual, es 2,5 años.

Ahorro:

La optimización de la terapia biológica ha permitido una reducción global del coste de un 18% respecto al tratamiento con pautas estándar, lo que ha supuesto un ahorro total en 5 años de 3.500.000€.

CONCLUSIONES

La estrategia T2T aplicada al seguimiento de pacientes con ER ha permitido optimizar la utilización de los AB consiguiendo una mejor relación coste/efectividad y garantizando los resultados en salud del paciente.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

571. EXPERIENCIA PERCIBIDA POR EL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INMUNOMEDIADA EN EL HOSPITAL DE DÍA

AUTORES

RAMIREZ HERRAIZ E, MORELL BALADRON A, LLAMAS VELASCO M, CHAPARRO SÁNCHEZ M, MECA LALLANA V, DAUDEN TELLO E, PEREZ GISBERT J, GARCÍA DE VICUÑA R
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA. DIEGO DE LEÓN 62. MADRID

OBJETIVOS

El análisis de los Patient Reported Experience measurements (PREM) es un indicador de calidad considerado fundamental en la actualidad. Es necesario disponer de herramientas validadas para medir los PREM y planificar actuaciones concretas de mejora por parte de la institución.

El objetivo principal fue evaluar los PREM en pacientes ambulatorios con al menos una enfermedad inflamatoria inmunomediada atendidos en la Unidad de Terapias Biológicas y Dirigidas (UTByD) en relación con la atención recibida del Sistema Sanitario. El objetivo secundario fue diseñar actuaciones sobre las áreas de mejora detectadas con la información aportada por el paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo multidisciplinar de tres meses de duración (noviembre 2019-enero 2020) en pacientes que padecen al menos una EIMI a los que se les administra medicación intravenosa. Para evaluar la experiencia del paciente con la atención recibida se utilizó IEXPAC, cuestionario validado, específico para enfermedades crónicas y que consta de 11 preguntas generales y otras 4 específicas que otorgan una puntuación del 1 al 10. Para facilitar el análisis, las

preguntas fueron divididas en 5 bloques: información de internet, información social, información práctica, bienestar y atención sanitaria. Cualquier puntuación inferior a 10 se considera área de mejora.

Para el análisis estadístico se utilizaron los test paramétricos ANOVA y t-Student para muestras independientes.

RESULTADOS

Se ofreció participar a 185 pacientes, aceptando 160 (86,5%). De ellos, 80 (49%) pertenecían al servicio de reumatología, 40 (26%) al de neurología, 27 (17%) a digestivo y 13 (8%) a dermatología.

La media de puntuación global fue 6,16 (1,69), con una mediana de 3,75 (IQR=2,92-5,83) en los bloques de información y de 10 (IQR= 7,5-10) en bienestar y 9,16 (IQR= 6,67-10) en atención sanitaria.

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en:

- Información social (me informan de recursos sanitarios y sociales y me animan a hablar con otros pacientes) entre el sexo masculino/femenino (4,4/3,3) ($p=0,023$).
- Información de internet entre los distintos rangos de edad (< 45, 45-65 y > 65 años) (2,4/2,4/1,3) ($p=0,029$).
- Información social entre los distintos rangos de edad (< 45, 45-65 y > 65 años) (4,5/4,2/3,0) ($p=0,006$).
- Cuestionario global entre los diferentes servicios clínicos (dermatología, digestivo, neurología y reumatología) ($p=0,001$).
- Información de internet entre los diferentes servicios clínicos (0,9/2,5/3,6/1,1).
- Información social entre los diferentes servicios clínicos (3,6/3,9/3,5/2,8).
- Información práctica entre los diferentes servicios clínicos (5,5/6,8/7,9/7,0).

CONCLUSIONES

En nuestra población, el uso de IEXPAC ha demostrado utilidad para detectar áreas y acciones de mejora en la experiencia del cuidado de salud en el hospital de día. El apartado con mayor oportunidad de mejora es el correspondiente a información, donde los ítems peor puntuados fueron los relativos a la información obtenida a través de internet.

Los apartados mejor puntuados fueron los relacionados con el bienestar y la Atención Sanitaria. A partir de los datos obtenidos, desde la UTByD se han propuesto actuaciones como facilitar el acceso de los pacientes a información relevante y fiable en la web, bien específica de la UTByD o de otras fuentes seguras y validadas, así como crear escuelas de pacientes intrahospitalarias.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1296. MEJORA DEL MANEJO FARMACOTERAPÉUTICO Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRASPLANTADO CARDÍACO MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN MULTINIVEL DE SALUD DIGITAL: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

AUTORES

GOMIS PASTOR M, DE DIOS LOPEZ A, MIRABET PEREZ S, BROSSA LOIDI V, LOPEZ LOPEZ L, ROS ABARCA S, MAS MALARRIGA N, MANGUES BAFALLUY M

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. SANT ANTONI MARIA CLARET, 167. BARCELONA

OBJETIVOS

Mejorar la adherencia a la medicación inmunosupresora y la experiencia frente a la terapia de la persona trasplantada cardíaca. Secundariamente, optimizar la atención farmacéutica presencial mediante la Salud Digital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Ensayo clínico prospectivo aleatorizado 1:1 llevado a cabo en consultas externas de una unidad de insuficiencia cardíaca de un hospital terciario. Se incluyeron receptores de un trasplante cardíaco de > 1.5 años desde el trasplante que dispusieran de dispositivo móvil. Se llevaron a cabo 3 entrevistas presenciales: 0, 6 y 12 meses. El grupo control (GC) recibió la atención habitual por el equipo de trasplante incluyendo las visitas presenciales por la farmacéutica. Los pacientes del grupo intervención (GI) fueron sometidos además a la estrategia de telemedicina. Esta estrategia, previamente validada en un estudio piloto, constaba de intervenciones individualizadas por una farmacéutica a través de una App para promover la interacción profesional-paciente y mejorar la efectividad y seguridad de la terapia. Se emplearon técnicas de cambio conductual para facilitar la implicación y compromiso del paciente.

La adherencia terapéutica fue medida mediante el Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) validado en trasplante y el coeficiente de variabilidad ($CV < 30\%$ =adherente) a partir de los niveles en rango de tacrolimus y ciclosporina según la International Society for Heart and Lung Transplantation. La experiencia del paciente sobre su terapia se midió mediante una encuesta diseñada para el estudio. Al final del estudio, se identificaron aquellos pacientes candidatos a recibir el alta del seguimiento presencial.

RESULTADOS

Se analizaron 134 receptores [GI N=71; GC N=63], media de edad de 57 (SD14) años. La cifra de abandono del estudio fue del 4%. El tiempo medio de seguimiento fue de 1.6 (SD0.6) años. Al final del estudio, el 86% seguía usando la App a diario. La adherencia basal al tratamiento inmunosupresor fue del 36% (SMAQ). Un 41% de los pacientes desconocían las consecuencias de no tomar su medicación inmunosupresora.

La mejora en la adherencia a la medicación inmunosupresora fue estadísticamente significativa para el GI (85%) versus el GC (46%) [SMAQ, OR=6.7 (2.9;15.8), P-valor=.000]. Los niveles de inmunosupresores en rango fueron significativamente mejores para el GI [P-valor=.000]. La mejora del $CV < 30\%$ no fue significativa [P-valor=.526].

En cuanto a la experiencia del paciente con su terapia, esta mejoró significativamente en GI versus GC: menor grado de incomodidad asociada con la toma de su medicación [P-valor=.002], conocimiento del número de fármacos [P-valor=.006], tomas [P-valor=.019], dosis [P-valor=.030] y indicaciones recordadas [P-valor=.003]. El conocimiento del paciente sobre las consecuencias de olvidos del tratamiento inmunosupresor [P-valor < .01] mejoró de forma significativa en ambos grupos. El número de efectos secundarios se redujo un 50% en ambos grupos [6 (SD2) - 3 (SD2), P-valor=.000].

Debido a la posibilidad de mantener un seguimiento telemático, 65% de los pacientes GI fueron dados de alta de visitas presenciales respecto al 35% GC [OR=3.4 (1.7;6.9), P-valor=.001].

CONCLUSIONES

Un programa multinivel basado en la Salud Digital y técnicas conductuales mejoró la adherencia y experiencia del receptor de un trasplante con su tratamiento inmunosupresor. Además, la nueva ruta asistencial condujo a la optimización de la práctica farmacéutica del equipo de trasplante cardíaco.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

569. CLINICAL AND ECONOMIC IMPACT OF 32 YEARS OF ART FOR HIV IN SPAIN: HAS IT BEEN AN EFFICIENT INTERVENTION?

AUTORES

JARRÍN VERA I, PÉREZ-ELÍAS MJ, PODZAMCZER PALTER D, VENTAYOL BOSCH P, RUBIO-RODRÍGUEZ D, RUBIO-TERRÉS C

HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES. CTRA. VALDEMOSA, 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Despite the introduction of the 1st antiretroviral treatment (ART) in 1987, which provided better control of HIV/AIDS disease, no significant impact on disease progression and mortality reduction was observed until 1996 with the combination of three or more drugs. Since then, ART has provided a significant outcome improvement for people living with HIV in Spain. However, ART profitability has not yet been assessed. The aim of this study is to estimate the clinical and economic impact of ART in Spain over a 32-year period (1987-2018).

MATERIALES Y MÉTODOS

A cost-benefit analysis using a second-order Monte Carlo simulation model was performed, from both a social (base case) and a Spanish National Health System (NHS) perspective. New cases of HIV, AIDS and associated deaths in Spain were obtained from both the Spanish HIV Surveillance System (SINIVIH) and UNAIDS (Spectrum-Avenir Health). Local projections of new HIV cases, AIDS cases, and AIDS-related deaths in a scenario without ART were estimated by triple exponential smoothing. HIV and AIDS cases averted and deaths prevented, were estimated. ART expenditure and the benefits of avoiding HIV infections and AIDS cases were obtained from the National AIDS Plan assessment reports and Market Research data. The monetary value of a life was estimated as the local annual GDP per capita. Data and model's assumptions were validated by a panel of 4 Spanish experts.

RESULTADOS

The NHS invested 6,185 million euros on ART over 32 years. In that period, 323,651 AIDS-related deaths, 500,129 AIDS cases and 161,417 HIV cases were averted, with total savings of 41,998 million euros. The net benefit (net savings) associated with these results is estimated at 35,812 (95%CI 24,353-50,131) million euros (social perspective) and 1,032 (95%CI 1,007-1,097) million euros (NHS perspective). ART is a profitable investment as it would render benefit/cost ratios of 6.79 (95%CI 5.39-8.35) and 1.17 (95%CI 1.16-1.18) from a social and NHS perspective, respectively

CONCLUSIONES

The use of ART over 32 years in Spain has greatly reduced AIDS-related deaths as well as new HIV and AIDS cases, while simultaneously providing significant economic savings to the NHS, becoming one of the most profitable interventions for the NHS and the society

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1028. DESABASTECIMIENTOS DE MEDICAMENTOS: IMPACTO PARA EL SERVICIO DE FARMACIA E IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO.

AUTORES

JUÀREZ DÍAZ D, ALVAREZ EXPOSITO L, GARCIA MUÑOZ E, MARONG KINTEH F, PEREZ RELUCIO MD, VELASCO MUÑOZ S, TEYS MUSACH D, GONZÁLEZ MARTÍNEZ J

HOSPITAL COMARCAL SANT JAUME DE CALELLA. SANT JAUME, 209-217. BARCELONA

OBJETIVOS

Conocer el impacto que supone la gestión de desabastecimientos de medicamentos en el Servicio de Farmàcia(SF), en cuanto a tiempo empleado y coste incremental.

Objetivo secundario, cuantificar la implicación del técnico de farmacia en el proceso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, de 2 años de duración (enero 2018-diciembre 2019) realizado en dos hospitales comarcales pertenecientes a la misma corporación sanitaria, que atienden a una población de 195.000 habitantes.

Se revisaron todas las alertas enviadas por Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPs) durante el periodo de estudio.

Se seleccionaron las alertas que afectaban a medicamentos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GF) o en su defecto, que implicaran la dispensación hospitalaria del medicamento.

Se revisó la repercusión de cada desabastecimiento, en cuanto a difusión de la información a equipos médicos y pacientes, gestión de compra y almacenaje e impacto económico.

Para la recogida de datos se utilizó en programa de gestión interna SAP.

RESULTADOS

De un total de 122 alertas por desabastecimiento, se gestionaron 82 (67,21%) por alguno de los motivos descritos.

Se enviaron 61 alertas a Servicios médicos y enfermería, en 31 de ellas se consideró necesario hacer nota informativa complementaria.

En 30 fármacos, fue necesario solicitar CIPs de pacientes afectados, notificando alerta y pacientes al médico de atención primaria, para modificar la prescripción en caso de existir alternativa o bien informarles de la dispensación hospitalaria. El tiempo medio empleado en la elaboración de notas por el farmacéutico se consideró de 20 minutos y en la gestión de solicitud y envío posterior de CIPs, 10 minutos por fármaco.

73 de estos medicamentos se solicitaron a través de la aplicación de medicamentos en situaciones especiales, generalmente implicaba un cambio de proveedor, con un tiempo medio de gestión de 20 minutos por parte del técnico responsable. En 5 medicamentos se realizó intercambio terapéutico. En todos los casos se realizó seguimiento estrecho de stocks compartiendo entre las farmacias de ambos hospitales.

El técnico de farmacia informó al paciente durante la dispensación, sobre el circuito y horarios e información complementaria elaborada. El tiempo medio de información a cada paciente fue de 5 minutos. Se atendieron 68 pacientes en 2018 y 152 pacientes en 2019.

En total la gestión de desabastecimientos supuso un incremento global de tiempo 110 horas, 80% corresponde al técnico de farmacia (12,5 jornadas laborales técnico).

El coste incremental en las compras fue de 38.314,91 €, de los cuales 3.038,01 € correspondieron coste incremental de medicación interna. El resto, 35.276,9 €, correspondió a coste de medicación ambulatoria.

El importe incremental de facturación de medicación ambulatoria debido a los desabastecimientos fue de 28.738,32 €.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos confirman que la gestión de los desabastecimientos supone una inversión de tiempo considerable y un elevado impacto económico tanto en el coste de adquisición, como en el importe de facturación de medicación ambulatoria.

El volumen de pacientes afectados aumenta progresivamente durante el periodo de estudio.

Es fundamental el papel del SF en la gestión desabastecimientos, par asegurar la continuidad de los tratamientos y la seguridad.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1006. DOSIFICACIÓN DE GANCICLOVIR EN PACIENTES CRÍTICOS EN TERAPIA SOPORTE CON OXIGENACIÓN CON MEMBRANA EXTRACORPÓREA

AUTORES

DOMÉNECH MORAL L, MIARONS FONT M, RIERA DEL BRIO J, ROCH SANTET M, MONTORO ROSANO JB
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. PASSEIG VALL D'HEBRON. BARCELONA

OBJETIVOS

Durante los últimos años, el uso del soporte con Oxigenación con Membrana Extracorpórea (ECMO) y con Eliminación Extracorpórea de CO₂ (ECCO₂R) en el paciente adulto se ha ido incrementando. Su empleo es el último recurso para pacientes con fracaso respiratorio y/o cardiovascular potencialmente reversible.

Los pacientes en ECMO/ECCO₂R presentan alteraciones fisiológicas que pueden modificar la farmacocinética de algunos fármacos. En general, hay poca evidencia respecto al ajuste del tratamiento antimicrobiano en adultos con soporte ECMO y muchas veces se basan en estudios antiguos sobre neonatos.

Aunque, por sus características farmacocinéticas, el ganciclovir no debería modificarse por la ECMO/ECCO₂R, existe cierta evidencia que apunta a que se pueden requerir dosis más altas para obtener las concentraciones plasmáticas deseadas
Objetivo principal: Estudiar la relación entre la dosis de ganciclovir administrada y las concentraciones plasmáticas en un paciente sometido a ECMO. Objetivo secundario: estudiar si hay diferencias en las concentraciones plasmáticas y el área bajo la curva (ABC) en diferentes puntos del circuito.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional que incluye pacientes con ECMO/ECCO₂R ingresados en la UCI en marzo de 2020 que reciben ganciclovir y firman consentimiento informado. Se determinan concentraciones de ganciclovir (concentración objetivo de niveles valle: 0,2-2.0 y pico 8-12 mcg/mL) predosis, y 1, 3, 5 y 12 horas post-administración en diferentes puntos del circuito (preoxigenador, posoxigenador y arteria radial) para el cálculo de ABC (valores recomendados de 40-50 µg•h/mL) y valoración de posible secuestro del fármaco en el circuito. Técnica analítica: Cromatografía-Ultravioleta (HPLC-UV). Consideramos una variación en el ABC mayor al 10% como posible pérdida por retención en el circuito

calculado mediante cálculo de porcentaje de variación entre valores ABC preoxigenador o postoxigenador y ABC arteria radial (ABC arteria radial-ABC preoxigenador o posoxigenador)/ABC arteria radial.

RESULTADOS

Se incluye un único paciente varón de 61 años y 80 kg, en tratamiento ECMO veno-venosa (VV) por Insuficiencia Respiratoria Aguda refractaria secundaria a gripe A. Inicia tratamiento con ganciclovir por replicación CMV a dosis 5 mg/kg cada 12h (filtrado glomerular (FG) de 58 ml/min/1,73 m²) no se ajusta dosis por insuficiencia renal por consenso multidisciplinar tras revisar bibliografía. Tras 24h de tratamiento, se obtienen la siguientes concentraciones: pre-dosis, 1, 3, 5 y 12 h: Arteria Radial: 2,42; 13,49; 8,97; 6,8; 4,14 mcg/ml (ABC: 84,475 mcg•h/ml). Postoxigenador: 2,53; 13,15; 9,26; 7,56; 4,07 mcg/ml (ABC: 87,775 mcg•h/ml, %variación respecto a niveles plasmáticos arteriales: 3,90). Pre-oxigenador: 2,63; 13,43; 9,14; 7,15; 4,01 (ABC: 85,95 mcg•h/ml; %variación respecto a niveles plasmáticos arteriales: 1,74). Dado el elevado ABC obtenido se recomienda reducción de dosis a 3,75 mg/kg/12h y 48 h más tarde a 1,87 mg/kg/12h por empeoramiento de la función renal (FG: 38 mg/ml/min/1,73 m²) y niveles valle de 8,22 mcg/ml.

CONCLUSIONES

Se necesitan más casos y/o estudios para obtener datos y conclusiones fiables. No obstante, los pacientes tratados con ganciclovir y sometidos a terapia ECMO/ ECCO2R parecen no requerir un ajuste de dosis para la obtención de concentraciones plasmáticas deseadas; a la vista de los resultados, el fármaco no queda retenido en el circuito.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

787. IMPACTO DE UNA APLICACIÓN MÓVIL EN EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES.

AUTORES

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

OBJETIVOS

Los antineoplásicos orales (ANEOS) han revolucionado el manejo del cáncer. Sin embargo, no están exentos de efectos adversos, falta de adherencia e interacciones farmacológicas. En este sentido, las aplicaciones móviles (app) pueden aumentar la autonomía del paciente, favoreciendo un seguimiento farmacoterapéutico (SFT) a tiempo real. El objetivo fue analizar el impacto en los resultados de salud de una app destinada al SFT de los pacientes oncohematológicos en tratamiento con ANEOs. Los objetivos secundarios fueron analizar la comunicación paciente-farmacéutico y la satisfacción del paciente con la app.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio comparativo, cuasi-experimental con intervención pre-post. Se comparó un grupo de pacientes (grupo control-GC) en el que se realizó SFT tradicional frente a un grupo en el que se realizó dicho seguimiento a través de la app e-OncoSalud® (grupo intervención-GI). El periodo de seguimiento fue de 6 meses. e-OncoSalud® es una app para favorecer el SFT domiciliario y la seguridad de los pacientes en tratamiento con ANEOs. Los resultados en salud se evaluaron desde el punto de vista de la seguridad, adherencia y calidad de vida. Además, se analizó la comunicación de los pacientes y su satisfacción con la app.

RESULTADOS

Seguridad: El 72,5% de los pacientes del GC presentaron algún problema relacionado con la medicación (PRM) vs. 70,0% del GI (p=0,013). La probabilidad de detectar un problema de salud insuficientemente tratado fue mayor en el GI (p=0,038). El porcentaje de pacientes que presentaron efectos adversos fue menor en el grupo que usó la app (90% vs. 100%; p=1.01). En el GC, el 49% de los pacientes consumieron algún recurso sanitario en comparación con el 36% en el grupo de intervención (p=0,76).

Adherencia al tratamiento: la adherencia fue del 97,6% (DE=7,9) en el GI vs. 92,9%, (DE=10,0) del GC (p < 0,02).

Calidad de vida relacionada con la salud: La media según el cuestionario EQ-5D en el GI fue de 0,8754 (DE=0,1562) vs. 0,7406 (DE=0,1769) en el GC (p < 0,001).

Comunicación: El 60% de los pacientes del GI utilizaron el módulo de mensajería para comunicarse con los farmacéuticos. En función de los tipos de mensajes más frecuentes, el 27,2% se debieron a agradecimientos por la atención recibida, el 24,7% a dudas sobre interacciones con el ANEO y el 13,8% sobre consultas por efectos adversos.

Satisfacción con la aplicación: La encuesta de satisfacción realizada en el GI obtuvo una puntuación de 9,70 (DE=0,80) sobre 10. Algunos de los puntos mejor valorados por los pacientes fueron la utilidad (9,71, DE=0,98), la ayuda para obtener información sobre su tratamiento, síntomas y estilo de vida (9,86, DE=0,98) y la facilidad para poder comunicarse con el farmacéutico (9,57, DE=0,96).

CONCLUSIONES

El SFT a tiempo real a través de la app a pacientes en tratamiento con ANEOs ha permitido optimizar los resultados en salud de los pacientes. En el grupo de pacientes con la app se ha conseguido reducir los PRM, aumentar la adherencia al tratamiento, mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y reducir el consumo de recursos. La satisfacción con la app fue muy elevada.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

740. DESARROLLO DE UN FACTOR DE CONVERSIÓN ENTRE DOSIS DIARIA DEFINIDAS DE ADULTOS Y NEONATOS.

AUTORES

VILLANUEVA BUENO C, GIL NAVARRO MV, MONTECATINE ALONSO E, JIMENEZ PARRILLA F, CABAÑAS POY MJ, GONZALEZ LOPEZ M, MARTINEZ FERNANDEZ-LLAMAZARES C, NETH OW
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. AV. MANUEL SUIROT, S/N/. SEVILLA

OBJETIVOS

Establecer un factor de conversión que permita relacionar las dosis diaria definidas (DDD) entre población adulta y las DDD de la población neonatal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio nacional, multicéntrico y retrospectivo. Cuenta con la participación de 10 centros hospitalarios de tercer-segundo nivel y un equipo de expertos multidisciplinar formado por profesionales sanitarios de las especialidades de farmacia hospitalaria, pediatría y neonatología.

En primer lugar, tras seleccionar los antimicrobianos a estudio en base a la literatura y práctica clínica habitual, se empleó la metodología Delphi para consensuar la dosis recomendada en su indicación más habitual en la población neonatal. Se realizaron dos rondas de consulta al grupo de expertos. Para aquellos antimicrobianos cuya dosis no se consensuó se seleccionó la dosis establecida en Pediamecum.

A continuación se recogieron peso y edad gestacional de los neonatos (< 1mes) ingresados en 6 hospitales durante el 2018 a través de los registros de admisión o registros propios de los servicio de farmacia o neonatología de dichos hospitales. Se calcularon la media, la mediana, la desviación estándar y el máximo y mínimo de cada una de las variables. Posteriormente, se calcularon las DDD en gramos de cada antimicrobiano utilizando la dosis consensuada de cada uno de ellos y la media de peso obtenido. Finalmente el factor de conversión se obtuvo al comparar las DDD diseñadas con las DDD validadas por la OMS para adultos.

Para el análisis de los resultados se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 19

RESULTADOS

Se seleccionaron 4820 neonatos. La media de peso al nacer fue 2687g, con una desviación estándar de +/- 887, y un máximo y mínimo de 6080g y 440g, respectivamente.

El factor de conversión de los antimicrobianos de administración parenteral obtenidos fueron: amikacina(0,04), amoxicilina(0,081), amoxicilina-clavulánico(0,090), ampicilina(0,134), anfotericina B liposomal(0,384), azitromicina(0,054), aztreonam(0,060), cefazolina(0,045), cefepime(0,134), cefotaxima(0,067), ceftazidima(0,067), ceftriaxona(0,067), cefuroxima (0,090), ciprofloxacino(0,081), clindamicina(0,022), cloxacilina(0,067), eritromicina(0,134), fluconazol(0,081), fosfomicina(0,034), gentamicina(0,045), imipenem-cilastatina(0,067), linezolid (0,067), meropenem(0,054), metronidazol(0,027), micafungina(0,054), penicilina G sódica(0,034), piperacilina-tazobactam(0,038), teicoplanina(0,040), tobramicina(0,045) y vancomicina(0,040)

Los obtenidos de los antimicrobianos de administración oral fueron: amoxicilina(0,081), amoxicilina-clavulánico(0,081), azitromicina(0,090), cefadrozilo(0,04), cefixima(0,054), ciprofloxacino(0,054), claritromicina(0,081), clindamicina(0,034), cloxacilina(0,067), eritromicina(0,134), fluconazol(0,081), fosfomicina(0,090), itraconazol(0,040), linezolid (0,067), metronidazol(0,040) y vancomicina(0,054).

CONCLUSIONES

Analizando las características demográficas de la población neonatal se pueden estandarizar las DDD del grupo de antimicrobianos, permitiendo establecer un factor de conversión con respecto a las DDD de adultos. Un nuevo estudio para confirmar la validez de las DDD neonatales diseñadas y por tanto, el factor de conversión entre las DDD neonatales y las DDD adultos se está llevando a cabo.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

957. BIOMARCADORES DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA QUE AFECTAN LA FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB EN NIÑOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, MIARONS FONT M, PÉREZ BLANCO JS, CLEMENTE BAUTISTA S, SEGARRA CANTON O, TORRES PERAL R, GORGAS TORNER MQ, OTERO LÓPEZ MJ
COMPLEJO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº DE SAN VICENTE, 258-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

Desarrollar un modelo farmacocinético poblacional (PopPK) que describa el comportamiento de adalimumab en pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y evaluar posibles biomarcadores de actividad inflamatoria que afecten a su dosificación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, multicéntrico y multidisciplinar de 4 años de duración en el que se incluyeron niños y adolescentes (< 18 años) con EII moderada-grave tratados con adalimumab. Se excluyeron pacientes con baja adherencia confirmada.

Se recogieron datos demográficos, de tratamiento, clínicos y biomarcadores de actividad [albúmina sérica (ALB), proteína C reactiva (PCR) y calprotectina fecal (CF)]. Las concentraciones séricas de adalimumab, tanto en fase de inducción como de mantenimiento, así como de los posibles anticuerpos anti-adalimumab (AAA) fueron determinados principalmente justo antes de la administración y analizadas mediante ensayo inmunoenzimático (ELISA).

El análisis PopPK se realizó aplicando una metodología fármaco-estadística basada en modelos de efectos mixtos no lineales. El modelo se desarrolló utilizando NONMEM v7.3. y el método de estimación condicional de primer orden con iteración (FOCEI). El peso corporal (PC) se incluyó en los parámetros PopPK siguiendo una relación alométrica. Los resultados, incluyendo test estadísticos adicionales y representaciones gráficas, fueron procesados, mediante el software R v3.5.1. Se realizaron simulaciones determinísticas para evaluar el efecto de los biomarcadores identificados sobre la exposición al fármaco y su posible repercusión en la dosificación de adalimumab.

RESULTADOS

Se incluyeron 30 pacientes (14 niñas), 23 (76,7%) diagnosticados de enfermedad de Crohn y 7 (23,3%) de colitis ulcerosa. La mediana (rango) de edad fue 13 (5-17) años y el PC medio (desviación estándar) de 4,8 (16,2) kg. Se analizaron un total de 105 muestras, con una concentración de adalimumab media de 11,1 (5,3) µg/mL.

La farmacocinética de adalimumab se caracterizó mediante un modelo de un compartimento con absorción (subcutánea) y eliminación de orden uno. La constante de absorción se fijó en 0,008 1/h (según Sharma et al. 2015). El volumen aparente de distribución fue estimado en $12,4 \cdot PC(Kg)/70Kg L$ y el aclaramiento aparente (CL/F) según la siguiente ecuación:

$$CL/F (L/h) = 0,016 \cdot ((CF/81,7)^{0,069}) \cdot ((ALB/4,3)^{-1,9}) \cdot ((1+3,84)^{AAA}) \cdot ((PC/70)^{0,75})$$

Donde AAA es 1 si sospecha de anticuerpos y 0 en caso contrario; CF se expresa en mg/Kg; ALB en g/dL y PC en Kg. La variabilidad interindividual del CL/F (coeficiente de variación) fue del 21,9% y la variabilidad residual (aditiva) del modelo fue 2 µg/mL.

Las simulaciones mostraron que los pacientes pediátricos con ALB < 3,5 g/dL, o con CF > 200 mg/Kg y PC > 70 Kg, precisan dosis intensificadas de 40 mg/semana para alcanzar el margen terapéutico (8-12 µg/mL).

CONCLUSIONES

El modelo PopPK desarrollado para pacientes pediátricos caracteriza adecuadamente el comportamiento cinético de adalimumab e incluye los biomarcadores ALB y CF que afectan a su aclaramiento. Los niños con ALB < 3,5 g/dL o con CF > 200 mg/Kg y PC > 70 Kg podrían beneficiarse de dosis intensificadas para alcanzar niveles terapéuticos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

361. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EFECTUADAS POR EL TÉCNICO DE FARMACIA EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA: ¿SUMAN VALOR?

AUTORES

GONZÁLEZ AVILÉS C, CAMPOS FERNÁNDEZ DE SEVILLA MA, GONZÁLEZ DE LA ROSA C, ESQUINAS PADÍN A, RODRIGUEZ LABRADOR J, NOGALES REY G, CASTRO FIUZA MJ, VICO GARCÍA V
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES. CAMINO LABOR S/N. MADRID

OBJETIVOS

Describir y evaluar el impacto y significación clínica de las intervenciones efectuadas en un Servicio de Farmacia (SF) por el técnico de farmacia (TEF).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 24 meses de duración, en el que se registraron las intervenciones efectuadas por TEFs en el SF, y su grado de aceptación por el farmacéutico. Todas las intervenciones fueron codificadas según clasificación propuesta por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. El impacto clínico de las intervenciones fue evaluado por un farmacéutico, siguiendo un código de impacto y significación clínica validado en el SF. El código de impacto pretendía indicar los posibles beneficios de la intervención sobre la efectividad, seguridad y eficiencia en el uso de los medicamentos. El código de significación, estaba diseñado para medir la calidad de la atención prestada al paciente con la intervención, mediante una escala de 5 ítems (impacto muy alto, alto, medio, bajo o nulo). Los errores de medicación detectados por el TEF fueron clasificados según clasificación propuesta por el Grupo Ruiz-Jarabo-2000.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio los TEFs efectuaron 27 intervenciones sobre 27 medicamentos. El 59,26% de las intervenciones fueron aceptadas por el farmacéutico. 16 de las intervenciones estaban dirigidas a evitar algún error de medicación, no detectados por el farmacéutico. Según la clasificación utilizada, los tipos de errores detectados por el TEF fueron: dosis incorrecta (81,25%), medicamento erróneo (6,25%), paciente equivocado (6,25%) y errores en la

información técnica del medicamento (6,25%). El 18,52% de las intervenciones realizadas evitaron un error de medicación en un medicamento de alto riesgo. 25 de las intervenciones efectuadas estaban dirigidas a modificar la dosis, frecuencia o duración del tratamiento y 2 a proponer la retirada o sustitución del medicamento. Según el código de significación e impacto utilizado, el 100% de las intervenciones realizadas tuvo alguna repercusión sobre la seguridad en el uso de los medicamentos y un 3,7% sobre la eficiencia de los tratamientos. El 59,85% de las intervenciones se consideraron que incrementaban de forma muy significativa o significativa la calidad de la atención prestada al paciente y la eficiencia en el uso de los medicamentos. Solo 11 de las intervenciones realizadas se consideraron que tenían un bajo impacto sobre la calidad de la atención prestada al paciente, y ninguna intervención se consideró que tuviera impacto medio o nulo.

CONCLUSIONES

A la vista de nuestros resultados podemos concluir que, el TEF puede tener un papel relevante en la mejora de la seguridad del uso de los medicamentos y en la calidad de la atención prestada. Por tanto, el TEF suma valor al equipo multidisciplinar que atiende al paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

758. REVISIÓN DE CADUCIDADES EN SISTEMA AUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN PYXIS® POR TÉCNICOS DE FARMACIA: MUCHO MÁS QUE UNA COMPROBACIÓN

AUTORES

RODRÍGUEZ LABRADOR J, CASTRO FIUZA MJ, NOGALES REY G, VICO GARCIA V, GONZÁLEZ DE LA ROSA C, ESQUINAS PADIN A, GONZÁLEZ AVILÉS C, GALLEGO ÚBEDA M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES. AVENIDA MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS

Describir y evaluar la implantación de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT), para gestionar las caducidades de las distintas especialidades farmacéuticas incluidas en los sistemas automatizados de dispensación (SAD-PYXIS®) del hospital para mejorar la gestión y optimizar la ubicación de los mismos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elabora un PNT para la revisión de las caducidades de los medicamentos incluidos en el SAD-PYXIS® que contempla los siguientes aspectos:

1- Obtención de un informe trimestral de caducidades, con las distintas especialidades farmacéuticas que caducan en el trimestre. Dicho informe se obtiene con la ayuda de la aplicación informática Farmatools®.

2- Con este informe el técnico de farmacia (TEF):

a. Revisa, reubica o retira todos los fármacos que caducan ese trimestre de los 17 SAD-PYXIS® presentes en el hospital.

b. Anota en el informe las incidencias detectadas en SAD-PYXIS® de las distintas especialidades farmacéuticas acordando con el farmacéutico:

b1.- Etiquetar con una pegatina de color amarillo fluorescente con la frase "USAR PRIMERO, PRÓXIMO A CADUCAR" las formas farmacéuticas revisadas y que caduquen en el año en curso, consiguiendo de esta forma poder utilizar los fármacos con antelación a su caducidad.

b2.- La descarga o reajuste de stock de dichos fármacos del SAD-PYXIS® en función de los consumos.

b3.- Gestionar un pedido urgente si fuera necesario.

3- Con los datos anteriores se calcula el indicador trimestral de los fármacos caducados en SAD-PYXIS® (Nº especialidades distintas caducadas en pyxis en cada unidad de hospitalización / Nº especialidades distintas incluidas en pyxis en esa unidad de hospitalización X 100). Durante los años 2016, 2017, 2018 y 2019 se establece un valor objetivo promedio anual de < 7.5% durante 2016 y < 6.5% del 2017 al 2019.

RESULTADOS

Resultados de seguimiento del objetivo:

- 2016: El valor objetivo trimestral fue < 7,5% en todos los SAD-PYXIS®, siendo el promedio anual del indicador 4,8%.

- 2017: El valor objetivo trimestral fue < 6,5% en todos los SAD-PYXIS®, siendo el promedio anual del indicador 4,9%.

- 2018: El valor objetivo trimestral fue < 6,5% en todos los SAD-PYXIS®, siendo el promedio anual del indicador 4,7%.

- 2019: El valor objetivo trimestral fue < 6,5% en todos los SAD-PYXIS®, siendo el promedio anual del indicador 4,1%.

CONCLUSIONES

- 1- La colaboración del TEF y farmacéutico es un proceso clave para garantizar que la gestión de las caducidades no sea una mera comprobación si no un proceso eficiente.
- 2- La revisión periódica de la caducidad de los distintos fármacos ubicados en los SAD-PYXIS® es un punto crítico para el uso seguro de los mismo.
- 3- Se cumple el valor objetivo del indicador incluso tras el descenso de dicho valor objetivo de 2016 a años posteriores, experimentando un descenso de 2017 a 2019.
- 4- El establecimiento de un indicador con valor objetivo sirve como herramienta de ayuda a la mejora continua.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

494. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS CON LA FORMULA DESINFECTANTE DE MANOS FRENTE A LA SOLUCION COMERCIALIZADA (STERILLIUM®)

AUTORES

ESTEBAN TEJERO MI, PRIETO GONZALEZ J, MIELGO GARCIA C, GARZON GAGO MJ, FERNÁNDEZ CAÑABATE S, GIL NAVARRO I, GONZALEZ SANZ A, GIL VALIÑO C
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVDA/REQUEJO Nº35. ZAMORA

OBJETIVOS

La situación provocada por el COVID-19 y su rápida propagación puso en relieve la importancia de adoptar medidas destinadas a evitar el contagio. El lavado de manos es una medida básica de prevención. Debido a la alta demanda de solución hidroalcohólica y al problema de desabastecimiento, se preparó desde el Servicio de Farmacia la fórmula desinfectante de manos (FDM) descrita por la Organización Mundial de la Salud. El objetivo de nuestro estudio fue determinar el grado de satisfacción del personal sanitario a la FDM.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se envió una encuesta a realizar de forma anónima durante el mes de mayo del 2020, a todos los trabajadores de nuestro hospital que hubieran hecho uso de la FDM y de la solución comercializada (Stellirium®).

La encuesta se componía de 8 preguntas englobadas en tres bloques: Preguntas sobre datos sociodemográficos (edad, sexo); sobre actividad laboral (servicio al que pertenece, categoría profesional y número de años trabajando en el hospital); y sobre la FDM (satisfacción en relación a las características de olor, viscosidad y absorción (muy satisfecho (MS), bastante satisfecho (BS), satisfecho (S), poco satisfecho (PS) y nada satisfecho (NS)); grado de satisfacción global de la fórmula y preferencia de uso sobre la solución comercializada).

La recogida de datos se realizó a través de una hoja Excel y el análisis estadístico a través del test Chi-cuadrado de Pearson. Aquellos valores de $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

RESULTADOS

Se recibieron 191 encuestas (77,5% mujeres; edad media de $46,9 \pm 10,7$ años).

Los servicios con mayor participación fueron farmacia (14,1%), seguido de urgencias (11,0%), medicina intensiva (8,4%), digestivo (7,8%) y neurología (6,3%). En relación a la categoría profesional el 36,6% de las encuestas pertenecían al personal de enfermería; 28,8% técnico auxiliar; 17,3% licenciados especialistas, 13,1% celador y finalmente el 4,2% a personal administrativo. La media en el número de años trabajando fue de $15,5 \pm 10,8$ años.

En cuanto a las características de la FDM, en relación al olor el grado de satisfacción fue: 9,9% MS; 19,4% BS; 35,1% S; 20,4% PS y 15,2% NS. En relación a la viscosidad: 11,5% MS; 23,1% BS; 29,3% S; 24,1% PS y 12,0% NS. En relación a la absorción: 12,6% MS; 25,6% BS; 27,2% S; 24,1% PS y 10,5% NS. La satisfacción global fue: 10,5% MS; 23,0% BS; 33,5% S; 23,0% PS y 10,0% NS.

En cuanto a la preferencia de uso el 40,8% preferían la FDM elaborada por el Servicio de Farmacia.

En relación al análisis estadístico, se observaron diferencias estadísticamente significativas en función de la preferencia de la FDM y la categoría profesional ($p < 0,05$), no observándose en función del sexo ($p = 0,87$) ni del número de años trabajando en el hospital ($p = 0,34$).

CONCLUSIONES

La preparación de la FDM ha permitido abastecer a nuestro hospital durante la pandemia. La preferencia de uso de la FDM frente a la comercializada fue inferior al 50%. Esto pone de manifiesto la necesidad de realizar mejoras en la formulación o bien de la preparación de otras fórmulas descritas que aumenten la aceptación por parte del personal del hospital.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

870. CIRCUITOS DE DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS DE LA MEDICACIÓN HOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES

RUPPMANN TOBELLA H, DE DIOS LÓPEZ A, LOZANO BAUDET P, LLORET LAFUENTE G, CONEJO MARIN I, MEDINA CATALAN D, PAGÈS PUIGDEMONT N, MASIP TORNE M
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. C/ SANT QUINTÍ, 89. BARCELONA

OBJETIVOS

La irrupción de la pandemia COVID-19 ha obligado a los Servicios de Farmacia hospitalarios (SFH) a reinventarse para evitar una afluencia excesiva de pacientes en los hospitales y evitar el riesgo de contagio, especialmente en pacientes inmunodeprimidos. Esto ha conllevado a nuevas vías de dispensación de la medicación: el envío a domicilio o una oficina de farmacia.

Nuestro objetivo es cuantificar y categorizar el número de dispensaciones de medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria (MHDA) durante el estado de alarma y compararla con el periodo inmediatamente previo de igual duración.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recogió la actividad de dispensación de MHDA de un hospital terciario durante 50 días laborales (entre 16/03/20-22/05/20).

Se registró el número de dispensaciones (presenciales o telemáticas) de este periodo así como el de los 50 días laborales previos mediante la extracción directa a través del programa informático de gestión utilizado en el hospital. Las dispensaciones telemáticas consistieron en el envío de la medicación al domicilio del paciente a través de un servicio de mensajería (financiado o no por el hospital) o a una oficina de farmacia (OF) próxima a su domicilio (circuito que contaba con la colaboración de un distribuidor farmacéutico y del colegio oficial de farmacéuticos).

RESULTADOS

Durante el periodo 16/03/20-22/05/20 se realizaron un total de 7.415 dispensaciones (media de 148 dispensaciones/día) que supone un 24,7% menos de dispensaciones comparado con el periodo de igual duración inmediatamente previo (06/01/20-13/05/20): 9.844 dispensaciones totales con una media de 196,9 dispensaciones/día.

Durante el periodo de estado de alarma, se han gestionado 1.576 envíos para 1.266 pacientes distintos: 376(23,9%) se enviaron a OF; 1.070 (67,9%), al domicilio del paciente a través de un transporte privado gestionado por el hospital; y, 130 (8,25%), han sido envíos costeados por el propio paciente.

Durante los 50 días previos a la pandemia, el 99,3% (9.774) de las dispensaciones fueron presenciales y el resto fueron envíos costeados por el propio paciente.

CONCLUSIONES

- Durante el periodo de estado de alarma, se redujeron el número de dispensaciones totales realizadas. Esto puede atribuirse a varios factores: un descenso en el número de visitas en consultas externas realizadas en el hospital, la dispensación de medicación por un periodo superior en algunos pacientes y la omisión de recogida por parte de algunos pacientes.
- Las modalidades de dispensación de la medicación han variado a lo largo del tiempo.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1148. PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES SOBRE EL LUGAR DE DISPENSACION DE LA MEDICACION AMBULATORIA ¿NOS ADAPTAMOS A ELLAS?

AUTORES

ALVAREZ EXPOSITO L, PENA VILLANUEVA P, CID ALMENDROS S, RUIZ GALVEZ L, LA ORDEN MARTINEZ C, GARCIA MUÑOZ E, MOLERA FARRE S, SEIJO LOPEZ A
HOSPITAL COMARCAL DE BLANES. ACCÉS CALA SANT FRANCESC, 5. GIRONA

OBJETIVOS

Establecer las preferencias de los lugares de recogida de medicación de los pacientes en el contexto de una pandemia mundial. Comparar dichas preferencias con la práctica habitual existente previa a la COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Al inicio de la pandemia se elaboró un PNT entre farmacéuticos y técnicos que incluyese todos los circuitos disponibles para la dispensación de medicación ambulatoria. En él, además de la clásica consulta de dispensación de medicación ambulatoria en el Servicio de Farmacia (SF) y la dispensación domiciliar de las nutriciones enterales y espesantes (NEyE), se incluía la creación de tres puntos nuevos de dispensación: uno en el SF de acceso directo en coche, uno a nivel del centro de atención Primaria (CAP) de referencia del paciente (con dispensación rápida desde recepción) y un circuito para envío directo a domicilio del paciente a través de voluntariado a nivel local. Este último circuito se limitó a aquellos pacientes que fuesen personas de riesgo que no pudiesen adherirse a las dos primeras opciones. En todos de los casos se garantizó la confidencialidad de los pacientes y sus tratamientos.

Se estableció el periodo de estudio: del 14 de marzo (inicio alarma sanitaria) al 18 de mayo (fase 1 de la desescalada en el región sanitaria afectada). Se informó a los pacientes de las opciones disponibles cuando contactaban para solicitar información sobre la dispensación en el periodo Covid.

Se registraron todas las dispensaciones realizadas a cada paciente en el periodo de estudio y el método al que se adhirió cada uno. Además se realizó seguimiento telefónico de recepción de la medicación por parte del paciente, y de la aparición de incidencias o problemas con la medicación, relacionado con la autoadministración de los tratamientos subcutáneos (sobre todo cuando era la primera autoadministración).

RESULTADOS

Un total de 547 pacientes fueron atendidos por el SF en el periodo de estudio. De estos, el 87,6% (479 pacientes) debían acudir a la consulta en el SF y el 12,4% (68 pacientes) estaban en el programa de dispensación domiciliaria de NEyE. Durante la COVID-19, de los 479 pacientes que deberían acudir al SF, el 61,38% prefirió la recogida rápida en coche (294 pacientes) y el 4,18% el envío a los CAPs (20 pacientes). Respecto al envío domiciliario a través del voluntariado, solo fue necesario en el 0,63% (3 pacientes).

Con respecto a la dispensación en la consulta del SF, solo el 33.82% de los pacientes continuaron acudiendo según circuito previo presencial (162 pacientes).

CONCLUSIONES

En el contexto de la COVID-19, nuestros pacientes prefirieron mayoritariamente la dispensación rápida de acceso directo en coche, un nuevo circuito creado de forma temporal y por necesidad urgente durante la pandemia, dado que solo se pudo ofrecer dispensación domiciliaria a pacientes muy seleccionados y con ayuda de voluntarios.

La alarma sanitaria ha puesto de manifiesto la necesidad de implementar nuevos métodos de dispensación, adaptados a las preferencias del paciente, promoviendo la seguridad y la equidad en la dispensación de los tratamientos de dispensación hospitalaria en el territorio.



COMUNICACIONES ORALES OPERATIVAS

COMUNICACIONES ORALES OPERATIVAS

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

1343. ADAPTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE FARMACIA A LAS MEDIDAS EXCEPCIONALES APLICABLES A ENSAYOS CLÍNICOS DURANTE LA EMERGENCIA POR COVID-19

AUTORES

RODRÍGUEZ PEREZ A, MONTECATINE ALONSO E, BLANCO RIVAS ME, ACOSTA GARCÍA H, DESONGLES CORRALES T
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Asegurar el acceso al tratamiento de los pacientes incluidos en ensayos clínicos (EC), minimizando trayectos intrahospitalarios o evitando visitas al hospital durante la situación de emergencia provocada por la COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

Dispensar medicación a pacientes de EC con mayor seguridad y sin generación de desvíos en el protocolo del estudio. Minimizar tiempos de espera en la dispensación de medicación oral a pacientes. Evitar la aglomeración de pacientes en la sala de espera de consultas de pacientes externos de farmacia. Favorecer la seguridad de los farmacéuticos de ensayos evitando su exposición.

DISEÑO

En respuesta a las medidas excepcionales aplicables para los EC en la emergencia por COVID-19 publicadas por la AEMPS, se diseñó un plan de contingencia. Éste, además de otros aspectos orientados a favorecer las monitorizaciones remotas de los estudios, concretaba las siguientes medidas: envío de medicación a domicilio, integración de la dispensación de fármacos orales en el circuito de dispensación de tratamientos intravenosos, adaptación de protocolos oncológicos para espaciar ciclos de tratamiento e implantación de prescripción telemática de medicación oral.

CIRCUITO Y ETAPAS

1) Difusión: Envío del plan a los study coordinator (SC) de los distintos servicios del hospital, y a los monitores de I. 2) Creación de procedimiento normalizado de trabajo de envíos a domicilio de medicación de EC. 3) Gestión de traslado de pacientes a otros centros durante el confinamiento. 4) Implantación de procesos de prescripción telemática: eliminación de las recetas en papel y establecimiento de un circuito de información diaria con los SC con la planificación de visitas de pacientes que requerían dispensación de medicación. 5) Elaboración de una hoja de información a pacientes de los fármacos a dispensar para su entrega los inicios de tratamiento. 6) Búsqueda de protocolos de terapia intravenosa en los que fuese posible espaciar los ciclos y/o simultanear la dispensación de medicación oral e intravenosa. 7) Registro de control de las dispensaciones realizadas siguiendo las nuevas medidas implantadas.

IMPLANTACIÓN

Se implantó en la unidad de EC de farmacia a partir de Marzo 2020, al inicio del estado de alarma.

RESULTADOS

Se facilitó el cumplimiento de las visitas programadas, evitando desviaciones de protocolo. Se realizaron 52 envíos a domicilio, 4 a través del circuito interno del hospital y 48 a expensas del promotor. Fueron identificados 14 ensayos con dispensación concomitante de medicación oral e intravenosa, en las que se procedió con dispensación coordinada. Se adaptó la dosis y periodicidad de dos protocolos de inmunoterapia para espaciar las visitas al centro y se gestionó el traslado de dos pacientes a otros centros. El tiempo de espera de los pacientes en consulta se redujo en un 90%

LIMITACIONES

Debido al elevado número de EC activos en el centro, de distintas unidades de investigación, el desarrollo del plan ha implicado un alto grado de coordinación que ha exigido una inversión de tiempo considerable, no siempre posible cuando todas las tareas habituales estén reanudadas. También, las limitaciones propias de la atención farmacéutica sin entrevista con el paciente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El plan es aplicable en cualquier servicio de farmacia que cuente con una unidad propia de EC.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

549. DOSIS UNITARIA: IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE MÉTODO LEAN EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA Y TIEMPO INVERTIDO EN LAS DEVOLUCIONES

AUTORES

MORALES ALVAREZ S, PEÑA ORTIZ M, RAMIREZ MARTINEZ C, HERENCIA ARROYO J, NICOLAS HERRERIAS M, MARCH LOPEZ P, MANZANEQUE GORDON A, NICOLAS PICO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO MUTUA TERRASSA. PLAZA DR. ROBERT Nº5. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la variación del número de fármacos y el tiempo empleado en la realización de las devoluciones de la unidosis antes y después de la implantación de la metodología Lean y la prescripción electrónica.

MEJORAS ESPERADAS

La implantación de la metodología Lean y la prescripción electrónica supondrán un descenso en el número de fármacos devueltos y en consecuencia en el tiempo empleado en realizar las devoluciones de la unidosis.

DISEÑO

Estudio cuasi-experimental realizado en dos fases, una previa (fase I) y otra posterior (fase II) a la aplicación de metodología Lean e implantación de un programa de prescripción electrónica, en un hospital universitario de 450 camas. Se constituyó un equipo Lean multidisciplinar compuesto por: farmacéuticos, supervisores de enfermería, administrativas de las unidades de hospitalización y técnicos de farmacia. Para evaluar la intervención se incluyeron 5 plantas incluyendo unidades médicas y quirúrgicas que incluyeron un total de 150 camas. En la monitorización del tiempo se realizaron 2 cortes transversales de 10 días de duración antes de la intervención y 1 año posterior. Se extrajo el número de fármacos devueltos un año antes y un año posterior a la implantación a través del programa de gestión de farmacia.

CIRCUITO Y ETAPAS

- 1) Se realizó un análisis causa-raíz enumerando todos los motivos que pueden contribuir en la generación de “desperdicio” en el circuito farmacoterapéutico. Para ello se monitorizaron por unidad de hospitalización:
 - a. Análisis de prescripciones según hora y cambios de tratamiento
 - b. Registro del tiempo empleado en preparar el carro
 - c. El horario de finalización de los carros nodriza
 - d. El tiempo empleado por el celador en el reparto.
 - e. El número total de devoluciones
 - f. El tiempo empleado en realizar las devoluciones
- 2) Se consensuaron las mejoras que podrían solventar cada una de las causas detectadas entre las que se incluyeron:
 - a. Se ajustaron las horas de preparaciones de los carros de dosis unitarias para incluir el mayor número de prescripciones electrónicas (> 65%).
 - b. Se ajustaron la preparación de variaciones
 - c. Se realizaron 2 sesiones informativas en el servicio de farmacia.
- 3) Simultáneamente se implantó la prescripción electrónica intrahospitalaria.

IMPLANTACIÓN

Se contabilizaron el número de devoluciones un año previo a la intervención y un año posterior a la intervención. Para evitar el sesgo se monitorizaron aquellas plantas no-COVID.

RESULTADOS

Se comprobó que tras la implantación de la prescripción informatizada junto al método Lean, se había reducido el volumen de fármacos devueltos en un 33,33%, de 27.126 a 18.086 unidades. El tiempo invertido descendió de media por planta en un 59.82%, de 16,80 a 8,75 minutos por planta.

LIMITACIONES

Debido a la introducción de todas las intervenciones de forma simultánea no hemos sido capaces de evaluar el impacto de cada intervención por separado.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La implantación de esta metodología de trabajo permitiría a todos los servicios de farmacia optimizar los recursos existentes y mejorar los procesos de trabajo.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA**CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA****959. COLABORACIÓN ENTRE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y COMUNITARIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA FARMACOGENÉTICA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL****AUTORES**

RIERA ARMENGOL P, MIR BONNÍN JF, GARIN ESCRIVÀ N, DURAN CAMBRA A, FELIU RIBERA A, GOMIS PASTOR M, BAGARÍA DE CASANOVA G, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. C/ SANT QUÍNTÍ, 89. BARCELONA

OBJETIVOS

- } Evaluar la factibilidad de un circuito piloto multidisciplinar para determinar marcadores farmacogenéticos.
- } Identificar a los pacientes tratados con clopidogrel metabolizadores intermedios/pobres del CYP2C19 (portadores del alelo *2) o ultrarápidos (portadores del alelo *17).
- } Determinar la utilidad del genotipado del CYP2C19 para mejorar la efectividad y seguridad del tratamiento con clopidogrel.

MEJORAS ESPERADAS

- } Facilitar el acceso a pruebas farmacogenéticas a la población mediante la red de oficinas de farmacia (OF).
- } Clarificar el papel del genotipado del CYP2C19 para optimizar el tratamiento con clopidogrel.
- } Consolidar el papel de los farmacéuticos hospitalarios (FH) y comunitarios (FC) como profesionales de referencia en farmacogenética y propiciar la expansión de esta disciplina.

DISEÑO

Estudio piloto exploratorio desarrollado en un área urbana y liderado por un Servicio de Farmacia (SF), con la participación de 25 OF de su área de influencia, del Colegio de Farmacéuticos (CF) provincial y los Servicios de Genética (SG) y Cardiología del Hospital. Se incluyen prospectivamente pacientes en tratamiento con clopidogrel cuya primera prescripción procediera de un cardiólogo del Hospital. El CF coordina el desarrollo y recogida de datos del estudio.

CIRCUITO Y ETAPAS

Los FC criban a los pacientes candidatos, extraen una muestra de saliva y registran la ficha farmacoterapéutica vigente. En colaboración con el SG, los FH genotipan el CYP2C19 y revisan las historias clínicas de los pacientes para finalmente valorar con el cardiólogo la adecuación del tratamiento con clopidogrel. Los FC consultan el informe resultante a través de la plataforma de registro y comunican los resultados a los pacientes, así como la recomendación consensuada respecto al tratamiento.

IMPLANTACIÓN

La formación de los FC se realizó en noviembre 2019. El reclutamiento de pacientes se inició en enero 2020. No obstante, se suspendió temporalmente por la epidemia del SARS-CoV-2. El periodo de reclutamiento finalizará cuando se alcance un tamaño muestral de 150 pacientes.

RESULTADOS

Durante los dos meses iniciales, se registraron 114 pacientes en tratamiento con clopidogrel en 15 OF. En 40 pacientes la prescripción procedía del Hospital participante y, en 21, el prescriptor era cardiólogo. Finalmente, 15 pacientes fueron reclutados. En todos ellos se genotipó el CYP2C19. Seis de los pacientes fueron metabolizadores intermedios (cinco con genotipo *1/*2 y uno con genotipo *2/*17) y tres metabolizadores ultrarápidos (genotipo *1/*17). En todos los casos se mantuvo el tratamiento con clopidogrel. No hubo ningún incidente en los procesos de reclutamiento, distribución y genotipado.

LIMITACIONES

El tamaño muestral es relativamente pequeño debido a las dificultades en el reclutamiento. Se cuenta con un número limitado de OF y con un grado de participación desigual. Además, en nuestra área las prescripciones de clopidogrel se limitan a pacientes con contraindicaciones a prasugrel o ticagrelor, por lo que en muchos casos los pacientes no disponen de ningún tratamiento antiagregante alternativo. De momento no hay datos suficientes para determinar la utilidad del genotipado del CYP2C19 para mejorar la efectividad y seguridad del tratamiento con clopidogrel.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este proyecto es aplicable a otros SF hospitalarios con farmacéuticos formados en farmacogenética interesados en desarrollar proyectos colaborativos con las OF de su área para implementar tests farmacogenéticos en la práctica clínica.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

1258. ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EXTRAVASACIÓN DE FÁRMACOS NO PELIGROSOS EN LA UNIDAD NEONATAL DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES

SANJUÁN BELDA A, MARTÍN MARQUÉS M, OTERO VACCARELLO OM, ALBUJAR FONT MM, DEL ESTAL JIMENEZ J, ESTEVE PITARCH E, LOPEZ BROSETA PA, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL UNIVERSITARI DE TARRAGONA JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRE GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Establecer las medidas de actuación en casos de extravasación de fármacos no peligrosos en la Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos (UCIN).

MEJORAS ESPERADAS

La creación del protocolo busca actuar de forma más rápida, clara, segura y menos variable ante casos de extravasación en neonatos críticos, adaptando las medidas al fármaco extravasado de manera individualizada por paciente.

DISEÑO

Tras la extravasación de la nutrición parenteral en varios neonatos, el servicio de farmacia con la colaboración de la unidad de neonatología y enfermería, decidió elaborar un protocolo que incluyera: el diagnóstico de una extravasación, valoración de la gravedad, medidas generales de tratamiento, medidas específicas según el agente extravasado y el seguimiento del paciente.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se formó el equipo multidisciplinar junto con pediatría y enfermería que estableció la distribución de tareas, plazos, objetivos y cómo proceder. En farmacia se siguieron las etapas descritas:

- 1.- Revisión bibliográfica y determinación de las medidas generales.
- 2.- Análisis de los fármacos de administración intravenosa utilizados en la UCIN.

- 3.- Elaboración de una tabla con los fármacos intravenosos de la UCIN y un algoritmo de actuación.
- 4.- Puesta en común con el equipo multidisciplinar.
- 5.- Redacción del protocolo.

IMPLANTACIÓN

Para implantar el protocolo y dar a conocer el circuito entre el personal implicado, se realizaron dos sesiones formativas en enero de 2020; una para el personal de enfermería del área y otra para la presentación entre el personal médico del servicio de pediatría.

El protocolo incluye un algoritmo de cómo proceder ante una extravasación y una tabla que se elaboró tras la revisión de 32 fármacos, la cual contiene el tratamiento específico de elección y el alternativo o para casos graves de cada uno de ellos.

Se prepararon dos Kits de extravasación que contenían: 2 ampollas de hialuronidasa 1500UI, 2 viales de fentolamina liofilizada 5mg y el protocolo. En el programa informático de la unidad están introducidos ambos fármacos para ser prescritos con los consejos de preparación, administración y dosis correspondientes.

El protocolo recoge la necesidad de adjuntar una foto de la extravasación en el programa para comprobar su evolución. Además de establecer un formulario que debe cumplimentar enfermería para analizar los datos a posteriori e implementar mejoras.

RESULTADOS

Desde su implantación se ha utilizado en 11 ocasiones con evidentes mejoras en la forma de proceder ante una extravasación, sin generar ninguna consulta a farmacia y con buena evolución en los pacientes. Se observó un descenso en el tiempo transcurrido entre la detección de la extravasación y la aplicación de las medidas necesarias, mayor seguridad por parte del personal de enfermería y médico de cómo actuar; además de facilitar la labor de farmacia hospitalaria y actuar correctamente cuando no esté presente el farmacéutico en el centro. El protocolo evita errores tanto por acción como por omisión.

LIMITACIONES

Dada la falta de datos previos a la implantación del protocolo es difícil evaluar cuantitativamente la mejoría del proceso.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este protocolo se puede aplicar y extrapolar a Servicios de UCIN de otros hospitales fácilmente. No requiere de muchos recursos y puede adaptarse a los procedimientos de cada centro.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

949. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS EN BOMBA DE PERFUSIÓN CONTINUA

AUTORES

BALET DUAT A, ALONSO CASTELL P, MORENO GIL Q, PEREZ RECHE C, PLANAS FONT A, SEGARRA PERRAMON T, CERVERA MUDARRA S, SALA VILAJOSANA N
ALTHAIA XARXA ASISTENCIAL DE MANRESA. C/DR JOAN SOLER 1-3. BARCELONA

OBJETIVOS

Integración de los fármacos de habitual administración mediante bomba de perfusión continua (FBPC) dentro del sistema electrónico de gestión de medicamentos incluyendo prescripción, dispensación, administración y registro en historia clínica.

MEJORAS ESPERADAS

Los FBPC constituyen un grupo de alto riesgo tanto por la heterogeneidad de su composición como por el estrecho margen terapéutico.

Con este proyecto se espera mejorar la seguridad y calidad de todo el circuito de los FBPC.

DISEÑO

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar para estudio, análisis y diseño del módulo específico para la gestión de los FBPC:

Se consensó para cada fármaco las concentraciones, diluyentes y rango de dosificación con los profesionales de cada servicio asistencial.

El módulo integrado en el programa de gestión de medicamentos se diseñó con las siguientes partes:

- ficha de la bomba: composición (número de viales y suero), estabilidad de la mezcla, rango de velocidades/dosificación fijo o en función del peso.
- Prescripción: En FBPC fijas el prescriptor sólo debe indicar el tiempo de la infusión. En FBPC según peso, debe seleccionar dentro de un rango establecido la dosis por Kg/minuto.
- Dispensación: Calcula el número de viales/ampollas a dispensar teniendo en cuenta la hora del cambio de FBPC por enfermería según velocidad y estabilidad.
- Administración y registro: Ofrece información sobre cómo preparar la mezcla, estabilidad, velocidad de infusión prescrita. Así mismo controles/precauciones durante administración. Con la firma de enfermería en el inicio de la administración, se visualiza coloreada la línea correspondiente del fármaco conforme avanza el tiempo de infusión. Si

el médico modifica la velocidad de administración, la enfermera recibe mensaje y las velocidades quedan visualizadas en hoja de administración electrónica de enfermería. Los diferentes volúmenes infundidos del día se registran automáticamente para cómputo del balance de líquidos.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se realizó en siete etapas

1. Creación de un grupo multidisciplinar: farmacéuticos, médicos, enfermería, informática.
2. Consenso de concentraciones, sueros y rangos de dosificación en los servicios implicados.
3. Diseño del módulo de gestión.
4. Implantación en modo pruebas.
5. Modificaciones y ajustes sucesivos.
6. Difusión: Sesiones informativas, Guía de FBPC.
7. Implantación progresiva a unidades de críticos, bloque quirúrgico, urgencias y plantas hospitalización.

IMPLANTACIÓN

Se inició a principios 2016, se implantó progresivamente durante 2017.

RESULTADOS

Un total de 57 medicamentos han sido consensuados para la creación de 121 FBPC. Para algunos fármacos se ha contemplado diferentes concentraciones para adaptarse a situaciones como restricción de líquidos.

Las 121 FBPC se han agrupado por servicios: Generales (36), Críticos (44), Reanimación (27), Obstetricia (6) y se han incluido además: nutriciones parenterales (5), mezclas para sedación paliativa (2), antibióticos (1).

La fluidoterapia no está incluida por disponer de módulo propio.

Desde su puesta en marcha se han prescrito un total de 14.851 FBPC.

Este proyecto ha sido valorado positivamente por todos los profesionales y ha mejorado la seguridad y la calidad de los FBPC de manera integral.

LIMITACIONES

Está diseñado únicamente para perfusiones continuas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La metodología es aplicable a todos los hospitales que tengan la gestión de medicamentos integrada.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1029. IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE RECICLAJE DE PLÁSTICO EN EL ÁREA DE PREPARACIÓN DE ESTÉRILES Y NO ESTÉRILES.

AUTORES

MARTÍNEZ PUJOL G, VEGA HANNA L, PRAT RIERA A, ZAFRA MORALES G, RODRIGUEZ MURPHY E, REY VECINO P, RUIZ RAMOS J, PELEGRIN CRUZ R
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. C/ SANT QUINTIN 89 08091. BARCELONA

OBJETIVOS

Implantar un sistema de reciclaje de plástico y evaluar el impacto de residuos generados procedentes del material de acondicionamiento de productos sanitarios empleados en el área de preparación.

MEJORAS ESPERADAS

- Reducir el impacto que el plástico de un solo uso genera sobre el medioambiente
- Concienciar al personal para así emprender tanto acciones correctivas como preventivas.

DISEÑO

A finales de 2019 se realizó una revisión del procedimiento vigente junto con el servicio general de limpieza. Posteriormente se analizó los materiales que accedían al área para seleccionar aquellos que no entraban en contacto con medicamentos peligrosos. Finalmente se realizó una solicitud para introducir los puntos de reciclaje adaptados a las características de las zonas limpias.

CIRCUITO Y ETAPAS

Área estéril: En el SAS (Safety Access System) de entrada e intermedio ambos clase ISO 7, se situaron sendos contenedores de reciclaje.

1. El plástico procedente de material fungible libre de toxicidad se separaba de otros materiales del embalaje y se clasificaba mayoritariamente en SAS de entrada.
2. Para garantizar las condiciones de esterilidad, en caso de no poder realizarse en esta área, se separaba en el SAS intermedio siguiendo el mismo procedimiento.
3. Al final del día el contenedor del SAS intermedio era vertido al contenedor del SAS de entrada y de allí se sacaba fuera para su posterior reciclaje .

Área no estéril:

1. El plástico reciclado en el laboratorio y en el área de reenvasado se depositaba en el contenedor de la precámara clase ISO 8 común a ambas salas.
2. Al final del día se sacaba el contenedor de la precámara para su reciclaje.

IMPLANTACIÓN

En enero de 2020 se formó al personal para diferenciar el plástico contaminado del que no lo era y el lugar de vertido de éste último.

En febrero de 2020 se colocaron los contenedores en las áreas correspondientes y durante dos meses se pesó diariamente el plástico recuperado.

RESULTADOS

En la producción de un kg de plástico de novo se emite 3,5 kg de CO₂. Para medir el impacto se comparó con la emisión de CO₂ que realiza un coche gasolina con un consumo de 7L/100 km y la distancia recorrida.

En un día: 1,5 Kg de plástico recuperados. Éstos generan 5,25 Kg de CO₂, la misma cantidad de gases que emite un coche al recorrer 32,5 km .

En un mes: 20,8 Kg plástico recuperados. Éstos generan 72,8 Kg de CO₂, la misma cantidad de gases que emite un coche al recorrer 452 km .

- Para fabricar un kg de plástico reciclado únicamente se emiten 1,7 kg de CO₂. Gracias a la recuperación de 41,6 kg de plástico durante 2 meses en la próxima fabricación se evitará la emisión de 74,88 kg de CO₂.

LIMITACIONES

Una pequeña parte del embalaje proviene del fabricante empaquetado con una combinación entre papel y plástico imposibilitando su recuperación.

Idealmente se debería generar el mínimo plástico posible en vez de reciclarlo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Puede aplicarse en cualquier área del servicio de farmacia exceptuando zonas en las que el material entre en contacto con medicamentos peligrosos

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

625. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE SEGUIMIENTO TELEFONICO DE TOXICIDADES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y HEMATOLOGICOS

AUTORES

ALONSO CANTERAS C, MANZANEQUE GORDON A, CASTELLS LAO G, MARTINEZ IBARRA M, NICOLÁS PICÓ J
HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA. PLAÇA DEL DOCTOR ROBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

Establecer un circuito de seguimiento de toxicidades telemático para mantener la actividad asistencial durante la pandemia del SARS-Cov-2.

MEJORAS ESPERADAS

Debido a la pandemia causada por el SARS-Cov-2 se truncó la actividad presencial de seguimiento de toxicidades y dispensación de medicación en pacientes en tratamiento con antineoplásico oral en la consulta de farmacia oncológica. Con el circuito telemático se espera mantener el seguimiento habitual por parte del técnico de farmacia especializado en oncología-hematología (TFO). Disponiendo además, de un circuito de envío de medicación domiciliario.

DISEÑO

Se constituyó un equipo multidisciplinar (farmacéuticos/oncólogos/hematólogos) en el que se acordó qué pacientes serían beneficiarios de recibir atención telemática en vez de presencial. Des del servicio farmacia (SF) se decidió prestar seguimiento clínico telefónico a todos los pacientes exceptuando las visitas de inicio de tratamiento y aquellos que concomitantemente recibían quimioterapia endovenosa en hospital de día.

CIRCUITO Y ETAPAS

- 1) Creación de los Check-List según esquema terapéutico por el farmacéutico
- 2) Reprogramación de las visitas presenciales a telemáticas
- 3) Revisión de los Check-List por el equipo multidisciplinar
- 4) Revisión de los Check-List por el TFO
- 5) Realización seguimiento telefónico y registro de toxicidades
- 6) Envío de la medicación (si precisa)
- 7) Registro del seguimiento en la historia clínica y notificación al equipo médico (en caso necesario)
- 8) Encuesta de satisfacción (ES) post-seguimiento para valorar la atención farmacéutica (AF) recibida

IMPLANTACIÓN

El nuevo circuito se inició el 15/04/2020 y se reportan los datos hasta el 22/05/2020. Se realizó seguimiento telefónico a 121 pacientes (31 hematológicos/90 oncológicos) con una mediana de edad de 66 años (rango: 27-89). Más del 50% de pacientes (66/121) eran polimedicados (≥5 fármacos crónicos). Las visitas telemáticas totales fueron 134 (Post-inicio:10, Segunda:4, Tercera:6 y sucesivas:114).

RESULTADOS

En los diferentes seguimientos se detectaron 176 toxicidades (en 107/121 pacientes) requiriendo recomendación farmacéutica en 29 casos. Las toxicidades detectadas fueron: cansancio y fatiga (50,6%); dolor muscular/articular (11,9%); cefalea (6,8%); inapetencia (4,5%); diarrea (3,4%); estreñimiento, hipertensión arterial, dolor gastrointestinal y toxicidad cutánea (2,8% en cada caso); náuseas/vómitos y eritrodisestesia palmo-plantar (2,3% respectivamente); rampas, fotosensibilidad y alteracions visuales (1,1% para cada uno); disnea, mareo, alteración del gusto/olor, tos, mucositis y neuropatía periférica, registrándose únicamente en 1 paciente (0,83%).

Los fármacos preescritos en los pacientes a los que se realizó seguimiento, fueron: capecitabina (20/121); temozolomida (12/121) y la combinación de ambos (1/121); palbociclib/ribociclib (12/121), ibrutinib (10/121); abiraterona (9/121); lenalidomida y vinorelbina (6/121 respectivamente); niraparib/olaparib, ruxolitinib, imatinib, osimertinib y enzalutamida (4/121 respectivamente); everolimus, alectinib y eltrombopag (3/121 respectivamente); erlotinib, nintedanib, ponatinib, sunitinib y regorafenib (2/121 respectivamente); asciminib, bosutinib, nilotinib, pazopanib, venetoclax (1/121 en cada caso).

Tras la ES, los pacientes (47/121) valoraron la AF vía telefónica con una media de 9,7/10.

LIMITACIONES

Durante el periodo de estudio únicamente se pudo realizar el seguimiento a vía telefónica. Actualmente, se dispone en nuestro centro de un canal de asistencia telemática mediante videollamada que permitirá una mejor valoración de las toxicidades que requieren de visualización, así como un contacto paciente-profesional más cercano.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Una vez estas fichas fueran validadas por el grupo GEDEFO se podría extender su uso a todo aquel SF que se plantee la implantación de este tipo de seguimiento.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

905. REESTRUCTURACIÓN Y ADAPTACIÓN DURANTE ÉPOCA COVID-19 EN LA FARMACIA DE ENSAYOS CLÍNICOS ONCO-HEMATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

SERRAMONTMANY MORANTE E, ESTEBAN SANCHEZ C, LATORRE GARCIA P, CARRERES PRIETO M, MARTINEZ CASANOVA J, MAÑOS PUJOL L, LOPEZ SISAMÓN D
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. P^º VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir las diferentes medidas y circuitos adoptados para garantizar la atención farmacéutica y la disponibilidad del tratamiento en el marco de ensayos clínicos (EC) onco-hematológicos.

MEJORAS ESPERADAS

A mediados de marzo de 2020, debido a la epidemia SARS-CoV-2, se crea la necesidad de mantener la actividad de la unidad disminuyendo el riesgo de contagio entre pacientes, personal sanitario y el ajeno a la unidad.

DISEÑO

Se elabora una estrategia para poder mantener aperturas de nuevos ensayos manteniendo la competitividad y eficiencia de la unidad y la disponibilidad de medicación, evitando desplazamientos innecesarios al hospital, evaluando siempre el beneficio-riesgo.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Personal: se distribuye el personal técnico y farmacéutico en equipos. Los farmacéuticos tele-trabajan y acuden al hospital a días alternos; y los técnicos cambian su horario a 12 horas días alternos para dar cobertura a las nuevas actividades.
- Logística:
 - a. Aumento de capacidad de almacenamiento para poder asegurar la disponibilidad de medicación en caso de cierre de fronteras.
 - b. Envío de medicación a domicilio: programación de pacientes, validación del tratamiento acorde al protocolo y historia clínica. Confirmación de datos de contacto y preparación del envío.
 - a. Se establecen criterios para la selección de pacientes que se les puede dispensar medicación oral para más de un ciclo; así como la disminución de la frecuencia de administración de fármacos intravenosos modificando los esquemas quimioterápicos.
 - b. Re-etiquetaje y destrucción de medicación por parte del farmacéutico en ausencia física del monitor.
 - Atención farmacéutica remota: visitas de screening de farmacia a los candidatos (comprobación de medicación prohibida y interacciones entre medicación de estudio y medicación habitual o terapias herbales y alternativas) telefónicamente.
 - Procedimientos de ensayo: Las visitas de inicio (SIV) y monitorizaciones (SMV) se hacen de manera remota.

IMPLANTACIÓN

La implantación fue casi inmediata el 16 de Marzo con la aparición del SARS-CoV-2 y perduró hasta el 17 de Mayo (9 semanas).

RESULTADOS

- Personal: Se ha conseguido dar cobertura a todas las necesidades sin ningún caso de infección
- Logística:
 - a. No ha habido problemas de stock.
 - b. Se ha enviado medicación a 139 pacientes: 72 (51,8%) Barcelona, 24 (17,3%) resto de Cataluña, 40 (28,8%) resto de España, y 3 (2,1%) al extranjero.
 - c. Se modificaron 4 esquemas quimioterápicos espaciando administraciones de pembrolizumab y cetuximab en 4 pacientes.
 - d. Se hicieron 4 re-etiquetajes.
- Se han realizado 34 screenings y resuelto 33 consultas farmacéuticas sobre posibles interacciones o instrucciones sobre

fármaco de estudio.

- Procedimientos de ensayo: se han realizado 28 SIV de manera remota (10 EC fase I, 7 fase II y 11 fase III), y 56 SMV remotas.

El número de accesos al programa de gestión de EC (Fundanet iFarma®) y la descarga de informes por parte de monitores durante el período COVID ha aumentado considerablemente comparado con el mismo período de 2019 (6539 vs.3779 accesos y 16951 vs. 9852 informes).

LIMITACIONES

La mayor limitación ha sido la falta de medios adaptados para el tele-trabajo debido a la alta complejidad y el gran volumen de EC.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a todos los servicios de farmacia con EC.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

906. HOTEL SALUD: UN NUEVO ÁMBITO PARA EL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO

AUTORES

MARTÍN VAL A, MARÍN RUBIO S, PÉREZ-RICART A, BOSCH PELIGERO M, RODRÍGUEZ BERNUZ C, ARASA ALEGRE FR, ALONSO PEDROL N, QUIÑONES RIBAS C
HOSPITAL UNIV. GERMANS TRIAS I PUJOL. CTRA. CANYET, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

- Diseñar e implementar un circuito de dispensación y conciliación de la medicación en un hotel salud, una extensión hospitalaria ocupada por enfermos de COVID-19 en fase de recuperación.
- Analizar las intervenciones farmacéuticas realizadas.

MEJORAS ESPERADAS

Garantizar una correcta transición asistencial entre un hospital universitario de tercer nivel y un hotel salud mediante la creación de un equipo multidisciplinar: médicos, enfermería, farmacia comunitaria y farmacia hospitalaria.

DISEÑO

1. Reunión del equipo multidisciplinar: médicos, enfermería, farmacia comunitaria y farmacia hospitalaria.
2. Elaboración de un circuito de comunicación y transporte de peticiones y medicación entre los diferentes niveles asistenciales.
3. Implantación del protocolo de conciliación de la medicación.
4. Creación de un almacén de stock en el hotel salud: adecuación del espacio y de la medicación.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. En el hotel salud, el médico realiza la solicitud del tratamiento para cada nuevo ingreso. Enfermería verifica la medicación crónica solicitada con el paciente y realiza la petición de reposición de stock.
2. El servicio de farmacia hospitalaria recibe la hoja de solicitud de medicación:
 - Validación y conciliación de la medicación.
 - Comunicación telefónica con médicos y enfermería sobre problemas relacionados con la medicación.
 - Documentación de las intervenciones farmacéuticas realizadas en la historia clínica informatizada y en un impreso adjunto a la medicación dispensada.
 - Dispensación del tratamiento individualizado para un periodo de 72 horas.
 - Gestión de la receta electrónica con la farmacia comunitaria asignada por el Colegio Oficial de Farmacéuticos para que ésta cubra la dispensación de la medicación pasadas las 72 horas.
3. Mediante un transportista interno, enfermería recibe la medicación preparada para cada paciente, comprueba que se corresponda con la prescripción e incorpora a las hojas de administración de la medicación las intervenciones farmacéuticas realizadas (equivalentes terapéuticos y dispensaciones diferentes a las dosis prescritas de acuerdo con la Guía Farmacoterapéutica del hospital).

IMPLANTACIÓN

Tras la puesta en común del circuito con el equipo multidisciplinar, el 30 de marzo de 2020 inicia la implantación del protocolo en el hotel salud, cuya capacidad fue de 108 camas de hospitalización.

RESULTADOS

Entre el 30 de marzo y el 30 de abril de 2020 ingresaron 216 pacientes en el hotel salud, la media de edad fue 57,5 años, el 52,8% fueron varones y la estancia media fue de 11 días. El servicio de farmacia hospitalaria recibió un total de 492 solicitudes de medicación, la media fue de 4,3 medicamentos solicitados por paciente (rango 1-14). Se realizaron un total de 258 intervenciones farmacéuticas, de las cuales el 70% fueron intercambios terapéuticos, el 17% incidencias con la receta electrónica y el 13% errores de medicación. El error de medicación más frecuente fue de dosis incorrecta por exceso (53%).

LIMITACIONES

Falta de disponibilidad de prescripción electrónica para la validación diaria de los tratamientos así como de todos los equivalentes terapéuticos de la Guía Farmacoterapéutica del hospital.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Con el fin de garantizar una correcta transición asistencial, este circuito es aplicable a cualquier hospital que tenga asociado un hotel salud, o cualquier extensión hospitalaria, con recursos sanitarios diferentes a los habituales.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**1191. IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA ONCOHEMATOLÓGICA ADAPTADO A LA EMERGENCIA COVID-19.****AUTORES**

TARDÁGUILA MOLINA P, MARTINEZ RUIZ E, LAVANDEIRA PÉREZ M, MENDOZA ACOSTA I, DE JUAN-GARCÍA TORRES P, CASARRUBIOS LAZARO GI, YUSTE GUTIERREZ AM, HORTA HERNÁNDEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. C/ DONANTE DE SANGRE, S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

- Apertura de una Consulta de Atención Farmacéutica (CAF) en el hospital de día oncohematológico (HDO).
- Implantar un sistema de teleconsulta farmacéutica y gestión de envío de medicación a domicilio.

MEJORAS ESPERADAS

- Realizar atención farmacéutica presencial o telefónica al paciente oncológico y hematológico incluyendo gestión de citas.
- Facilitar la comunicación del personal médico y de enfermería con el farmacéutico integrado en el equipo multidisciplinar.
- Reducir posibilidad de contagio por SARS-CoV-2 minimizando desplazamientos dentro del hospital.
- Disminuir tiempo de espera en consulta de atención farmacéutica.
- Reducir número de visitas al Servicio de Farmacia (SF) por recogida de tratamiento, entregando medicación hasta próxima consulta médica o completando dispensación por envío a domicilio.

DISEÑO

Debido a la emergencia sanitaria por COVID-19, se diseñó una estrategia en el SF para reducir el posible contagio de los pacientes más vulnerables. Por este motivo se implantó una CAF en HDO donde se encuentran las consultas de oncología y hematología.

Además se observó la necesidad de facilitar el acceso a la medicación de los pacientes atendidos por teleconsulta médica realizando teleconsulta farmacéutica y enviando la medicación a domicilio.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Identificación del problema: Necesidad de mantener distanciamiento y reducir tiempos de espera en la dispensación, para reducir el riesgo de contagio en estos pacientes inmunodeprimidos.
2. Diseño del circuito de atención al paciente oncológico y hematológico por el equipo multidisciplinar.
3. Planificación de citas mediante agenda de farmacia oncológica.
4. Ubicación de la CAF en la planta de HDO.
5. Selección de los pacientes que podían beneficiarse del servicio de telefarmacia y envío domiciliario de medicación.
6. Realización de encuestas de satisfacción de la CAF y de la consulta de telefarmacia y del envío domiciliario a los pacientes evaluando tanto aspectos logísticos (conservación de medicación en el envío, tiempo de espera, confidencialidad, confortabilidad de la sala de espera) como de la evaluación de la atención del farmacéutico.

IMPLANTACIÓN

La CAF en el HDO inició la actividad el 16/03/2020 y el sistema de telefarmacia el 8/4/2020.

RESULTADOS

Se atendió a un total de 453 pacientes. 355 a través de la consulta y 98 mediante telefarmacia hasta el 20/05/2020.

Se han realizado 88 encuestas de satisfacción 43 sobre CAF oncohematológica y 45 del servicio de telefarmacia.

Los resultados de la encuesta de satisfacción de la CAF han obtenido una puntuación superior a 9 sobre 10 en todos los ítems relacionados con la atención farmacéutica. Y superior a 7 sobre 10 en todos los ítems relacionados con los aspectos logísticos, excepto en la confortabilidad de la sala de espera del HDO cuya mediana fue 8(RC 7-9,5).

Los resultados de la encuesta de satisfacción del servicio de telefarmacia y envío de medicación han obtenido una puntuación superior a 9 sobre 10 en todas las cuestiones.

LIMITACIONES

Necesidad de un farmacéutico para integrarse en el equipo multidisciplinar y asumir las nuevas tareas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este modelo es aplicable a otros SF. Ambas acciones permiten realizar seguimiento farmacoterapéutico y facilitan el acceso al tratamiento durante la pandemia COVID-19 y cuando esta finalice.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**1453. OPORTUNIDADES DE UN MODELO ASISTENCIAL NO PRESENCIAL MEDIANTE LA SALUD MÓVIL DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2****AUTORES**

GOMIS PASTOR M, GALVEZ E, MIRABET PEREZ S, BROSSA LOIDI V, LOPEZ LOPEZ L, ROS ABARCA S, DE DIOS LOPEZ A, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. SANT ANTONI MARIA CLARET, 167. BARCELONA

OBJETIVOS

La pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 conllevó la necesidad de llevar a cabo un seguimiento telemático intensivo de pacientes inmunodeprimidos de alto riesgo. El objetivo de esta comunicación es describir la aplicación de un programa de

telemedicina en pacientes trasplantados cardíacos durante la pandemia, así como el potencial del modelo aplicado en las instituciones sanitarias.

MEJORAS ESPERADAS

El nuevo modelo asistencial multidisciplinar telemático descrito permite una mejor gestión de la pandemia en pacientes de elevado riesgo y promueve la expansión de la salud digital en diferentes patologías que puedan beneficiarse en el futuro.

DISEÑO

El Servicio de Farmacia diseñó una plataforma web y App de seguimiento integral del paciente complejo. Esta plataforma durante la pandemia se empleó para aplicar asistencia no presencial integral e intensiva de pacientes desde el Hospital.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Todos los miembros del equipo interdisciplinar de trasplante se comunicaban con los pacientes a través de la plataforma.
2. Las principales funcionalidades fueron: mensajería, videoconferencia, monitorización de síntomas, educación e información sanitaria sobre la pandemia.
2. Una cadena de emails multidisciplinar permitía consensuar decisiones clínicas.

IMPLANTACIÓN

El Servicio de Farmacia organizó la coordinación de departamentos legales, seguridad, calidad, etc. para asegurar que el programa se implementara como una práctica consolidada en la institución. El modelo se encuentra en fase de implementación para múltiples patologías (onco-hematología, dislipidemia, riesgo cardiovascular, migraña, etc.). Ha sido necesaria la implicación de la Dirección del centro para organizar el crecimiento y sostenibilidad del modelo no presencial implementado.

RESULTADOS

El seguimiento telemático se llevó a cabo durante la pandemia en 145 pacientes trasplantados cardíacos. El programa asistencial permitió: prescindir de las visitas presenciales que no fueran estrictamente esenciales, resolver consultas de pacientes de forma individualizada, actuar de forma anticipada frente a síntomas de alarma sugestivos de infección por covid-19 o realizar seguimiento domiciliario de pacientes infectados sin sintomatología grave. El equipo interdisciplinar envió más de 18 campañas formativas (medidas de seguridad higiénico-dietéticas, ejercicio, bienestar mental, etc.) con el objetivo de informar y promover la calidad de vida y salud de estos pacientes de especial riesgo durante el confinamiento. El liderazgo del Servicio de Farmacia en este programa y su extensión a todo el equipo permitió posicionar la atención farmacéutica como una práctica inherente al seguimiento integral de la complejidad. Además, de visibilizar el papel del farmacéutico a los pacientes, familias y resto de profesionales y aportar valor a la institución.

LIMITACIONES

El modelo asistencial telemático se centraba en la optimización de la asistencia a la complejidad de un hospital terciario. Esto permitió a los profesionales de la especializada monitorizar a los pacientes desde su domicilio. Actualmente, se ha puesto el foco en adaptar la ruta asistencial para incluir la coordinación con atención primaria, centros socio sanitarios y oficinas de farmacia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El modelo asistencial implementado es extensible a los servicios de farmacia que persigan el objetivo de optimizar la asistencia presencial. El farmacéutico hospitalario tiene las competencias necesarias para liderar programas innovadores que implican un cambio de paradigma en la práctica farmacéutica y que pueden conllevar un cambio en la práctica asistencial de toda la organización.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1576. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA TELEMÁTICA Y ENVÍO DE MEDICACIÓN A DOMICILIO A PACIENTES EXTERNOS

AUTORES

PEÑA PEDROSA JA, RODRÍGUEZ CABEZAS MÁ, LIRAS MEDINA Á, ARENAZA PEÑA AE, ZAMORA BARRIO D, GARCÍA SACRISTÁN A, MOLINERO MUÑOZ M, MARTÍNEZ SESMERO JM
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. C/PROFESOR MARTÍN LAGOS S/N. MADRID

OBJETIVOS

Implantar un sistema de Telefarmacia para pacientes externos, basado en consultas telefónicas de Atención Farmacéutica y envío de medicación a domicilio.

MEJORAS ESPERADAS

La pandemia de SARS-COV-2 ha puesto de relieve la necesidad de reducir la exposición de los pacientes a espacios con mayor probabilidad de contagio, como hospitales. La dispensación a domicilio permite evitar la necesidad de desplazamientos, beneficiando particularmente a pacientes con dificultades de movilidad, confinados temporalmente en otras Comunidades Autónomas, con residencia lejos del hospital y aquellos especialmente vulnerables a la infección por coronavirus debido a su farmacoterapia o patología previa. Asimismo, al requerir una programación de envíos, se posibilita un mejor control de stock.

DISEÑO

Se organizó un sistema logístico de envío de medicación al lugar de residencia del paciente o cuidador previa entrevista clínica de Atención Farmacéutica.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se han realizado las siguientes etapas en el desarrollo del proyecto:

- Obtención de recursos humanos: Refuerzo de los facultativos de la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UAFPE) en dos efectivos.
- Obtención de recursos materiales y de servicios.
- Establecimiento del horario de recogida de envíos y sistema de seguimiento de los mismos con las empresas de transporte.
- Diseño del circuito de trabajo diario.
- Adaptación de espacios de trabajo.
- Formación del personal técnico y administrativo.
- Inicio del servicio y revisión y mejora periódica.

IMPLANTACIÓN

La prestación del servicio de Telefarmacia se diseñó para alcanzar a la totalidad de los pacientes atendidos en UAFPE del Servicio de Farmacia. Se obtuvieron los siguientes recursos:

o Contratación pública del servicio de transporte.

o Donación por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria de 400 envíos.

o Refuerzo de las vías de comunicación de la UAFPE con una línea móvil y una dirección de correo electrónico adicional.

El servicio de Telefarmacia se inicia previo consentimiento informado del paciente y bajo tres supuestos:

- A petición del propio paciente.
- Por iniciativa del Servicio de Farmacia.
- A petición del médico responsable del paciente.

Con anterioridad al envío de medicación se realiza vía telefónica entrevista clínica de atención farmacéutica al paciente, en esta comunicación se registran los datos para el envío de la medicación.

El servicio de Telefarmacia se inició el día 25 de marzo de 2020 y continua activo a fecha 31 de mayo de 2020.

RESULTADOS

Desde el inicio de la actividad hasta el 21 de mayo de 2020 se han realizado 4318 envíos para 3095 pacientes diferentes, 1570 envíos (36,4%) de medicación refrigerada. El 94,1% (4062) de los envíos se realizaron dentro de la Comunidad de Madrid y 256 a otras provincias.

LIMITACIONES

El circuito requiere revisión continua de la programación de pacientes y es vulnerable a errores informáticos. Diversas incidencias acaecidas con las empresas de transporte.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a cualquier Servicio de Farmacia con disponibilidad de recursos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1577. ADAPTACIÓN DE LOS CIRCUITOS DE ADQUISICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

AUTORES

TORROBA SANZ B, IBAÑEZ GARCÍA S, MARTÍN BARBERO ML, SAROBE GONZÁLEZ C, GARCÍA GONZÁLEZ X, GARCIA SANCHEZ S, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DEL DR. ESQUERDO, 46,. MADRID

OBJETIVOS

Dado el aumento de la presión asistencial sanitaria provocado por la pandemia por SARS-COV-2, asegurar un adecuado suministro de medicamentos es una de las funciones más importantes de los farmacéuticos de hospital.

El objetivo de este trabajo es describir las medidas llevadas a cabo por el área de gestión y logística de un Servicio de Farmacia (SF) durante la pandemia por SARS-COV-2 en un hospital de tercer nivel.

MEJORAS ESPERADAS

Garantizar el aprovisionamiento y dispensación de medicamentos de la forma más eficiente y segura.

DISEÑO

Se creó un grupo de trabajo para la gestión de los medicamentos constituido por seis farmacéuticos de las áreas de gestión y logística, y liderado por el jefe de servicio. Este grupo analizó de forma continua las necesidades que se presentaban en el hospital durante la pandemia:

- Incremento exponencial de la demanda de recursos
- Cambios constantes en los protocolos y decisiones terapéuticas
- Problemas de suministro de medicamentos

CIRCUITO Y ETAPAS

1- Se elaboró un listado que contenía los medicamentos esenciales para el tratamiento. Se establecieron stocks críticos según el consumo de las últimas 24 horas, y se elaboraron nuevos procedimientos para la adquisición de la medicación, incluyendo las donaciones.

2- Se redefinieron los circuitos de distribución de medicamentos a las unidades de hospitalización. Se modificaron los

inventarios y stocks de medicación en los armarios automatizados de dispensación (SAD). Se difundió un procedimiento para el uso seguro de estos sistemas.

3- Para garantizar la continuidad asistencial, se crearon nuevos circuitos de dispensación de medicamentos:

- Pacientes derivados a otros centros: se elaboró un kit con la medicación específica para cuatro días de tratamiento, que se acompañaba de la medicación crónica del paciente
- Pacientes institucionalizados: se crearon botiquines específicos y se dispensó medicación individualizada por paciente.
- Pacientes al alta: se crearon kits que contenían la medicación necesaria para finalizar el tratamiento, acompañados de una hoja de información.

IMPLANTACIÓN

La implantación se llevó a cabo con carácter urgente en el SF para garantizar una adecuada respuesta a las necesidades presentadas para lo que fue necesario su apertura 24 horas/7 días.

RESULTADOS

1. El listado de medicamentos incluía la medicación específica para el COVID, así como broncodilatadores, corticoides, fluidoterapia y medicación para pacientes críticos. La demanda de algunos de estos medicamentos se incrementó en un 200-300%. El número de pedidos se incrementó en un 8,4%, aumentando el número de unidades totales en un 34,3%.
2. Se modificaron 50 SADs del hospital y se adaptó su utilización a las recomendaciones de seguridad. Se crearon nuevas plantillas de petición de botiquines para el adecuado aprovisionamiento de medicación en 7 nuevas unidades, 5 de ellas de críticos.
3. Se dispensó medicación para 505 pacientes trasladados a otros centros. Se crearon botiquines para 10 residencias y se dispensó medicación 172 pacientes institucionalizados. Se dispensaron 1220 Kits de medicación para pacientes al alta.

LIMITACIONES

La falta de evidencia disponible en esta patología ha generado una situación de cambio constante en el uso de los medicamentos a la cual el SF se ha tenido que ir adaptando.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este trabajo muestra medidas efectivas fácilmente aplicables a cualquier SF ante futuras emergencias sanitarias.



CASOS CLÍNICOS



CASOS CLÍNICOS

24. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO ANSIOSO-DEPRESIVO

ISABEL MARÍA HERRERO CORELL

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la organización mundial de la salud (OMS), la depresión es la primera causa de incapacidad en todo el mundo. El trastorno depresivo persistente o distimia, es una depresión crónica cuyos síntomas son menos severos, pero más duraderos. La ansiedad está presente en una alta proporción de casos y no es infrecuente la presencia de dolor.

De hecho, su aumento es predictivo de mal pronóstico en el tratamiento de la depresión. El tratamiento óptimo de este trastorno requiere el empleo combinado de fármacos antidepresivos y psicoterapia. En ciertos casos que cursan con dolor se considera de elección el empleo de la carbamacepina (CBZ), por su acción dual como analgésico frente al dolor neuropático y como normalizador de la conducta.

Aunque existen varios grupos de antidepresivos, como abordaje de primera línea, se selecciona a los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS). Ello se debe a su mejor perfil de seguridad y similar potencial para interacciones farmacológicas que otros grupos de antidepresivos. En general los ISRS dependen, para su metabolización, de distintas isoformas del CYP450. A su vez, algunos de ellos poseen propiedades inhibitoras o inductoras enzimáticas. Todo ello hace necesario la valoración cuidadosa de las dosis a emplear, especialmente cuando se usa terapia de combinación y aún más críticamente cuando dicha combinación incluye a otros fármacos con potencialidad para afectar a distintas isoformas del CYP 450, como es el caso de la carbamacepina. Al igual que ocurre con otros antiepilépticos empleados en psiquiatría, el rango terapéutico asumido para el empleo de la CBZ en el dolor asociado a depresión, es el mismo que el establecido como anti-comicial (4-12 mcg/mL Patsalos 2008) o 4-11 mcg/mL, según Reimers et al (2018). El control de las interacciones que involucran a la CBZ se ve dificultado por su metabolito activo (10-11 epóxido de CBZ) responsable de los efectos adversos atribuidos a la CBZ y cuyo umbral tóxico se ha establecido en un valor de 2,13 mcg/mL (Patsalos et al) aunque varios autores lo redondean a 2,5mcg/mL. La inducción que ejerce la CBZ sobre los neuropsicofármacos con los que se combina, varía en función del tiempo transcurrido desde su introducción, de los niveles séricos de CBZ y de las isoformas del CYP responsables del metabolismo de aquellos. Así se ha demostrado que ejerce una inducción masiva sobre las isoformas CYP2B6 y CYP3A4 responsables del metabolismo de sertralina (SER) y bupropion por la primera de ellas y de quetiapina (QTP) y trazodona, por la segunda. Así mismo, ejerce una inducción moderada sobre las isoenzimas CYP2C19 y CYP2D6, que metabolizan el escitalopram.¹ Estos factores metabólicos hacen que la relación entre la dosis y las concentraciones alcanzadas sea altamente impredecible, por lo que es de gran importancia optimizarlas con ayuda de la farmacocinética clínica. Junto a los parámetros farmacocinéticos clásicos como aclaramiento oral aparente o semivida de eliminación, en la neuropsicofarmacología es necesario el empleo de otros parámetros como el índice concentración dosis normalizado o no por peso, (CDR = concentration rate dose, en inglés), o el cociente metabolito/fármaco padre.

Ambos son sumamente útiles para la constatación de un comportamiento atípico o de una interacción farmacológica. Por ejemplo, en el caso de la sertralina, inhibidor altamente selectivo de la serotonina, el valor de este cociente metabólico se ha establecido por Lundmark et al entre 0,7-3,4, y el CDR en 19,8 (ng/mL)/(mg/Kg/día) (Taurines et al, 2013). En cuanto al rango terapéutico existe controversia entre el propuesto por Hiemke et al (2017) de 10 a 150 ng/mL y el de Mauri et al (2005) que proponen la existencia de una relación curvilínea y significativa entre la concentración y la respuesta anti-depresiva con pérdida de ésta por encima de 70 ng/mL. En el caso de la SER su metabolito N-desmetil sertralina prácticamente carece de acción antidepresiva. Por el contrario, en el caso de la quetiapina, un antipsicótico atípico, su metabolito N-desalquil quetiapina (N-QTP) posee gran capacidad antidepresiva y se han propuesto rangos terapéuticos para ambos, siendo de 100 a 500 ng/mL para QTP y de 100 a 250 ng/mL para N-QTP.²

Como segunda línea, tanto en monoterapia o junto a los ISRS se encuentran los inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina. El bupropion es uno de ellos atribuyéndose el efecto antidepresivo a su antagonismo frente a los receptores colinérgicos nicotínicos. Aun cuando se recomiendan niveles séricos de bupropion de 10-100 ng/mL y de 850-1.500 ng/mL para su metabolito activo 4-hidroxi bupropion, la realidad es que la gran inestabilidad del BUP en el tubo de procesamiento proporciona mayor protagonismo a su metabolito. La incorporación de la trazodona (rango de referencia de 700 a 1.000 ng/mL) a la terapia antidepresiva aporta una gran mejoría sintomatológica en algunos pacientes debido a su efecto ansiolítico e hipnótico.³

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 61 años que ingresa para estudio diagnóstico y estabilización psicopatológica por cuadro ansioso-depresivo y dolor crónico de años de evolución. Se diagnostica de trastorno depresivo recurrente (CIE-10: F33.2), siendo el episodio actual grave sin síntomas psicóticos, en el contexto de personalidad con características de ciclotimia. El dolor que refiere el paciente impresiona tanto de características neuropáticas como de somatización tipo cefalea tensional crónica refractaria (CIE-10: F45.0).

El paciente inició el cuadro de cefalea entorno a los 18 años. La sintomatología ha empeorado los 5 últimos años hasta convertirse en un dolor diario que exacerba su cuadro psicopatológico. El trastorno ansioso depresivo que refiere desde los 30 años, es ahora un cuadro de depresión constante, a pesar de los tratamientos recibidos tanto en régimen ambulatorio como de ingreso: antidepresivos, estabilizadores del humor, antipsicóticos, psicoterapia y estimulación magnética transcranial repetitiva.

Al ingreso está en tratamiento con dosis diarias de venlafaxina de 150 mg, clonazepam 1 mg, trazodona 100 mg, quetiapina 100 mg, amitriptilina/medazepam 12,5/5 mg y diazepam 10 mg si dolor, sin haber presentado mejoría sintomática. Presenta depresión muy severa (HAM_D de 24 puntos), y ansiedad severa (HAM_A de 30 puntos), con sentimientos de incapacidad personal y frustración por los dolores. Los psiquiatras inician el ajuste farmacológico sustituyendo de forma progresiva la venlafaxina por sertralina, añadiendo bupropion y aumentando la dosis de quetiapina a 300 mg diarios. Durante este periodo se observa un empeoramiento en la clínica depresiva, y numerosas crisis de dolor neuropático diarias. En este sentido, se inicia tratamiento con carbamacepina 600 mg/día como estabilizador y tratamiento del dolor. Ante el incremento de la sintomatología ansioso-depresiva se realizan niveles séricos de los fármacos por sospecha de que el potente efecto inductor que ejerce la CBZ sobre el citocromo fuera la causa del empeoramiento. Los resultados de la monitorización muestran concentraciones basales de bupropion de 11 ng/mL y de hidroxibupropion de 760 ng/mL, por lo que desde la Unidad de Farmacocinética Clínica (UFC) se recomienda aumentar la dosis. Recomendación que siguen los psiquiatras y que muestra en posteriores monitorizaciones concentraciones de metabolito óptimas, siendo la media de todas ellas de 1.168 ng/mL, valor asociado a respuesta clínica positiva. Se observan niveles de QTP y N-QTP de 6,5 ng/mL y 47,6 ng/mL en una primera monitorización y de 4,2 ng/mL y 33 ng/mL una semana más tarde, por lo que se recomienda sustituir la QTP por otro fármaco que no sufra metabolismo por CYP3A4.

Además, se ha descrito información sobre el efecto de QTP en las concentraciones del epóxido de CBZ (Fitzgerald 2002)⁴ y en este caso se aprecian concentraciones de CBZ y sus metabolitos epóxido y diol de 6,2 mcg/mL, 2,5 mcg/mL y 1,8 mcg/mL, encontrándose la concentración del epóxido en el límite de seguridad. Los cocientes metabólicos diol/epóxido y epóxido/CBZ son 0,72 y 0,4. En una segunda monitorización, tras la retirada de la quetiapina, las concentraciones fueron de 6,6 mcg/mL de CBZ, 1,1 mcg/mL del epóxido y 1,8 mcg/mL del diol. Siendo los cocientes metabólicos de 1,64 y 0,16. Estos valores muestran normalidad metabólica, definida por Hiemke como un cociente epóxido/CBZ 0,07-0,25. Por lo que la recomendación fue mantener la dosis de CBZ.

Dosis QTP (mg)	[QTP] (ng/mL)	[CBZ] (mcg/mL)	Epóxido/CBZ	Diol/epóxido
300	6,5	-	-	-
300	4,2	6,2	0,40	0,72
-	-	6,6	0,16	1,64

Tabla 1. Relación entre las [QTP] y las [CBZ], y sus cocientes metabólicos.

Se realizan sucesivas determinaciones de niveles séricos de SER durante el ingreso:

Dosis CBZ (mg)	[CBZ] (mcg/mL)	Dosis SER (mg)	[SER] (ng/mL)	N-SER/SER
-	-	150	35	2,77
600	-	200	21	5,24
600	6,2	200	10	6,30
800	6,6	300	12	7,08
800	6,3	300	10	10,60

Tabla2. Relación entre [CBZ] y las [SER] y su relación metabolito/fármaco padre.

Tras la primera monitorización, se recomendó valorar un aumento de dosis si la respuesta clínica no era satisfactoria, teniendo en cuenta que la suspensión brusca de la CBZ podría conllevar un riesgo de acumulación de la SER. Los psiquiatras siguiendo la recomendación incrementaron la dosis de SER hasta 300 mg diarios. Pero también elevaron la dosis de CBZ a 800 mg diarios lo que hizo disminuir aún más las [SER] sin conseguir concentraciones óptimas por lo que, desde la UFC se recomendó la suspensión de la SER. Se intentó sustituir por desvenlafaxina, pero fue mal tolerada (aparición de temblor) y se intensificó la clínica depresiva, por lo que se suspendió. Finalmente, tras considerar las vías de metabolización se optó por iniciar tratamiento con escitalopram 15mg/día, menos sensible que SER a la acción de la CBZ. Inicialmente se recomendó un aumento de dosis hasta 30 mg diarios. En la Tabla 3. se muestran los índices concentración/dosis de las distintas monitorizaciones y se observa lo siguiente:

[CBZ] (mcg/mL)	Dosis escitalopram (mg)	C/D escitalopram	Desmetilescitalopram/ escitalopram
8,1	15	1,61	0,59
8,5	20	1,16	0,48
9,6	30	0,58	0,72

Tabla 3. Relación entre [CBZ] y los índices C/D y metabolito/fármaco padre de escitalopram.

Desde el ingreso el paciente recibe tratamiento hipnótico con trazodona 100 mg diarios, dosis que se aumenta hasta los 200 mg/día, en este momento se mide la concentración sérica, siendo esta de 122 ng/mL. Ello permitió un nuevo aumento a 250 mg siendo el resultado de una segunda monitorización de 403 ng/mL. En este punto los psiquiatras inician una retirada progresiva de la trazodona al subrayar la UFC en su informe la complicada consecución de concentraciones asociadas a eficacia durante el tratamiento con CBZ. Mientras se está retirando la trazodona se realizan nuevos niveles séricos cuando el paciente recibe una dosis de 100 mg, observándose niveles de 360 ng/mL, y al observar que el efecto de la CBZ sobre la trazodona era menor se recomendó su mantenimiento.

La evolución clínica fue buena siendo dado de alta a los 2 meses con valores de HAM_D de 10 puntos (ligera) y HAM_A de 9 (leve), recibiendo: bupropion 450 mg, carbamacepina 800 mg, escitalopram 30 mg, trazodona 50 mg, litio 800 mg y diazepam 25 mg.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

El manejo farmacológico de pacientes con trastorno depresivo es muy complejo ya que es habitual la combinación de fármacos. Esto es aún más relevante cuando además es necesario tratar otras patologías como el dolor neuropático. Es frecuente que existan interacciones farmacológicas que puedan alterar la eficacia de los tratamientos por infra o sobreexposición a los mismos. La detección e interpretación de estas interacciones es en ocasiones muy compleja para los médicos, por lo que el papel del farmacéutico es de gran importancia. En este caso la UFC al monitorizar niveles séricos de CBZ, bupropion, QTP, SER, escitalopram y trazodona, así como de sus metabolitos, mostró el potente poder inductor de la CBZ, así como el efecto inhibitor de QTP sobre la epóxido hidrolasa. La concentración sérica de bupropion se encontraba en el límite inferior (10-100 ng/mL) y la de 4-hidroxibupropion claramente por debajo (850-1.500 ng/mL) de los intervalos establecidos como terapéuticos. De ahí que la recomendación fuera aumentar la dosis.

En relación a la QTP, se observó una interacción bidireccional. La inducción masiva de la CBZ sobre el CYP3A4 provocó niveles infraterapéuticos de QTP, que sugerían la necesidad de concentraciones hasta 15 veces superiores. Estas bajas concentraciones a su vez ejercían un efecto inhibitor sobre el metabolismo del 10-11 epóxido de CBZ, provocando la acumulación del mismo y haciendo que los niveles séricos se situasen en el límite de seguridad. Ambos factores llevaron a recomendar la suspensión de la QTP, con la consecución de niveles del 10-11 epóxido de CBZ seguros (<2,5 mcg/mL). Esta inducción masiva del CYP3A4 fue detectada también al monitorizar los niveles séricos de trazodona, ya que el tratamiento concomitante con CBZ condujo a un exagerado aclaramiento de trazodona entre 9,9 y 12,4 veces superior al valor medio normopoblacional (115 mL/min). Su normalización en una tercera medición, mostró que pueden ser necesarias hasta 5 semanas para alcanzar el equilibrio cinético con la CBZ. En la evolución de los niveles séricos de SER y N-SER se aprecia un aumento marcado de la relación N-SER/SER, que va desde 2,7 hasta 10,6. Este hecho se atribuyó a la masiva inducción que ejerce la CBZ sobre el CYP2B6 y en menor medida sobre el CYP2C19, y puso de manifiesto que el efecto inductor de la CBZ es dependiente de la dosis y del tiempo transcurrido desde su introducción en la terapia. Por ello, se recomendó el cambio de la SER por otro ISRS, y los psiquiatras la cambiaron por escitalopram. En las sucesivas mediciones de escitalopram llevadas a cabo por la UFC su cociente metabólico aumenta de 0,59 a 0,72, mientras que por el contrario el índice CDR se reduce de 1,61 a 0,5. De manera simultánea las concentraciones de CBZ aumentan de 8,1 a 9,6 mcg/mL, lo que demostró de nuevo la inducción concentración-dependiente que ejerce la CBZ, provocando una reducción de las concentraciones de escitalopram.

De este modo, se consiguió la eficacia del tratamiento en un paciente que no había conseguido controlar su enfermedad a lo largo de los años. Esto pone de manifiesto que complementar el empleo de terapias farmacológicas conocidas con una cuidadosa monitorización farmacocinética por parte de los farmacéuticos de las UFC permite la individualización de la terapia y optimiza los resultados terapéuticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- de Leon J. Efectos de los inductores antiepilépticos en la neuropsicofarmacología: una cuestión ignorada. Parte II: cuestiones farmacológicas y comprensión adicional. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2015;8(3):167-188.
- Lundmark J, Reis M, Bengtsson F. Therapeutic Drug Monitoring of Sertraline: Variability Factors as Displayed in a Clinical Setting. *Therapeutic Drug Monitoring*. 2000;22(4):446-454.
- Hiemke C, Bergemann N, Clement HW, et al. Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017 [published correction appears in *Pharmacopsychiatry*. 2018 Jan;51(1-02):e1]. *Pharmacopsychiatry*. 2018;51(1-02):9-62. doi:10.1055/s-0043-116492
- Fitzgerald B, Okos A. Elevation of Carbamazepine-10,11-Epoxyde by Quetiapine. *Pharmacotherapy*. 2002;22(11):1500-1503.

9. VORICONAZOL Y TAMSULOSINA: INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA CLÍNICAMENTE RELEVANTE

CARLOS JAVIER PARRAMÓN TEIXIDÓ

INTRODUCCIÓN

Las interacciones farmacológicas se producen cuando la actividad de un fármaco se ve modificada por la acción de otro, ya sea aumentando o disminuyendo su efecto. Determinadas interacciones pueden comportar un fracaso terapéutico o, por el contrario, provocar toxicidad, por lo que es necesario identificarlas de forma precoz para poder optimizar el tratamiento, garantizando su eficacia y seguridad ¹.

Presentamos un caso clínico en el que un paciente recibió simultáneamente voriconazol y tamsulosina, observándose una interacción farmacológica clínicamente relevante. El voriconazol se indicó como tratamiento de la Aspergilosis Broncopulmonar Crónica Cavitada (ABCC) diagnosticada durante el ingreso y la tamsulosina para el manejo del episodio de retención aguda de orina (RAO) que presentó.

El voriconazol es un antifúngico de tipo triazólico que inhibe la desmetilación del 14 alfa lanosterol llevada a cabo por el citocromo P-450 fúngico, lo que impide la biosíntesis de ergosterol. Se metaboliza a través de las isoenzimas del citocromo P450 hepático

2C19 (CYP2C19), 2C9 (CYP2C9) y 3A4 (CYP3A4), presentando alta variabilidad interindividual. Posee actividad fungicida frente a *Aspergillus spp* y, según últimas guías publicadas, se considera el tratamiento de elección para la ABCC y diferentes formas de aspergilosis invasiva²⁻³.

La ABCC se caracteriza por la presencia de múltiples cavidades pulmonares (habitualmente en lóbulos superiores), asociadas o no a aspergiloma, clínica pulmonar y un aumento de marcadores inflamatorios. Afecta a pacientes inmunocompetentes, pudiendo producirse una sobreinfección bacteriana en las cavidades pulmonares afectadas (causada por agentes como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* o *Pseudomonas aeruginosa*) y una progresión a formas crónicas fibrosantes. Esta forma clínica de aspergilosis puede presentarse en pacientes con antecedentes de tuberculosis pulmonar. Además de los criterios clínicos y radiológicos, es importante una confirmación microbiológica (cultivo de esputo o lavado broncoalveolar) y/o molecular (mediante PCR), siendo *Aspergillus fumigatus* el principal agente causante. Otro criterio diagnóstico es el serológico, con elevación de IgG frente a *Aspergillus*.

Por otro lado, la tamsulosina es un inhibidor competitivo de los adrenoreceptores α_1 postsinápticos, produciendo la relajación de la musculatura lisa de la próstata y de la uretra. La tamsulosina está indicada en el control de los síntomas de tracto urinario inferior asociados con hiperplasia benigna de próstata. Sin embargo, es habitual su uso para facilitar el manejo de las RAOs después de realizar un sondaje vesical. Al tratarse de un α bloqueante pueden provocar un descenso de la tensión arterial (TA) como consecuencia de la disminución de la resistencia periférica⁴.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 66 años fumador y con hábito enólico activo, que ingresó por síndrome constitucional, sensación distérmica y tos con expectoración de dos meses de evolución.

Como antecedentes patológicos presentaba hipertensión arterial, dislipemia, síndrome de Leriche, hiperuricemia y lesiones residuales pulmonares por haber padecido tuberculosis pulmonar a los 17 y 25 años. En la exploración física inicial destacaba un estado caquéctico, el paciente estaba febril y a la auscultación respiratoria presentaba hipofonesis en lóbulo superior izquierdo y crepitantes bibasales. En la analítica general al ingreso destacaba anemia microcítica con anisocitosis (hemoglobina 8.6 g/dL) y leucocitosis ($22.5 \times 10^9/L$) con neutrofilia (78.6%).



Figura 1. Radiografía de tórax al ingreso.

En la radiografía de tórax (Figura 1), y en el TAC torácico se objetivan múltiples bullas pulmonares junto a ocupación de ellas y opacidades pulmonares de predominio izquierdos.

Se realizaron cultivos de esputo que resultaron positivos para *Aspergillus fumigatus* y *Haemophilus influenzae*. Presentó también elevación de IgG frente a *Aspergillus fumigatus* (>200.00 mgA/L). Las precipitinas para *A. fumigatus* también fueron positivas y las baciloscopias realizadas fueron negativas. Dado el cuadro clínico junto a los hallazgos radiológicos y microbiológicos se orientó como una ABCC por lo que se inició tratamiento con voriconazol (dosis de carga de 400

mg/12h durante las primeras 72h y después mantenimiento con 200 mg/12h) y amfotericina B nebulizada (iniciando con 50 mg 3 veces/semana durante la primera semana y después manteniendo 1 dosis de 50 mg/semana).

A las 2 semanas de ingreso, el paciente presentó un episodio de RAO que obligó a practicarle un sondaje vesical e iniciar tamsulosina (0.4 mg/24h) para facilitar su manejo. Siete días después del inicio de tamsulosina se registró un episodio de disminución brusca y sintomática de la tensión arterial (TA) con tensión arterial sistólica (TAS) de hasta 51 mm Hg y tensión arterial diastólica (TAD) de 32 mm Hg, sin evidencia de hipovolemia (ni sangrado, ni deshidratación) ni alteración que sugiriese un shock cardiogénico o séptico. Se administraron 500 ml de suero fisiológico consiguiendo incrementar la TAS a 80 mm Hg y la TAD a 43 mm Hg. Posteriormente se instauró sueroterapia con mejoría progresiva de la TA (Figura 2).

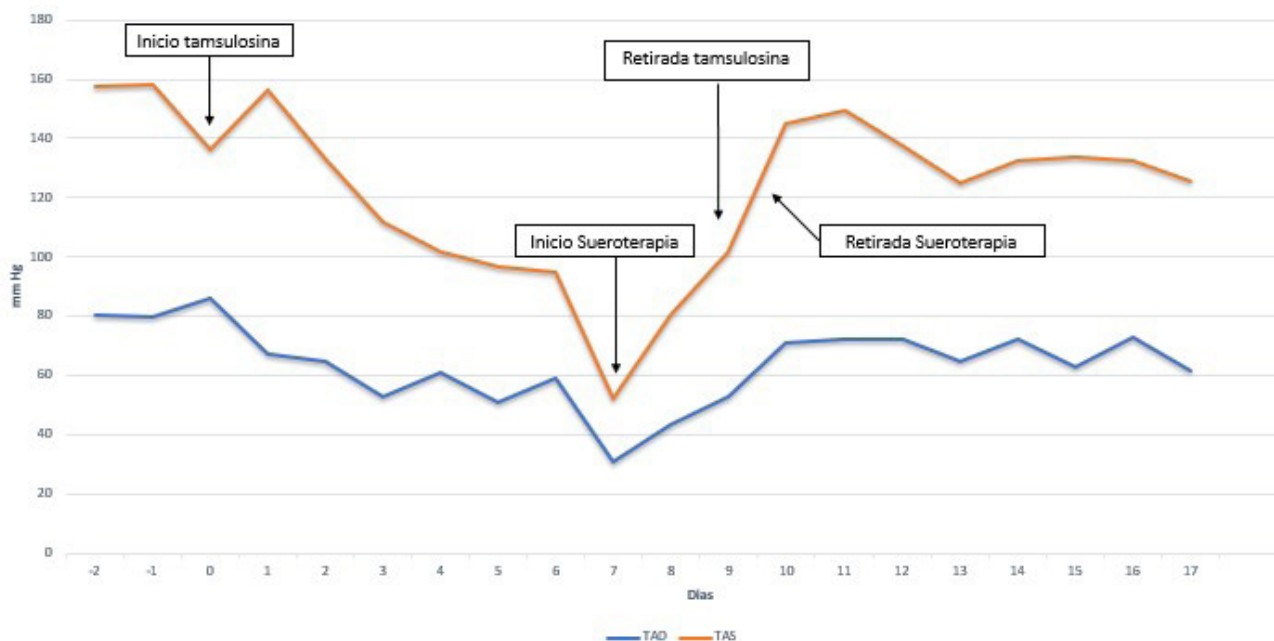


Figura 2. Evolución de la TAS y TAD media del paciente en relación con el tiempo y la modificación del plan farmacoterapéutico. TAS: tensión arterial sistólica; TAD: tensión arterial diastólica.

Con el objetivo de identificar el origen de la hipotensión, el farmacéutico revisó el tratamiento farmacológico del paciente y, dada la ausencia de cambios recientes en el tratamiento antihipertensivo (mantenía amlodipino 5 mg/24h de forma crónica), identificó la posibilidad de interacción farmacológica entre voriconazol y tamsulosina.

La administración concomitante de ambos fármacos puede originar un incremento de las concentraciones plasmáticas de tamsulosina por inhibición de su metabolismo, acompañado de un aumento de su efecto farmacológico. En el caso descrito, la interacción farmacológica se manifestó como una potenciación del efecto hipotensor de la tamsulosina. Consecuentemente, se revisó la relación beneficio-riesgo de mantener este fármaco en el esquema farmacoterapéutico y se decidió retirarlo. Durante los siguientes días, la TA del paciente fue incrementándose de manera progresiva, pudiendo retirar las medidas de soporte instauradas y logrando un control de la TA en rangos de normalidad.

CONCLUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

Aunque los datos sobre la farmacocinética de tamsulosina son limitados, se ha descrito que es sustrato del CYP2D6 y CYP3A4⁵. Voriconazol es metabolizado principalmente por las isoenzimas CYP2C19 y, en menor medida por, CYP3A4 y CYP2C9. Además, tiene el potencial de ser un inhibidor de estas tres isoenzimas, considerándose un inhibidor potente del CYP3A4⁶⁻⁷. Se ha demostrado que la administración conjunta de tamsulosina con inhibidores potentes del CYP2D6 sólo tiene un efecto limitado sobre la exposición a tamsulosina, mientras que con inhibidores potentes del CYP3A4, se puede duplicar la exposición a tamsulosina⁸⁻⁹. En este caso, la coadministración de tamsulosina y voriconazol se relacionó con cambios hemodinámicos (hipotensión) derivados del incremento de la concentración de tamsulosina en sangre. Cabe destacar que en la bibliografía no existe ningún caso publicado que haga referencia a esta interacción.

Dado el potencial de interacción farmacológica entre tamsulosina (sustrato) y voriconazol (inhibidor) y la relevancia clínica de un posible aumento de la actividad hipotensora del primero, se debería valorar adecuadamente la relación beneficio-riesgo de la administración simultánea de los dos fármacos, planteando alternativas siempre que sea posible. Así, concluimos que, debido a la gran potencia inhibidora enzimática del voriconazol, la coadministración de estos dos fármacos debe evitarse. Destacamos también la importancia de la integración del farmacéutico clínico en el equipo multidisciplinar, que permitió la identificación de esta interacción con relevancia clínica y la optimización del tratamiento en beneficio del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Baxter Stockley K. Interacciones farmacológicas. 2a ed. Barcelona: Pharma editores; 2007.
- 2.-García-Vidal C, Alastruey-Izquierdo A, Aguilar-Guisado M, Carratalà J, Castro C, Fernández-Ruiz M, et al. Clinical practice guideline for the management of invasive diseases caused by *Aspergillus*: 2018 Update by the GEMICOMED-SEIMC/REIPI. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019 Oct;37(8):535-41. doi: 10.1016/j.eimc.2018.03.018.
- 3.-Theuretzbacher U, Ihle F, Derendorf H. Pharmacokinetic/pharmacodynamic profile of voriconazole. *Clin Pharmacokinet*. 2006; 45: 649-63.
- 4.-Fisher E, Subramonian K, Omar M. The role of alpha blockers prior to removal of urethral catheter for acute urinary retention in men. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 6. Art. No.: CD006744. DOI: 10.1002/14651858.CD006744.pub3
- 5.-Kamimura H, Oishi S, Matsushima H, Watanabe T, Higuchi S, Hall M, Wood SG, Chasseaud LF. Identification of cytochrome P450 isozymes involved in metabolism of the α 1adrenoceptor blocker tamsulosin in human liver microsomes. *Xenobiotica* 1998; 28: 909–22.
- 6.-Micromedex® Solution. Interacciones de fármacos [consultado Mayo 2020]. Disponible en: <http://www.micromedexsolutions.com>
- 7.-Theuretzbacher U, Ihle F, Derendorf H. Pharmacokinetic/pharmacodynamic profile of voriconazole. *Clin Pharmacokinet*. 2006; 45: 649-63.
- 8.-Miyazawa Y, Forrest A, Schentag JJ, Kamimura H, Swarz H, Ito Y. Effect of concomitant administration of cimetidine hydrochloride on the pharmacokinetic and safety profile of tamsulosin hydrochloride 0.4 mg in healthy subjects. *Curr Ther Res* 2002; 63: 15–26.
- 9.- Troost J1, Tatami S, Tsuda Y, Mattheus M, Mehlburger L, Wein M, et al. Effects of strong CYP2D6 and 3A4 inhibitors, paroxetine and ketoconazole, on the pharmacokinetics and cardiovascular safety of tamsulosin. *Br J Clin Pharmacol*. 2011;72(2):247-56.

27. RECUPERACIÓN MEDULAR TRAS AJUSTE POSOLÓGICO DE LINEZOLID GUIADO POR MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA

AUTORES

Silvia Conde Giner, M^a Dolores Bellés Medall, Josep Edo Peñarrocha, Julia Bodega Azuara, Aaron Pupla Bartoll, Sergio García Muñoz, Teresa Cebolla Beltrán, Raúl Ferrando Piqueres.

INTRODUCCIÓN

Linezolid es un antibiótico bactericida que actúa bloqueando la síntesis proteica. Está indicado en el tratamiento de infecciones de piel y partes blandas, neumonías e infecciones osteoarticulares, entre otras patologías. Se trata de un antibiótico de amplio espectro frente a patógenos gram+, activo frente a microorganismos resistentes a betalactámicos y glucopéptidos¹, como el *Staphylococcus aureus* metilicilina resistente (SAMR). Además, la posibilidad de terapia secuencial, gracias a su buena biodisponibilidad y su semivida plasmática (5-7h), junto al efecto post-antibiótico (3-4h), han situado al linezolid como un tratamiento óptimo eficiente a nivel ambulatorio. Sin embargo, a pesar de que el fármaco es bien tolerado y seguro, su uso no está exento de riesgos, siendo una de las reacciones adversas más graves la toxicidad hematológica, principalmente trombocitopenia y anemia, relacionada con la concentración plasmática del antibiótico. Otros efectos adversos, como la neuropatía óptica y la acidosis láctica, son tiempo dependiente y, por tanto, más prevalente en tratamientos de larga duración, como ocurre en las infecciones osteoarticulares¹.

El linezolid se distribuye ampliamente por el organismo, alcanzando elevadas concentraciones en el epitelio alveolar, hueso y líquido cefalorraquídeo. Presenta un metabolismo hepático, con cinética de Michaelis-Menten saturable y el 35% de la dosis se excreta vía renal, de manera inalterada². El intervalo terapéutico de linezolid se sitúa entre 2 y 7 mg/L². En diferentes estudios, se ha evidenciado elevada variabilidad interindividual en las concentraciones plasmáticas, tras administración de dosis estándar de 600mg c/12h. Así, en pacientes con insuficiencia renal o hepática esta pauta posológica se relaciona con mayor prevalencia de mielotoxicidad³, mientras que, en pacientes críticos⁴, la posología estándar podría ser subóptima para alcanzar el objetivo PK/PD con el consecuente fracaso terapéutico. Este escenario ha hecho que, de modo progresivo, linezolid se esté incorporando en la cartera de servicios de las unidades de Farmacocinética Clínica.

Presentamos un caso clínico de un paciente con concentraciones plasmáticas supraterapéuticas y mielotoxicidad que, tras ajuste posológico guiado por monitorización PK, recuperó la funcionalidad medular.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 53 años que acude a Urgencias por clínica de tos no productiva, dolor torácico y articular de miembro superior derecho, con empeoramiento en los últimos días, y sensación distérmica de una semana de evolución. En urgencias destaca mal estado general, deshidratación e hipotensión, por lo que ingresa en el hospital por sepsis de origen desconocido.

Antecedentes:

- Fumador. Hábito enólico crónico. Consumidor habitual de cocaína vía nasal. Niega ser o haber sido adicto a drogas vía parenteral (ADVP).
- Diabetes Mellitus tipo 2 mal controlada (hemoglobina glicosilada de 12.3%).

Tratamiento habitual: Glimepirida 4mg c/24h, Vildagliptina/Metformina 50/1000mg c/12h.

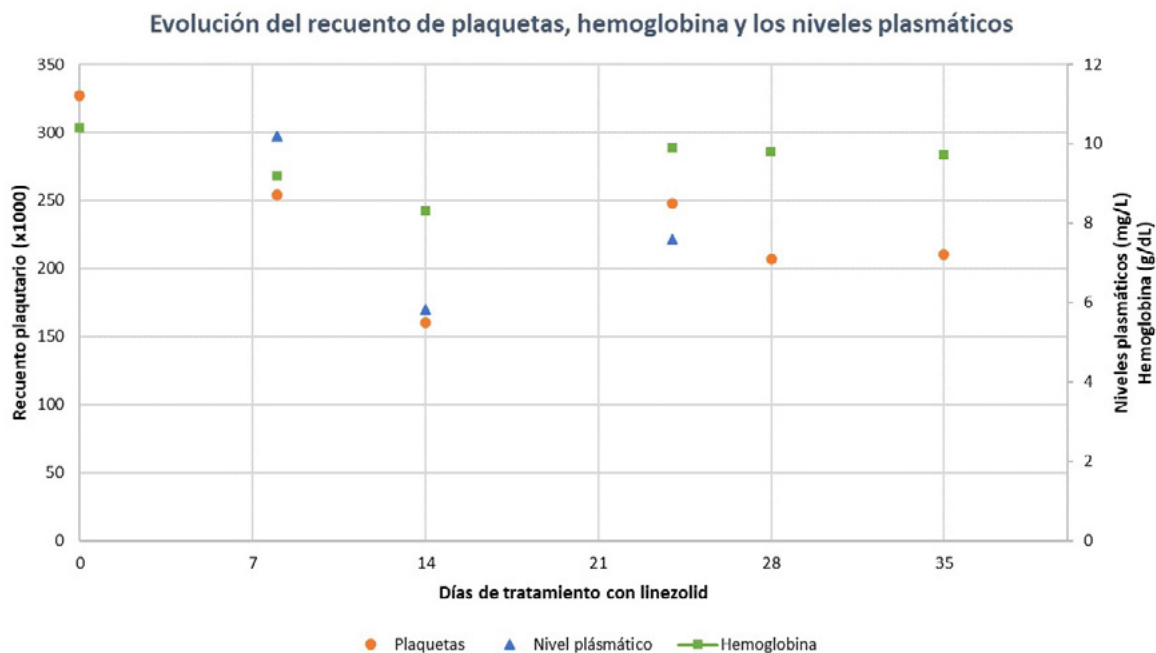
Dada la alta sospecha de endocarditis infecciosa (EI) se inició tratamiento con daptomicina, cloxacilina y gentamicina. En los hemocultivos extraídos en urgencias se aisló un *Staphylococcus aureus* meticilin sensible (SAMS). Se realizó una ecocardiografía transtorácica (ETT) que descartó EI, pero se diagnosticó una miocardiopatía dilatada con función de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 25%, probablemente relacionada con el consumo de alcohol y cocaína. Se realizó también una ecocardiografía transesofágica (ETE) y una Tomografía por Emisión de Positrones – Tomografía Computada (PET-TC), en donde se descartó de nuevo la EI. El paciente presenta mala evolución y permanece hipotenso por lo que, ante la sospecha de metástasis sépticas, se realizó una TC en el que se identificaron dos colecciones asociadas a un derrame pleural derecho masivo. Las colecciones se drenaron y se aisló en el cultivo de ambas un SAMS, igual que en los hemocultivos. Además, el paciente presentaba desde el ingreso un fracaso renal agudo.

El tratamiento antibiótico con cloxacilina, daptomicina y gentamicina se mantuvo ante la persistencia de hemocultivos positivos y shock séptico por SAMS. Tras 10 días de tratamiento, se decidió desescalar el tratamiento a cloxacilina y linezolid por el deterioro mantenido de la función renal. El tratamiento con linezolid se inició el 22/01/2020 y se mantuvo durante 4 semanas desde el primer par de hemocultivos negativos.

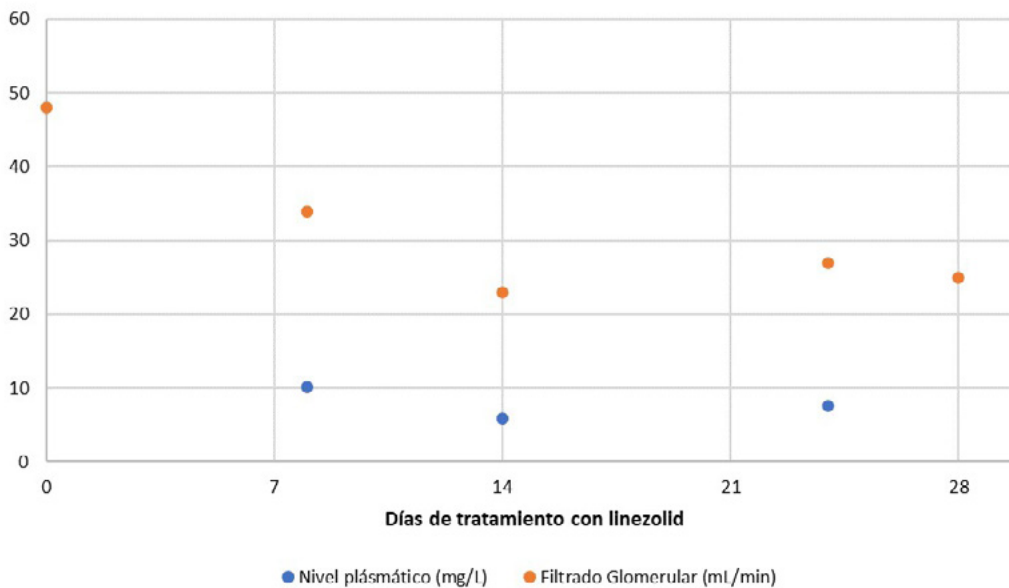
Se inició linezolid según la pauta convencional de 600mg c/12h. La primera monitorización PK se realizó el 30/01/2020 (día 8 de tratamiento), obteniéndose unos niveles plasmáticos supratrapéuticos (10,18mg/L), por ello se recomendó reducir pauta posológica a 400mg c/12h y repetir el control farmacocinético para confirmar eficacia y seguridad. Se elaboró la mezcla intravenosa en el Servicio de Farmacia. Los niveles de plaquetas (Pl) y hemoglobina (Hb) al inicio del tratamiento eran de 327.000 células/ μ L y 10,4g/dL respectivamente, pasando a 254.000 células/ μ L y 9,2g/dL en el momento de la monitorización PK.

La segunda monitorización PK se realizó el 05/02/2020 (día 14), en la que se obtuvieron unos niveles plasmáticos terapéuticos de 5,84mg/L tras la reducción de pauta. Los niveles de Pl y Hb fueron de 160.000 células/ μ L y 8,3gd/L, evidenciándose un descenso del 51% y 20% con respecto al nivel basal, respectivamente. Se recomendó mantener pauta y realizar nueva monitorización PK en 7 días por el deterioro renal (filtrado glomerular (FG) = 23mL/min), ya que desde el inicio del tratamiento con linezolid la función renal empeoró de manera progresiva.

En el tercer control (15/02/2020, día 24), los niveles plasmáticos se encontraban en el límite superior del intervalo terapéutico (7,60mg/L). Dos días antes el paciente requirió iniciar hemodiálisis, por lo que la concentración plasmática fue superior con respecto al control previo con la misma pauta por el fallo renal. En cuanto a las Pl y la Hb, los niveles fueron de 248.000 células/ μ L y 9,9g/dL, constatándose la recuperación medular.



Evolución de la función renal y los niveles plasmáticos de linezolid



El tratamiento fue suspendido el 20/02/2020 tras 4 semanas desde el último par de hemocultivos negativos, con recuento de plaquetas y de Hb similares a los basales.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

La aparición y posterior reversión de toxicidad hematológica en el paciente del caso se corresponde con la evidencia publicada. Aunque no existe acuerdo en cuanto al punto de corte para la aparición de toxicidad hematológica, sí que se han relacionado niveles plasmáticos valle superiores al intervalo terapéutico con la aparición de trombocitopenia y anemia. En el estudio de Hiraki *et al*⁵ determinan un punto de corte para la aparición de mielotoxicidad de 20 mg/L, sin embargo, en otro estudio de Di Paolo *et al*⁶ plantean un punto de corte más bajo, de 10 mg/L, refiriéndose al estudio de los japoneses como muy permisivo. El paciente descrito en este caso desarrolló toxicidad hematológica con unos niveles plasmáticos más cercanos al punto de corte de Di Paolo *et al*.

En el estudio de Cattaneo *et al*⁷ se demostró que aquellos pacientes que desarrollaron mielotoxicidad tras varias semanas de tratamiento, ya presentaron niveles plasmáticos elevados en la monitorización PK en la primera semana, por lo que la monitorización precoz es un buen predictor de mielotoxicidad. En este sentido, la monitorización PK debe utilizarse como una herramienta que permita prevenir la aparición de toxicidad, principalmente en pacientes con insuficiencia renal o hepática o en pacientes con tratamientos prolongados⁷.

Por ello, se realizó una monitorización proactiva en la primera semana de tratamiento, lo que permitió disminuir la pauta posológica y revertir la trombocitopenia y anemia. El paciente presentó un descenso de plaquetas del 51% y de Hb del 20%. No presentó trombopenia ni anemia grave (grado 3 o 4) según la *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE v.5). La monitorización PK permitió mantener el tratamiento con linezolid a pesar de la aparición de mielotoxicidad asociada al fármaco. Todo ello, pone claramente de manifiesto la necesidad de individualización posológica de linezolid en pacientes con insuficiencia renal y la importancia de la incorporación de este fármaco en todas las unidades de farmacocinética clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- Pea F, Viale P, Cojutti P, Del pin B, Zamparini E, Furlanut M. Therapeutic drug monitoring may improve safety outcomes of long-term treatment with linezolid in adult patients. *J Antimicrob Chemother.* 2012;67(8):2034-2042. doi:10.1093/jac/dks153
- Higashi Y, Mizoguchi A, To H, Yamamoto Y. Population pharmacokinetics and pharmacodynamics of linezolid-induced thrombocytopenia in hospitalized patients. *Br J Clin Pharmacol.* 2017;83:1758-1772. doi:10.1111/bcp.13262
- Cattaneo D, Orlando G, Cozzi V, et al. Linezolid plasma concentrations and occurrence of drug-related haematological toxicity in patients with Gram-positive infections. *Int J Antimicrob Agents.* 2013;41(6):586-589. doi:10.1016/j.ijantimicag.2013.02.020
- Zoller M, Maier B, Hornuss C, et al. Variability of linezolid concentrations after standard dosing in critically ill patients: A prospective observational study. *Crit Care.* 2014;18(4):1-11. doi:10.1186/cc13984
- Hiraki Y, Tsuji Y, Hiraike M, et al. Correlation between serum linezolid concentration and the development of thrombocytopenia. *Scand J Infect Dis.* 2012;44(1):60-64. doi:10.3109/00365548.2011.608712
- Paolo A Di, Malacarne P, Guidotti E, Danesi R, Tacca M Del. Pharmacological Issues of Linezolid An Updated Critical Review. *Clin Pharmacokinet.* 2010;49(7):439-447. doi:10.2165/11319960-000000000-00000
- Cojutti PG, Merelli M, Bassetti M, Pea F. Proactive therapeutic drug monitoring (TDM) may be helpful in managing long-term treatment with linezolid safely : findings from a monocentric , prospective , open-label , interventional study. 2019. doi:10.1093/jac/dkz374

31. SARGRAMOSTIM, UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN LACTANTES CON NEUTROPENIA CONGÉNITA GRAVE

ALEJANDRO SANJUÁN BELDA

INTRODUCCIÓN

La Neutropenia congénita grave (NCG) o síndrome de Kostmann es un grupo heterogéneo de trastornos raros que se caracterizan por la detención de la maduración mieloide en el estadio promielocítico generando un déficit cuantitativo en la producción de neutrófilos. Este déficit inmunitario se caracteriza por unos niveles de granulocitos $<200/mm^3$.

La prevalencia en población general se estima en 11,7/333300 habitantes con una incidencia anual de 1/250000 nacimientos. La neutropenia provoca repetidas infecciones que empiezan en la lactancia, principalmente pulmonares y muco-cutáneas, que incluso llegan a ser letales.

Las mutaciones en la línea germinal del receptor G-CSF (CSF3R) raramente causa NCG. Sin embargo, tienen un elevado riesgo de desarrollar leucemia mieloide aguda o síndrome mielodisplásico en los pacientes que sí la manifiestan. Este tipo de paciente no suele responder adecuadamente al Filgrastim (G-CSF) por lo que la primera opción de tratamiento es el Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH). La segunda línea de tratamiento sería el Sargramostim (GM-CSF) pese a la mala tolerancia, razón por la cual está en desuso.

A continuación se presenta un caso de NCG en 2 pacientes gemelos lactantes con una mutación bialélica en el gen CSF3R.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

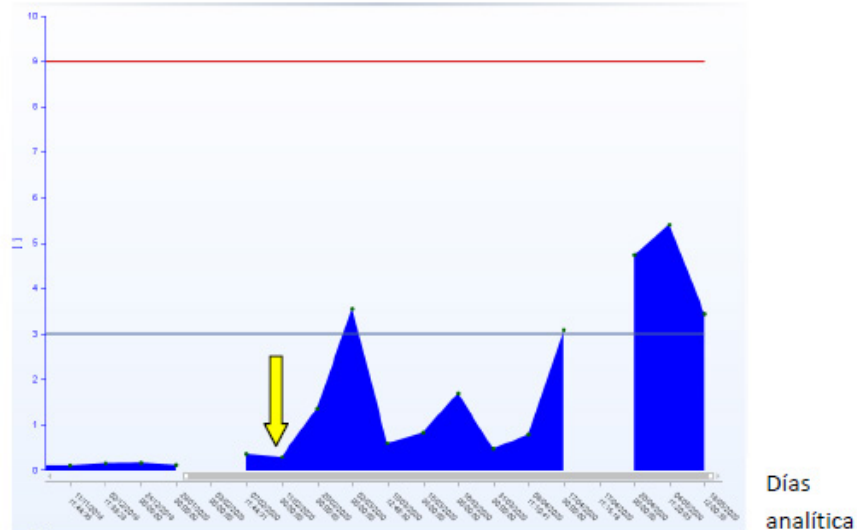
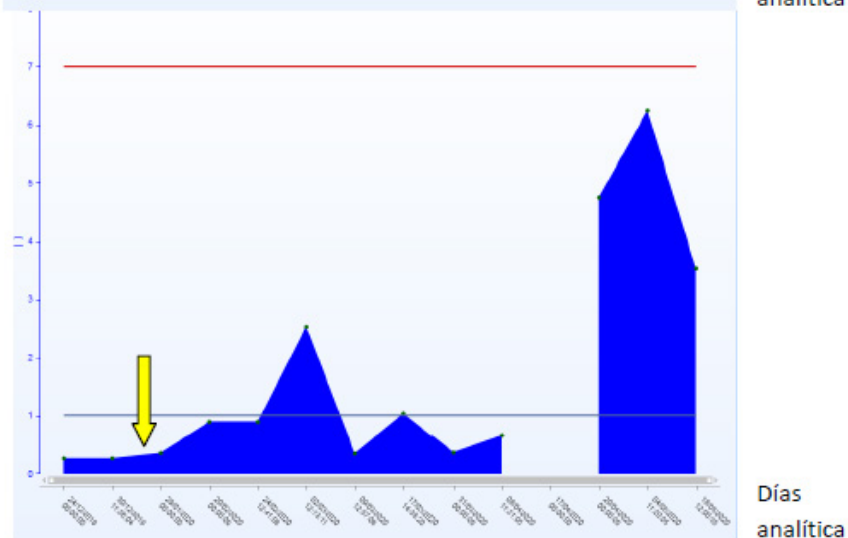
En septiembre de 2019, nacieron dos gemelos, un niño y una niña. A los 18 días de vida, al niño fue diagnosticado de neutropenia grave a raíz de un proceso infeccioso. Tras el estudio genético se identificaron dos mutaciones no descritas previamente en la literatura, dado el fenotipo en el paciente se le dio un valor patogénico. Concretamente las 2 variantes encontradas en heterocigosis en el gen CSF3R fueron: c.931C>T/p.Arg311Cys y c.1900G>C/p.Gly634Arg. Al estudiar el HLA de la hermana se comprobó que presentaba la misma mutación bialélica en el gen CSF3R.

La NCG se relaciona con un elevado número de infecciones, por lo que se inició tratamiento profiláctico con Trimetoprim+Sulfametoxazol 2.5+12.5mg/Kg/día tres días a la semana y Fluconazol 6 mg/kg/día. Entre septiembre y mayo el lactante requirió ingreso en 4 ocasiones: 2 por fiebre sin foco, 1 por bronquiolitis por virus respiratorio sincitial y otra para iniciar el tratamiento con GM-CSF. La hermana ingreso en 1 ocasión por bronquiolitis por virus respiratorio sincitial.

En enero el niño inició tratamiento de la NCG con G-CSF a 5mcg/Kg/día al presentar 110neutrófilos/mcL en la analítica, posteriormente a 10mcg/Kg/día suspendiendo el tratamiento por falta de respuesta en febrero. Al ser pacientes de tan corta edad y el riesgo que conllevaría un TPH se decidió, tras comprobar el fracaso del G-CSF probar con la segunda opción de tratamiento e iniciar GM-CSF. Una semana más tarde también inició la hermana con el mismo fármaco con niveles de 360neutrófilos/mcL en la analítica. En la Tabla 1 se puede ver la modificación de las dosis del GM-CSF en función del nivel de neutrófilos en sangres.

Neutrófilos/mcL ♂	Dosis GM-CSF ♂	Neutrófilos/mcL ♀	Dosis GM-CSF ♀
290	5mcg/Kg/24h	360	5mcg/Kg/24h
3550	5mg/Kg/72h	2530	5mcg/Kg/48h
590	5mcg/Kg/48h	350	7mcg/Kg/48h
610	5mcg/Kg/24h	370	10mcg/Kg/48h
820	7mcg/kg/24h	660	7mcg/Kg/24h
1690	7mcg/Kg/48h	4750	6.5mcg/Kg/24h
470	10mcg/Kg/48h	6240	4mcg/Kg/24h
780	7mcg/Kg/24h	3530	3mcg/Kg/24h
4730	6.5mcg/Kg/24h		
5400	4mcg/Kg/24h		
3430	3mcg/Kg/24h		

Tabla 1

Neutrófilos ♂ x10⁹/LNeutrófilos ♀ x10⁹/L

Hasta la fecha continúan con el mismo tratamiento y con buena respuesta (él con 5400neutrófilos/mcL y ella con 6240neutrófilos/mcL), si bien a largo plazo se espera acabar haciendo TPH, descartado de momento debido a la buena evolución clínica con GM-CSF y por la corta edad de los pacientes.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

La farmacéutica integrada en el equipo asistencial de pediatría ha sido un elemento clave en el tratamiento de ambos pacientes por varios motivos.

En primer lugar, para tramitar de la medicación, ya que el GM-CSF es medicación extranjera y no tiene la indicación NCG entre las aprobadas en ficha técnica. El medicamento se gestiona a través de medicación en situaciones especiales, dónde se requiere un informe por parte del médico, la autorización por parte del director médico del hospital y el uso compasivo firmado por parte de los tutores, médico y director médico.

Otro punto a tener en cuenta es la preparación tanto del G-CSF como del GM-CSF de forma individualizada.

1.-Se comprobó la compatibilidad del fármaco con el material de las jeringas. Concretamente el G-CSF se observó que era estable en polipropileno y poletileno material de las jeringas utilizadas, estabilidad que se extendió al GM-CSF por falta de datos, similitud en la naturaleza de la molécula y el uso de jeringa descrito en ficha técnica sin indicar material.

2.- Tras revisar la preparación, el vial de GM-CSF contiene un polvo que debe ser reconstituido, o bien con agua inyectable cuya estabilidad es de uso inmediato o bien con agua bacteriostática con una estabilidad de 20 días según indica en ficha técnica al contener alcohol bencílico como conservante. Si bien, el agua bacteriostática contiene alcohol bencílico, excipiente de declaración obligatoria. Según ficha técnica presenta una concentración del 0.9% y está contraindicado en neonatos menores de 4 semanas. Tras la búsqueda bibliográfica de excipientes de declaración obligatoria se deberían evitar siempre que fuera posible en pacientes menores de 3 años al poder generar depresión respiratoria y del sistema nervioso central, acidosis metabólica o kernícterus. Dado que estos pacientes lo requerían para facilitar su administración, tenían más de 6 meses de vida y viendo que el cálculo la dosis a administrar estaba lejos del umbral máximo permitido (5mg/Kg) se decidió prepararlo con agua bacteriostática. Siempre comentándolo con pediatría para que lo tuviera en cuenta en caso de observar alguna reacción adversa que se pudiera relacionar.

3.-Se realizó la matriz de riesgo en preparados estériles para determinar la estabilidad microbiológica del producto. Resultando de 9 días en nevera. No obstante, por precaución, se decidió darle una estabilidad de 7 días. Además se elaboran en condiciones de esterilidad, en la cabina de seguridad biológica de flujo laminar horizontal.

Matriz de riesgo microbiológico:

Proceso de preparación	Vía de administración de la preparación	Perfil de seguridad del medicamento	Cantidad de unidades preparadas	Susceptibilidad contaminación microbiológica	Distribución de la preparación
B	B	B	B	B	A

Nivel de Riesgo: MEDIO

Requisitos de preparación y Período de validez microbiológica:

Requisitos de preparación	Período de validez microbiológica y condiciones de conservación
Servicio de farmacia. Preparación bajo cabina de flujo laminar situada en entorno controlado (sala blanca)	- 30 horas / temperatura ambiente - 9 días / frigorífico (2°C - 8°C) - 45 días en congelador (<= -20°C) - 90 días liofilizado

4.-Para preparar las jeringas con las dosis individualizadas se usó el procedimiento de jeringas a jeringa. En él, tras reconstituir el vial se traspasa a una jeringa la cantidad total equivalente a la suma de todas las dosis a preparar. Posteriormente se carga cada una de las jeringas del acondicionamiento final que permite cargar volúmenes tan pequeños desde el cono de la jeringa con el fármaco. De esta forma solo se pincha el vial una vez y la aguja de las jeringas no entra en contacto con ningún otro elemento.

5.-Inicialmente se usaron jeringas 0.33mm(29G)x12.7mm que estaban disponibles y permitían cargar el volumen adecuado. Pero tras la reacción adversa en la zona de inyección presentada en los pacientes, se propuso el cambio a jeringas de menor longitud y diámetro: 0.3mm(30G)x8mm, siendo incluso de menor calibre y longitud que el tamaño máximo recomendado para lactantes de menos de 12 meses.

	LUGAR ANATÓMICO	AGUJA (calibre/longitud en mm)
Lactantes <12 meses	Tercio medio del vasto externo del muslo	0,5 x16 mm

6.-Se calcularon las dosis según requerimientos por el nivel de neutrófilos en sangre de ese mismo día y ajustadas al peso una vez por semana. Pediatría indica la dosis y farmacia recomendamos el ajuste de las mismas para adaptarlas al volumen medido por las jeringas, y se comprueba el porcentaje de desviación de la dosis corregida. Otro punto importante en la aportación de farmacia es la atención farmacéutica a los padres para que aprendieran a administrar las inyecciones, intentando causar el mínimo número de lesiones locales posible. Para ello se les recomendó lateralizar la aguja en un ángulo de al menos 45º respecto de la piel, pellizcar tejido subcutáneo para evitar la inyección intramuscular, variar el lugar de administración y separar el máximo posible las inyecciones en la misma extremidad con un mínimo de 25mm.

A pesar de ello manifestaron alguna reacción local tras la administración subcutánea. Por lo que para evitar que les tuvieran que pinchar todos los días, se propuso la administración cada 48h cuando los pacientes estaban estables. No obstante, finalmente tuvieron que volver a dosis diaria dada la mejor respuesta clínica.

Además, se explicó la conservación, se preguntó acerca de las reacciones adversas y se controló la adherencia teniendo en cuenta la recogida de la medicación. Siendo del 100% al asistir a todas las visitas.

Para facilitar la vida a la familia y evitar un mayor número de visitas al hospital, la cita para la dispensación se intentó hacer adaptándose a la familia y siempre tratando de hacerlas coincidir con los controles médicos. El médico comprueba el resultado de la analítica, realiza una interconsulta al servicio de farmacia a través del programa informático donde nos indica la dosis que el paciente llevará y cambia la prescripción en el programa. En farmacia se elabora, valida y dispensa en el menor tiempo posible.

El valor de la farmacia dentro de un centro hospitalario es muy amplio tal y como se observa en el caso clínico expuesto. El papel del farmacéutico abarca temas muy dispares desde la tramitación de medicación en situaciones especiales o la elaboración de fórmulas magistrales adaptadas a las condiciones del paciente, hasta la valoración y detección de reacciones adversas de la medicación o la atención farmacéutica a los pacientes. El hecho de que no se exponga un caso de un paciente ingresado pone de relieve que la farmacia hospitalaria engloba mucho más que el paciente ingresado. El paciente pediátrico requiere de una atención especial por su edad, peso e inmadurez metabólica. El tratamiento farmacológico a menudo supone una dificultad importante para el equipo asistencial. El tener que adaptar la forma farmacéutica, ajustar las dosis al peso del paciente, controlar de forma más estricta los excipientes ya que muchos no están indicados o presentan limitaciones de dosis, o peculiaridades a la hora de administrar un fármaco conlleva un reto que debemos afrontar sin temor alguno y que revaloriza la farmacia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Valverde E. Farmacia pediátrica hospitalaria. 1ª ed. Madrid: Elsevier; 2011.
- Cañete C, García M, García-Palop B, Cabañas MJ. Formulación magistral y excipientes en pediatría. El Farmacéutico Hospitalares. 2018; 213: 22-28.
- Consejo asesor de vacunaciones de Euskadi. Manual de vacunaciones. 4ªed. VitoriaGasteiz: Servicio central de publicaciones del gobierno vasco; 2020.
- Ministerio de sanidad, asuntos sociales e igualdad. Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria. Junio 2014.
- Thomas MD. Congenital neutropenia [internet]. UpToDate. [Consultado en Mayo 2020] Disponible en: www.uptodate.com.
- Donadieu J. Neutropenia congénita grave [internet]. Orphanet. [Consultado en Mayo 2020]. Disponible en: www.orpha.net.
- Mary MD. Neutropenia [internet]. MSDprofesionales. [Consultado en Mayo 2020]. Disponible en: www.msdmanuals.com.
- Ficha técnica Filgrastim (Neupogen®) y Sargramostim (Leukine®).
- Ficha técnica Jeringa de insulina BD Micro-Fine™ 0.30x8mm.

35. TETRAPARESIA ASOCIADA A DEFICIENCIA MÚLTIPLE DE ACIL CoADESHIDROGENASA DE DEBUT: ¿SECUNDARIA A MEDICINA ALTERNATIVA?

ANA CASTRO BALADO

INTRODUCCIÓN

La deficiencia múltiple de acil CoA-deshidrogenasa (MADD) consiste en una alteración de la oxidación de ácidos grasos (AG) y aminoácidos. Es un trastorno hereditario, autosómico recesivo y clínicamente heterogéneo, con una prevalencia al nacer estimada de 1/200.000. Existen tres fenotipos: 1) aparición neonatal con anomalías congénitas, 2) aparición neonatal sin anomalías, y 3) aparición leve y/o tardía con descompensación metabólica episódica, debilidad muscular e insuficiencia respiratoria (1). A continuación, se presenta el caso de una paciente de 37 años que debuta con MADD, sufriendo una tetraparesia severa progresiva y fallo hepático secundarios, en posible relación con el consumo de importantes cantidades de productos de medicina alternativa. Esto obliga a su ingreso en unidad de críticos, donde el farmacéutico ejerce un papel clave en su diagnóstico, tratamiento y seguimiento hasta su alta hospitalaria y, posteriormente, mediante la atención farmacéutica prestada en la consulta externa del Servicio de Farmacia (SF).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 37 años sin alergias medicamentosas, hábitos tóxicos, tratamientos ni antecedentes médicos previos de interés. Acude a urgencias en febrero de 2019 por un cuadro de debilidad y dolor muscular incapacitante progresivo durante los últimos cuatro meses. En los últimos días, refiere aumento del dolor con inflamación en ambos tobillos, tirantez en muslos, claudicación mandibular y atragantamiento frecuente con líquidos. Niega clínica infecciosa, adelgazamiento o anorexia. A la exploración física destaca debilidad en cintura pélvica y escapular. Se objetiva en control analítico importante rhabdmiolisis (creatinina quinasa (CK) 2330,0 UI/L; mioglobina 535 ng/ml) sin otra disfunción orgánica, siendo la sospecha inicial una probable miositis/polimiositis y decidiéndose su ingreso hospitalario en Medicina Interna (MI) para estudio.

Tras descartar alteraciones neuromusculares mediante electroneurografía (ENG) y ante la elevación de enzimas hepáticos (Fig. 1), se solicita estudio de autoinmunidad, que resulta negativo. La ecografía abdominal muestra esteatosis/hepatopatía difusa y una ligera hepatomegalia en paciente no consumidora de alcohol. A día +9 de ingreso, refiere sensación de acorchamiento desde miembros inferiores hasta la cintura, evolucionado hasta tal punto que impide la bipedestación a día +13, con pérdida progresiva de fuerza simétrica en los cuatro miembros con sensibilidad conservada, que afecta también a la deglución. Presenta hipoglucemias severas de repetición desde el día +15 (sin alteraciones de la coagulación ni hipoalbuminemia que orienten a disfunción hepática), con valores de glucosa de hasta 23 mg/dL, por lo que se inicia sueroterapia con glucosado hipertónico.

A día +17, Neurología recomienda iniciar tratamiento con inmunoglobulinas humanas inespecíficas 1 g/kg, 2 días y metilprednisolona 1 g/24h, 4 días, sin evidenciarse posterior beneficio clínico en la progresión del cuadro. Descartados etiología infecciosa e insulinoma, se realizan biopsias hepática y muscular, que orientan el diagnóstico hacia una hepatopatía y miopatía por depósito lipídico macrovacuolar, junto con el test de gota seca para despistaje metabólico, cuyos resultados preliminares apuntan hacia un probable defecto en la β -oxidación de los AG de cadena larga, por lo que se solicita estudio genético. A partir de este momento, Endocrinología recomienda evitar periodos de ayuno de más de 3-4 horas y una dieta pobre en grasas, con suplementos de triglicéridos de cadena media (MCT) vía oral. En este momento, la familia comenta el consumo por parte de la paciente de aceite de onagra en cantidades importantes.

A día +22, la progresión muscular comienza a limitar la emisión de lenguaje y a comprometer el trabajo respiratorio, persistiendo hipoglucemias (\gg 50 mg/dL) a pesar de fluidoterapia y dieta, junto con la elevación de enzimas hepáticos (Fig. 1), alteración de la coagulación e ictericia. A día +25, se produce un empeoramiento franco: deterioro cognitivo, debilidad muscular generalizada, amonio 149 μ mol/L (Fig. 1), acidosis metabólica hiperlactacidémica e hiponatremia. La tomografía computarizada (TC) descarta lesiones en sistema nervioso central, con glucemias dentro de la normalidad. Se decide aporte nutricional parenteral urgente exento de lípidos (para promover anabolismo y prevenir lipólisis) con la guardia de

Farmacía y su traslado a **Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**. Un día más tarde se conforma un **equipo multidisciplinar** para establecer un abordaje terapéutico conjunto. Se decide inicio de tratamiento con: riboflavina 50 mg/12h (cofactor requerido en la β -oxidación de AG), carnitina 1 g/8h (detoxificador de metabolitos y transportador de AG de cadena larga en forma de ésteres de acil-carnitina hacia la mitocondria para su β -oxidación) y suplementación enteral mediante fórmula específica con bajo contenido en lípidos (de los cuales, 80% MCT), indicada en defectos de la β -oxidación de AG de cadena larga/muy larga (2). Se procede a la colocación de sonda nasogástrica (SNG), intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva (VMI). La grave afectación hepática y ausencia de descompensaciones previas orienta la sospecha diagnóstica hacia una intoxicación como posible desencadenante del cuadro. Mediante entrevista con los familiares se revela que, durante los meses previos, la paciente habría consumido, además de aceite de onagra, una importante cantidad de productos de herboristería, por lo que se insiste en la necesidad de conocer su composición por la posible implicación en su debut. Durante el ingreso en UCI se mantiene consciente, con debilidad en los cuatro miembros, y con múltiples episodios de atelectasias que obligan mantener VMI y a la realización de una traqueotomía. Los **resultados genéticos** confirman, a día +32, déficit múltiple de acil CoA deshidrogenasa, y déficit secundario de coenzima Q10, iniciándose tratamiento con ubiquinol Q10 100mg/8h y glicina 3 g/8h (detoxificador de metabolitos). Tras ajuste de soporte nutricional parenteral y enteral (fórmula oligomérica rica en MCT), descienden los marcadores de daño hepático (Fig. 1) y la clínica encefalopática, con desconexión de VM a día +29 en UCI y alta a planta a +34 (+58 ingreso).

En los días posteriores se progresa hacia nutrición enteral, reduciendo aporte parenteral, y manteniendo fluidoterapia con glucosado al 10%. A día +66, ante taquicardia sinusal, se realiza ecocardiograma transesofágico, detectándose una masa móvil en ventrículo derecho que se confirma a través de TC de tórax como un **trombo auricular gigante** que se extiende por la vena cava hasta la vena braquicefálica. Se inicia anticoagulación con heparina no fraccionada (HNF) ajustada según ratio TTPA. Además, presenta bacteriemia por *S. epidermidis* en hemocultivo a día +65, correctamente tratada según antibiograma. La aparición de fiebre sin foco de 48 horas de evolución a día +82, hipotensión (80/46 mmHg, frecuencia cardíaca 116) y elevación de procalcitonina y PCR, obliga a ampliar el espectro antimicrobiano y a su traslado nuevamente a UCI. A día +89 se diagnostica tromboembolismo pulmonar (TEP) mediante angioTC, sin repercusión hemodinámica ni respiratoria. Ante la mejoría clínica, se traslada nuevamente a planta, se suspende la perfusión de HNF y se inicia anticoagulación con acenocumarol (+98 ingreso). La paciente recibe el alta hospitalaria tras 104 días de ingreso, con dificultad severa para deambulación (silla de ruedas), aunque independiente para comer y asearse, a tratamiento con: bisoprolol 2,5 mg/24, hierro proteínsuccinato 40 mg/24h, acenocumarol según controles de INR, carnitina 125 mg/6 h, ubiquinol Q10 100 mg/24h, riboflavina 100 mg/12h, Vitamina D3 2000UI/mL 6 gotas/24h, glicina 3 g/8h y suplementación enteral polimérica normoproteica y normolaclórica. Inicia deambulación con apoyo de una muleta en octubre de 2019, con una notable mejoría a nivel clínico y en trazado de ENG, y sin nuevas descompensaciones tras un año del alta hospitalaria.

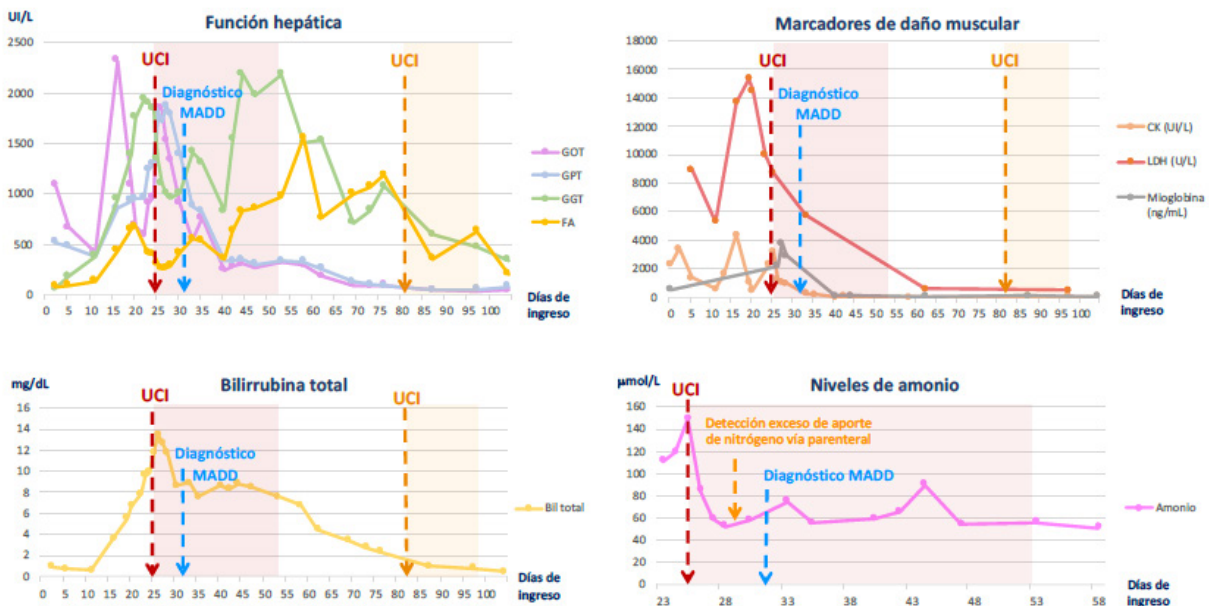


Figura 1. Evolución de la función hepática y daño muscular durante el ingreso.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

La MADD es un trastorno metabólico cuya descompensación aguda cursa con insuficiencia cardíaca, respiratoria o hepática, y cuyas anomalías metabólicas pueden ser potencialmente mortales: alteración de la biosíntesis de adenosina trifosfato (ATP), acumulación excesiva de lípidos en diferentes órganos y gluconeogénesis insuficiente (3). La paciente del presente caso sufre una miopatía rápidamente progresiva durante el ingreso, episodios de hipoglucemias severas, y fallo hepático que obligan a su traslado a UCI. El **farmacéutico**, integrado en el equipo multidisciplinar compuesto también por médicos intensivistas, internistas y un endocrino, aborda los siguientes problemas:

Interpretación de resultados analíticos y orientación diagnóstica. Revisión del curso clínico, pruebas diagnósticas, analíticas de sangre y perfil de aminoácidos y acilcarnitinas, contribuyendo a orientar el diagnóstico en una paciente crítica con una rápida progresión de su patología de base mediante el aporte de bibliografía específica sobre alteraciones en el patrón de acilcarnitinas (4) antes de disponer de los resultados genéticos definitivos, favoreciendo su rápido y correcto abordaje terapéutico.

Ajuste de requerimientos nutricionales en MADD. Aporte nutricional exento de lípidos de forma urgente por vía parenteral, cuyos requerimientos se establecen conjuntamente entre la guardia de MI, UCI y Farmacia. Además, la farmacéutica recomienda aporte enteral mediante una fórmula con baja proporción de lípidos, evitando su acumulación y favoreciendo el aporte calórico a partir de glucosa. En UCI, colaboración en el cálculo diario de requerimientos, detectando un exceso de aporte proteico en paciente con hiperamonemia previa, recomendando la solicitud de nuevos niveles de amonio y el reajuste de aportes, evitando el empeoramiento del cuadro (Fig.1).

Tratamiento farmacológico en MADD. Contribución en la toma de decisiones clínicas, con conocimientos sobre la farmacología del cuadro, proporcionando una atención integral con especial énfasis en el tratamiento farmacológico.

Revisión de tratamientos de medicina alternativa. El debut de MADD en una paciente de 37 años sin otra causa desencadenante (ayuno, estrés, embarazo, ejercicio excesivo o fiebre), la correlación temporal entre el inicio del consumo de productos de medicina alternativa y la aparición de síntomas, junto con el dato recogido en la historia del ingreso acerca del consumo de aceite de onagra, hace que el farmacéutico, familiarizado con las potenciales interacciones y toxicidades relacionadas con el uso de estos productos, incida y pregunte nuevamente a los familiares, revelándose el consumo de cantidades importantes y crecientes previamente al ingreso. Se llegaron a recopilar hasta 41 compuestos distintos (Fig. 2), realizándose una posterior revisión exhaustiva de su composición y posibles efectos hepatotóxicos mediante fuentes bibliográficas especializadas ([Memorial Sloan Kettering Cancer Center](#), [WebMD: Vitamins & Supplements Center](#) y [MedlinePlus: Herbs and Supplements](#)) y publicaciones complementarias. En tres de ellos se han descrito reacciones de hepatotoxicidad, y dos eran consumidos en forma de aceites (onagra y curcuma), existiendo relación temporal entre la aparición de los primeros síntomas y el inicio de su consumo.



Figura 2. Tratamientos de medicina alternativa aportados por los familiares durante el primer ingreso en UCI.

Elaboración de medicamentos. Preparación en el SF de mezclas intravenosas complejas (nutrición parenteral total) y fórmulas magistrales para administración oral/SNG (riboflavina 10 mg/ml y dosificación de glicina a partir de materia prima), así como detección de problemas estabilidad (inestabilidad de vitaminas liposolubles en ausencia de lípidos) y recomendación posterior de su suplementación por vía oral.

Recomendaciones para administración de fármacos por SNG. Adaptación de formas posológicas de tratamientos específicos del cuadro (riboflavina suspensión y ubiquinol Q10) y medicación oral concomitante en paciente portadora de SNG.

Validación de tratamiento concomitante. Mediante el programa de prescripción electrónica, en planta de hospitalización se valida el tratamiento farmacológico de soporte, prestando especial atención al ajuste de dosis/hepatotoxicidad de los tratamientos, en una paciente con grave afectación hepática. Se desaconsejó el uso de ivabradina, y se propuso como alternativa el bisoprolol, titulando dosis con precaución.

Dispensación e información alta. Educación a paciente y familiares tras un ingreso prolongado de tórpida evolución por una patología muy poco frecuente y con gran complejidad terapéutica. Se explica la adquisición y administración de distintos fármacos, suplementos nutricionales de dispensación hospitalaria, suplementos de adquisición en oficina de farmacia y fórmulas magistrales, mediante información oral y escrita.

Seguimiento farmacoterapéutico tras el alta en consulta externa de farmacia: La paciente acude periódicamente a recoger suplementos nutricionales, detectándose en una de las visitas la prescripción y dispensación en oficina de farmacia de acenocumarol 1 mg, constando la dosis de 4 mg en informe de anticoagulación, sin llegar a ser administrada la dosis errónea. Se contactó con el médico prescriptor, evitándose una infradosificación en una paciente con antecedentes recientes de TEP y trombo auricular gigante.

Mediante la integración del farmacéutico de hospital en un equipo multidisciplinar, ante una paciente con un trastorno metabólico infrecuente de grave debut y evolución intrahospitalaria tórpida, se han podido realizar numerosas intervenciones, favoreciendo su diagnóstico y rápido abordaje terapéutico, y contribuyendo a la progresiva mejoría de la paciente que, a día de hoy, presenta una recuperación casi completa.

BIBLIOGRAFÍA

Orphanet: Deficiencia múltiple de acil CoA deshidrogenasa [Internet]. [citado 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.orpha.net/>

Stipanuk MH, Caudill MA. Biochemical, Physiological, and Molecular Aspects of Human Nutrition - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2018. 1109 p.

Grünert SC. Clinical and genetical heterogeneity of late-onset multiple acylcoenzyme A dehydrogenase deficiency. Orphanet J Rare Dis. 22 de julio de 2014;9:117.

Sanjurjo P, Crespo PS, Baldellou A. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades metabólicas hereditarias. Ergon; 2014. 1313 p.

17. ANAKINRA COMO NUEVA OPCION TERAPEUTICA FRENTE A LA NEUROTOXICIDAD DERIVADA DE LA TERAPIA CAR-T

CARLA ALONSO MARTINEZ

INTRODUCCIÓN

El linfoma difuso de célula grande B (LDCGB) es el tipo más frecuente de linfoma noHodgkin (LNH). Aproximadamente, un 60% de los pacientes diagnosticados de LDCGB responden al tratamiento estándar de primera línea, que incluye rituximab en combinación con ciclofosfamida, adriamicina, vincristina y prednisona (R-CHOP); el restante 40% no responde o recae precozmente. Con la segunda línea de tratamiento, basada en platinos y seguida de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (ATPH), se logra rescatar aproximadamente al 50% de los pacientes. Entre los pacientes que reciben un ATPH, 30% recaen y precisan una tercera línea de tratamiento, con probabilidad de alcanzar una respuesta completa inferior al 10% y una supervivencia mediana de 6 meses.

Las células CAR-T, por sus siglas en inglés *chimeric antigen receptor T-lymphocytes*, han aparecido recientemente con resultados prometedores; hay dos fármacos aprobados y disponibles de forma asistencial: axicabtagene ciloleucl (axi-cel) y tisagenlecleucl (tisa-cel). Ambos han conseguido un 30-40% de respuestas completas a largo plazo. Sin embargo, asocian efectos adversos graves y, en ocasiones, limitantes, tales como el síndrome de liberación de citocinas (SLC) y la neurotoxicidad ó síndrome neurológico asociado al tratamiento con células inmunoefectoras (ICANS). Al ser una terapia recientemente incorporada al arsenal terapéutico hematológico, existen dudas sobre el mecanismo fisiopatológico de ambos efectos adversos y sobre la mejor estrategia para manejarlos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 68 años de edad afecto de LDCGB refractario a dos líneas de tratamiento (R-CHOP y R-GDP –rituximab, gemcitabina, dexametasona, cisplatino-) que recibió quimioterapia linfodeplectiva con ciclofosfamida a 500 mg/m² y fludarabina a 30 mg/m² los días -6, -5 y -4 e ingresó para la infusión de células CAR-T axi-cel (día 0). Desde el día 0 el paciente realizó profilaxis oral anticonvulsivante con levetiracetam 500 mg/ 12 h; antiviral con aciclovir 400 mg/12 h; frente a *Pneumocistis jirovecii* con cotrimoxazol 160 mg/48 h y frente al síndrome de lisis tumoral con alopurinol 300 mg/ 24 h.

Cuatro horas tras la infusión del producto, el paciente experimentó fiebre, sin inestabilidad hemodinámica ni respiratoria, catalogado como SLC grado (G) 1. Se manejó con tratamiento de soporte y piperacilina-tazobactam 4g/6 h. Posteriormente, en el día +3, evolucionó a un SLC G2 con hipoxia, que precisó oxigenoterapia y tocilizumab 8mg/kg, 600 mg intravenosa-iv. Tras una mejoría inicial, presentó en el día +5 un segundo episodio de SLC G3 con hipoxia que requirió una segunda dosis de tocilizumab. Unas horas más tarde presentó un primer episodio de ICANS G2 con disminución del nivel de conciencia y anisocoria reactiva, y se inició dexametasona 10mg/6h iv. Se realizó un TAC craneal, sin hallazgos, y un TAC torácico, que presentaba un patrón de neumonía atípica sin aislamientos microbiológicos y con PCR negativa para SARS-CoV2. Se amplió la cobertura antibiótica a meropenem y azitromicina, y se inició profilaxis antifúngica con posaconazol, que se cambió posteriormente a micafungina por empeoramiento del perfil hepático.

La evolución del cuadro fue satisfactoria por lo que se desescaló el tratamiento corticoideo en el día +8 (ver figura 1). Tras el inicio de la desescalada presentó un segundo episodio de ICANS G3, con signos sugestivos de hipertensión intracraneal. Ingresó en la unidad de cuidados intensivos 48h y reinició la pauta inicial de dexametasona 10mg/6h iv. El electroencefalograma mostró signos de encefalopatía sin crisis epileptiformes y pudo regresar a la planta de hospitalización.

Dos nuevos intentos de retirada de corticoides resultaron nuevamente en fluctuaciones del estado neurológico. En este contexto de neurotoxicidad corticodependiente, se realizó una punción lumbar e inició tratamiento con anakinra, un anti-IL1R, a dosis altas de 8mg/kg/día, vía subcutánea. La punción lumbar reveló hiper celularidad a expensas de linfocitos T (26% CART) e hiperproteínorraquia, con cifras de glucosa conservadas; el estudio microbiológico confirmó virus herpes humano 6 (VHH6) con 85.000 copias/microlitro. La resonancia cerebral no mostraba signos de encefalitis viral; en cualquier caso se agregó al tratamiento ganciclovir a dosis de 350mg/12h vía iv. Se observó una respuesta completa del SLC y del ICANS, pudiendo suspender los corticoides el día +30, el tratamiento con anakinra el día + 35 y el ganciclovir el día +36. Fue dado de alta en el día +38, tras confirmar una remisión completa de su linfoma en la PET-TAC de evaluación.

El paciente se mantuvo neutropénico durante todo el ingreso con cifras que oscilaron entre $1,10 \times 10^9/L$ en el día +5 y $0,10 \times 10^9/L$ al alta, requiriendo transfusiones de plaquetas (total=3) e inyecciones de filgrastim 300 mcg (total=8). La neutropenia fue atribuida inicialmente a la quimioterapia linfodeplectiva, a la propia terapia CAR-T y posteriormente, a los tratamientos farmacológicos mielotóxicos recibidos, en especial ganciclovir y anakinra.

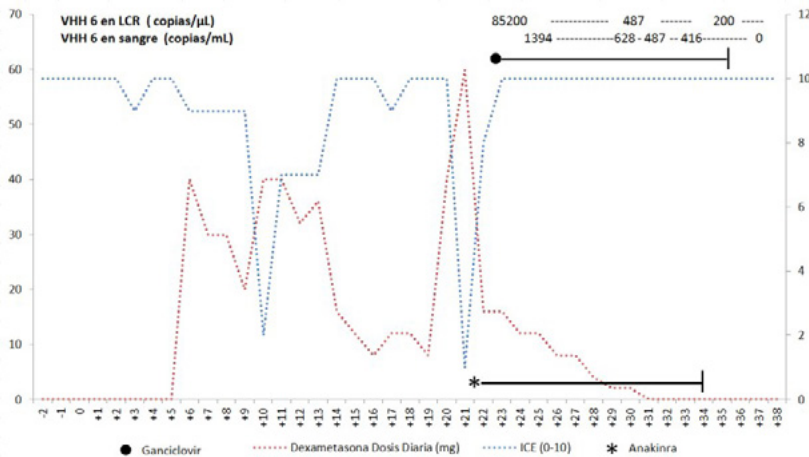


Figura 1: Evolución del ICE (Immune Effector Cell-Associated Encephalopathy assessment tool) y copias de VHH 6 durante el tratamiento con dexametasona, anakinra y ganciclovir.

En la siguiente figura se muestra un resumen de la evolución del paciente durante su ingreso con datos analíticos, eventos clínicos y cambios de tratamiento:

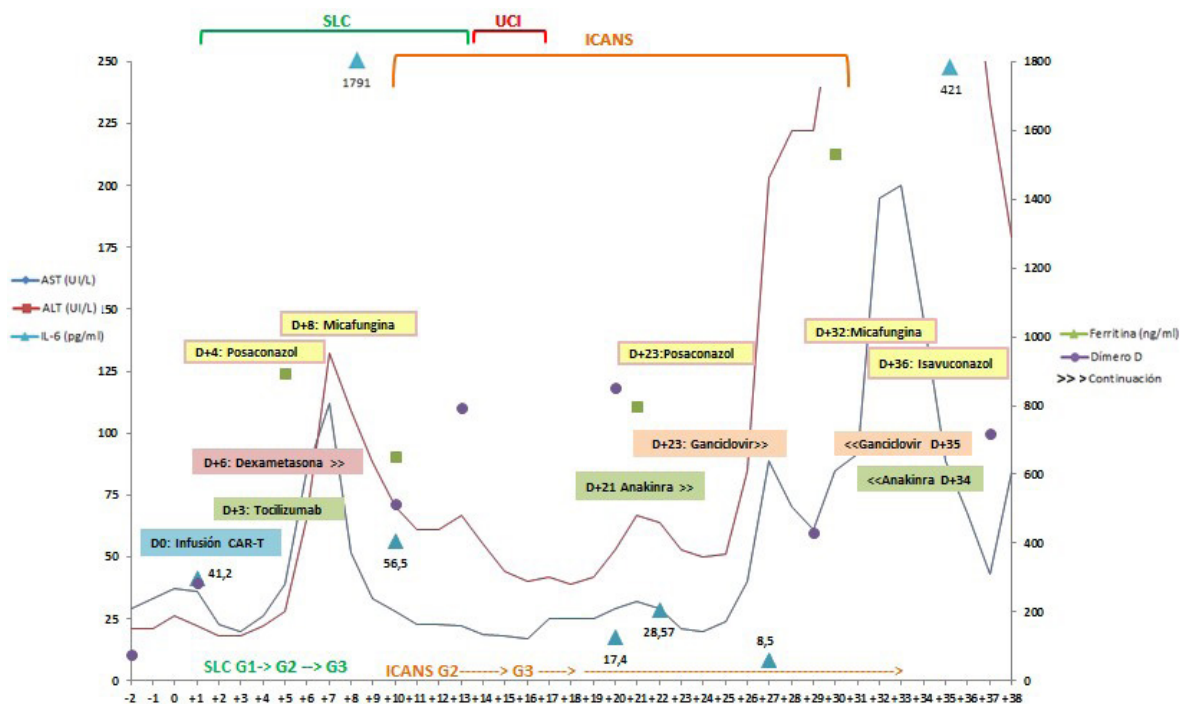


Figura 2: Evolución de los parámetros analíticos y tratamientos iniciados para tratar el SLC y el ICANS del paciente. ALT: alaninaminotransferasa; AST: aspartatoaminotransferasa; IL-6: interleukina-6

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

1. Revisión de la toxicidad derivada de la terapia CAR T y su tratamiento.

El SLC está provocado por el propio mecanismo de acción de las células infundidas que, una vez en contacto con su diana, liberan citocinas de forma masiva como interferón gamma (IFN-g), factor de necrosis tumoral (TNF-a), interleucina-2 (IL-2), IL-8 y, sobre todo IL-6. Los síntomas más comunes son fiebre, mialgias o fatiga pudiendo llegar a una disfunción multiorgánica en los casos más graves. Estos síntomas comienzan a aparecer en la primera semana tras la infusión, con una mediana de inicio de 3 días.

Respecto al ICANS, aunque no bien caracterizado, se atribuye a una activación endotelial con coagulación intravascular diseminada, fractura capilar y aumento de permeabilidad de la barrera hematoencefálica, facilitando así el paso de citocinas. Su aparición es normalmente más tardía que el SLC, con una mediana de inicio de 10 días, aunque se puede dar también simultáneamente con el SLC o en ausencia de éste.

	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Fiebre	T ^a ≥38°C	T ^a ≥38°C	T ^a ≥38°C	T ^a ≥38°C
Hipotensión	No vasoactivos	No vasoactivos	1 vasoactivo	2 o más vasoactivos
Hipoxia	No soporte	Bajo flujo	VMK, CNAF	CPAP, intubación
Tratamiento	Antipiréticos	Antipiréticos + Tocilizumab	Antipiréticos + Tocilizumab	Antipiréticos + Tocilizumab

	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
ICE score	7-9	3-6	0-2	0
Depresión nivel de conciencia	Despierto	Despierto con estímulos auditivos	Despierto con estímulos táctiles	Coma o estupor
Convulsiones	No	No	Resuelta rápidamente/ Hallazgos EEG	Repetidas / Prolongada (>5 min)
Déficit motor	No	No	No	Hemiparesia/paraparesia
HTIC/edema cerebral	No	No	Edema focal	Edema difuso /decorticación /parálisisVI
Tratamiento	No	Dexametasona Dosis Bajas	Metilprednisolona Dosis Altas	Corticoides + Soporte para evitar edema

Tablas 1 y 2: Soporte y tratamiento del SLC (izquierda) e ICANS (derecha) según ASTCT, adaptada de protocolo del MSCBS. HTIC: hemorragia intracraneal, T^a: temperatura corporal, VMK: ventimask, CNAF: cánulas nasales alto flujo, etc.

Sólo en caso de que coincidan el SLC e ICANS estaría indicado el uso de tocilizumab, ya que se ha descrito un empeoramiento clínico en caso de ICANS sin SLC tratado con tocilizumab. Otras reacciones adversas son: linfocitosis hemofagocítica (HHL) - síndrome activación macrófaga (MAS), neutropenia febril e infecciones, citopenias prolongadas, hipogammaglobulinemia y síndrome de lisis tumoral (SLT).

Revisión de la evidencia del uso de anakinra en neurotoxicidad por CAR-T y elaboración del informe para su uso en Indicación No Autorizada (INA).

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases: PubMed, Google Scholar y Clintrials.gov (palabras clave: *anakinra, CAR T, neurotoxicity, ICANS, CRS, IL-1, IL-6*):

Estudio	Indicación	Días	Posología	Objetivo primario
EC F2: NCT0414843, 2019 <i>en reclutamiento</i>	Prof ICANS	+2 a +10 PI	100 mg/12h	Tasa de neurotoxicidad severa (≥G3), hasta 4 semanas PI
EC F2: NCT04150913, 2020 <i>sin reclutar</i>	Prof ICANS	0 a +6 PI	Protocolo	Tasa de neurotoxicidad según los criterios CTCAE v 4.03, hasta 30 días PI
EC F2: NCT04359784, 2020 <i>sin reclutar</i>	Prof ICANS y SLC	+ a +13 PI	Protocolo	Tasa de SLC y neurotoxicidad de cualquier grado, hasta 90 días PI
EC F2: NCT04205838, 2020 <i>sin reclutar</i>	Tto ICANS	+9 Post-Sínt	Protocolo	Necesidad anakinra, hasta 12 meses PI y tasa de ICANS severo hasta 30 días PI
EC F1: Shah et al, 2020	Prof- Tto HLH/MAS	+1 Post-Sínt	5-8mg/kg/día	Seguridad y eficacia: Escalado dosis 3+3
R: Rivera et al, 2020	Tocilizumab ineficaz para tratar ICANS porque no atraviesa BHE			
MM: Norelli et al, 2018	Modelo de SLC e ICANS: Anti IL-1 elimina SLC e ICANS			
MM: Giavridis et al, 2018	Modelo de SLC: Citotoxicidad mediada por IL-6, IL-1 y NO			

EC: ensayo clínico, F: fase, R: Review, Prof: profilaxis, Tto: tratamiento, PI: postinfusión, Post-Sínt: post-síntomas, MM: modelo murino; NO: óxido nítrico

Tabla 3: Resumen de los estudios destacados en la búsqueda para la elaboración del informe de autorización.

Se elaboró un informe de evaluación para exponer ante la dirección asistencial la evidencia disponible en la indicación solicitada, resultados publicados y el cálculo del coste del tratamiento. El tratamiento fue aprobado sujeto a seguimiento estrecho y con propuesta de desescalado de dosis a partir del día 10.

Resumen de las intervenciones farmacéuticas (IF).

A continuación se resumen en orden cronológico las aportaciones realizadas:

IF-1: Gestión de la solicitud de CAR-T con el Consejo Asesor Autonómico.

IF-2: Validación de la quimioterapia linfodeplectiva previa a la infusión de CAR-T.

IF-3: Supervisión de la recepción, descongelación, y administración de CAR-T.

IF-4: Validación de la prescripción médica, revisión de posibles interacciones e inicio de 6 meses de profilaxis de tuberculosis con isoniazida 300 mg+piridoxina 50 mg por quantiferón TBC gamma positivo en paciente tratado con corticoides.

IF-5: Gestión del stock de tocilizumab para el tratamiento de emergencia en planta. ■ **IF-6:** Gestión de la preparación de ganciclovir con el laboratorio de farmacotecnia.

IF-7: Propuesta de cambio a micafungina iv 100 mg/24 h por elevación de transaminasas posiblemente por el tratamiento con posaconazol, hasta recuperación de cifras normales.

IF 8: Búsqueda bibliográfica de alternativas a dexametasona para tratar la neurotoxicidad.

IF 9: Seguimiento de las glicemias y pautas de insulina para la hiperglicemia asociada al uso prolongado de corticoides.

IF 10: Elaboración del informe de evaluación de INA.

IF 11: Refuerzo de información a enfermería sobre la correcta administración de anakinra (6 inyecciones subcutáneas, zonas rotatorias, medicación si dolor, reacciones adversas , etc)

IF 12: Atención farmacéutica al alta, entrega de medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (isavuconazol oral y filgrastim subcutáneo) con información sobre posibles reacciones adversas y signos de alarma. Seguimiento continuado de la tolerancia y adherencia al tratamiento en la consulta de Farmacia.

4. Discusión.

La terapia CAR-T supone un nuevo reto para todos los profesionales sanitarios por su complejidad y sus, efectos adversos a corto y largo plazo.

Algunas de las cuestiones que nos planteamos a lo largo del caso fueron:

1. *¿Los corticoides pudieron disminuir la efectividad de la terapia con CAR-T?*

A día de hoy no hay una respuesta clara. Un abstract reciente del último congreso ASCO reportaba una progresión y muerte más tempranas en los pacientes que recibían un tratamiento precoz y prolongado con corticoides, por otro lado diferentes ensayos no han visto un impacto significativo del uso de corticoides en la respuesta.

¿La neurotoxicidad fue atribuida a la terapia celular o a la infección por VHH6?

La clínica y la resonancia no eran sugestivas de encefalitis vírica, se consideró que la aparición de VHH6 se debía a una reactivación secundaria al tratamiento inmunosupresor.

¿Es segura la administración de anakinra a dosis de 600 mg?

Las dosis habituales oscilan entre 0.5-2 mg/kg/día, pero se consideró una dosis segura teniendo en cuenta los estudios y case reports publicados.

La integración del farmacéutico en la Unidad de Terapias Avanzadas de nuestro centro ha permitido la participación y soporte en las decisiones clínicas, poniendo de manifiesto la necesidad de trabajo multidisciplinar. En base a los resultados en nuestro paciente y tras la bibliografía revisada, sería necesario considerar el uso de anakinra como segunda línea de tratamiento para los ICANS cortico-refractarios o corticodependientes, o incluso como profilaxis en pacientes de alto riesgo. No obstante, es necesario esperar a los resultados de los ensayos clínicos para posicionarlo en el arsenal terapéutico de las toxicidades derivadas de la terapia CAR-T.

BIBLIOGRAFIA

1. Agustí Escasany MA, Alcaraz Borrajo M, Bello López JL, Calvo Rojas G, et al. Protocolo clínico para el manejo de los efectos adversos graves en pacientes tratados con medicamentos que contienen células T CAR (chimeric antigen receptor) anti-CD19. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Mayo 2019.
2. Alonso Herreros JM, Calleja Hernández MA, Carreras Soler MJ, Cordero Cruz AM, García Pellicer J, Lizeaga Cundin G et al. Procedimiento de Gestión de Medicamentos CAR-T. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Marzo 2019.
3. Shah, Nirali N., et al. "CD4/CD8 T-Cell Selection Affects Chimeric Antigen Receptor (CAR) T-Cell Potency and Toxicity: Updated Results From a Phase I Anti-CD22 CAR T-Cell Trial." (2020): JCO-19.
4. Gust J, Hay KA, Hanafi LA, Li D, Myerson D, Gonzalez-Cuyar LF, et al. Endothelial activation and blood-brain barrier disruption in neurotoxicity after adoptive immunotherapy with CD19 CAR-T cells. *Cancer Discov.* 2017 Dec;7(12):1404-19.
5. Crump M, Neelapu SS, Farooq U, Van Den Neste E, Kuruvilla J, Westin J et al. Outcomes in refractory diffuse large B-cell lymphoma: results from the international SCHOLAR-1 study. *Blood* 2017; 130: 1800–1808.
6. Neelapu SS, Locke FL, Bartlett NL, Lekakis LJ, Miklos DB, Jacobson CA et al. Axicabtagene Ciloleucl CAR T-Cell Therapy in Refractory Large B-Cell Lymphoma. *N Engl J Med* 2017; 377: 2531–2544.
7. Schuster SJ, Bishop MR, Tam CS, Waller EK, Borchmann P, McGuirk JP, et al. Tisagenlecleucl in Adult Relapsed or Refractory Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *N Engl J Med.* 2019;380(1):45-56.

28. EPISODIO CONVULSIVO SECUNDARIO A INTERACCIÓN MEROPENEM-VALPROICO EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD EPILÉPTICA

MANUEL BUSTO IGLESIAS

INTRODUCCIÓN

La interacción entre los antibióticos carbapenémicos y el ácido valproico ha sido descrita en diversas series de casos de pacientes, en los que los niveles de ácido valproico descienden de forma significativa cuando se administran conjuntamente (1). Sin embargo, su mecanismo de interacción no está del todo claro.

El ácido valproico es metabolizado principalmente a nivel hepático por distintas vías, entre las cuales destaca la conjugación como glucurónido por la UDP-Glucuroniltransferasa (UGT), que supone alrededor del 50 % del metabolismo hepático del fármaco. Distintos estudios han demostrado un incremento considerable de la glucuronización del ácido valproico en presencia de carbapenémicos. Aunque no se descarta la implicación de otros mecanismos que contribuyan a la interacción, la inducción de la UGT por parte de los carbapenémicos se posiciona como el principal mecanismo causal de la interacción (1).

La coadministración de estos fármacos en muchas ocasiones precipita en la aparición de crisis epilépticas o convulsivas, precisamente por ser pacientes en los que el ácido valproico se emplea como antiepiléptico. En el caso que se presenta a continuación, se produjo la coadministración de meropenem y ácido valproico, desembocando en un descenso de los niveles de ácido valproico y la aparición de varios episodios convulsivos. Sin embargo, al contrario de la mayoría de casos clínicos publicados, el paciente no presentaba antecedentes de epilepsia, ya que el ácido valproico se instauró como parte de su tratamiento psiquiátrico.

En la literatura disponible, se han descrito casos de aparición de convulsiones relacionados con la retirada abrupta de psicofármacos en pacientes sin antecedentes de epilepsia previos (2,3). Esto nos hace plantear una posible relación entre la bajada brusca de niveles del ácido valproico por la coadministración de meropenem, y la aparición de las crisis convulsivas en nuestro paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 46 años institucionalizado en una residencia socio-sanitaria, sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos conocidos. Como antecedentes destacan: retraso mental leve, esquizofrenia paranoide y un trastorno grave de la conducta. Se encuentra a tratamiento psicofarmacológico combinado debido a su patología psiquiátrica (Tabla 1).

Fármaco	Posología
Flurazepam	30 mg cada 24 horas oral
Clonazepam 2,5mg/ml	5 gotas cada 8 horas oral
Levomepromazina	100 mg cada 8 horas oral
Lorazepam	5 mg cada 12 horas oral
Paliperidona Lib. Prolongada	150 mg cada 28 días IM
Risperidona	2 mg cada 8 horas oral
Clotiapina	20 mg cada 24 horas oral
Ácido Valproico (Depakine®)	500 mg cada 8 horas

Tabla 1. Tratamiento psicofarmacológico domiciliario.

El paciente acude al Servicio de Urgencias por un cuadro clínico de fiebre e insuficiencia respiratoria, requiriendo ingreso hospitalario con un diagnóstico neumonía del lóbulo inferior izquierdo. Tras el ingreso en la planta de Medicina Interna, se inicia tratamiento antibiótico empírico con azitromicina y ceftriaxona, manteniéndose su medicación psiquiátrica. Tras los primeros días de ingreso el paciente se encuentra postrado y somnoliento, atribuyendo este cuadro a la medicación psiquiátrica, de manera que se retiraron las benzodiacepinas, clotiapina y levomepromazina, a la espera de una mejoría en su estado de consciencia.

En cuanto a los niveles de ácido valproico previamente al ingreso se encontraban dentro del intervalo terapéutico (50-100 µg/ml total y 5-23 µg/ml libre). Los niveles de fármaco total y libre en el día +2 de ingreso eran de 53 µg/ml y 5,8 µg/ml respectivamente, manteniéndose en niveles terapéuticos (creatinina: 0,35 mg/dl; albúmina 3,9 g/dl). A partir del día +11 de ingreso, presentó una mejoría gradual del nivel de consciencia, sin embargo desde el punto de vista infeccioso presentó nuevos picos febriles, por lo que se decide implementar una antibioterapia de mayor espectro. Desde el Servicio de Farmacia se recomienda valorar otras alternativas antibióticas a meropenem por su potencial interacción farmacocinética con el ácido valproico, instaurándose finalmente un régimen combinado de antibióticos con amikacina y piperacilina/tazobactam. Sin embargo el día +16 de ingreso ante el empeoramiento clínico del paciente se escala a meropenem 1000 mg cada 8 horas.

Durante la administración de la sexta dosis de meropenem (día + 19 de ingreso) el paciente presenta una convulsión generalizada de 30 segundos de duración. Tras esto se decide interrumpir la administración intravenosa del carbapenémico, e iniciar un nuevo esquema antibiótico ante la alta sospecha de una relación causal del meropenem con el cuadro convulsivo, guardando a su vez una posible relación con el descenso de los niveles de ácido valproico. El paciente se encontraba afebril (Tª 35,6) aunque a tratamiento con antitérmicos, en el momento de la convulsión. La administración de valproico se mantuvo por vía intravenosa intermitente, a dosis de 400 mg cada 8 horas, añadiendo además levetiracetam intravenoso 500 mg cada 12 horas. Siete horas más tarde el paciente sufrió un nuevo episodio convulsivo (Tª 36,8).

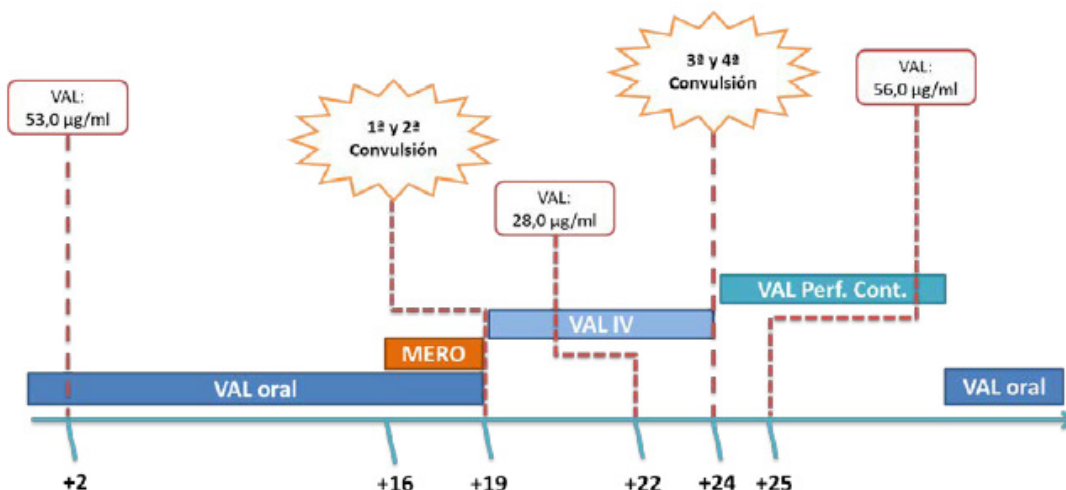


Figura 1. Resumen de los eventos relevantes durante el ingreso hospitalario. Ácido valproico (VAL); Meropenem (MERO).

El día +24 de ingreso se obtienen niveles de ácido valproico total y libre infraterapéuticos de 28 $\mu\text{g}/\text{ml}$ y 3,4 $\mu\text{g}/\text{ml}$ respectivamente (creatinina 0,42 mg/dl; albúmina 3,5 g/dl). Este mismo día el paciente sufre dos nuevos episodios convulsivos, tras los cuales se inicia una perfusión continua de 1500 mg de ácido valproico con el objetivo de estabilizar niveles del fármaco.

El día +25 se alcanzan niveles terapéuticos de ácido valproico total, 56 $\mu\text{g}/\text{ml}$ y libre 5,9 $\mu\text{g}/\text{ml}$ (creatinina 0,38 mg/dl; albúmina 3,7 g/dl). A partir de la estabilización de los niveles de fármaco el paciente no presentó nuevos episodios de crisis convulsivas.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

La relación causal entre la aparición de las crisis y la interacción entre el meropenem/valproico parece probable (puntuación de 7 según algoritmo de Horn) (4), basándonos en el hecho de que la primera convulsión se produjo durante la administración de la 6ª dosis de meropenem, y en que hasta la normalización de los niveles de ácido valproico las convulsiones no cesaron.

Uno de los factores que pueden interferir en esta relación causal, es la retirada de las benzodiazepinas 8 días antes de la aparición de las primeras crisis, hecho que pudo contribuir a la aparición de los eventos adversos. Por otro lado, el meropenem por sí solo puede provocar convulsiones, sin embargo la frecuencia de esta reacción adversa es rara ($\geq 1/10.000$ a $<1/1.000$) (5).

Lo que hace a este caso interesante, es precisamente la ausencia de antecedentes de enfermedad epiléptica, y más apoyándonos en casos descritos en la literatura cuyo escenario es similar al nuestro; como la retirada abrupta de inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) en pacientes con depresión (2), u otros antiepilépticos como la lamotrigina en pacientes con trastorno bipolar (3), que también desembocaron en la aparición de crisis convulsivas.

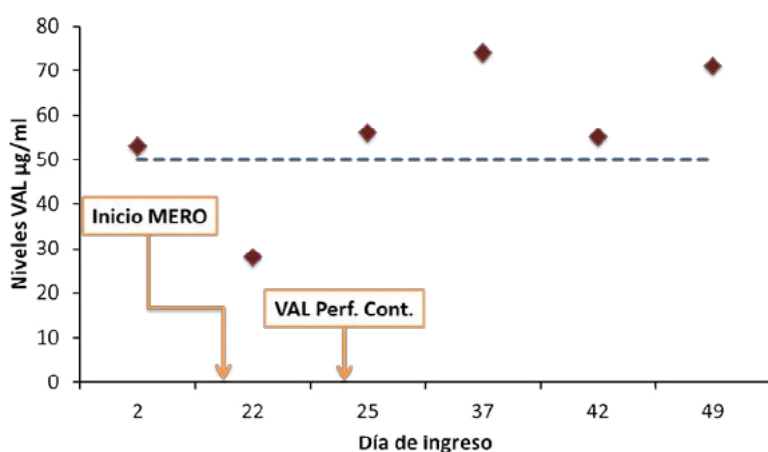


Figura 2. Evolución de los niveles de ácido valproico (VAL) durante el ingreso hospitalario.

APORTACIÓN FARMACÉUTICA

El Servicio de Farmacia detectó de forma temprana la prescripción simultánea de meropenem con ácido valproico, evitando la interacción en un primer momento. Aunque esta advertencia no pudo evitar que posteriormente se valorara introducir meropenem nuevamente, permitió orientar la causa del cuadro clínico convulsivo de forma precoz. Además, la recomendación de seguimiento de los niveles plasmáticos de valproico permitió realizar un ajuste posológico intensivo, alcanzando de esta manera el rango terapéutico en poco tiempo. Durante el tiempo de ingreso se dieron además indicaciones a la enfermería de planta sobre las correctas diluciones y tiempos de administración de las perfusiones continuas e intermitentes del ácido valproico, evitando errores en el ámbito de la administración del medicamento. Adicionalmente destacar que el paciente se encuentra institucionalizado en una residencia socio-sanitaria cuya dispensación de medicación depende directamente de nuestro centro hospitalario. Por esta razón las prescripciones tanto del ácido valproico como del resto de psicofármacos llevan siendo validadas y optimizadas semanalmente por un farmacéutico especialista desde su ingreso en este centro socio-sanitario. El perfil complejo de interacciones como de efectos adversos en fármacos como el ácido valproico, aporta un valor añadido a la validación farmacéutica de forma crónica, evitando coadministración de fármacos que puedan alterar sus niveles, favoreciendo la seguridad y eficacia del tratamiento.

Casos como este ponen de manifiesto la importancia de la implicación del farmacéutico en la revisión de interacciones farmacológicas, tanto en el ingreso hospitalario, como a nivel crónico, evitando problemas de gran relevancia clínica y ayudando a la optimización de los tratamientos. Adicionalmente concluir que serán necesarios más estudios para conocer en que escenarios la retirada brusca o el descenso de niveles de fármacos como el ácido valproico pueden desembocar en efectos adversos tales como las crisis convulsivas.

BIBLIOGRAFÍA

- Mancl EE, Gidal BE. The Effect of Carbapenem Antibiotics on Plasma Concentrations of Valproic Acid. *Ann Pharmacother*. Diciembre de 2009;43(12):2082-7.
- Naylor MW, Grunhaus L, Cameron O. Myoclonic Seizures after Abrupt Withdrawal from Phenyelzine and Alprazolam: *J Nerv Ment Dis*. Febrero de 1987;175(2):111-4.
- U.S. Food and Drug Administration (FDA). Lamictal Approved Labeling text. [Internet]. 2015 [citado 21 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2015/020241s045s051lbl.pdf
- Horn JR, Hansten PD, Chan L-N. Proposal for a New Tool to Evaluate Drug Interaction Cases. *Ann Pharmacother*. Abril de 2007;41(4):674-80.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha técnica Meropenem Aurovit. [Internet]. 2018 [citado 20 de mayo de 2020]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/74304/FT_74304.pdf

30. SÍNDROME MIASTENIFORME SECUNDARIO A PEMBROLIZUMAB

PABLO SÁNCHEZ SANCHO

INTRODUCCIÓN

La aparición de los *immune checkpoint inhibitors* (ICI), ha representado una mejora en la supervivencia de determinadas neoplasias malignas asociadas con un mal pronóstico, como el melanoma, cáncer de pulmón, cáncer renal y cáncer de cabeza y cuello entre otros. Asimismo, son muchos los ensayos que están estudiando la aplicación de estos fármacos a otras localizaciones tumorales. Su mecanismo de acción se basa en la estimulación del sistema inmunitario con la finalidad de tratar un determinado tumor.

Los puntos de control inmunológico, como CTLA-4, PD-1 y PDL-1, sobre los que actúa la inmunoterapia, son los responsables del mantenimiento de la homeostasis inmunológica.¹ En condiciones fisiológicas, estos puntos de control inmunológico son cruciales para prevenir el desarrollo de la autoinmunidad y mantener la autotolerancia.² Las células tumorales expresan numerosas alteraciones genéticas y epigenéticas, que dan lugar a antígenos reconocidos por el sistema inmunológico y que desencadenan una respuesta inmunitaria. Sin embargo, las células tumorales son capaces de escapar de esta respuesta por múltiples mecanismos, como la secreción de factores supresores, la expresión en superficie de moléculas inmunosupresoras y el reclutamiento de otras células inmunosupresoras, desactivando así la capacidad del sistema inmune para frenar el crecimiento de las células tumorales.³ Por tanto, la inhibición de CTLA-4 o PD-1 puede aumentar la respuesta inmunoespecífica de los linfocitos T contra el tumor.

Dentro de la familia de los ICI encontramos: ipilimumab (CTLA-4), nivolumab (PD-1), pembrolizumab (PD-1), atezolizumab (PD-L1) y avelumab (PD-L1) entre otros.

Sin embargo, el bloqueo de los puntos de control inmunológico y por tanto de la homeostasis producida por los ICI puede conducir a desequilibrios en la tolerancia inmunológica, dando lugar a una activación inespecífica del sistema inmunitario.⁴ Esto ha dado lugar a un grupo particular de efectos secundarios, diferentes de los producidos por la quimioterapia citotóxica tradicional, llamados efectos adversos inmunorelacionados (EAir), y que requieren un terapéutica y un manejo específico.⁵

El reconocimiento de los síntomas y la intervención precoz son objetivos clave para el manejo de la toxicidad relacionada con la inmunoterapia. Los principales EAir inflamatorios o autoinmunes incluyen diarrea, colitis, hepatitis, encefalitis, toxicidades cutáneas y endocrinopatías. La incidencia y prevalencia de la toxicidad relacionada con la inmunoterapia todavía no se conoce por completo; muchas de las cifras existentes se basan en ensayos de ipilimumab, pembrolizumab y nivolumab. Según las guías Management of Immunotherapy-Related Toxicities, Version 1.2020 de la "National Comprehensive Cancer Network" (NCCN)⁶, debido a la naturaleza de las EAir y a la inconsistencia de los datos reportados, es posible que las tasas notificadas subestimen la incidencia real de estos acontecimientos. La incidencia informada de cualquier grado de EAir asociado con el tratamiento en monoterapia con inmunoterapia varía ampliamente entre los fármacos y los ensayos, del 15% al 90%. Los EAir graves que requieren inmunosupresión, interrupción temporal o definitiva del tratamiento se estiman entre el 0,5% y el 13% en monoterapia.⁷

Dentro de los EAir, los de tipo neurológico tienen baja incidencia, siendo la miastenia gravis y la encefalitis aquellos que tienen asociado un peor pronóstico. En muchas ocasiones, debido a una rápida progresión de EAir o a una refractariedad al tratamiento corticosteroideo, se requieren terapias inmunosupresoras adicionales, como por ejemplo IGIV, plasmaféresis, micofenolato, rituximab o ciclosporina.⁸

El caso desarrollado a continuación es una muestra del abordaje terapéutico y evolución clínica de un paciente que presenta distintos EAir asociados al tratamiento con pembrolizumab, entre los cuales destaca un síndrome miasteniforme.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 63 años, afecto de liposarcoma desdiferenciado metastásico (mediastino, peritoneal y muscular) con respuesta parcial a primera línea de quimioterapia con doxorubicina. Como otros antecedentes de interés, el paciente presenta esófago de Barrett intervenido en 2008.

Tras progresión de la enfermedad, se decide iniciar pembrolizumab como segunda línea de tratamiento. Seis días después de la administración del primer ciclo el paciente consulta a su Centro de Atención Primaria por un cuadro agudo de diplopía, ptosis parpebral, mialgias intensas de predominio en extremidades inferiores, disfagia, disfonía, astenia y debilidad muscular. No presenta edemas, niega dolor torácico, palpitaciones, disnea, ortopnea o disnea paroxística nocturna. Se

descarta el uso de estatinas u otra medicación concomitante que pueda ser responsable del cuadro actual. Se decide realizar un electrocardiograma (ECG) donde se observa una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) del 40%, 31 puntos menos que la obtenida en el último ECG realizado un año antes. Tras este hallazgo y ante la sospecha diagnóstica de miositis y/o miocarditis inmunomediada, se decide trasladar el paciente a nuestro centro.

Una vez ingresado, a nivel analítico, se observa un patrón de citolisis con: aspartato aminotransferasa (AST) 1057 U/l (8 – 40), alanina aminotransferasa (ALT) 770 U/l (5 –54), creatina quinasa (CK) 14448 U/l (60 – 330) y lactato deshidrogenasa (LDH) 2448 U/l (100 – 330). Además presenta: troponina (TnI) 18353 ng/l, péptido natriurético cerebral (BNP) 2789 (<100), lactato 4 mmol/l (0,8 – 2,2). No se observa deterioro de la función renal ni diselectrolitemias.

Durante las primeras 24 horas de ingreso en planta se objetiva un bloqueo auriculoventricular (BAV), por lo que se decide su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para poder realizar un control más estrecho del paciente.

En este contexto y teniendo en cuenta el reciente inicio de pembrolizumab así como la clínica que presenta en el momento del ingreso, los servicios de oncología, neurología, cardiología y farmacia forman un equipo multidisciplinar para abordar conjuntamente un cuadro de posible toxicidad asociada a los ICI:

- Miositis: Presenta una CK de 14.448 U/l, sin fallo renal significativo. Para preservar la función renal y restaurar las anomalías metabólicas en este sentido se inicia expansión de volumen con sueroterapia y bicarbonato.

- Hepatitis: Presenta una AST de 1057U/L y una ALT de 770U/L, pero sin signos de insuficiencia hepática. Se justifica como una posible elevación dentro del contexto de la rabdomiolisis.

- Miocarditis: Presenta un pico de troponinas de 18353 ng/l, disfunción ligera biventricular, marcada afectación del sistema de conducción con progresión a BAV completo, que conlleva a la implantación de un marcapasos ventricular. Con la finalidad de frenar la evolución de la reacción aguda, el paciente recibe 3 bolus de 1 gramo de metilprednisolona. Posteriormente se continúa con la administración de 2mg/Kg diarios.

- Síndrome miasténiforme: Sospechado por la debilidad palpebral, el episodio de diplopía y la disfagia que presenta el paciente. A priori, el abordaje farmacológico para intentar frenar y revertir este EA es la corticoterapia. De manera complementaria se determina la presencia de anticuerpos antiDNA (positivo), anti-AChR (positivo) y anti-MuSK (negativo), que confirma la sospecha inicial de síndrome miasténiforme asociado a la inmunoterapia.

Tras 10 días de ingreso, se continúa con la administración de metilprednisolona a 1 mg/kg/día. Analíticamente se objetiva una tendencia hacia la normalización de los parámetros analíticos que presentaba alterados en el momento de ingreso (tabla 1), troponinas, AST, ALT, CK y lactato deshidrogenasa, acorde con la clínica del paciente y la mejoría de las complicaciones asociadas a la inmunoterapia.

Tabla 1. Evolución de los parámetros analíticos alterados en el momento de ingreso.

Parámetro analítico	Día 1	Día 2	Día 3	Día 5	Día 7	Día 10	Día 20	Día 35
AST	1057	798	456	354	282	168	139	81
ALT	770	639	591	646	584	381	293	163
CK	14448	11661	7621	-	-	2317	643	635
LDH	2448	2249	1666	1548	1605	1086	755	556
Troponinas	18353	10786	7003	3925	1730	441	332	-

Una vez estable clínicamente, el paciente es dado de alta a planta, donde tras 2 días presenta un episodio con clínica bulbar de disfagia, que requiere colocación de sonda nasogástrica, disfonía, ptosis palpebral bilateral y dificultad respiratoria sin aparente desencadenante, así como disartria fluctuante sin predominio horario. Estos hallazgos se relacionan con un empeoramiento del síndrome miasténiforme inmunomediado asociado. Siguiendo las recomendaciones de las guías NCCN (Tabla 2), se aconseja iniciar IGIV a 2g/Kg repartido en 5 días, manteniendo la corticoterapia de base.

Tabla 2. Recomendaciones del manejo de las toxicidades secundarias a la inmunoterapia según la NCCN (Version 1.2020).

Efecto adverso	Grado	Recomendación
Sistema nervioso (síndrome miasténiforme)	3-4	Metilprednisolona 1-2mg/kg/día (desescalar según evolución de síntomas). Iniciar plasmaféresis o inmunoglobulinas endovenosas si no hay mejoría o en caso de empeoramiento. Evitar medicación que pueda empeorar la clínica miasténica (beta-bloqueantes, ciprofloxacino y magnesio endovenoso).

El tratamiento con IGIV implica una mejora del paciente en cuanto a la miositis, constatándose un descenso en los valores analíticos de CK respecto a los días anteriores (día 10: 2317, día 20: 643). El paciente presenta una mejora progresiva en cuanto a la movilidad y la deambulaci3n. Sin embargo a nivel neurol3gico continúa la disfagia y la disfonía asociada al síndrome miasteniforme. De acuerdo con los servicios de oncología, cardiología y neurología, con el objetivo de mantener la inmunosupresi3n necesaria para abordar el cuadro clínic3 del paciente se decide ańadir micofenolato 500mg/12h al tratamiento de base. Esto permite ir desescalando la dosis de metilprednisolona, que hasta la fecha continuaba a 2mg/Kg/día.

Tras 35 días de hospitalizaci3n, dada la buena evoluci3n del paciente se decide alta a domicilio. Como tratamiento domiciliario se mantiene inmunosupresi3n con micofenolato 500mg/12h, prednisona 40mg/24h y IGIV 2mg/Kg cada 3 semanas. Debido a la disfagia clínic3 miasteniforme, se mantiene la administraci3n por sonda nasogástrica.

Actualmente han pasado 2 meses desde que el alta hospitalaria. Continúa viniendo a hospital de día cada 21 días para la administraci3n del tratamiento con IGIV. Paulatinamente, ha ido disminuyendo la dosis de prednisona. Presenta buena evoluci3n clínic3, con mejora en la disfagia y el habla. Ha conseguido aumentar la viscosidad y el volumen de las tomas, por lo que al mes del alta se le retira la sonda nasogástrica.

DISCUSI3N Y APORTACI3N FARMACÉUTICA

La intenci3n al presentar este caso, además de describir una reacci3n adversa grave y poco frecuente asociada a pembrolizumab, es aportar evidencia sobre su manejo.

Los efectos adversos de tipo neurol3gico tienen una baja incidencia, pero pueden tener consecuencias graves y rápidas, con una mortalidad de hasta el 30% de los casos.⁵

Según las guías de manejo de las reacciones adversas secundarias a la inmunoterapia, en caso de refractariedad a corticoides y/o empeoramiento clínic3, no existe evidencia suficiente sobre los tratamientos inmunomoduladores a utilizar. Las decisiones se basan en un abordaje farmacol3gico análogo de otros trastornos autoinmunes, casos clínicos publicados y características individuales del paciente.⁸ En los algoritmos de decisi3n propuestos en casos de empeoramiento y/o refractariedad al tratamiento corticosteroideo se contempla:

“Management of Immunotherapy-Related Toxicities, Version 1.2020” de la NCCN: Iniciar plasmaféresis o inmunoglobulinas endovenosas 2g/kg.⁶

“Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations” de la Society for Immunotherapy of Cancer (SITC): Considerar plasmaféresis si no hay mejoría tras 3 días de tratamiento.⁴

En la literatura encontramos casos clínicos publicados en los que se aborda el manejo del síndrome miasténico como EAir. D. Makarios et al. hicieron una revisi3n con 23 casos reportados donde concluyen que, entre las distintas terapias utilizadas, las IGIV y la plasmaféresis proporcionan una reducci3n clínic3 significativa de la sintomatología.⁵ Desde el Servicio de Farmacia, se ha dado apoyo a la toma de decisiones basadas en la evidencia publicada sobre el tratamiento de segunda línea a administrar tras la refractariedad a corticoides en el síndrome miasteniforme asociado a pembrolizumab.

Teniendo en cuenta las escasas opciones terapéuticas para limitar la progresi3n del cuadro neurol3gico y de acuerdo con la evidencia publicada se decide junto con el servicio de neurología iniciar el tratamiento, tras ser aprobado por el Comité de Evaluaci3n de Tratamientos de Uso Excepcional del hospital, con IGIV a 2g/Kg cada 3 semanas. Se acuerda realizar un seguimiento estrecho al paciente a fin de evaluar la idoneidad de mantener el tratamiento y así como la duraci3n del mismo, en funci3n de la respuesta del paciente.

Igualmente desde farmacia, se hace una evaluaci3n farmacecon3mica del tratamiento, que supone un coste de 5.100€/dosis (7.285€/mes).

BIBLIOGRAFÍA

Zou, Weiping, and Lieping Chen. “Inhibitory B7-family molecules in the tumour microenvironment.” *Nature Reviews Immunology* 8.6 (2008): 467-477.

Hottinger, Andreas F. “Neurologic complications of immune checkpoint inhibitors.” *Current opinion in neurology* 29.6 (2016): 806-812.

Pardoll, Drew M. “The blockade of immune checkpoints in cancer immunotherapy.” *Nature Reviews Cancer* 12.4 (2012): 252-264.

Puzanov, I., et al. “Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer. Toxicity Management Working Group.” *Journal for immunotherapy of cancer* 5.1 (2017): 95.

Makarios, D., et al. “Myasthenia gravis: an emerging toxicity of immune checkpoint inhibitors.” *European Journal of Cancer* 82 (2017): 128-136.

Thompson, John A., et al. “Management of immunotherapy-related toxicities, version 1.2020 featured updates to the NCCN guidelines.” *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network* 18.3 (2020): 231-241.

Kumar, Vivek, et al. “Current diagnosis and management of immune related adverse events (irAEs) induced by immune checkpoint inhibitor therapy.” *Frontiers in pharmacology* 8 (2017): 49.

Touat, Mehdi, et al. “Neurological toxicities associated with immune-checkpoint inhibitors.” *Current opinion in neurology* 30.6 (2017): 659-668.

12. SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADO A TACROLIMUS EN PACIENTE SOMETIDA A TRASPLANTE BIPULMONAR

ALBA PAU PARRA

INTRODUCCIÓN

La detección precoz y el seguimiento de las reacciones adversas a medicamentos (RAM) en pacientes hospitalizados requiere de un equipo multidisciplinar, en el cual el papel del farmacéutico clínico es indispensable. La identificación de los efectos adversos que pueden derivarse del tratamiento farmacológico permite tomar decisiones clínicas que garanticen la seguridad del paciente. Presentamos el caso de una paciente con hipertensión arterial pulmonar (HAP) severa sometida a trasplante bipulmonar (TBP), que presenta como reacción adversa más destacada un síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) asociado al tratamiento inmunosupresor con tacrolimus.

La HAP es una patología poco frecuente y se caracteriza por un incremento de la resistencia vascular de las arterias pulmonares, acompañado de un aumento de la postcarga y una disfunción del ventrículo derecho. Aunque en el algoritmo terapéutico actual se contempla como estrategia inicial la mono, doble o triple terapia farmacológica, en casos severos refractarios a las terapias convencionales la única opción terapéutica es el trasplante, con las complicaciones que puedan derivarse de este.

El tacrolimus es uno de los fármacos de elección en el régimen de inmunosupresión primario de los pacientes trasplantados de órgano sólido (TOS), que inhibe la calcineurina, así como la formación de linfocinas (como la IL-2) y la activación de los linfocitos T. Además, inhibe la formación de linfocitos citotóxicos y la proliferación de linfocitos B dependientes de linfocitos T auxiliares. Esta actividad inmunosupresora permite evitar el rechazo del injerto.

El PRES puede tener etiologías diversas, que incluyen hipomagnesemia, sepsis, desordenes autoinmunes, eclampsia, aumento brusco de tensión arterial, enfermedad renal crónica o el uso de inhibidores de la calcineurina (ICN), como tacrolimus y ciclosporina. Se caracteriza por la presencia de edema vasogénico en áreas subcorticales, con afectación parietal y occipital, asociado a alteraciones neurológicas graves (como alteración de la visión, cefalea, confusión, alucinaciones y convulsiones)^{1,2}. Según estudios realizados, la incidencia del PRES asociada a ICN en TOS es del 0,13-0,49%³. La confirmación diagnóstica del PRES implica la suspensión inmediata del tratamiento con tacrolimus sistémico y, al asociarse a cambios bruscos de tensión, se aconseja un control adecuado de la presión sanguínea.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 22 años con HAP severa (clase funcional de la NYHA IV), sin alergias conocidas a medicamentos ni hábitos tóxicos, que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para inicio y monitorización de tratamiento endovenoso con epoprostenol, así como para valoración de trasplante pulmonar. Como antecedentes patológicos presenta trombocitopenia familiar tipo macrotrombocitopenia autosómica dominante (en seguimiento por hematología, pero sin tratamiento farmacológico), déficit de IgG₂, cardiopatía congénita (persistencia del conducto arterioso o PCA, corregido quirúrgicamente a los tres meses de edad) y una HAP severa de dos años de evolución. Secundario a esta HAP presenta disfagia, parálisis de la cuerda vocal izquierda (por compresión del nervio laríngeo) e insuficiencia respiratoria crónica agudizada. El tratamiento domiciliario para el manejo de la HAP consiste en una triple terapia oral con ambrisentán 10 mg/24h, tadalafilo 40 mg/24h y selexipag 1600 mg/12h.

Durante el ingreso, a pesar de iniciar tratamiento con perfusión continua de epoprostenol endovenoso a dosis crecientes (hasta 20 ng/kg/h), se evidencia deterioro respiratorio y requiere soporte con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) venovenosa como terapia puente al trasplante. A las dos semanas del ingreso se realiza TBP, presentando como complicación intraoperatoria un shock hemorrágico con edematización pulmonar bilateral e imposibilidad de cierre de la cavidad torácica. Se mantiene con ECMO venoarterial en el post operatorio. Requiere reintervención en varias ocasiones por importantes puntos de sangrado intratorácico y a los 20 días del TBP se retira el soporte con ECMO dada la mejora de la ventilación de la paciente. Ante moderada HAP residual resulta necesaria la pauta de óxido nítrico inhalado (hasta 15 ppm) y sildenafil vía oral (20 mg/8h), que se retiran progresivamente.

Como tratamiento inmunosupresor, el día del trasplante se administra una primera dosis de basiliximab 20 mg endovenoso y una segunda dosis a las 96h post-trasplante. Además, se inicia metilprednisolona endovenosa a dosis altas según protocolo hospitalario (125 mg/8h durante las primeras 24h post-trasplante), continuando con dosis de 1 mg/kg/día como mantenimiento. A los 5 días del trasplante se inicia micofenolato de mofetilo, que se mantiene a dosis de 250-1000 mg/12h según mielotoxicidad. Como profilaxis frente a citomegalovirus se utiliza ganciclovir (5 mg/kg/24h), que se tiene que suspender temporalmente ante la mielotoxicidad presentada.

A los 10 días post-trasplante se inicia tacrolimus vía enteral (0,05 mg/kg/12h), ajustando dosis según niveles valle del fármaco (concentraciones pre-dosis). Tras 25 días de tratamiento con tacrolimus, la paciente presenta alteraciones neurológicas, con desviación oculocefálica a la derecha, disminución del nivel de consciencia asociado a desaturación y movimientos sugestivos de crisis tónico-clónicas (poco valorable por la situación de miopatía de la paciente). Refiere visión de destellos móviles de luz blanca y alucinaciones visuales. Se administra 1 mg de clonazepam endovenoso, presentando recuperación con reversión completa de la clínica neurológica. Durante el episodio y las horas previas y posteriores la paciente se mantiene normotensa, con tensión arterial sistólica de 98-125 mm Hg y diastólica de 78-95 mm Hg. En ese momento la pauta de tacrolimus es Prograf® 3 mg/12h (0,06 mg/kg/12h). Los niveles valle de tacrolimus de la mañana previa al episodio son de 5,8 ng/mL y los del día siguiente de 7,2 ng/mL (objetivo terapéutico en el postoperatorio inmediato de trasplante pulmonar 10-15 ng/mL), presentando una correcta función renal (Cr 0,38 mg/dL).

En la **Figura 1** se observan los niveles valle diarios de tacrolimus los días previos y posteriores al desarrollo del PRES (se considera día 0), señalando entre que niveles de fármaco tuvo lugar la reacción adversa (RA). Se representa también la concentración mínima (Cmin) y máxima (Cmax) que constituyen el rango terapéutico establecido como objetivo en el post operatorio inmediato de TBP (10-15 ng/mL). No se observan niveles supraterapéuticos en las determinaciones realizadas y se evidencia un claro descenso tras el PRES, asociado a la retirada del tacrolimus.

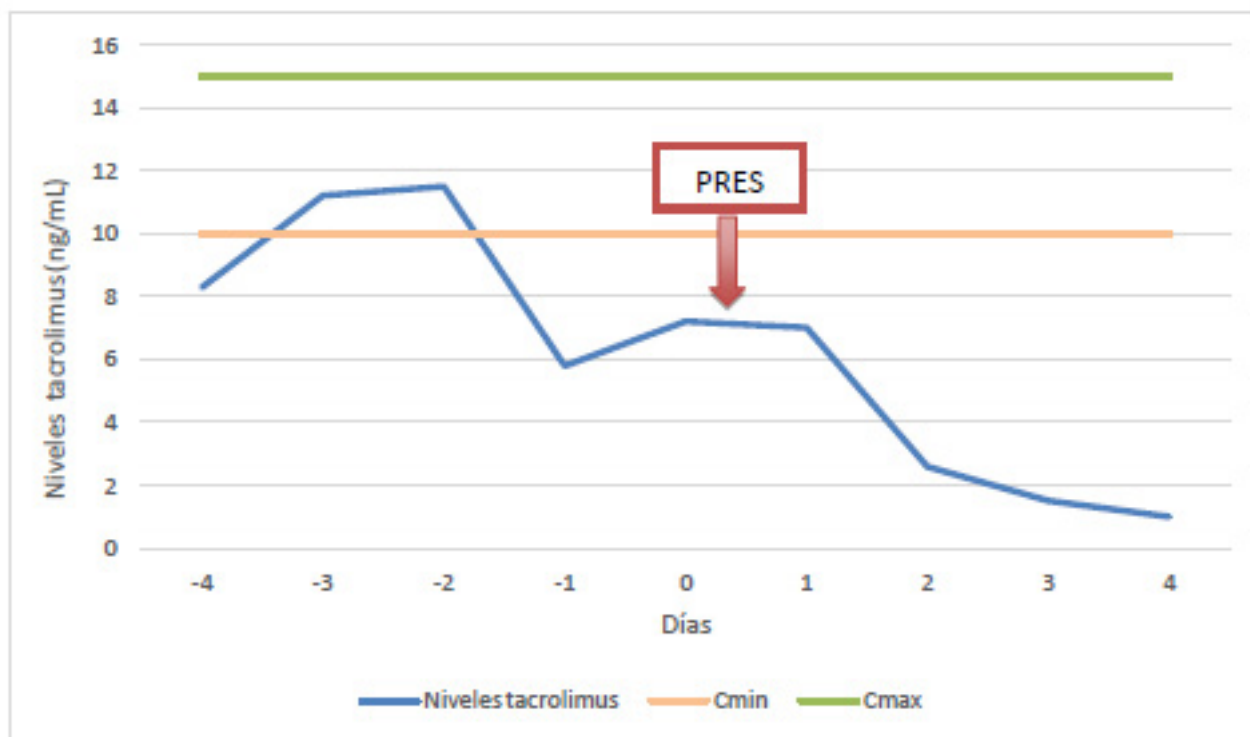


Figura 1. Evolución diaria de los niveles valle (pre-dosis) de tacrolimus antes y después de desarrollar el PRES (día 0).

En la Resonancia Magnética (RM) cerebral se evidencian pequeñas áreas de edema vasogénico cortico-subcorticales occipitales bilaterales sugestivas de corresponder a cambios por PRES, presentando además diversas microhemorragias en la sustancia blanca bihemisférica (posible relación con antecedente de ECMO). En el electroencefalograma (EEG) realizado se observan signos de afección neuronal en regiones temporal posterior y parieto-occipital del hemisferio izquierdo, con actividad de base conservada en hemisferio derecho. Ante estos hallazgos radiológicos, y teniendo en cuenta la clínica presentada por la paciente, el farmacéutico revisa bibliografía acerca del PRES como posible efecto adverso del tacrolimus. Se encuentran varios casos descritos de PRES en pacientes en tratamiento con tacrolimus y también está recogido en la Ficha Técnica^{1,3}. Se orienta como un PRES, por lo que se suspende tratamiento con tacrolimus y se inicia levetiracetam 500 mg/12h como profilaxis.

Dada la complicación neurológica severa que presenta en relación con el uso de tacrolimus y ante la necesidad de una estrategia inmunosupresora que garantice conservar el injerto y evitar el rechazo agudo, se inicia tratamiento con belatacept (10 mg/kg los días 0, 5 y 14). El belatacept es un bloqueante de los receptores CD80 y CD86, lo que impide la activación de linfocitos T mediada por CD28. Su uso está poco extendido en trasplante pulmonar, no obstante, existen publicaciones que avalan su uso en pautas de inmunosupresión sin ICN⁴. La paciente no presenta ningún otro síntoma neurológico tras la retirada del tacrolimus. Se mantiene corticoterapia y micofenolato de mofetilo, administrando una dosis puntual de 20 mg de basiliximab entre la suspensión de tacrolimus y el inicio de belatacept.

A los dos meses del trasplante, la paciente presenta mala evolución con hipoxemia refractaria, compatible clínica y radiológicamente con una neumonía necrotizante. Se somete a retrasplante (en el explante se observa crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa*), sufriendo múltiples complicaciones infecciosas que le provocan la muerte.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

El PRES asociado al tratamiento con tacrolimus es un efecto adverso poco frecuente y puede darse en pacientes con concentraciones terapéuticas del fármaco en sangre, como ocurre en nuestro caso. Además de las pruebas diagnósticas de confirmación y la evidencia en la literatura, al aplicar el algoritmo de causalidad de Naranjo se obtiene una puntuación total de 5 (ver Tabla 1), lo que permite definir como probable la relación de causalidad entre el tacrolimus y el PRES. El farmacéutico clínico colabora con el equipo médico en la decisión de cambiar el tacrolimus por una alternativa más segura, el belatacept.

	SI	NO	NO SE
1. ¿Existen notificaciones concluyentes sobre esta RA?	+1	0	0
2. ¿Se produjo la RA después de administrar el fármaco sospechoso?	+2	-1	0
3. ¿Mejóro la RA tras suspender la administración del fármaco?	+1	0	0
4. ¿Reapareció la RA tras la administración del fármaco?	+2	-1	0
5. ¿Existen causas alternativas (diferentes del fármaco) que podrían haber causado la RA por sí mismas?	-1	+2	0
6. ¿Reapareció la RA tras administrar un placebo?	-1	+1	0
7. ¿Se detectó el fármaco en la sangre (o en otros fluidos) en concentraciones tóxicas?	+1	0	0
8. ¿Fue la reacción más severa al aumentar la dosis o menos al disminuirla?	+1	0	0
9. ¿Tuvo el paciente alguna reacción similar causada por el mismo fármaco u otro semejante en cualquier exposición anterior?	+1	0	0
10. ¿Se confirmó el acontecimiento adverso por cualquier evidencia objetiva?	+1	0	0
PUNTUACIÓN TOTAL:		5 → PROBABLE	

Tabla 1. Algoritmo de Naranjo para evaluar la causalidad entre la administración de un medicamento y la aparición de una reacción adversa (RA). Según la puntuación final: definida si 9 o más puntos, probable si 5-8 puntos, posible si 1-4 puntos y dudosa si 0 o inferior.

Aunque el belatacept no tiene indicación aprobada en trasplante pulmonar, varios estudios publicados demuestran su eficacia en pacientes que presentan neurotoxicidad por ICN^{4,5}. Al ser una indicación no autorizada, se requiere un informe médico que justifique su uso y la aprobación por parte de una comisión farmacoterapéutica que evalúa los tratamientos en situaciones especiales según su evidencia de uso, en la que participan varios farmacéuticos.

Podemos concluir que el PRES asociado a ICN, tal como se da en nuestro caso, es un efecto adverso poco frecuente y reversible pero con relevancia clínica, lo que hace necesario un diagnóstico diferencial precoz y la optimización del tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados. El tratamiento con inmunosupresores en pacientes trasplantados requiere, además de una monitorización farmacocinética, un estrecho seguimiento que permita la detección de los posibles efectos adversos que puedan aparecer.

BIBLIOGRAFÍA

- Davi CB, [Moraes BP](#), [Lichtenfels BF](#), [Castro Filho JBS](#), [Portal MM](#), [Montenegro RM](#). Posterior reversible leukoencephalopathy syndrome (PRES) after kidney transplantation: a case report. [J Bras Nefrol](#). 2018;40(1):91-94.
- Kapoor A, [Birks E](#), [Lenneman A](#), [McCants K](#). Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome after Heart Transplantation: Diagnosis and Immunosuppressive Therapy. [Tex Heart Inst J](#). 2017;44(3):205-208.
- Song T, Rao Z, Tan Q, Yang Q, Liu J, Huang Z. Calcineurin Inhibitors Associated Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome in Solid Organ Transplantation: Report of 2 Cases and Literature Review. [Medicine \(Baltimore\)](#). 2016;95(14):e3173.
- Lasella CJ, [Winstead RJ](#), [Moore CA](#), [Johnson BA](#), [Feinberg AT](#), [Morrell MR](#). Maintenance Belatacept-Based Immunosuppression in Lung Transplantation Recipients Who Failed Calcineurin Inhibitors. [Transplantation](#). 2018;102(1):171-177.
- Ensor CR, [Goehring KC](#), [Lasella CJ](#), [Moore CA](#), [Lendermon EA](#), [McDyer JF](#). Belatacept for maintenance immunosuppression in cardiothoracic transplantation: The potential frontier. [Clin Transplant](#). 2018;32(10):e13363.

13. ÁCIDO TRICLOROACÉTICO 20% EN HIPERQUERATOSIS SEVERA SECUNDARIA A UNA ELEFANTIASIS VERRUCOSA NOSTRA

PAULA GRANDA LOBATO

INTRODUCCIÓN

El linfedema es un edema crónico debido a la acumulación de líquido intersticial causado por un mal drenaje linfático. La afectación cutánea es frecuente y abarca hiperqueratosis, hiperpigmentación, verrugas, papilomas e infecciones micóticas. En raras ocasiones, el miembro afectado aumenta extremadamente de tamaño y la hiperqueratosis se agrava, dando la apariencia de piel de elefante (elefantiasis).

La elefantiasis verrucosa nostra (EVN) es el grado más avanzado del linfedema crónico no filariásico. La acumulación prolongada de fluido intersticial, rico en proteínas, induce una proliferación de fibroblastos afectando a la respuesta inmune local, lo que conduce a una mayor fibrosis de la dermis y a un aumento de la susceptibilidad a infecciones¹.

El abordaje terapéutico de la EVN abarca desde medidas conservadoras como el uso de vendajes compresivos, hasta tratamientos con fármacos como furosemda o tolvaptan² e intervenciones quirúrgicas.

Las miasis cutáneas son parasitosis producidas por larvas de dípteros. En nuestro medio son infrecuentes y aparecen fundamentalmente en pacientes con factores de riesgo como edad avanzada, falta de higiene personal, enfermedad vascular periférica o diabetes mellitus. Algunas afecciones dermatológicas como úlceras, psoriasis, enfermedad vascular o hiperqueratosis están relacionadas con las miasis. Suelen ser cuadros autolimitados con escasa morbilidad, siendo la complicación más frecuente la sobreinfección bacteriana de la lesión. El tratamiento inicial se basa en el lavado de la piel, en la aplicación tópica de antisépticos, y la eliminación manual de las larvas³.

El ácido tricloroacético (TCA) es un derivado del ácido acético, un agente cáustico ampliamente utilizado en dermatología, principalmente como descamante.

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de EVN en miembros inferiores (MMII) complicada con miasis, que requirió ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y fue tratada con antibióticos de amplio espectro y solución tópica de TCA al 20 %.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 73 años, natural de España, con 85 kg de peso y que vive en su domicilio con su marido. Lleva una vida sedentaria y sufre de estado de abandono con déficit de higiene personal. Es remitida a urgencias del hospital por los servicios de emergencias (SUMMA) el día 30 de octubre, por presentar deterioro del nivel de conciencia y astenia en las 48 horas previas a su llegada. Durante la exploración inicial la familia refirió un aumento de volumen de MMII de varios meses de evolución. Requirió ingreso ese mismo día en la UCI por presentar bajo nivel de conciencia y crisis tónico-clónicas. Desde el punto de vista infeccioso, la paciente a la llegada a la urgencia se encontraba hipotérmica con los siguientes valores de reactantes de fase aguda: Proteína C reactiva 18.3 mg/dl, procalcitonina 3.23 ng/ml y fibrinógeno 563 mg/dl. Los valores de eosinófilos se encontraban dentro de la normalidad. En la exploración física se objetivó una elefantiasis en MMII complicada con hiperqueratosis y lesiones ulceradas exudativas en toda la extensión de ambas piernas (Fig.1). En la muestra del exudado cutáneo recogida al ingreso se identificaron *Proteus vulgaris* y *Morganella morganii*. A las 48 horas la paciente presentó un shock séptico de probable origen cutáneo con fracaso multiorgánico.

Desde su ingreso en UCI se realizó cobertura antibiótica empírica con meropenem 2 g cada 8 horas, linezolid 600 mg cada 12 horas y amikacina 1,5 g cada 24 horas. Al tercer día se ajustó la posología de amikacina a terapia de reemplazo renal continuo (aclaramiento de creatinina el 3 de noviembre de 45 ml/min), administrándose cada 48 horas.



Figura 1. Imagen tomada el primer día de ingreso donde se aprecian las lesiones.

Figura 2. Larvas de musca domestica aisladas en las lesiones.

Al cuarto día de tratamiento se retiró la amikacina, se suspendió linezolid por trombopenia severa y se inició daptomicina a dosis de 10 mg/kg/48h. El segundo día de ingreso se advirtió la presencia de larvas, eliminándose manualmente con pinzas. Los valores normales de eosinófilos de la paciente pueden deberse a que la eosinofilia es detectable por lo general en el periodo prepatente de la parasitación, es decir, antes de la aparición de las estructuras parasitarias diagnósticas:

huevos o larvas⁴, presentes ya al ingreso de la paciente. Ante el hallazgo de larvas, identificadas como ejemplares de *musca domestica* (Fig. 2), la paciente recibió tratamiento con albendazol 400mg/12h (desde el segundo al octavo día de ingreso). El séptimo día se obtuvieron los resultados del antibiograma del exudado cutáneo, por lo que se suspendió daptomicina y continuó con meropenem, de acuerdo a la sensibilidad reflejada en el antibiograma, hasta completar dos semanas de tratamiento.

El Servicio de Cirugía Plástica, tras el diagnóstico de la ENV en la UCI, contactó con el área de farmacotecnia del Servicio de Farmacia Hospitalaria y Productos Sanitarios (SF) solicitando una solución de TCA para el tratamiento de hiperqueratosis severa en áreas extensas de la piel. Desde el tercer día de ingreso se realizaron curas diarias con una solución de TCA al 20 %.

Tras dos días de tratamiento las lesiones presentaron mejor aspecto y se objetivó ausencia de larvas, pero continuó presentando una hiperqueratosis importante. Las zonas que ya no presentaban hiperqueratosis se trataron con mupirocina 20 mg/g pomada. Se mantuvo tratamiento con TCA 20% hasta completar 12 días de tratamiento, hasta la desaparición total de las lesiones hiperqueratósicas (Fig. 3).



Figura 3. Aspecto de los MMII tras 12 días de tratamiento con TCA 20%.

Tras la resolución de shock séptico, al día 14 de ingreso en UCI, se traslada a la planta de Medicina Interna (MIN). Al día siguiente reingresa en UCI por insuficiencia respiratoria con hemocultivos negativos. A los 6 días es trasladada de nuevo a MIN y al día siguiente recibe el alta a domicilio tras 52 días de ingreso.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

El TCA es un derivado del ácido acético que se emplea para exfoliaciones químicas de la piel a nivel superficial (epidermis) y mediana profundidad (dermis papilar superficial hasta dermis reticular media)⁵.

No se absorbe por vía sistémica ya que se desnaturaliza en contacto con el tejido, por lo que sus efectos secundarios son localizados en la piel (eccemas irritativos o cicatrices distróficas).

El TCA provoca una necrosis coagulativa de las células a través de la desnaturalización proteica. La profundidad de la necrosis se correlaciona con la concentración de TCA⁶. El rango de concentraciones que se pueden preparar está entre 20-80 %. Habitualmente se utiliza en tratamiento de verrugas, condilomas, cicatrices viriliformes y *peelings* en piel acneica y gruesa. Para el tratamiento de la queratosis se emplea a una concentración al 20-35%, en una única aplicación.

Un hecho diferencial respecto a los casos previos de uso de TCA en queratosis, es que la paciente presentaba una hiperqueratosis severa en ambas piernas, por lo que la extensión a tratar era superior a las recogidas en la bibliografía relativa al uso de TCA como exfoliante. Además, dada su gravedad, requería más de una única aplicación.

La aplicación de TCA en *peelings* químicos se realiza mediante aplicadores con algodón en su punta, frotando suavemente, tratando de extender el líquido de forma homogénea, sin excesiva rudeza. El ácido dará lugar a una escarcha blanquecina sobre la piel, momento en el que debe ser neutralizado mediante una esponja impregnada en una solución básica. Esta maniobra suele llevarse a cabo 30-90 segundos después de la aplicación del ácido o antes si el paciente refiere una gran sensación de ardor o escozor. En este caso para realizar las curas se usaron fomentos de TCA 20% y se cubrieron las lesiones durante 24 horas con un vendaje oclusivo, tras retirarlo se realizaba el desbridamiento raspando con una esponja empapada en solución de clorhexidina al 4%. Una vez finalizado el desbridamiento se limpiaba la zona (Fig. 4) y se volvía a realizar la cura con TCA 20%, repitiendo esta operación una vez al día durante 12 días.

Si bien el uso de la solución de TCA al 20% está ampliamente extendido, se desconocía la eficacia y tolerancia en el tratamiento de hiperqueratosis severas en grandes superficies aplicado de forma continuada. Tras la petición de TCA por parte del Servicio de Cirugía Plástica al SF, éste, como parte del equipo multidisciplinar que participó en el abordaje farmacoter-

péutico de la paciente, realizó una revisión bibliográfica para determinar la concentración de TCA idónea, teniendo en cuenta la gravedad de las lesiones y las posibles reacciones adversas de su aplicación continuada en fomentos.



Figura 4. Desbridamiento de la capa de hiperqueratosis tras retirada de fomentos.

Aunque dada la gravedad de las lesiones de la paciente se valoró una concentración de TCA más elevada que permitiese una penetración a capas más profundas de la dermis, se optó por una concentración del 20% ya que su aplicación de forma repetida y vigorosa equivalía a una concentración del 45%⁵, pero con la ventaja de poder controlar mejor su tolerancia. Una vez recibida la materia prima, se realizó la recepción y control de calidad mediante osmolaridad. Se elaboró la fórmula magistral de acuerdo al procedimiento normalizado correspondiente, trabajando en cabina de seguridad biológica clase I: para una solución de 500 ml de TCA 20% se pesaron directamente 100 g de TCA en un vaso de precipitados, se añadió una porción de agua purificada y se disolvió mediante agitación. Pasamos la solución a una probeta graduada y enrasamos con agua purificada hasta el volumen final. En un vaso de precipitados homogeneizamos la solución y la envasamos en frasco de vidrio topacio. Se instruyó al personal de enfermería para garantizar su correcta utilización y su administración en condiciones de seguridad. Al tratarse de una solución muy caustica y tóxica por inhalación, se indicó su manipulación con EPI incluyendo protección ocular y mascarilla FFP3.

La aplicación de fomentos a base de TCA 20% durante tiempo prolongado presentó buena tolerancia y eficacia óptima para el tratamiento de hiperqueratosis severa complicada con miasis.

La colaboración del SF con el Servicio de Cirugía Plástica permitió ofrecer una solución terapéutica eficaz para la resolución del caso.

BIBLIOGRAFÍA

González Aspillaga MC, Fuenzalida C, Chávez HF. Elefantiasis verrucosa nostra: clínica, dermatoscopia y manejo. *Piel: Formación Continuada en Dermatología*. 2018; 475-477.

Eda Y, Arita Y, Ogasawara N, Hasegawa S. Tolvaptan for the Treatment of Elephantiasis Nostras Verrucosa. *Intern Med Tokyo Jpn*. 2019 15; 58(22):3347– 8.

Amaya-González ML, Ruz-Zafra MA, Muñoz-Claros A, Ruiz-Cantero A. Miasis cutánea. A propósito de un caso. *Rev. Esp. Casos Clin. Med. Intern. (RECCMI)*. 2016; 1(1): 10-12.

Borrás R et al., La eosinofilia periférica como signo de una parasitosis: a propósito de la parasitación por *Hymenolepis nana* [Internet]. *Control calidad SEIMC*: 1998. [Consultado 2 May 2020].

Disponible en https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/parasitologia/Reos_inofilia.pdf

López Martín-Prieto S, Sánchez Conejo-Mir J. Peeling químico con ácido tricloroacético. Un peeling clásico de máxima actualidad. *Actas dermo- sifiliograficas*. 2001; 92(12): 537-547.

Ekmekey P, Bostanci S, Gurguey E. The efficacy of Chemical peeling performed with Jessner's solution and 35% TCA in the treatment of melasma. *Klin J Dermat* 2001; 11:211-216



PROYECTOS I+D



PROYECTOS I+D

CLASIFICACIÓN:

6. CONTROL DE CALIDAD Y TRAZABILIDAD DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN LAS UNIDADES DE HOSPITAL A DOMICILIO MEDIANTE EL ANÁLISIS DE RIESGOS

AUTORES

BERNABEU MARTÍNEZ MA, GARCÍA SALOM P, BURGOS SAN JOSÉ A, NAVARRO RUIZ A, SANZ VALERO J, WANDENBERGUE LOZANO C

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE. CARRETERA, N-332, S/N, 03550. ALICANTE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La manipulación de medicamentos peligrosos (MP) es uno de los factores de riesgo más importantes para la salud de los profesionales sanitarios.

En este sentido, la evaluación de riesgos se torna un punto clave en la gestión y control del proceso de los MP, pues sobre sus resultados se sustentan todas las medidas adoptadas para garantizar la seguridad del proceso.

OBJETIVOS

Evaluar los riesgos químicos del proceso de manipulación de MP en las etapas de conservación, transporte, administración y gestión de residuos desarrollando e implantando una herramienta informatizada que permita conocer y auditar el sistema de forma continua y dinámica.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Disponer de un sistema de gestión de riesgos del proceso de los MP basado en el Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control, aplicable a cualquier hospital, que permitirá la instauración y seguimiento de una planificación preventiva eficaz. Además, se desarrollará una herramienta informatizada que integrará los MP en un sistema normalizado de gestión, generando una sólida base de datos que refleje la evolución de las condiciones de trabajo y permita la re-evaluación constante del sistema y su actualización mediante la cuantificación de la probabilidad de suceso, que se recalculará a partir del histórico de incidencias y no conformidades mediante técnicas de Data Analytics.

DISEÑO Y MÉTODO

El proyecto se llevará a cabo en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) y el Hospital General Universitario de Elche (HGUE), la Universidad de Vigo (UV) y la Universidad Miguel Hernández (UMH).

Fase I: desarrollo de las etapas del proceso mediante notación gráfica normalizada Business Process Model Notation y cuadros de gestión (identificación de peligros) mediante consenso de expertos (investigadores del estudio).

Fase II: valoración de la probabilidad del suceso adverso en cada etapa, mediante encuesta a grupos de expertos pertenecientes al grupo español para el desarrollo de la farmacia oncológica (GEDEFO), al grupo de trabajo de gestión y calidad de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio y al servicio de prevención de riesgos laborales y medicina preventiva de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.

Fase III: evaluación de riesgos mediante cálculo de índices de criticidad para determinar los Puntos Críticos de Control, límites críticos, medidas de control y correctivas.

Fase IV: desarrollo del soporte tecnológico para la captura de datos, mediante agentes software que centralicen y almacenen los datos en un servidor común, de acuerdo a un modelo semántico.

Fase V: verificación clínico-farmacéutica del sistema de gestión de riesgos y de la herramienta informática en los hospitales participantes. Todos los registros, documentos, desviaciones y/o no conformidades, acciones preventivas y correctivas del proceso serán archivados en un histórico (repositorio).

CALENDARIO PREVISTO

Fase I: 4 meses;

Fase II: 5 meses;

Fase III: 5 meses;

Fase IV: 3 meses;

Fase V: 6 meses.

LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

La valoración de la probabilidad de exposición se realizará mediante estimación subjetiva de expertos. Si bien es probable que esta estimación no sea exacta, se considera cercana a la realidad en base a la gran experiencia profesional de los participantes. La valoración cuantitativa de la exposición a los MP, considerado el gold estándar en evaluación de riesgos químicos, no aplica a los MP, pues implica comparación con un valor límite de referencia. Para los MP no existe un umbral por debajo del cual haya seguridad de que el efecto dañino no se va a producir.

PROBLEMAS ÉTICOS

No se contemplan, pues no se consideran datos clínicos de los pacientes ni datos personales de los profesionales que participen.

ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

Fase I, II, III y V: investigadores de HGUA, HGUE y UMH.

Fase IV: investigadores de UMH y UV

PRESUPUESTO: 85.000 € (este trabajo cuenta con ayuda del Instituto de Salud Carlos III (Proyecto de Investigación en Salud PI16/00788).

BIBLIOGRAFÍA

1. http://compoundingtoday.com/Compliance/HDCS_Consensus_Statement.pdf
2. <https://goo.gl/gvzRST>

TWEET RESUMEN

Control de calidad y trazabilidad de Medicamentos Peligrosos mediante el análisis de riesgos #medicamentospeligrosos

CLASIFICACIÓN:

2. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS HERRAMIENTAS DE DESPRESCRIPCIÓN LESS-CHRON Y STOP-PAL EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. PROYECTO LESTOP-PROJECT

AUTORES

MEJIAS TRUEBA M, RODRIGUEZ PEREZ AA, GALVAN BANQUERI M, BERNABEU WITTEL M, NIETO MARTIN MD, BARON FRANCO B, HERNANDEZ QUILES C, SANTOS RAMOS B
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVENIDA MANUEL SIUROT S/N. SEVILLA

RESUMEN

Los pacientes pluripatológicos (PPP), en su mayoría polimedificados, se encuentran expuestos a numerosos efectos adversos e interacciones, y suelen presentar menor adherencia a los tratamientos.

La desprescripción consiste en la revisión del plan terapéutico con el objetivo de simplificarlo, teniendo en cuenta preferencias del paciente, pronóstico y entorno. Se conocen dos herramientas diseñadas para la desprescripción, en pacientes con características similares: LESS-CHRON1 y STOPP-Pal2. Existe mucho desarrollo teórico, pero hay una clara ausencia de estudios de validación clínica.

El objetivo principal es comparar el porcentaje de éxito en la desprescripción entre las herramientas LESS-CHRON y STOPP-Pal en una población de pacientes con necesidades complejas de salud.

Objetivos secundarios:

- Analizar el objetivo principal en función del pronóstico de los pacientes (PROFUND ≤ 11 o > 11 puntos), del grado de polimedicación y de los grupos farmacológicos de los principales fármacos desprescritos.
- Analizar qué herramienta identifica más oportunidades de desprescripción teórica sobre la población total del estudio y por subgrupos.
- Comparar entre las dos herramientas el impacto en salud, en la adherencia y en medidas de frecuentación sanitaria.

Aplicabilidad y utilidad de los resultados

Conocer qué herramienta funciona mejor en la globalidad de los crónicos complejos, y saber cuál funciona mejor en cada estadiaje pronóstico, en referencia a la polimedicación y al resto de indicadores. Todo ello permitirá recomendar el empleo de una u otra herramienta para cada situación clínica en función de una evidencia sólida, optimizando el tiempo de los profesionales sanitarios y el beneficio para los pacientes.

Además, nuestro grupo está trabajando en el desarrollo de una aplicación web, que permitiría emplear, la herramienta LESS-CHRON de manera automatizada, facilitando su uso y fomentando una mayor explotación.

Diseño y método:

Estudio de intervención, prospectivo, aleatorizado por bloques de grupos paralelos y unicéntrico. Los sujetos serán PPP o crónicos complejos que se asignarán en proporción 1:1 al brazo "desprescripción mediante la herramienta LESS-CHRON" o al brazo "desprescripción mediante la herramienta STOPP-Pal".

El objetivo principal consistirá en analizar el porcentaje real de desprescripción conseguida, medida mediante el porcentaje de éxito. Suponiendo una diferencia en el porcentaje de éxito del 10% y teniendo en cuenta un 15% de pérdidas, se incluirán 300 pacientes.

Se consignarán variables descriptoras socio-demográficas, clínicas y del tratamiento farmacológico y variables resultado, que se dividirán en dos grupos de análisis: a) Referidos a resultados en función de los fármacos desprescritos: eventos adversos concretos, porcentaje de reintroducción; b) Referidos a resultados en salud: nº de ingresos hospitalarios no esperados, visitas a urgencias, autopercepción en salud, deterioro cognitivo, carga anticolinérgica, frecuencia de caídas, capacidad para realización de actividades de la vida diaria.

Limitaciones del estudio y posibles sesgos

- La herramienta STOPP-Pal está más enfocada a pacientes paliativos, lo que podría interferir en los resultados, sin embargo, no se dispone de un mejor comparador, dado que el empleo de placebo no estaría justificado.

Problemas éticos

El proyecto tiene la aprobación del CEIm de referencia.

Organización del estudio

El estudio se desarrollará en dos fases simultáneas. La primera consistirá en el screening de pacientes a incluir y tiene como objetivo la evaluación de las oportunidades de desprescripción que genera la aplicación teórica de cada una de las herramientas. La segunda constituirá la fase de intervención; los pacientes serán aleatorizados por bloques y se recogerán las variables referidas al tratamiento y los resultados en salud.

Presupuesto
Sin financiación.

Bibliografía

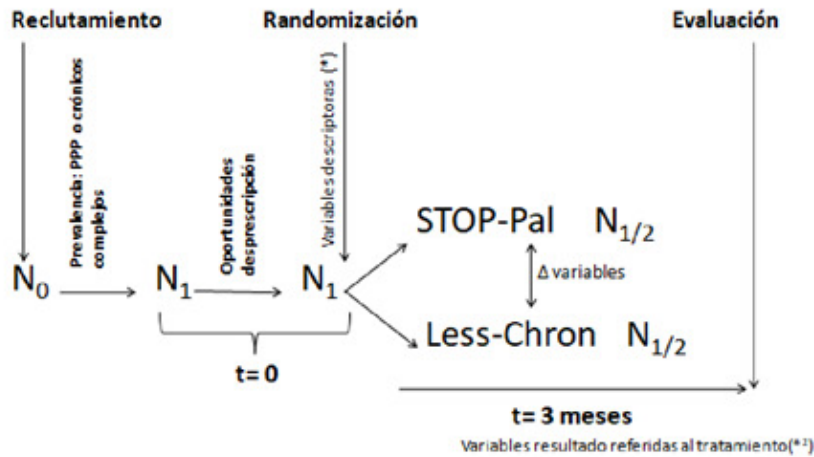
1 Rodríguez-Pérez A, Alfaro-Lara ER, Albiñana-Perez S, Nieto Martín MD, Díez Manglano J, Pérez Guerrero C, et al. Novel tool for deprescribing in chronic patients with multimorbidity: List of evidence-based deprescribing for chronic patients criteria. *Geriatr Gerontol Int.* 2017a. 17: 2200–2207

2 Lavan AH, Gallagher P, Parsons C, O’Mahony D. STOPP-Frail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. *Age Ageing.* 2017. (4):600-607.

TWEET RESUMEN

Proyecto LESTOP-PROJECT: desprescripción en pacientes pluripatológicos

IMAGEN O GRÁFICO DEL PROYECTO



* Socio-demográficos, tratamiento farmacológico, clínicos, número de ingresos y días de hospitalización, nº de caídas.

** Porcentaje de éxito, fármaco retirado/paciente, grupo farmacológico retirado, efectos adversos, índice de complejidad, motivo de reintroducción de fármaco.

Las variables dependientes referidas a resultados en salud serán medidas a los 12 meses.

Tarea	Año	Meses
Elaboración del CRD electrónico	I	1-2
Consentimiento informado	I-II	1 a 18
Lista de pacientes y recogida de HC y tratamiento	I-II	1 a 18
Aplicación de los criterios de inclusión/exclusión	I-II	1 a 18
Aplicación de LESS-CHRON y recogida de variables	I-II	1 a 18
Aplicación de STOPP-Pal y recogida de variables	I-II	1 a 18
Aleatorización y elaboración de informe	I-II	1 a 18
Deprescripción de fármacos	I-II	1 a 18
Seguimiento de pacientes	I-II	1 a 24
Recogida de variables	I-II	1 a 24
Tratamiento de datos y análisis estadístico	II	12-24
Envío y diseminación de resultados	II	12-24

CLASIFICACIÓN:**8. IMPACTO CLÍNICO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA FARMACOGENÉTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL****AUTORES**

HERNÁNDEZ GUÍO A, CORNO CAPARRÓS A, CASTRO SÁNCHEZ P, CALLEJA HERNÁNDEZ MÁ, AZNAR SALIENTE MT
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE. CTRA. NACIONAL 332, S/N. ALICANTE

RESUMEN**Introducción**

Aproximadamente el 30% de los pacientes en tratamiento con fluoropirimidinas desarrollan toxicidades severas y a veces mortales. Una posible explicación en un subgrupo, es la variabilidad interindividual en la actividad de las proteínas relacionadas con la farmacocinética y farmacodinamia.

Especialmente, los polimorfismos expresados en DPYD, gen que codifica para la dhidropirimidina deshidrogenasa (DPD). La DPD es la enzima limitante del catabolismo de las fluoropirimidinas. Pacientes con baja actividad de la enzima presentan reducción del aclaramiento, provocando toxicidad severa que compromete la continuidad del tratamiento y puede ser mortal. En la práctica clínica, se ha demostrado que cuatro variantes genéticas del DPYD reducen la actividad enzimática de forma clínicamente relevante.

También es importante, la regulación de la DPD a nivel postranscripcional. Se ha demostrado la influencia de polimorfismos en MIR27A. El polimorfismo rs895819, aumenta la expresión de miR 27a y se asocia con una disminución de la actividad del DPD en células. Pacientes con variantes DPYD y polimorfismos en MIR27A tienen más riesgo de toxicidad grave y temprana asociada a fluoropirimidinas.

Realizar un screening de las variantes genéticas del DPYD y MIR27A, antes de comenzar el tratamiento y ajustar la dosis según el resultado del mismo, parece una herramienta eficaz para mejorar la seguridad de los pacientes.

El 11 de Mayo del 2020 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios publica una nota de seguridad, en la que expone la necesidad de las determinaciones de DPYD antes de iniciar tratamiento con fluoropirimidinas. Tras la publicación de esta, en el Hospital donde se va a desarrollar el proyecto, se decide incorporar las determinaciones de DPYD a la práctica clínica habitual.

Aplicabilidad y Utilidad de los resultados

La implantación de estas determinaciones podría ser una herramienta útil para realizar una medicina más personalizada y aumentar la seguridad del paciente, siempre y cuando se demuestre que la disponibilidad de un informe farmacogenético previo al inicio, tiene influencia positiva. En función de los resultados obtenidos, se valorará el impacto clínico de estas determinaciones.

Objetivo

Evaluar el impacto clínico de la implementación de la farmacogenética en la reducción de toxicidad en pacientes tratados con fluoropirimidinas (grupo intervención), comparando la frecuencia y grado de efectos adversos con una población de mismas características y tratamiento, pero sin orientación farmacogenética (grupo control).

Diseño y Método

Diseño ambispectivo, quasi-experimental, unicéntrico, que se llevará a cabo mediante la implantación de protocolo coordinado entre Farmacia, Oncología Médica y Laboratorio.

De forma rutinaria, en el hospital se van a determinar: rs3918290, rs55886062, rs67376798, rs75017182. Se incorpora al proyecto, el MIR27A.

El tamaño muestral es 294 pacientes, repartidos en dos grupos equilibrados, 147 para el grupo de la intervención y 147 para el grupo control.

Grupo intervención: Pacientes con previsión de iniciar tratamiento con fluoropirimidinas y sobre los cuales se va a implantar un protocolo farmacogenético.

Grupo control: pacientes que recibieron al menos un ciclo con fluoropirimidinas en un periodo anterior a la disponibilidad del protocolo farmacogenético. Por razones éticas, teniendo en cuenta las recomendaciones de ficha técnica y la nota de seguridad, se recogen de forma retrospectiva.

La toxicidad la evaluará y clasificará el oncólogo siguiendo criterios: Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0.

Proyecto aprobado por Comité Ético del Hospital.

Limitaciones y posibles sesgos

La principal limitación es la parte retrospectiva, para tratar de solventarla, se decide realizar una auditoría de calidad de los registros retrospectivos, para así determinar la calidad y fiabilidad de los datos recogidos en el grupo control.

Calendario previsto

El tiempo estimado de recogida de datos es un año, después se procederá al tratamiento estadístico de los datos y redacción de resultados.

Presupuesto

El coste es el material fungible (aproximadamente 5100 euros). Pendiente de financiación.

Bibliografía

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29152729/>

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26804235/?from_single_result=Rs895819+in+MIR27A+improves+the+predictive+value+of+DPYD+variants+to+identify+patients+at+risk+of+severe+fluoropyrimidine%E2%80%90associated+toxicity&expanded_search_query=Rs895819+in+MIR27A+improves+the+predictive+value+of+DPYD+variants+to+identify+patients+at+risk+of+severe+fluoropyrimidine%E2%80%90associated+toxicity

TWEET RESUMEN

Impacto clínico de la implementación de la farmacogenética en la reducción de toxicidad en pacientes tratados con fluoropirimidinas #DPYD

CLASIFICACIÓN:**5. ETANOL INHALADO COMO FORMULACIÓN MAGISTRAL EN COVID-19: PUESTA EN MARCHA DE UN ENSAYO CLÍNICO IMPULSADO DESDE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA****AUTORES**

CASTRO BALADO A, MONDELO GARCÍA, VARELA REY, GARCÍA QUINTANILLA, BANDÍN VILAR EJ, GONZÁLEZ BARCIA, ZARRA FERRO, FERNÁNDEZ FERREIRO
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

RESUMEN**1) HIPÓTESIS Y OBJETIVO:**

El elevado ritmo de contagio del SARS-CoV-2, la amenaza de colapso del sistema sanitario y el impacto económico de la pandemia han propiciado la investigación a contrarreloj. La ausencia de fármacos eficaces deja a un elevado número de pacientes en situación de vacío terapéutico, obligando a los clínicos a recurrir a cauces terapéuticos alternativos como la formulación magistral (FM). La FM de etanol vía inhalatoria, podría posicionarse como un arma poderosa desde la Farmacia Hospitalaria gracias a nuestro dominio de la farmacotecnia y conocimiento de la farmacología.

El objetivo es mostrar la puesta en marcha y primeros resultados de un ensayo clínico (EC) liderado por la Farmacia Hospitalaria para el tratamiento de pacientes COVID-19 positivo en estadios iniciales de la enfermedad.

2) ANTECEDENTES:

La utilización de etanol vía inhalatoria como FM se reporta desde 1956 en edema agudo de pulmón y como alternativa en deprivaciones alcohólicas en postoperatorios neuroquirúrgicos. La administración de antisépticos o desinfectantes podría tener cabida en el tratamiento del SARS-CoV-2, si bien es preciso ser muy cautelosos con el tipo de compuesto y vía de administración. El etanol actúa como antiséptico frente a virus con envoltura, desnaturalizando la membrana viral y provocando la pérdida de ácidos nucleicos. En pacientes con un cuadro leve se aislaron virus activos en garganta y pulmones hasta el día 8 tras el inicio de síntomas, alcanzándose el pico de carga viral antes del día 5. De esta forma, su administración en el lugar de replicación inicial podría disminuir la viremia en estadios iniciales y, consecuentemente, mejorar su pronóstico.

3) FASES DEL PROYECTO:

a) Desarrollo y caracterización de la FM de etanol 65º para vía inhalatoria: 2 primeros meses de la pandemia. Se han llevado a cabo estudios de determinación de etanol vaporizado mediante dos flujos de oxígeno (2 y 3 litros/minuto) con la técnica de espacio de cabeza acoplado a cromatografía de gases y espectrometría de masas (HS-GC-MS), cuyos resultados se encuentran pendientes de publicación.

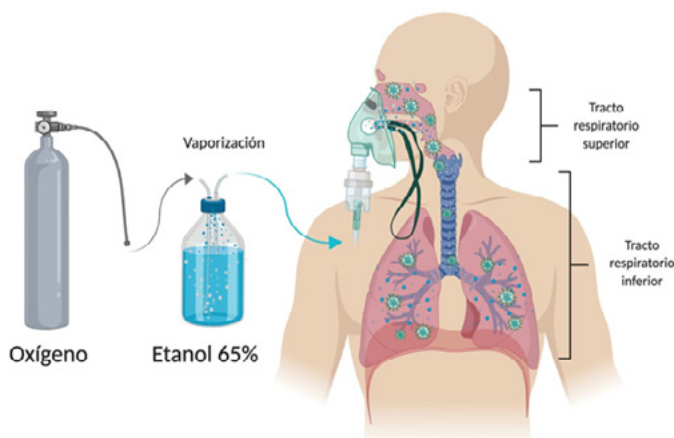
b) Trámites para autorización CEIC y AEMPS: 2-3 meses. Se han tramitado las autorizaciones por el CEIC y AEMPS (pendiente de resolución en el momento actual tras primeras aclaraciones enviadas) para iniciar un ensayo clínico fase III, favorecido por los procedimientos acelerados de aprobación puestos en marcha tras la irrupción de la pandemia.

c) Ensayo clínico de intervención doble ciego: 12 meses. Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con etanol 65º vaporizado mediante oxigenoterapia a 2L/min tres veces al día (15 min de inhalación) durante 5 días, junto con el tratamiento oral recomendado por el Ministerio de Sanidad en el momento. Reclutamiento: 10 meses (calculo muestral estadístico: 71 pacientes por rama; sujetos: pacientes institucionalizados de ≥ 65 años, COVID-19 confirmado por RT-PCR y ausencia de disnea y neumonía). La eficacia se medirá según la progresión a estadios de mayor gravedad definidos por neumonía, distrés respiratorio, sepsis, shock séptico o fallecimiento a los 14 y 28 días de seguimiento (según la clasificación de gravedad de la enfermedad del Ministerio de Sanidad).

Esta nueva estrategia terapéutica liderada por la Farmacia Hospitalaria podría suponer una mejora significativa para los pacientes con COVID-19, ya que la administración inhalada de etanol vaporizado es un tratamiento fácilmente disponible a nivel hospitalario como FM, por lo que su utilización puede ser inmediata y trasladable a la práctica clínica real en el caso de que la intervención farmacológica resulte exitosa. La viabilidad del proyecto será posible gracias al grupo multidisciplinar de investigadores que lo integran: farmacéuticos, neumólogos, internistas y microbiólogos, expertos en cada una de las áreas, pudiendo de este modo obtener las sinergias necesarias para asegurar el éxito en la obtención de resultados.

TWEET RESUMEN

ALCOVID-19: Administración de antiinfecciosos por vía inhalatoria para el tratamiento del SARS-CoV-2

IMAGEN O GRÁFICO DEL PROYECTO

CLASIFICACIÓN:**12. MEDICINA PERSONALIZADA EN SALUD MENTAL: PROYECTO “OPTI-PSIQ”****AUTORES**

BELLES MEDALL MD, EDO PEÑARROCHA J, FERRANDO PIQUERES R, GARCIA MUÑOZ S, BODEGA AZUARA J, PUPLA BARTOLL A, VICENTE ESCRIG E, CONDE GINER S
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON. AVENIDA BENICÀSSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

RESUMEN**INTRODUCCIÓN**

La monitorización farmacocinética/farmacogenética de algunos antipsicóticos ha demostrado beneficios en la optimización de la efectividad y seguridad del tratamiento, al ser fármacos con elevada variabilidad interindividual. En este sentido, la individualización de los regímenes de dosificación sobre todo, en las formas de liberación sostenida, aportará valor en la toma de decisión terapéutica. Además, la monitorización farmacocinética/farmacogenética va a objetivar la adherencia al tratamiento, mientras que la correlación entre las concentraciones plasmáticas y toxicidad va a permitir mejora el perfil de seguridad del tratamiento.

OBJETIVOS

Optimización de las pautas posológicas de fármacos antipsicóticos atípicos en el Departamento de Salud a través de la monitorización de concentraciones plasmáticas (PK), el estudio farmacogenético del polimorfismo CYP2D6 (PG) y el análisis de las interacciones farmacocinéticas clínicamente relevantes, para mejorar la eficacia, la seguridad y la adherencia del tratamiento. Además, con estos objetivos se pretende mejorar la eficiencia en el uso de los antipsicóticos atípicos.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Optimización de los regímenes posológicos de los tratamientos antipsicóticos en la población psiquiátrica mediante la monitorización farmacocinética de los niveles plasmáticos de fármaco, así como la genotipificación del polimorfismo CYP2D6, para la correcta dosificación de los fármacos afectados.

DISEÑO Y MÉTODO

Estudio prospectivo para la optimización de la pauta posológica de tratamientos con Aripiprazol, Clozapina, Olanzapina, Paliperidona y Risperidona, en base a:

1. Farmacocinética: cuantificación de la concentración plasmática del fármaco y su metabolito principal mediante cromatografía líquida de alta resolución.
 - a. Clozapina/Norclozapina
 - b. Olanzapina
 - c. Risperidona/Paliperidona
2. Farmacogenética: genotipado del CYP2D6, marcador farmacogenético según EMA de:
 - a. Aripiprazol

Selección de pacientes:

- Pacientes psiquiátricos del Departamento de Salud en tratamiento con alguno de los fármacos que se indican y alguna de las características referenciadas:
 - o Aripiprazol y fármacos inhibidores del CYP3A4 como tratamiento concomitante
 - o Clozapina/Norclozapina y fumadores, tratamiento concomitante con inductores/inhibidores potentes (CYP1A2, CYP3A4), insuficiencia renal o insuficiencia hepática y ancianos.
 - o Olanzapina y fumadores o tratamiento concomitante con inductores/inhibidores potentes del CYP1A2.
 - o Paliperidona/Risperidona e insuficiencia renal, tratamiento concomitante con inductores/inhibidores CYP3A4 o formas farmacéuticas de administración semanal y trimestral.
- VARIABLES A ESTUDIO: variables demográficas (edad, sexo y peso), tratamiento antipsicótico (inicio de pauta posológica, dosis y frecuencia de administración, vía de administración, tratamiento concomitante, hábito tabáquico), variables farmacocinéticas (Cl/F, C_{min}) y coste anual del tratamiento.

CALENDARIO PREVISTO

- Enero 2020-Mayo2020
 - o Validación del método analítico HPLC-UV.
 - o Protocolo de selección de pacientes para genotipificación CYP2D6 y PK.
 - o Presentación del Protocolo del proyecto al Servicio de Psiquiatría del Departamento de Salud.
- Mayo2020-Mayo2021
 - o Monitorización de Pacientes y ajuste posológico.
 - o Medidas de eficacia, seguridad y adherencia al tratamiento antipsicótico mediante los informes farmacocinéticos.
 - o Cálculo impacto económico del proyecto.
- Mayo 2021-Septiembre2021
 - o Recolección y evaluación de resultados.
- Octubre2021-Noviembre2021
 - o Redacción de manuscrito y envío para publicación.

LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

El método analítico para la determinación de las concentraciones plasmáticas de clozapina/norclozapina, olanzapina, risperidona/paliperidona es por HPLC-UV, técnica precisa que implica una metodología compleja lo que conlleva un

mayor tiempo de respuesta en la determinación.

PROBLEMAS ETICOS

No procede

ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

Unidad de farmacocinética clínica: Determinación de la concentración plasmática de Clozapina/Norclozapina, Olanzapina y Risperidona/Paliperidona y elaboración de informe PK y PG de los resultados obtenidos.

La genotipificación del polimorfismo CYP2D6 en pacientes con tratamiento crónico de aripiprazol se externalizará.

Servicio de Psiquiatría: Evaluación de los resultados a partir de los informes de la unidad de farmacocinética clínica

PRESUPUESTO

Método analítico HPLC-UV: 3.600 euros /año

Genotipificación CYP2D6: 45.000 euros

TWEET RESUMEN

Proyecto "OPTI-PSIQ": Monitorización farmacocinética/farmacogenética de antipsicóticos para la mejora de la eficacia, seguridad y adherencia.

OTROS PROYECTOS I+D ACEPTADOS

3 LESS-PHARMA-CHRON: PLATAFORMA WEB PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EN EL PACIENTE CRÓNICO.

EVA ROCÍO ALFARO LARA

13. MONITORIZACIÓN DE TEMPERATURA EN ENVÍOS DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES DENTRO DEL PROGRAMA DE TELEFARMACIA

ARMANDO MESA JIMÉNEZ

11. DESARROLLO DE UNA PLATAFORMA WEB "FARMA-HOME" PARA LA GESTIÓN DE LA ENTREGA DEL TRATAMIENTO HOSPITALARIO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE

CRISTINA BRAVO LÁZARO

7. CREACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE INVESTIGACIÓN BASADO EN LA INCORPORACIÓN DE INVESTIGADORES CLÍNICOS A TRAVÉS DE CONVOCATORIAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD

CRISTINA MONDELO GARCÍA

9. PROYECTO QTSAFETY: IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE FARMACOVIGILANCIA EN PACIENTES CON ALTO RIESGO DE PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT

PEDRO PABLO RODRÍGUEZ QUESADA



PÓSTERES ELECTRÓNICOS (e-POSTERS)

COMUNICACIONES E-POSTER

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

1422. PERSISTENCIA DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

AUTORES

CONESA NICOLÁS E, GARCIA LAGUNAR MH, NUÑEZ BRACAMONTE S, GARCÍA SIMÓN MS, LLORET LLORCA A, JUEZ SANTAMARÍA C
HOSPITAL SANTA LUCÍA CARTAGENA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Determinar la persistencia del tratamiento con secukinumab en sus diferentes indicaciones en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo donde se incluyeron los pacientes adultos tratados con secukinumab desde noviembre de 2015 hasta octubre de 2019.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico, fecha de inicio, línea de tratamiento, número de pacientes que han suspendido el tratamiento y motivo, persistencia global a los 12 meses (definida como meses de tratamiento ininterrumpido), persistencia según el motivo de suspensión, indicación y línea de tratamiento.

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS Statistics®. Los datos se obtuvieron del programa de dispensación (Savac®) y de la historia clínica electrónica (Selene®).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio 143 pacientes iniciaron tratamiento con secukinumab.

Se incluyeron 104 pacientes que llevaban en tratamiento 12 meses o más. La media de edad fue $49,81 \pm 12,56$ años; 55 (52,9%) fueron hombres.

54 pacientes (51,9%) presentaban psoriasis, 30 (28,8%) artritis psoriásica y 20 (19,2%) espondilitis anquilosante.

34 pacientes (32,7%) recibieron secukinumab en primera línea de tratamiento, 13(12,5%) en segunda, 24(23,1%) en tercera, 18(17,3%) en cuarta y 15(14,5%) en quinta o posterior.

56 pacientes (53,8%) suspendieron el tratamiento durante el periodo de estudio con una media de duración del mismo de $12,70 \pm 10,15$ meses. El resto ($n=48$) continúan con una media de duración de $25,67 \pm 9,97$ meses en el momento del corte del estudio.

La persistencia global a los 12 meses es de $10,04 \pm 3,23$ meses con una tasa de discontinuación a los 12 meses del 31,73%.

Agrupando los pacientes según patología y línea de tratamiento, en función de si continúan o no el tratamiento, de los 48 pacientes que continúan en tratamiento 22 (45,83%) están recibiendo el fármaco en primera línea.

De los 56 pacientes que suspendieron el tratamiento 15 (26,79%) lo hicieron por fallo primario (persistencia $3,80 \pm 1,11$ meses) y 27 (48,21%) por fallo secundario (persistencia $18,56 \pm 9,57$ meses).

En el resto el motivo de suspensión de secukinumab fue: 2(3,57%) por ventana terapéutica 2(3,57%) por intolerancia, 2(3,57%) por éxitus por otra causa, 1(1,79%) por mala adherencia 1(1,79%) por pérdida de seguimiento y 6(10,71%) por otra patología.

La persistencia según la indicación en pacientes que continúan en tratamiento fue: $28,78 \pm 10,28$ meses (psoriasis); $4,14 \pm 9,14$ meses (artritis psoriásica) y $18,7 \pm 5,83$ meses (espondilitis anquilosante).

En los pacientes con fallo primario fue $3,20 \pm 0,45$ meses (psoriasis); $4,14 \pm 0,75$ meses (artritis psoriásica) y $4,00 \pm 2,29$ meses (espondilitis anquilosante).

En los pacientes con fallo secundario fue $20,91 \pm 10,29$ meses (psoriasis); $12,28 \pm 4,38$ meses (artritis psoriásica) y $28,00 \pm 4,24$ meses (espondilitis anquilosante).

La persistencia según la línea de tratamiento en pacientes que continúan en tratamiento fue: $21,23 \pm 7,19$ meses (primera línea); $33,86 \pm 4,53$ meses (segunda); $30,33 \pm 11,21$ meses (tercera) y $25,50 \pm 12,26$ meses (cuarta y posteriores).

En pacientes que presentaron fallo primario fue $3,50 \pm 0,50$ meses (primera línea); $3,83 \pm 2,36$ meses (segunda); $4,00 \pm 1,41$ meses (tercera) y $4,00 \pm 0,79$ meses (cuarta y posteriores líneas).

En los pacientes que presentaron fallo secundario fue $8,25 \pm 2,48$ meses (primera línea); $21,50 \pm 7,78$ meses (segunda); $19,14 \pm 9,53$ meses (tercera) y $19,25 \pm 10,31$ meses (cuarta y posteriores).

CONCLUSIONES

Nuestros datos muestran una persistencia ligeramente superior en pacientes con psoriasis y una menor tasa de discontinuación en aquellos pacientes sin exposición previa a un tratamiento biológico.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA**1541. TERAPIA ANTIFIBRÓTICA. ¿SON ADHERENTES LOS PACIENTES?****AUTORES**

SÁNCHEZ GUNDÍN J, DEL RÍO ORTEGA P, GONZÁLEZ FRANCO RM, ILLARO URANGA A, GÓMEZ GÓMEZ D, MARTÍNEZ TORRÓN A, RIOJA CARRERA M, VALERO RODRÍGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AV. VALDECILLA, 25, 39008 SANTANDER, CANTABRIA. CANTABRIA

OBJETIVOS

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una enfermedad crónica y progresiva limitada al pulmón. El tratamiento consiste en fármacos antifibróticos (pirfenidona y nintedanib) que presentan una elevada incidencia de efectos adversos (EA) que, sumado a la percepción de ineficacia del tratamiento por la naturaleza progresiva de la enfermedad, hace que la adherencia pueda no ser la deseada. El objetivo del estudio es conocer la adherencia a estos tratamientos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional-retrospectivo llevado a cabo en un hospital de tercer nivel de todos los pacientes diagnosticados de FPI y que estaban o habían estado en tratamiento con fármacos antifibróticos durante mínimo 3 meses (junio 2012-marzo 2020).

VARIABLES recogidas: edad, sexo, dosis, cambio de dosis y motivo, duración de tratamiento, motivo de suspensión tratamiento y adherencia. Para medir la adherencia se emplearon dos métodos: registros de dispensación (adherencia teórica; permitía conocer adherencia de pacientes activos y no activos) y cuestionarios de adherencia autorreferida (test de Morisky-Green, adherencia real; permitía conocer exclusivamente adherencia de pacientes activos).

RESULTADOS

62 pacientes incluidos con edad media de 69 años (rango: 54-85) y predominio masculino (72%). El 47% de pacientes recibió sólo nintedanib, el 43% sólo pirfenidona y el 10% ambos fármacos, 8% de manera consecutiva y 2% de forma combinada. Todos comenzaron con dosis plenas de tratamiento, a excepción del 3% que no llegó a tolerar la dosis recomendada de pirfenidona. El 24% de pacientes tuvo que reducir la dosis del tratamiento por EA: 34% en el caso de nintedanib (75% alteraciones gastrointestinales, 17% hiporexia, 8% hipertransaminemia) y 12% para pirfenidona (50% alteraciones gastrointestinales, 50% hiporexia).

Al final del estudio, el 51% de los pacientes seguían en tratamiento, con una media de duración de 13 meses (nintedanib 12 meses; rango: 1-58 meses; y pirfenidona 14 meses; rango: 2-65 meses). Por tanto, el 49% de pacientes habían suspendido tratamiento: 43% en el caso de nintedanib (47% EA, 33% éxitus, 20% ineficacia) y 55% en el de pirfenidona (28% éxitus, 28% EA, 17% trasplante pulmonar, 11% paso a ensayo clínico, 11% cambio a otra comunidad autónoma, 5% ineficacia).

Respecto a la adherencia, los pacientes presentaron una adherencia teórica de 98% y una adherencia real de 84%. Los pacientes con nintedanib eran adherentes en un 82% según el test de Morisky-Green y con pirfenidona un 86%.

CONCLUSIONES

La terapia antifibrótica provoca, por EA, reducciones de dosis y suspensiones de tratamientos en un porcentaje elevado de pacientes, reproduciéndose en una falta de adherencia y conllevando repercusiones clínicas y económicas. En este estudio se observa una adherencia teórica del 98% y una adherencia real del 84%, diferencias que refuerzan la importancia de la entrevista farmacéutica con el fin de hacer un adecuado seguimiento fármaco-terapéutico, incluyendo entre otras cosas el refuerzo en la adherencia. En nuestro hospital, el trabajo conjunto entre Neumología y Farmacia hacen que el trato con el paciente sea cercano y por tanto los niveles de adherencia en estos pacientes sean muy elevados si los comparamos con la tasa de adherencia en pacientes crónicos que revela la OMS (50%).

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA**1701. REPERCUSION CLINICA DE LA FALTA DE ADHERENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON VIH****AUTORES**

HENARES LÓPEZ A, FERNANDEZ CUERVA C, CHINCHILLA ALARCON T, GALLEGU FERNANDEZ C
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA. AVENIDA CARLOS HAYA S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Determinar las causas de mala adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) así como los resultados clínicos en pacientes pediátricos infectados por VIH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes pediátricos con VIH que acuden a consulta de atención farmacéutica entre mayo de 2015 y febrero de 2019 (45 meses). Criterios de inclusión: niños con escasa adherencia al TAR (definida como número de unidades de medicación total dispensada/número de unidades de medicación prevista inferior al 80% o comunicación verbal del cuidador de no tomar la medicación en el domicilio), fracaso virológico o presencia de resistencias a su tratamiento en algún momento del estudio. A partir de la historia clínica electrónica, se recogen variables demográficas en el momento de la detección de mala adherencia (edad, sexo), clínicas (carga viral plasmática, niveles de linfocitos CD4, resistencias), TAR; y datos de cumplimiento terapéutico por medio de las dispensaciones registradas en la consulta de atención farmacéutica.

RESULTADOS

De los 19 pacientes pediátricos atendidos, 7 (37%) presentaron problemas de adherencia. Uno de los pacientes se excluyó debido a falta de datos. La media de adherencia de los 6 restantes fue de un 66,3% (39,04-94,54) teniendo en cuenta que un paciente recogía adecuadamente pero se negaba a tomar los comprimidos. La edad media de detección de falta de adherencia fue de 10,3 años ($\pm 4,2$) y todos eran varones. Las causas fueron movilidad a otras zonas geográficas con pérdida de seguimiento en las mismas (3), resistencia del paciente a la toma de medicación (2), diarrea debida al TAR (1) y dificultad para tragar comprimidos (1).

El TAR al inicio del estudio estaba basado en dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN) más inhibidores de la proteasa potenciados (IP/p) (4 pacientes), ITIAN mas inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINN) (1) o ITIAN mas inhibidores de la integrasa (INI) (1 paciente). Un paciente comenzó el estudio con un ITIAN más IP/p y un INI.

Durante el periodo de estudio, 4 pacientes de los 6 no adherentes cambiaron de tratamiento. Las causas del cambio fueron cambio de presentación (de suspensión oral a comprimidos o viceversa), nefrotoxicidad y presencia de resistencias al TAR.

En cuanto a la carga viral (CV), 5 (83%) presentaron CV detectable (CVD) (> 50 copias/mL) en algún momento del estudio, con una media de 51.099 copias/mL (± 68.333) y un tiempo medio de CVD de 12 meses ($\pm 10,8$). Se recogieron resistencias al TAR en 4 pacientes (67%). Cuatro pacientes (67%) presentaron inmunosupresión moderada para su edad (< 500 CD4/ μ L).

CONCLUSIONES

Existe una clara relación entre aparición de resistencias al TAR, fracaso terapéutico y mala adherencia. Esta última parece incrementarse a medida que aumenta la edad del paciente. Debemos resaltar que en la edad pediátrica, desde la Consulta de atención farmacéutica es importante aportar soluciones para los problemas de deglución relacionadas con la forma farmacéutica que revierten en el incumplimiento terapéutico e intentar detectar problemática social, cultural y económica derivada de su entorno que pudieran influir negativamente en la adherencia y por lo tanto en su evolución clínica.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

1979. ESTUDIO DE ADHERENCIA SEGÚN LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN EN ARTROPATÍAS.

AUTORES

SOLÍS OLIVARES J, CORRALES PÉREZ L, SOTO BASELGA I, BERTRAN DE LIS BARTOLOMÉ B, GÓMEZ CABALLERO P, SOLLANO SANCHO I, MORONA MÍNGUEZ I, MORIEL SÁNCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. CALLE RÍO JÚCAR, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar y comparar la adherencia entre tratamientos orales y subcutáneas de los medicamentos de Uso Hospitalario en pacientes con Artritis Reumatoide (AR), Espondiloartritis (EA) y artritis Psoriásica (APS) y analizar si la edad y el diagnóstico influyen en la adherencia de ambas vías.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en un hospital mediano que incluyó pacientes con artropatías a los que se les dispensó tratamiento desde la Unidad de Pacientes Externos de enero-2019 a enero-2020. Se elaboró una base de datos Excel con las variables: demográficas, diagnóstico, vía de administración, adherencia. Las fuentes de información fueron: historia clínica electrónica de Selene® y registro de dispensaciones del Módulo de Pacientes Externos de Farmatools®. A partir de éste, se calculó la adherencia para cada paciente y tratamiento. Se empleó como análisis estadístico la prueba U Mann-Whitney para comparar las medias de las adherencias con distribución no paramétrica y el test chi-cuadrado para asociación entre dos variables categóricas.

RESULTADOS

Se dispensó medicación a 343 pacientes (38,5% hombres, Xedad=52 años (SD:14,38). 42% AR, 37% EA, 21% APS. 283 pacientes (82,5%) con tratamiento subcutáneo y 60 (17,5%) con tratamiento oral. La adherencia fue del 89,9% (IC \pm 1,6) con tratamiento subcutáneo y 93,9% (IC \pm 3,9) con tratamiento oral (Z-score=-3,79; p < 0,05). El porcentaje de pacientes con adherencia superior al 90% fue del 67,1% en administración subcutánea y 83,3% en oral (X²=6,18; p < 0,05).

Al analizar por grupos de edad obtuvimos para pacientes mayores de 50 años una adherencia media del 94,5% (IC \pm 4,7): 91,0% (IC \pm 1,7) para fármacos orales (n=45) y subcutáneos (n=162) respectivamente (Z-score=-3,61; p < 0,05). Para menores de 50 años una adherencia media de 92,0% (IC \pm 7,7): 88,6% (IC \pm 2,9) para fármacos orales (n=15) y subcutáneos (n=121) respectivamente (Z-score=-1,29; p > 0,05).

Al analizar por diagnóstico obtuvimos para pacientes con AR una adherencia media del 94,1% (IC \pm 4,3): 89,2% (IC \pm 2,4) para fármacos orales (n=38, Xedad=52) y subcutáneos (n=106, Xedad=59) respectivamente (Z-score=-2,7; p < 0,05). Pacientes con APs una adherencia media del 93,4% (IC \pm 8,17): 94,6% (IC \pm 2,42) para fármacos orales (n=22, Xedad=52) y subcutáneos (n=51, Xedad=53) respectivamente (Z-score=-1,88; p > 0,05). La adherencia media de pacientes con EA fue del 94,1% (IC \pm 4,3) para subcutáneos (n=126) (oral n=0, Xedad=47).

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que el uso de formas orales favorece el cumplimiento terapéutico, posiblemente debido a su posología diaria, que contribuye a mejorar la rutina de la toma de medicación. Esto se ve reforzado al comparar por subgrupo de edad, observándose una adherencia superior con significancia estadística para las formas orales en mayores de 50 años, posiblemente debido a que en este rango de edad los pacientes presentan comorbilidades con necesidad de toma de medicación para la que ya tengan un hábito diario que refuerce el cumplimiento de la administración de

medicación oral para su artropatía. En cuando al análisis por diagnóstico, solo encontramos diferencia estadísticamente significativa a favor de la administración oral en AR, lo cual podría deberse a que los pacientes con administración subcutánea probablemente sean pacientes con más líneas de tratamientos y que esto repercuta en empeorar su adherencia.

Una posible limitación del estudio sería el bajo número de pacientes con administración oral en ciertos subgrupos.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

1989. ADHERENCIA AL PLAN FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

AUTORES

SALOM GARRIGUES C, GONZÁLEZ BRAVO AI, BERJAGA CARRIQUI RM, GRAU BELTRAN L, CAMPABADAL PRATS C, BEJARANO ROMERO F, CASTILLO PALOMARES ML, CANADELL VILARRASA L
ATENCIÓN PRIMARIA CAMP DE TARRAGONA. DOCTOR MALLAFRÉ GUASCH 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Estudiar la adherencia al plan de medicación en pacientes del programa de atención domiciliaria (ATDOM).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal, en pacientes ATDOM de 2 centros de atención primaria (CAP).

Entre mayo de 2019 y enero de 2020 se recogieron datos de las siguientes variables: demográficas (edad y sexo), CAP, clínicas (grupo de morbilidad ajustada, GMA; paciente crónico complejo, PCC; enfermedad crónica avanzada, MACA; índice de Barthel; índice de Pfeiffer y diagnóstico de demencia), número de fármacos prescritos, adherencia al tratamiento mediante dos métodos indirectos (recuento de medicación y cuestionario 'Adherence to Refills and Medication Scale' adaptado al español, ARMS-e).

Recuento de medicación dispensada en la farmacia (6 últimos meses) y almacenada en el domicilio (adherente si $\geq 80\%$). Cuestionario ARMS-e (adherente sí = 12 puntos), diferenciando no adherencia por problemas en la recogida o en la administración.

Las variables continuas se expresaron como media (SD) o mediana (Q1-Q3), y las categóricas como frecuencia absoluta y relativa. Se utilizó el test chi-cuadrado de Pearson para estudiar la relación entre adherencia y las variables dicotomizadas (SPSS, versión 25; estadísticamente significativo, $p < 0,05$).

RESULTADOS

Se incluyeron 107 pacientes (CAP1, 63,5%; CAP2, 36,5%), 78 (72,9%) mujeres. Grupos de edad: 1 (0,9%), < 65 años; 3 (2,8%), 65-74 años; 21 (19,6%), 75-84 años; 71 (66,4%), 85-94 años; y 11 (10,3%), ≥ 95 años.

Datos clínicos: GMA, 4 (3-4); PCC, 54 (50,5%) pacientes; MACA, 5 (4,7%) pacientes. Índice de Barthel, registrado en 106 (99,1%) pacientes: 4 (3,7%) autónomo (100); 56 (52,3%) escasa dependencia (> 60); 20 (18,7%) dependencia moderada (40-55); 10 (9,3%) dependencia severa (20-35); y 16 (15%) dependencia total (< 20). Índice de Pfeiffer, registrado en 99 (92,5%) pacientes: 3 (1-7). Diagnóstico de demencia: 18 (16,8%) pacientes.

Fármacos por paciente: 8 (3,3). Pacientes no eran adherentes: 22 (20,6%) por recuento de medicación, 46 (43%) por cuestionario ARMS-e, y 18 (16,8%) por ambos. ARMS-e: 2 (4,4%) pacientes no adherentes por problemas relacionados con la recogida, 38 (82,6%) a la administración, y 6 (13,04%) por ambas.

Se asoció la adherencia, tanto por recuento como por cuestionario, con uno de los CAP ($p < 0,001$). La adherencia por recuento se relacionó con la edad ≥ 85 años ($p = 0,024$). La adherencia por cuestionario ARMS-e se relacionó con un índice de Pfeiffer indicativo de deterioro cognitivo (3-10) ($p = 0,041$) y con la demencia ($p = 0,013$).

CONCLUSIONES

Casi la mitad de pacientes ATDOM presenta falta de adherencia al tratamiento. El cuestionario ARMS-e es más sensible que el recuento de la medicación para detectar faltas de adherencia, y permite distinguir entre faltas de recogida o administración, para enfocar la educación sanitaria personalizada hacia los aspectos que deben mejorarse.

La adherencia se asoció positivamente con un determinado CAP, quizás por diferencias sociodemográficas; así como con mayor edad, deterioro cognitivo y demencia, quizás por la mayor atención recibida de familiares o cuidadores.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

2028. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

ROBLES TORRES D, GAYOSO REY M, ROMERO VENTOSA EY, MARTÍNEZ LÓPEZ DE CASTRO N, GARCÍA BELOSO N, LÓPEZ LÓPEZ A, DE CASTRO PARGA ML, PIÑEIRO CORRALES G
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO. ESTRADA DE CLARA CAMPOAMOR, 341.. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Medir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) y evaluar si existe diferencia entre fármacos dispensados en oficina de farmacia y fármacos de dispensación/administración hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo multidisciplinar en un hospital universitario de tercer nivel entre agosto-diciembre 2019. Se incluyeron pacientes mayores de edad diagnosticados de EII y que aceptaron participar en el estudio.

Para estimar el grado de adherencia terapéutica se calculó la tasa de posesión de la medicación (RMP), definida como número de unidades totales dispensadas/número de unidades totales teóricas prescritas en ese intervalo X 100. Se consideró adecuada adherencia terapéutica los valores > 80%.

Se revisó el registro de dispensación de medicamentos en los tres meses previos a la fecha de inclusión. Se consultó el registro de dispensación extrahospitalaria en la historia clínica electrónica y el programa de prescripción electrónica del Servicio de Farmacia.

La principal limitación de este estudio es que se ha calculado el grado de adherencia mediante un método indirecto que puede sobrestimar la adherencia.

RESULTADOS

Se incluyeron 194 pacientes (98 mujeres y 96 hombres) evaluando 280 fármacos para el tratamiento de la EII. La media de edad fue de 46 ± 11 años.

Los fármacos dispensados en oficina de farmacia y número de pacientes fueron: mesalazina oral (98), mesalazina tópica (33), esteroides orales (12), esteroides tópicos (2), tiopurinas (76) y metotrexato subcutáneo (6). Los fármacos de dispensación/administración hospitalaria y número de pacientes fueron: infliximab (25), adalimumab (17), golimumab (1), vedolizumab (3) y ustekinumab (7).

Se consideraron adherentes el 59,3% de los pacientes (115) por presentar RMP > 80%.

La media y desviación estándar del RMP por fármaco fue: mesalazina oral $76,7\% \pm 30,9$; mesalazina tópica $57,9\% \pm 40$; esteroides orales $62,5\% \pm 37,2$; esteroides tópicos $66,7\% \pm 47,1$; tiopurinas $80,4\% \pm 30,9$; metotrexato subcutáneo $80,9\% \pm 40,1$; infliximab $98\% \pm 10$; adalimumab $99,5\% \pm 2,2$; golimumab 100% (1 paciente), vedolizumab $100\% \pm 0$ y ustekinumab $100\% \pm 0$.

El grado de adherencia a los fármacos de dispensación/administración hospitalaria (98,7%) fue superior a los de dispensación en oficina de farmacia (74,5%) siendo estadísticamente significativo ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

El 59,3% de los pacientes estudiados con EII presentan un buen grado de adherencia a su tratamiento farmacológico. Recoger o administrar la medicación en el hospital influye de forma positiva en la adherencia al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

2138. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN REGIMEN DE COMPRIMIDO ÚNICO

AUTORES

ILLESCAS BERMUDEZ A, GÓMEZ CASTELLANOS JP, ONTENIENTE GONZÁLEZ A, SÁNCHEZ-RUBIO FERRÁNDEZ J
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARR. MADRID-TOLEDO, KM 12,500 28905 GETAFE. MADRID

OBJETIVOS

En los países desarrollados el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento, cifra que se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia. En pacientes VIH+ la adherencia al tratamiento se relaciona con el éxito virológico del tratamiento.

El tratamiento de regímenes antirretrovirales completos en un comprimido único (STR) es una estrategia que puede mejorar la adherencia

El objetivo principal del estudio es conocer el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral y los factores que pueden influir negativamente en pacientes VIH positivos en régimen de tratamiento con comprimido único (STR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se seleccionaron todos los pacientes infectados por el VIH que acudieron por su tratamiento a la Unidad Atención Farmacéutica a Pacientes Externos entre 2014 y 2019. Criterios de inclusión: mayor de 18 años, tratamiento antirretroviral en régimen STR durante un mínimo de 6 meses. Se clasificaron los pacientes en función del tratamiento antirretroviral: Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos nucleósidos (ITIAN), Inhibidores de la integrasa (IIInt), Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (ITINAN) e Inhibidores de la Proteasa (IP).

Se obtuvieron de la historia clínica los siguientes datos: sexo, edad y tratamiento antirretroviral. Para cada régimen STR se calculó la adherencia por el método indirecto de la tasa de posesión de la medicación (MPR) definidos como el número total de comprimidos / número total del días X 100. Se consideraron adherentes los pacientes con MPR > 85%.

Se estudió la influencia de las variables edad, sexo y tipo de tratamiento sobre la adherencia.

Para las variables cualitativas se empleó una prueba Chi-cuadrado y una T de Student o de Mann Whitney para las cuantitativas según prueba de normalidad. Se estudió la relación del tipo de tratamiento con el porcentaje de adherencia mediante análisis ANOVA de un factor y la relación del mismo con la edad mediante el coeficiente correlación de Pearson. Se utilizó el paquete estadístico SPSS asumiendo un nivel de significación estadística del 95%.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 317 pacientes, de los cuales el 75 % eran varones. La media (\pm SD) de edad fue $47,4 \pm 11,0$ años. En cuanto a la distribución por tipo de STR, el 59,0% se trataron con 2ITIAN + IIInt, un 30,3% con 2ITIAN + ITINAN y un 10,7 % con 2ITIAN + IP. La media de adherencia global fue del $94,8 \pm 8,5\%$.

24 pacientes (10,7%) se consideraron no adherentes. Se encontró un mayor porcentaje de no-adherentes entre las mujeres (OR =2,3 IC95% 1,1-4,9; $p=0,035$) así como un incremento de la MPR con la edad (coeficiente de correlación de Pearson 0,126; $p=0,025$). No se encontró asociación con el tipo de STR.

CONCLUSIONES

La adherencia a regímenes STR en pacientes VIH positivos en general fue elevada. Se encontraron como factores asociados al menor cumplimiento el sexo femenino y la menor edad. No se encontró asociación con el tipo de STR.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

2360. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS, UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINAR

AUTORES

PÉREZ QUIRÓS M, RODRÍGUEZ MAURIZ R, SEGUÍ SOLANES C, COLL I SIBINA MT, PUJOL SOLER B, RIBELL BACHS M, RUDI SOLA N

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

OBJETIVOS

Analizar los datos epidemiológicos de los pacientes con enfermedad de Chagas y evaluar la tolerancia y adherencia del tratamiento con benznidazol y las intervenciones farmacéuticas realizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Con la colaboración de los servicios de Medicina Interna y Pediatría, se estudiaron de manera observacional y retrospectiva los pacientes con enfermedad de Chagas tratados con benznidazol (5 mg/kg c/12h durante 60 días) durante un período de 10 años (2010-2019 inclusive) en un hospital de segundo nivel. El seguimiento del tratamiento se realizó a través de un cuestionario propio. Para valorar la epidemiología y la tolerancia al tratamiento de estos pacientes se recogieron diferentes variables epidemiológicas (edad, sexo, lugar de origen) y los distintos efectos adversos (EA). Se registraron las intervenciones farmacéuticas realizadas de 2013 a 2019.

Los datos se extrajeron de los cuestionarios realizados durante las visitas y de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS

Se trataron un total de 112 pacientes (3 pediátricos), con una media de edad de 40 (DS 8) años. El 71% de los pacientes eran mujeres. Los pacientes tenían como lugar de origen Bolivia (102 pacientes), España (3), Paraguay (1) y Ecuador (1). De los 5 pacientes restantes no constaban datos de origen. La media anual de pacientes tratados fue de 11 pacientes.

El 71% manifestaron EA derivados de la medicación: 71% toxicidad dermatológica (rash cutáneo, eccema, prurito, síndrome de Steven Johnson), 33% toxicidad neurológica (cefalea, parestesias, mareos, alteración del sueño), 24% toxicidad digestiva (náuseas, vómitos, diarreas, epigastralgia, dolor abdominal), 14% toxicidad hepática (transaminemia, hepatitis), 8% fiebre, 6% toxicidad reumatológica (artralgias) y un 4% toxicidad hematológica (anemia, leucopenia). El 47% de los pacientes experimentó más de un tipo de reacción adversa. Un total de 28% de los pacientes no finalizó el tratamiento con benznidazol: 26% debido a la aparición de EA, 1% por embarazo y 1% pérdida de seguimiento.

En el 95% de los pacientes se realizó atención farmacéutica. De estos, en el 85% se realizó visita de inicio y en el 66% visita de seguimiento, en las que se realizó revisión de la tolerancia junto con consejos farmacéuticos según los EA y refuerzo de la adherencia.

Los motivos por los que los pacientes no acudieron a la visita de seguimiento fueron: el 25% control y/o suspensión del tratamiento por parte sólo del servicio responsable, el 34% abandono del tratamiento por parte del paciente y el 41% no acudió a al Servicio de Farmacia a recoger la medicación.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Chagas se ha convertido en una infección derivada del flujo migratorio muy importante en nuestro entorno, principalmente de Bolivia, siendo la gran mayoría de los pacientes menores de 65 años. Una alta proporción presentaron efectos adversos, especialmente dermatológicos. Casi un tercio no lograron finalizar el tratamiento debido a la mala tolerancia al benznidazol.

Se debería reforzar el seguimiento para conseguir una mayor adherencia y control de la tolerancia del tratamiento en este tipo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

2614. COMPARAR LA ADHERENCIA DE LOS USUARIOS DE FARMACIA AMBULATORIA CON LOS RESULTADOS DEL DÍA DE LA ADHERENCIA DE LA SEFH

AUTORES

PRIEGUE GONZALEZ M, DOMÍNGUEZ TORDERA P, FRANCO GONZÁLEZ R

HOSPITAL DE MOLLET. AV. DELS PINETONS Nº8. BARCELONA

OBJETIVOS

Comparar los datos de adherencia de los usuarios atendidos en farmacia ambulatoria con los datos obtenidos en la Encuesta del Día de la ADHerencia 2019 (EDADH).

MATERIALES Y MÉTODOS

En el periodo 01/01/2020-31/03/2020, se entregó a los usuarios de farmacia ambulatoria una encuesta sobre adherencia para ser cumplimentada de forma anónima. La encuesta seguía el mismo formato que la EDADH realizada por la SEFH en noviembre 2019. Se añadió un primer apartado para poder recoger datos sociodemográficos.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 119 (833 EDADH). La población analizada tenía las siguientes características sociodemográficas: edad media 53 años [20-92], un 17.6% tenía más de 65 años (28%EDADH) y un 49.6% eran mujeres (45%EDADH).

En cuanto a la carga farmacológica un 28% tomaban 1 medicamento, 28% entre 2-3 medicamentos, 13% entre 4-5 y 31% > 5 medicamentos (24%EDADH).

La distribución de pacientes agrupados por fármaco fue: 15.1% antirretrovirales (ARV)(27%EDADH), 31.9% fármacos biológicos/inmunomoduladores (ISS)(16%EDADH), 11.8% tratamiento onco-hematológicos (12%EDADH), 10.9% nefrología, 12.6% espesantes y 17.7% otros.

Sólo un 10% (10% EDADH) de los usuarios respondieron que tenían dificultades con la toma de su medicación, evaluada con el test de Haynes-Sacket. Al discriminar por grupo de edad observamos que manifestaban dificultad para la toma el 10% ($p=0.864$).

En cuanto a la percepción de la adherencia un 91.5% de los pacientes reportan un grado de adherencia superior al 83% (75%EDADH), considerando buenos adherentes aquellos pacientes que han puntuado la valoración de la adherencia en ≥ 4 .

La percepción de la adherencia al tratamiento según el grupo de fármacos es: ARV el 94.4% reporta buena adherencia, 89.5% ISS, 92.8% Onco-hematológicos, 84.6% nefrología y 86.6% espesantes, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la buena adherencia y el tipo de fármaco ($p=0.892$).

La mayoría de los pacientes, 85.7%, tienen un grado de satisfacción con el servicio de farmacia ambulatoria bueno/excelente. Observamos asociación entre la satisfacción con el servicio de farmacia ambulatoria y la adherencia al tratamiento ya que de los pacientes insatisfechos el 28,5% reportaron mala adherencia al tratamiento mientras que de los pacientes satisfechos sólo 2,9% tuvieron mala adherencia ($p < 0.001$).

CONCLUSIONES

- El porcentaje de pacientes que declara tener dificultades con su medicación es igual al encontrado en la EDADH: 10%.
- En ambas encuestas un porcentaje alto de los pacientes (91.5% y 75% EDADH) reportan una percepción de la adherencia superior al 83%, sería interesante poder realizar encuestas no anónimas para constatar con otros métodos cuantitativos si esta percepción se ajusta a la realidad.
- Los pacientes con buena adherencia declaran niveles buenos de satisfacción con el servicio de farmacia, al igual que se reporta en la EDADH.
- No hemos encontrado que la edad sea un factor condicionante para una peor adherencia.
- En nuestro análisis no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la adherencia y el tipo de fármaco, sin embargo en la EDADH reportan que los pacientes con mejor adherencia son los del grupo de pacientes oncohematológicos.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

2781. EL RAMADÁN COMO OPORTUNIDAD DE OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN UN CENTRO PENITENCIARIO

AUTORES

GARCIA RODICIO S, NOGUÉ PUJADAS E, SACREST GÜELL R
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR JOSEP TRUETA. AVENIDA FRANCA S/N. GIRONA

OBJETIVOS

Analizar el impacto de la intervención farmacéutica realizada con motivo del Ramadán (R) sobre la farmacoterapia de los internos de un Centro Penitenciario (CP).

El R es el periodo de 28 días de ayuno diurno que celebra la comunidad musulmana una vez año. Aunque las personas enfermas están exentas de realizarlo, y su farmacoterapia no tendría que alterarse, un gran colectivo de internos realizan una discontinuación voluntaria del tratamiento. Esto se debe a que la administración de medicación psicotrópica en los CP se realiza de forma directamente observada en un horario establecido: 8h, 13h y 19h inalterable, que coincide con horas de sol. .

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio longitudinal pre-post intervención. 1/Revisión del listado de internos que solicitan cambios de dieta por R (no acuden al comedor, sino que la alimentación es nocturna). 2/Identificación de los internos que hacen R y tienen tratamiento farmacológico psicotrópico. 3/ Seguimiento longitudinal de su adherencia al tratamiento durante el periodo de R. 4/ Realización semanal de propuestas de optimización farmacoterapéutica y/o valoración clínica a los médicos responsables. 5/ Comparación de la farmacoterapia en dos cortes transversales (pre y 7 días post-R para verificar la continuación del cambio).

RESULTADOS

Un 23% (174/753) de los internos del CP se registraron para modificar la dieta. De éstos, un 41% (72/174) tenían prescrito algún fármaco psicótopo.

Un total de 59/72 internos, el 81% [IC95%:73-90], decidieron abandonar el tratamiento: 33 de forma completa y 26 de forma parcial (omisión de alguna toma diaria o durante un periodo inferior a los 28 días del R).

Semanalmente se envió a los médicos responsables, recomendaciones de ajuste farmacoterapéutico para los internos en tratamiento con benzodicepinas o pregabalina (36/59 internos) y de revisión clínica para los internos con antipsicóticos (6/59). Todos los internos en seguimiento por el equipo de Salud Mental fueron valorados por la psiquiatra del centro.

El análisis de los dos cortes de prescripción, evidenció que se había optimizado el tratamiento en el 59% [IC95%:47-72] de los internos. Se modificaron 49/120 fármacos prescritos: se retiraron 21 prescripciones (8 diazepam, 4 clonazepam, 3 clorazepato dipotásico, 2 quetiapina, 2 mirtazapina, 1 trazodona y 1 citalopram); se disminuyó la dosis en 19 casos (6 diazepam, 6 clorazepato dipotásico, 4 pregabalina, 2 quetiapina y 1 metilfenidato) y se cambió la pauta en 9 prescripciones (3 diazepam, 2 olanzapinas, 2 quetiapina, 1 clozapina y 1 citalopram).

CONCLUSIONES

La discontinuación voluntaria del tratamiento farmacológico se presenta como una oportunidad de optimización farmacoterapéutica en el medio penitenciario. La intervención del farmacéutico ha permitido revisar y ajustar el tratamiento de los internos, principalmente en el uso de benzodiazepinas.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

2939. ADHERENCIA Y SEGURIDAD AL TRATAMIENTO CON NINTEDANIB EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES

LÓPEZ-NIETO SEMPERE J, RAMÍREZ LÓPEZ AM, FUSTER RUIZ DE APODACA R, POLACHE VENGUD J, COLOMER AGUILAR C, MARTÍNEZ-CABALLERO MARTÍNEZ D, PASCUAL CARRASCO A, SELVA OTAOLAURRUCHI J
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. AVDA PINTOR BAEZA 12. ALICANTE

OBJETIVOS

Evaluar la adherencia y seguridad al tratamiento con nintedanib en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional realizado entre enero de 2018 y abril de 2020 en pacientes con FPI tratados con nintedanib y atendidos en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) de un hospital terciario. La adherencia al tratamiento se evaluó en pacientes que llevaban al menos cuatro meses de tratamiento. Para medir la adherencia se utilizó la combinación dos métodos indirectos, la adherencia autorreferida por el paciente durante la entrevista clínica y el cálculo de la tasa de posesión de la medicación a través de los registros de dispensación. Para obtener la adherencia autorreferida se pasó el test de Morisky-Green, que consta de 4 preguntas: ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?, ¿toma los medicamentos a las horas indicadas?, cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?, si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?. Cualquier respuesta no adecuada (no, si, no, no) se consideró indicativa de falta de adherencia. La tasa de posesión de medicación se calculó utilizando las fechas de dispensación. Se incluyeron las unidades dispensadas desde la primera fecha de atención hasta la última. El porcentaje de tasa de posesión = número de unidades totales dispensadas/número de unidades teóricas prescritas en ese intervalo de tiempo multiplicado x 100. Se consideró buena adherencia todo valor $\geq 80\%$. Para evaluar la seguridad de tratamiento se registraron las reacciones adversas medicamentosas (RAM) que presentaron los pacientes. Los datos se obtuvieron a través de la historia clínica del paciente y mediante entrevista clínica en la consulta de atención farmacéutica.

RESULTADOS

Se incluyeron 36 pacientes en tratamiento para FPI (28 hombres/8 mujeres). 31 pacientes (86,11%) presentaron alguna reacción adversa, todos presentaron diarrea. En 8 pacientes (22,22%) hubo que reducir la dosis para el control de la RAM. En 6 pacientes (16,66%) se suspendió el tratamiento a causa de las diarreas. El tratamiento fue suspendido en 8 pacientes (22,22%) por evolución de enfermedad y exitus. La adherencia se midió en 20 pacientes. 15 pacientes (75%) tuvieron una tasa de posesión de medicación $\geq 80\%$. Cuando se combinaron ambos métodos 13 pacientes (65%) fueron considerados adherentes.

CONCLUSIONES

Hay un alto porcentaje de pacientes que no presentan una buena adherencia al tratamiento. La diarrea apareció en todos los pacientes en mayor o menor grado y esto podría estar condicionando la adherencia al tratamiento. Un programa de atención farmacéutica destinado a la mejora de la adherencia y al manejo de las reacciones adversas en estos pacientes podría optimizar el tratamiento con nintedanib en pacientes con FPI.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1378. INTERACCIONES POTENCIALES DETECTADAS EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE HEMATOLÓGICO

AUTORES

VAZQUEZ VELA V, GAVIRA MORENO R, GÓMEZ GERMÁ P, PUIVECINO MORENO C, VARAS PÉREZ A, GÓMEZ DE TRAVECEDO Y CALVO MT
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA JEREZ, COSTA NOROESTE Y SIERRA DE CÁDIZ.. CARRETERA RONDA DE CIRCUNVALACIÓN S/N. HOSPITAL DE JEREZ. CÁDIZ

OBJETIVOS

Detectar las interacciones potenciales (IP) entre los antineoplásicos orales y la medicación habitual domiciliar de los pacientes hematológicos atendidos en una Consulta Monográfica de Atención Farmacéutica y evaluar el grado de aceptación de las propuestas de intervención farmacéutica relacionadas con las mismas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo, observacional realizado entre marzo de 2018 y septiembre de 2019. Se realizó una revisión completa de la farmacoterapia de los pacientes que acudieron a la consulta de Atención Farmacéutica durante el periodo de estudio. Para realizar la historia farmacoterapéutica completa de los pacientes se utilizaron como fuentes de información la historia clínica electrónica (Diraya) y los registros de dispensación de la aplicación de prescripción

electrónica hospitalaria (Prisma). La información obtenida se contrastó con la proporcionada durante la entrevista presencial al paciente y su posterior seguimiento farmacoterapéutico. Para la detección de interacciones se emplearon bases de datos como Micromedex y Drug Interaction Checker, así como bibliografía específica (fichas técnicas de medicamentos y artículos sobre interacciones medicamentosas). Se registraron las IPs entre la farmacoterapia prescrita para su patología hematológica y el resto de medicación domiciliaria crónica o aguda que tomaba el paciente (incluidas especialidades publicitarias, fitoterapia u otra medicación no registrada en su historia clínica derivada de automedicación o prescrita en atención médica privada). Posteriormente, se llevó a cabo la intervención del farmacéutico con la comunicación de las IPs detectadas y las acciones de mejora propuestas, mediante un informe integrado en la historia clínica del paciente.

RESULTADOS

Todos los pacientes que acudieron a la consulta fueron entrevistados e incluidos en este análisis (n = 78), la mitad tenían un diagnóstico de leucemia linfática crónica y la otra de mieloma múltiple. Los fármacos con mayor número de interacciones detectadas fueron lenalidomida 39,1%(18) e ibrutinib 28,2%(13), seguidos de nilotinib, dasatinib y ponatinib (8,7%). El tratamiento concomitante con estatinas fue identificado como el responsable del mayor número de interacciones potenciales. En todos los casos el farmacéutico lo comunicó al médico/paciente, de forma oral/escrita (en 42 casos), con la propuesta de las siguientes intervenciones: 22 sobre la estrategia farmacológica respecto a la medicación domiciliaria concomitante (con la propuesta de 19 cambios de medicamentos y 3 retiradas), 14 sobre la necesidad de monitorización, 6 sobre la cantidad de medicamento (4 modificaciones de la pauta de administración y 2 cambios de dosis) y por último, 4 intervenciones sobre la educación al paciente y la promoción de medidas no farmacológicas (en los casos de interacciones con alimentos o fitoterapia). El 67,4% (31) de las intervenciones farmacéuticas fueron aceptadas con la realización de las recomendaciones sugeridas.

CONCLUSIONES

La intervención farmacéutica en la detección de interacciones potenciales puede contribuir a mejorar la calidad y seguridad de la farmacoterapia en pacientes hematológicos. Se realizaron recomendaciones mayoritariamente sobre la estrategia farmacológica de la medicación domiciliaria concomitante y la necesidad de monitorización. El informe del farmacéutico integrado en la historia clínica electrónica contribuye a facilitar la comunicación entre los profesionales con una notable aceptación de las recomendaciones propuestas.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1384. HIPOSIDEREMIA ASOCIADA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES POLIMEDICADOS

AUTORES

LOZANO ORTIZ R, MARTINEZ CRESPO A, APESTEGUÍA EL BUSTO AF, FRUTOS PÉREZ-SURIO AJ, FRANCO GARCIA ME, SANTACRUZ ABION MJ, MARÍN LACASA R, ALCÁZAR RODRÍGUEZ MA
HOSPITAL REAL DE NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. RAMON Y CAJAL 60. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Estudio farmacoepidemiológico, basado en la evaluación de los datos de prescripción electrónica asistida, del tratamiento asociado a hiposideremia (hipo-Fe) en pacientes polimedicados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Las variables a estudio fueron la exposición farmacológica, tratamiento-día (T-día), de todos los pacientes polimedicados (> 5 fármacos) e ingresados en un servicio de medicina interna durante el año 2019, y la sideremia (Fe). Los datos se obtuvieron de los registros de prescripción electrónica y del laboratorio de bioquímica del Hospital, respectivamente. La muestra se dividió en dos grupos; el primero (grupo I) compuesto por todos los registros de T-día en los que Fe < 50 mcg/dL; n° T-día=26.704 (pacientes=484); Fe=31,9(10,6) mcg/dL; 52% mujeres; edad=78,9(12,2) años; IMC=27.4(5.2). El segundo (grupo II) compuesto por todos los registros de T-día durante los que Fe > 50 mcg/dL; n° T-día=24,302 (pacientes=537); Fe= 88,1(31,5) mcg/dL; 51% mujeres; edad=75.3(15.6) años; IMC=28(5.6). Finalmente, para medir la asociación entre hipo-Fe y el tratamiento farmacológico, se utilizó el odds ratio (OR), entre ambos grupos y para cada uno de los medicamentos estudiados, los criterios "d" de Cohen, para incluir medidas de tamaño de la muestra, y la corrección de Bonferroni en la significación estadística. Los datos se presentan como media (DS).

RESULTADOS

El número total de fármacos analizados fue de 51 y 47 el porcentaje de pacientes que presentaron hiposideremia durante el ingreso.

De acuerdo a los medicamentos analizados, únicamente aquellos que presentaban $OR > 0 < 1$ y $p < 0.001$ (corrección de Bonferroni para 51 medicamentos testados), solo acetil-cisteína, apixaban, edoxaban, mirtazapina, risperidona y sertralina, con valores de OR de 2.2, 2.4, 2.4, 2.0, 1.9 y 1.9, respectivamente, presentaron un riesgo pequeño-moderado de hipo-Fe. Sin embargo, teniendo en cuenta el diagnóstico de infección (35% en grupo II vs. 27% en grupo I; $OR=1.5$, $p < 0.001$), como la variable de confusión más importante, el riesgo de hipo-Fe solo se asoció a acetil-cisteína, apixabán y edoxabán.

Por el contrario, alopurinol, duloxetina, ramipril y simvastatina, con valores de OR de 0.4, 0.3, 0.5 y 0.3 y $p < 0.001$, respectivamente, se comportan como protectores frente a la aparición de hipo-Fe. Además, teniendo en cuenta el diagnóstico de infección (35% grupo II vs. 27% grupo I), como la variable de confusión más importante, solo alopurinol, duloxetina y simvastatina se mostraron como protectores frente a hipo-Fe.

CONCLUSIONES

Varios fármacos, son capaces de inducir, en función de la duración del tratamiento y de la patología concomitante, hiposideremia, ferropenia y, en ciertos casos, anemia, constituyendo un importante problema de salud a tener en cuenta.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1426. LO NATURAL TAMBIÉN IMPORTA

AUTORES

DE AGUSTÍN SIERRA L, DIAZ GOMEZ E, GARCÍA BENAYAS E, RAMIREZ CRUZ S, CORREGIDOR LUNA L, JIMENEZ MESEGUER M, DOMINGUEZ GARCIA A, GARCIA DIAZ B
HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA. AVENIDA ORELLANA S/N. MADRID

OBJETIVOS

Describir y analizar la información recopilada sobre interacciones entre productos naturales o suplementos alimenticios y medicamentos dispensados en el área de pacientes externos reportada referente a productos fitoterápicos que puedan interactuar con la medicación dispensada en el área de pacientes externos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado en un hospital de segundo nivel en el periodo de tiempo de febrero hasta diciembre de 2018. Se registraron en una base de datos de Excel todas las consultas sobre productos naturales o suplementos alimenticios sobre las que los pacientes consultaron posibles interacciones con su medicación recogida en el área de pacientes externos. Las variables recogidas fueron: número de consultas realizadas por paciente, producto natural consultado, medicación prescrita, análisis de la interacción.

RESULTADOS

Un total de 29 pacientes consultaron sobre compatibilidad entre 55 compuestos diferentes derivados de productos naturales y 20 fármacos diferentes (25 principios activos) dispensados en el área de pacientes externos. Los fármacos más consultados, por orden decreciente, fueron: capecitabina, Elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamida, lenalidomida, micofenolato de mofetilo y pifrenidona. Esto supuso un total de 65 búsquedas diferentes. Se documentaron interacciones en el 26% de las búsquedas, de las cuales el 52% correspondían a fármacos antineoplásicos, el 24% a antirretrovirales, 3% a antifúngicos, 7% a inmunosupresores, 7% a antifibróticos y el restante fueron englobados de forma conjunta por disparidad, y se realizaron recomendaciones al respecto. En el 45% no se encontraron interacciones y en el 29% de las restantes no se obtuvieron resultados concluyentes.

Analizando las interacciones encontradas, se reflejan los 6 principios activos con sus correspondientes productos naturales y su consiguiente mecanismo de la interacción: *Mentha piperita*, debido a su efecto inhibidor del CYP3A4, *Panax ginseng*, por su efecto inductor del CYP3A4 y *Ganoderma lucidum* “setas reishi” con efecto inhibidor del CYP1A2 y CYP3A4, interactúan con palbociclib.

El principio activo ribociclib, interactúa con *Aspalathus linearis* por su efecto inductor del CYP3A4, con *Passiflora incarnata*, dando lugar a aumento del intervalo QT, *Lavandula officinalis*, potenciando su efecto depresor sobre el sistema nervioso y con *Cinnamomum verum* por su efecto inhibidor del CYP3A y 2C9.

Glycyrrhiza glabra por ser un inhibidor del CYP 2B6, 2C9 interacciona con Enzalutamida.

Micofenolato de mofetilo interactúa con *Equisetum arvense*, pudiendo dar como consecuencia a un efecto hipoglucemiante.

El fármaco compuesto por los siguientes principios activos: elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamida registró tres interacciones, una de ellas con prednisona por aumento potencial de sus concentraciones plasmáticas y el restante con lidocaína, por ser sustrato del CYP3A4.

Por último, se registró una interacción farmacodinámica entre sorafenib y *vaccinium vitis-idaea* por aumento del efecto anticoagulante.

CONCLUSIONES

Los compuestos fitoterápicos pueden dar lugar a interacciones con los fármacos prescritos, originando consecuencias graves en la salud del paciente. Capecitabina fue el principio activo con más consultas, a pesar de ello no se encontraron interacciones con los productos fitoterápicos relacionados. La mayoría de las interacciones se deben a un efecto inhibidor o inductor del citocromo P450 pudiendo dar cambios en las concentraciones plasmáticas del fármaco. Por ello la administración de fitoterápicos debe ser objeto de estudio por el farmacéutico, con la medicación habitual del paciente.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1443. ESTABLECIMIENTO DE UN INDICADOR DE ACTUACIÓN FARMACÉUTICA EN LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO

AUTORES

MARTINEZ GONZALEZ J, ACHAU MUÑOZ R, GASPAS CARREÑO M, ANDRES AVILES S, BENAVENT ALBELDA Y, MIRALLES MALEA E
HOSPITAL INTERMUTUAL DE LEVANTE. AUTOVIA CV35 VALENCIA ADEMUZ KM 11,7 SALIDA 12. VALENCIA

OBJETIVOS

Establecer un indicador que evalúe la actuación farmacéutica sobre la conciliación de la medicación al ingreso.

MEJORAS ESPERADAS

La conciliación de la medicación al ingreso es la primera de las actividades en el proceso farmacoterapéutico y de las que más discrepancias detecta, por lo que contribuye de manera muy importante en la calidad farmacoterapéutica que recibe el paciente y contribuye a evitar los problemas relacionados con la medicación (PRM).

DISEÑO

Se procede al desarrollo de un indicador de conciliación de la medicación al ingreso, de evaluación mensual y que consta de los siguientes apartados:

- Número de pacientes conciliados.
- Número de medicamentos conciliados.
- Porcentaje de pacientes con discrepancias farmacoterapéuticas en el tratamiento.
- Número y porcentaje de pacientes con discrepancias no justificadas que requieren de interconsulta al médico responsable.
- Número y porcentaje de medicamentos con discrepancias no justificadas que requieren de interconsulta al médico responsable.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Diariamente se realiza una revisión de los tratamientos domiciliarios de los nuevos pacientes ingresados, que se contrasta con el tratamiento prescrito. Esto permite detectar tanto las discrepancias justificadas (DJ) y que no requiere actuación farmacéutica como las discrepancias no justificadas (DNJ), la cual requiere actuación farmacéutica.
- Diariamente, todos los datos relacionados con la conciliación se registran en una base de datos.
- Mensualmente, se agrupa la información generada en torno a la conciliación a través de del indicador de 5 ítems previamente definido.
- Anualmente, se evalúa de manera agrupada (indicador anual y evolución mensual) e individual la información se recogida y se plantean oportunidades de mejora del proceso farmacoterapéutico.

IMPLANTACIÓN

La recogida de datos comprendió un periodo de un año (enero – diciembre 2019).

RESULTADOS

El número total de pacientes conciliados fue de 5251, con un total de 4576 medicamentos conciliados. El mes con mayor número de pacientes conciliados fue enero con 555 (con 352 medicamentos conciliados), y el que menos fue julio con 264 pacientes (y 357 medicamentos conciliados). El porcentaje de pacientes con discrepancias farmacoterapéuticas varía entre un 22,2% (enero) y un 42,0% (julio), siendo la media anual 29,5%. El número de pacientes con DNJ que requieren de interconsulta al médico responsable fue de 59 (1,1% del total de pacientes conciliados), siendo el número de medicamentos con DNJ de 80 (1,7% del total de medicamentos conciliados).

LIMITACIONES

No se puede realizar la conciliación del tratamiento hasta pasadas unas horas del ingreso ya que algunos pacientes pueden ser dados de alta en menos de 24 horas y no se les prescribe tratamiento.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este indicador es aplicable a cualquier servicio de farmacia que tenga acceso a la historia clínica y a los tratamientos del paciente.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1528. PROYECTO DE CONCILIACION AL ALTA DURANTE LA ROTACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

AUTORES

BLÁZQUEZ URTIZBEREA U, MARTINEZ AGUIRRE I, REVUELTA AMALLO A, VARA URRUCHUA M, VILA GALLEGRO C, AGUIRREZABAL ARREDONDO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO. AVENIDA MONTEVIDEO 18. VIZCAYA

OBJETIVOS

Identificación, clasificación y disminución de los errores de conciliación al alta hospitalaria. Además, implicación en el equipo asistencial y concienciación a todos los profesionales sobre la importancia de tener actualizado el historial farmacoterapéutico (HFT). Mejora de la adherencia del paciente a su tratamiento al alta.

MEJORAS ESPERADAS

Mejorar la calidad asistencial.

DISEÑO

Estudio prospectivo con una duración de tres meses, desde noviembre 201 hasta diciembre de 2019 (duración de rotación del R4). Criterios de inclusión: pacientes con cualquier diagnóstico con ≥ 5 fármacos en su tratamiento crónico ingresados en el servicio de Medicina Interna. Quedan excluidos aquellos pacientes que van de alta a centros socio-sanitarios o residencias y aquellos que sean trasladados a otra planta hospitalaria. En caso de no poder abarcar todos los pacientes se priorizan aquellos de mayor edad.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Entrevista con el paciente al ingreso.
- Revisión de la medicación, evaluando posibles problemas relacionados con la medicación (PRM): duplicidad, omisión, indicación no presente, interacciones, criterios STOPP-START y revisión de adherencia al tratamiento.
- Conciliación de la medicación, comparando la hoja de tratamiento activo (HTA) junto con el informe de alta, información en evolutivos y tratamiento anterior al ingreso (programa de prescripción electrónica Presbide).
- Comunicación con médico prescriptor para aclarar discrepancias y sugerencias de cambios.
- Información

y consejo al paciente: entrevista final el día del alta donde se proporcionará información sobre su tratamiento completo (inicios, cambios y suspensión de fármacos) con consejos farmacoterapéuticos, tanto de forma verbal como escrita. 6. Entrevista vía telefónica con el paciente o el familiar a la semana del alta para conocer su satisfacción y opinión con respecto al proyecto. 7. Al final del proyecto realización de encuesta a los facultativos médicos para conocer su opinión respecto al proyecto.

IMPLANTACIÓN

La implantación se lleva a cabo con el inicio de la rotación en la planta de medicina interna en el 4^a año.

RESULTADOS

El total de pacientes conciliados son 107 pacientes (58 mujeres, edad media 78 años). Se detectan 54 discrepancias no justificadas al alta (0.4 discrepancia/paciente). Las discrepancias se han clasificado en: omisión de medicamentos 35,2% (19), discrepancia posológica 33.3 % (18); medicamento no indicado 24,1 % (13); discrepancia de comisión 4 % (2), duplicidad 2% (1) y medicamento equivocado 2% (1). Se han comunicado 45 discrepancias (0.42comunicaciones/paciente) aceptándose el 64 %. De los informes entregados a los pacientes al alta, 23 estaban incompletos, esto es, no se recogía la posología o duración de los nuevos tratamientos, y cambios instaurados. Se ha proporcionado atención farmacéutica al alta en el 68.7%. Finalmente, a través de las encuestas hemos obtenido muy buena puntuación tanto de los pacientes como de los facultativos (4,87 y 5 sobre 5, respectivamente), y comentarios muy positivos (buena integración, valor añadido en la calidad asistencial gracias a la presencia del farmacéutico).

LIMITACIONES

Gran variabilidad en el número de altas en función del día. No se evalúa la eficacia de la intervención farmacéutica en el paciente a largo plazo (mejorar la adherencia y comprensión).

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El proyecto es aplicable en cualquier servicio médico de hospital.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1535. EXPERIENCIA CON COLAGENASA DE CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD DE DUPUYTREN

AUTORES

CARVAJAL SÁNCHEZ MA, PACHECO LÓPEZ P, NÁJERA PÉREZ MD, MEROÑO SAURA MA, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ T, CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, IBÁÑEZ CATURLA J
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AVENIDA MARQUÉS DE LOS VÉLEZ S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de la colagenasa de Clostridium histolyticum en el tratamiento de la Enfermedad de Dupuytren.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Criterios de inclusión: Pacientes diagnosticados de Enfermedad de Dupuytren con al menos una cuerda palpable que ocasione una contractura en la mano tratados entre noviembre 2014-septiembre 2019. Los datos demográficos, diagnósticos y de tratamiento se obtuvieron de la historia clínica y del programa de dispensación ambulatoria (SAVAC®). Variables recogidas: edad, sexo, mano(s), dedo(s) y articulación(es) afectada(s) y gravedad de contractura(en grados). La efectividad se analizó en tres parámetros: administraciones requeridas para conseguir una extensión completa, grado de retracción de la contractura (tras un mes, tras un intervalo de 2 a 11 meses y tras 12 meses o más) y por la necesidad de realizar cirugía. La seguridad del tratamiento se evaluó valorando la aparición de efectos adversos y la necesidad de prescribir tratamiento concomitante. Los datos se recogieron de manera anonimizada. El servicio de farmacia colaboró en la estandarización de la hoja de prescripción en la que se recogen las contraindicaciones para la administración del fármaco.

RESULTADOS

Los criterios de inclusión permitieron el análisis de 35 pacientes (33 hombres y 2 mujeres). La mediana de edad fue 66 (23-81) años.

Del total de pacientes, 15 presentaron la patología en la mano izquierda, 9 en la derecha y 11 en ambas manos. El dedo más frecuentemente afectado fue el quinto (28), seguido del cuarto (27) y el tercero (7). No recibieron tratamiento 8 dedos. La articulación más frecuentemente afectada fue la metacarpofalángica (55), seguido de la interfalángica proximal (29) y la interfalángica distal (1), si bien podemos encontrar dedos con más de una articulación afectada.

Inicialmente se administraron 41 inyecciones, pudiéndose tratar más de un dedo con una misma inyección.

Posteriormente, un paciente precisó una administración adicional en el mismo dedo tras presentar una recidiva y cinco pacientes precisaron intervención quirúrgica. Un paciente no recibió tratamiento por presentar contraindicaciones.

Tras la administración del fármaco, se consiguió la extensión completa en 47/54 dedos afectados (87,04%). Se observó una retracción media respecto al grado de contractura original de 6,63% tras un mes de la administración, un 13,03% en un periodo inferior a 1 año y un 74,9% en un periodo de un año o más.

Respecto a las reacciones adversas, las que se presentaron más habitualmente tras la administración del fármaco fueron: dolor (28,2%), contusión (23,9%), dehiscencia (7,7%), dolor irradiado y picor (6,8%). En cuanto al tratamiento sintomático, 36 intervenciones precisaron AINEs.

CONCLUSIONES

- Se consiguió una extensión completa en un porcentaje elevado de intervenciones. En un periodo inferior a un año se mantiene un buen grado de extensión(86,97%,48 datos). Tras más de un año se observa un aumento notable de la retracción, aun así se dispone de pocos datos(13 datos), lo que genera incertidumbre respecto a la eficacia del tratamiento a largo plazo.
- En general el fármaco fue bien tolerado, no registrándose reacciones adversas graves. Por esto, la administración de colagenasa se plantea como una alternativa eficaz y segura a corto plazo frente a la cirugía tradicional(fasciectomía selectiva).
- Los resultados obtenidos son similares a los registrados en las publicaciones de referencia.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1560. PROTOCOLO PARA LA DESCOLONIZACIÓN NASAL CON MUPIROCINA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE PRÓTESIS DE RODILLA Y CADERA

AUTORES

AMOR GARCÍA MÁ, RIBED SÁNCHEZ A, MELGAREJO ORTUÑO A, SANZ RUIZ P, GARCÍA SÁNCHEZ S, NARRILLOS MORAZA Á, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DEL DR ESQUERDO 46. MADRID

OBJETIVOS

La mupirocina es un antibiótico tópico de administración nasal con actividad frente a *Staphylococcus aureus*, uno de los patógenos más frecuentemente aislados en las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ).

El objetivo del estudio fue evaluar la incidencia de ISQ antes y después de la implementación de un programa de descolonización nasal con mupirocina en pacientes sometidos a cirugía de prótesis de rodilla (PR) y cadera (PC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio pre-post intervención, ambispectivo:

- Grupo pre-intervención: pacientes sometidos a cirugía de PR y PC entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017
- Grupo post-intervención: pacientes sometidos a estas cirugías entre el 1 de enero de 2018 y el 30 de junio de 2019, tras la implementación del protocolo de descolonización nasal

Se creó un equipo multidisciplinar compuesto por los Servicios de Traumatología, Medicina Preventiva, Enfermedades Infecciosas y Farmacia. El programa consiste en:

- a) El traumatólogo solicitaba la realización del cribado nasal
- b) Tres días antes de la cirugía se realizaba el exudado nasal en banco de sangre y se dispensaba la mupirocina en la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia donde se informa al paciente y se concilia su medicación. Se consideró descolonización adecuada si el paciente había recibido al menos 3 dosis antes del procedimiento y tratamiento adecuado un total de 5 días de mupirocina (1 aplicación/8h) en pacientes *S. aureus* positivo. Se registraron características basales (edad y sexo). Para valorar la implementación del programa se analizó la proporción de pacientes a los que se realizó cribado nasal de *S. aureus*, el número de portadores nasales y aquellos con descolonización adecuada. Las variables resultado fueron: proporción de pacientes con ISQ, ISQ causadas por *S. aureus* y estancia hospitalaria (días).

RESULTADOS

Se incluyeron 1.192 pacientes (599 en el grupo pre-intervención y 593 en el post-intervención). La mediana de edad fue de 75,7 años (RIC 66,9 – 81,1), con un 35,7% de hombres.

En el grupo pre-intervención 21/599 pacientes (3,5%) fueron cribados para *S. aureus*, vs 351/593 (59,2%) en el post-intervención ($P < 0,001$). 63 pacientes eran portadores nasales en el grupo post-intervención (10,6%). Se realizó una descolonización adecuada en 352 pacientes de la población total y tratamiento en 58/63 (92,1%) de los portadores. 15 pacientes en el grupo pre-intervención (2,5%) y 12 en el post-intervención (2,0%) tuvieron una ISQ ($p=0,58$). No se registraron ISQ en los portadores nasales con adecuada descolonización y tratamiento. Cuatro pacientes del grupo pre-intervención (0,7%) y 2 del post-intervención (0,3%) tuvieron una ISQ por *S. aureus* ($p=0,42$). Estos 2 pacientes no habían recibido descolonización ni tratamiento adecuado. La duración media de estancia fue de 9,1 (DE 6,9) vs 8,0 días (DE 4,7) ($p=0,001$).

CONCLUSIONES

Se consiguió la implementación de esta intervención en más de la mitad de los pacientes, siendo de fácil aplicación en otros hospitales. La descolonización nasal con mupirocina en pacientes ortopédicos ha mostrado resultados interesantes en la reducción de ISQ e infecciones por *S. aureus* en nuestro hospital. Esta descolonización junto con la intervención descrita puede ayudar a mejorar la calidad y la seguridad de la atención al paciente ortopédico.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1769. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A ERENUMAB EN PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA

AUTORES

VÁZQUEZ GÓMEZ S, LÓPEZ RODRÍGUEZ I, LÓPEZ GARCÍA VM, MARTÍNEZ PORTELA A, IGLESIAS VALÍN AR, FERRO RODRÍGUEZ S
C.H.UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI (HULA). C/ DOCTOR ULISES ROMERO, 1. LUGO

OBJETIVOS

Evaluar la respuesta tras 3 meses de tratamiento con erenumab en la profilaxis de la migraña. La migraña en una enfermedad del sistema nervioso central, que se presenta con cefalea recurrente, en general pulsátil, acompañada por

síntomas autonómicos y de aumento de la sensibilidad a estímulos. Erenumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la actividad del péptido relacionado con el gen de la calcitonina, un factor que ha demostrado tener un papel importante en la generación de la cefalea migrañosa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron 6 pacientes que presentaban migraña (4 mujeres) y mediana 51 años de edad, refractarios a 3 o más tratamientos profilácticos, empleados a dosis suficientes durante al menos 3 meses (amitriptilina, topiramato, zonisamida, betabloqueantes, flunarizina, toxina botulínica, entre otros) y con alto abuso de analgesia. Se incluyeron pacientes que iniciaron tratamiento con erenumab entre diciembre 2018 y diciembre 2019. Se emplearon dos escalas de evaluación, Examen del Impacto del Dolor de Cabeza (HIT-6) y Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS), que permiten evaluar la evolución en la práctica clínica de la cefalea e identificar el tratamiento más adecuado.

- La escala HIT-6 evalúa el impacto funcional que la cefalea tiene en la vida diaria del paciente durante los últimos 3 meses. Son 6 preguntas y la puntuación ≥ 60 puntos, supone que las cefaleas tienen un impacto muy severo en su vida.
- La escala MIDAS permite conocer la pérdida de días en las áreas personal, profesional y familiar durante los últimos 3 meses debido a las cefaleas migrañosas. La puntuación se obtiene de la suma de los días perdidos por migraña registrados en 5 preguntas y refleja el grado de discapacidad. Una puntuación ≥ 21 puntos supone discapacidad grave. También se recogen los días con cefalea durante 3 meses y la intensidad del dolor.

RESULTADOS

Común a todos los pacientes fue que las cefaleas tenían un impacto muy severo y suponían una discapacidad grave para su vida diaria.

Iniciaron tratamiento con erenumab 70 mg/4 semanas subcutáneo. A los 3 meses, se evaluó la respuesta. Cinco de ellos presentaron respuesta favorable en función de la escala HIT-6 pues redujeron la puntuación en ≥ 5 puntos. Dos pacientes, lograron alcanzar una puntuación < 60 puntos (entre 56-59), por lo que las cefaleas aún suponen un impacto importante en su vida diaria. Según la escala MIDAS, la mitad de los pacientes mostraron una reducción de los días mensuales de migraña (DMM) en $\geq 50\%$.

Un tercio de los pacientes no obtuvo resultados esperados en el primer trimestre y fueron candidatos a una intensificación de la terapia (erenumab 140 mg/4 semanas), de acuerdo la ficha técnica del medicamento.

CONCLUSIONES

Durante el primer trimestre de tratamiento, erenumab ha mostrado en la mitad de los pacientes ser efectivo en cuanto a la reducción de los DMM, suponiendo una gran mejoría en su calidad de vida.

Erenumab permite realizar una intensificación en aquellos pacientes que no muestran los resultados esperados en el primer trimestre de tratamiento, lo que se llevó a cabo en dos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1780. EFICACIA Y SEGURIDAD COMPARATIVA DEL USO DE DIFERENTES PRESENTACIONES DE HORMONA FOLICULOESTIMULANTE HUMANA RECOMBINANTE

AUTORES

GONZÁLEZ FRANCO RM, RIOJA CARRERA M, GARCÍA ARAGÓN I, PÉREZ-PERIAÑEZ ORILLO L, GÓMEZ GÓMEZ D, SÁNCHEZ GUNDÍN J, ILLARO URANGA A, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA.VALDECILLA S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Comparar eficacia y seguridad de distintas presentaciones de la hormona foliculoestimulante humana recombinante (r-hFSH) en mujeres que se sometieron a un tratamiento de reproducción asistida en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a todas las mujeres que se sometieron a una técnica de reproducción en el año 2019. Los datos recogidos de la historia clínica electrónica y del programa de prescripción electrónica asistida fueron: edad, presentación de r-hFSH recibida, técnica de reproducción, número de ovocitos, número de intento de embarazo, éxito de embarazo, embarazos múltiples, aparición de síndrome de estimulación ovárica (SHO).

Para las distintas técnicas se realizó un análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado con las variables éxito de embarazo y SHO, utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 433 pacientes, obteniéndose un total de 832 casos. La media de edad fue 34,8 años (22-42). 476 (57,2%) casos se sometieron a fecundación in vitro (FIV) y 356 (42,8%) a inseminación artificial (IA). 412 (49,5%) casos recibieron tratamiento con folitropina alfa (r-hFSH), 255 (30,6%) con gonadotropina menopáusica humana, (hMG-HP) / gonadotropina coriónica humana (hCG), y 165 (19,9%) con folitropina alfa (r-hFSH) / lutropina alfa (r-hLH). El número de intentos fue 1 para 372 (44,7%) casos, 2 para 253 (30,5%), 3 para 141 (16,9%) y 4 o más para 66 (7,9%). Se produjeron 128 (15,4%) embarazos, de los cuales 11 (1,3%) fueron múltiples. La media del número de ovocitos fue 8,4 (0-34). Se detectaron 15 (1,8 %) casos de SHO.

476 casos se sometieron a FIV, 195 (41%) recibieron tratamiento con hMG-HP/hCG, 162 (34%) con r-hFSH/r-hLH y 119 (25%) con r-hFSH. Se obtuvieron 86 embarazos, con una tasa de éxito del 26,1% (31) para r-hFSH, 15,4% (30) para hMG-HP/hCG y 15,4% (25) para r-hFSH/r-hLH ($p=0,033$). Se detectaron 10 casos de SHO en pacientes que se sometieron a FIV, con una tasa de aparición del 3,4% (4) con r-hFSH, del 2,5% (4) con r-hFSH/r-hLH y del 1% (2) con hMG-HP/hCG ($p=0,346$). 353 casos se sometieron a IA, 293 (83%) recibieron tratamiento con r-hFSH y 60 (17%) con hMG-HP/hCG. Se excluyeron 3

que recibieron tratamiento con r-hFSH/r-hLH debido al reducido tamaño muestral. Se obtuvieron 41 embarazos, con una tasa de éxito del 18,3% (11) para hMG-HP/hCG y del 10,2% (30) para r-hFSH ($p=0,075$). Los casos de SHO detectados en pacientes que se sometieron a IA fueron 4 (1,4%), todas pacientes tratadas con r-hFSH ($p=0,363$).

CONCLUSIONES

En las pacientes que se sometieron a FIV, la posibilidad de lograr el embarazo tiene dependencia del tratamiento farmacológico siendo más favorable a r-hFSH. Sin embargo, en las pacientes que se sometieron a IA no existe dependencia del tratamiento farmacológico para conseguir embarazo. Estos resultados deben interpretarse con cautela debido a la multifactorialidad que interviene en el proceso del embarazo y que, seguramente, produzcan sesgos en estos resultados. Tampoco se observa dependencia del tratamiento farmacológico en la aparición de SHO.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1809. UTILIDAD DE LOS PATIENT REPORTED OUTCOMES EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR

AUTORES

AMOR GARCÍA MÁ, IBÁÑEZ GARCÍA S, GARCÍA GONZÁLEZ X, MOMBIELA REMÍREZ DE GANUZA T, VILLANUEVA BUENO C, MELGAREJO ORTUÑO A, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DEL DR ESQUERDO 46. MADRID

OBJETIVOS

La hipertensión pulmonar (HP) precisa del análisis de parámetros hemodinámicos y pruebas funcionales para evaluar el estado de los pacientes. En los últimos años, el uso de cuestionarios de calidad de vida que incluyan “patient reported outcomes” ha constituido una herramienta diagnóstica más para realizar una evaluación integral de los pacientes. El objetivo de este estudio es analizar la utilidad de los “patient-reported outcomes” (PROs) mediante dos cuestionarios de calidad de vida (CAMPHOR y PAH-Sympact) específicos para pacientes con HP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio experimental, prospectivo.

Se incluyeron pacientes que estuvieran recibiendo tratamiento específico para HP en nuestro hospital.

Período de inclusión: del 1 de agosto al 31 de diciembre de 2019.

El cuestionario CAMPHOR consta de tres dominios: síntomas, actividad y calidad de vida. Síntomas y calidad de vida constan de 25 ítems (puntuados como 0 o 1) y actividad contiene 15 ítems (puntuados como 0, 1 o 2). Se completó en la consulta de Atención Farmacéutica (AF).

El cuestionario PAH-Sympact consta de dos dominios: síntomas y efectos. Síntomas consta de 12 ítems (referidos a las últimas 24 horas, durante una semana) y efectos consta de 11 ítems (referidos a la última semana). Se puntúan del 0 al 4 según su intensidad. Se entregó a los pacientes en la consulta de AF para su realización en domicilio.

Se registraron variables demográficas (edad y sexo) y clínicas (clase funcional de la OMS-CF y distancia recorrida en el test de marcha de los 6 minutos-TM6M).

Se analizó el porcentaje de pacientes que completaron correctamente los cuestionarios y las causas de no completarlo. Se evaluó si existía correlación de las variables clínicas (CF y TM6M) con los dos cuestionarios mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS

Se incluyeron 45 pacientes, con una media de edad de 62,5 años (DE 14,5). El 64,4% eran mujeres. 9 pacientes (20,0%) estaban en CF I, 22 (48,9%) en CF II y 14 (31,1%) en CF III. La media de distancia recorrida en el TM6M fue de 387,4 metros (DE 88,9).

El cuestionario CAMPHOR fue completado correctamente por todos los pacientes, mientras que PAH-Sympact en 22 (48,9%). Ocho pacientes no lo entregaron, ocho contestaron todos los días igual y siete dejaron días sin completar.

Se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre los tres dominios de CAMPHOR y CF ($P < 0,001$ en los tres casos), así como con el TM6M: síntomas ($P=0,007$), actividades ($P < 0,001$) y calidad de vida ($P=0,04$). Para PAH-Sympact se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas entre efectos y CF ($P < 0,001$), pero no entre síntomas y CF ($P=0,10$), efectos y TM6M ($P=0,07$) y síntomas y TM6M ($P=0,33$).

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, el cuestionario CAMPHOR resultó superior a PAH-Sympact en la evaluación de pacientes con HP, tanto en la correlación con variables clínicas usadas habitualmente como en su aplicabilidad en la práctica diaria, por su mayor sencillez y facilidad de realización. Incorporar una medida de PROs en la AF realizada a nuestros pacientes puede aportar información de interés sobre su calidad de vida y situación clínica, siendo su medida fácilmente realizable en cualquier servicio de farmacia.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1916. VÍAS DE ADMINISTRACIÓN OFF-LABEL DE MEDICAMENTOS. TABLA DE CONSULTA RÁPIDA.

AUTORES

OÑATE MUZÁS E, VILA GALLEGO C, BLAZQUEZ URTIZBEREA U, LOIZAGA DIAZ I, REVUELTA AMALLO A, VARA URRUCHUA M, ELGUEZABAL ORTUZAR I, ARDANZA ARAMBURU E
HOSPITAL BASURTO. MONTEVIDEO ETORB, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS

Elaborar una tabla-guía de los medicamentos que en la práctica clínica se administran por una vía de administración diferente a la recogida en ficha técnica, recopilando toda la información bibliográfica existente sobre esta práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó una tabla en formato Word® en la que se recogieron durante 10 meses (Marzo 2019-Diciembre 2019) los medicamentos y las vías de administración off-label (oral, subcutánea, intramuscular, intravenosa, rectal, intranasal, tópica) detectadas en la prescripción electrónica (PE) o por consultas a la farmacia por parte de enfermería. Cuando existe evidencia suficiente se notifica a los servicios centrales que mantienen el programa de PE y estos habilitan las nuevas vías de administración off-label aceptadas para los medicamentos. También se añadieron los medicamentos utilizados en cuidados paliativos que más frecuentemente se administran por vías off-label. Tras una búsqueda bibliográfica (Micromedex, Uptodate, Fisterra, consultas a laboratorios farmacéuticos, guías clínicas) se registró la experiencia clínica existente para cada caso utilizando la palabra de búsqueda principio activo y vía de administración off label. Se elaboró una tabla de consulta rápida que recoge los campos: medicamento, vía, normas de administración, bibliografía y si estaba habilitada la nueva vía en el programa de prescripción electrónica.

RESULTADOS

Se revisaron 35 medicamentos que en la práctica clínica habitual se administran de forma off-label; de los cuales 14 por vía subcutánea, 9 por vía oral, 3 por vía intravenosa, 4 por vía nasal, 2 por vía rectal, 1 por vía inhalada, 1 por vía intramuscular y 1 por vía tópica. De los 35 medicamentos, 28 (80%) de ellos tenían ya habilitada la vía de administración off-label en prescripción electrónica y 7 (20%) todavía no.

CONCLUSIONES

El uso de la vía de administración off-label es cada vez más extendido para casos clínicos en los que la vía autorizada no es adecuada por la situación clínica del paciente y se requiere la administración del fármaco. Por ello es muy útil disponer de bibliografía clínica y casos clínicos en los que esa situación ya se haya dado y las medidas y resultados que obtuvieron. El uso de guías como ésta facilita el acceso a información sobre la experiencia clínica y el modo de administración en cada caso.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1985. SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS.

AUTORES

MARTÍNEZ IBÁÑEZ MÁ, BLÁZQUEZ ÁLVAREZ MJ, DE LA CRUZ MURIE P, GARRIDO CORRO B, GOLNABI DOWLATSHAHI F, SÁEZ GARRIDO M, RUIZ GÓMEZ A, LAORDEN CARRASCO A
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Determinar la seguridad en la prescripción de anticoagulantes de acción directa (ACOD) valorando el riesgo trombótico, el riesgo de sangrado y el ajuste a función renal de los medicamentos estudiados en población mayor de 75 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, que incluyó pacientes en tratamiento activo con ACOD en el hospital durante 2 semanas. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, indicación, duración de tratamiento, tratamientos anticoagulantes anteriores (motivo de cambio a ACOD), ajuste a función renal, riesgo trombótico medido mediante la escala CHAD2DS2-VASC, riesgo de sangrado mediante la escala "Has-bled score" y tratamiento antiagregante. Se analizó a los pacientes desde el día en el que se les prescribió tratamiento con ACOD hasta el presente. Los datos se obtuvieron de los programas de prescripción electrónica, de la historia clínica de los pacientes y de alertas del programa de apoyo a la validación farmacéutica HIGEA®.

RESULTADOS

Se analizaron 23 pacientes, 10 hombres y 13 mujeres, con una mediana de edad de 81 años (75-96). La mediana de seguimiento fue de 18 meses (1-72 meses). Las indicaciones de los ACOD fueron: fibrilación auricular (FA) (17), accidente isquémico transitorio (AIT) (2), implantación transcatóter de válvula aórtica (TAVI) (1), síncope cardiogénico (1), flutter auricular (1) y tromboembolismo pulmonar (TEP) (1). 17 fueron tratados con apixabán, 5 con rivaroxabán y 1 con edoxabán. La duración media de los tratamientos fue de 20,04 meses. 16 pacientes (69,56%) fueron tratados con acenocumarol o warfarina antes de ACOD, mientras que 1 paciente paso de un ACOD a otro (rivaroxabán a apixabán, por mal control de la hemostasia). De dichos pacientes, 12 (75%) debieron el cambio a un mal control de INR, 1 (6,25%) a TAVI, 1 (6,25%) por riesgo trombótico tras cardioversión, 1 (6,25%) por paso de flutter auricular a FA y 1 (6,25%) por dificultad para realizar los controles de INR. 9 pacientes (39%) necesitaron ajuste de dosis a función renal: 7 pacientes en tratamiento con apixaban con dosis inicial de 5 mg pasaron a 2,5 mg y 2 pacientes con rivaroxaban a dosis inicial de 20 mg, uno a 15 mg y otro a 10 mg; todos por aclaramiento renal entre 15-30 ml/min. La media total de riesgo trombótico medido con la escala CHAD2DS2-VASC fue de 5 (riesgo alto), la de pacientes sin tratamiento anticoagulante previo fue 5,57 y la de pacientes con el mismo, 4,75. Por otra parte, el riesgo de sangrado medio medido con la escala "Has-bled score" fue de 3,8 (riesgo alto). Con respecto al tratamiento antiagregante, 5 pacientes fueron tratados con ácido acetilsalicílico 100 mg y 3 pacientes con clopidogrel 75 mg.

CONCLUSIONES

1. El riesgo trombótico y de sangrado de los pacientes fue alto, la seguridad en el manejo de los ACOD es contradictoria y nos lleva a realizar un seguimiento estrecho del tratamiento.
2. El motivo prevalente de cambio de tratamiento a ACOD es un mal control ambulatorio de INR.
3. El ajuste de dosis a función renal en pacientes mayores de 75 años es una intervención clave del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS**2004. IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTE PREQUIRÚRGICO DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. PROYECTO QONCILIAX****AUTORES**

GALLEGO UBEDA M, HEREDIA BENITO M, TUTAU GÓMEZ F, CAMPOS FERNANDEZ DE SEVILLA MA, MONJE GARCÍA B, BLANCO SÁNCHEZ G
HOSPITAL DEL HENARES. AVENIDA MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS

Diseñar un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) de conciliación prequirúrgica en paciente de otorrinolaringología (ORL) con hospitalización convencional.

MEJORAS ESPERADAS

Contribuir a la mejora de la calidad asistencial en el paciente prequirúrgico y disminución de errores de medicación.

DISEÑO

El diseño del PNT se realizó en varias fases. Fase 1: revisión bibliográfica; Fase 2: Selección de pacientes candidatos, definición de responsabilidades, establecimiento del circuito de trabajo y elaboración del PNT y planificación de la consulta de farmacia; Fase 3: aprobación del PNT; Fase 4: sesiones informativas/formativas a los servicios implicados.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Selección de pacientes candidatos será realizada por ORL; 2. Citación de pacientes candidatos en la consulta de farmacia previa a la consulta de preanestesia; 3. Consulta de farmacia; se obtendrá el listado farmacoterapéutico y se valorará la adherencia junto con recomendaciones dirigidas al anestesista, otorrino y médico de primaria (MAP); 4. Elaboración de un informe de conciliación; 5. En la consulta de preanestesia, el anestesista podrá consultar el informe de farmacia; 6. Durante el ingreso del paciente en el hospital, el otorrino podrá consultar el informe de farmacia; 7. Alta del paciente, en la que se le entregará un informe con recomendaciones para el MAP y un plan horario con indicaciones sobre administración de medicación.

IMPLANTACIÓN

Procedimiento aprobado por dirección médica en mayo de 2020

RESULTADOS

La selección de pacientes de otorrino se basa en el hecho de tratarse de pacientes con patologías crónicas y comorbilidades y podrían beneficiarse por tanto de una atención farmacéutica. La integración de diversos profesionales en un equipo multidisciplinar permite mejorar y protocolizar el procedimiento de trabajo. Integra el ámbito de primaria y especializada, mejorando de este modo la continuidad asistencial

LIMITACIONES

Relacionados con la selección y el tamaño de muestra. El número de pacientes diana es reducido. Se trata de pacientes vulnerables a beneficiarse de atención farmacéutica y es un número adecuado para realizar un proyecto piloto con la posibilidad de ampliar a otros servicios o pacientes si los resultados son favorables. Además, hay que tener en cuenta la limitación de recursos humanos

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El procedimiento de trabajo puede ser reproducible y adaptado a otros Servicios de Farmacia

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS**2020. ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA TIROSIN QUINASA****AUTORES**

CARABIAS ANÉ L, ALCALDE RODRIGO M, LEZCANO RUBIO C, VILARIÑO SEIJAS A, SOLER FITÉ N, XICOY CIRICI B, QUIÑONES RIBAS C, IBÁÑEZ-COLLADO C
HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL. CTRA DEL CANYET S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Los modelos de estratificación de pacientes son una herramienta útil para la adecuación de la Atención Farmacéutica (AF), permitiendo optimizar los recursos y el desarrollo de estrategias de intervenciones estandarizadas y de calidad, adecuadas a cada uno de los niveles de prioridad establecidos previamente. El objetivo de este estudio es aplicar el modelo de estratificación farmacéutica para pacientes con enfermedades oncohematológicas elaborado por la SEFH, a pacientes con diagnóstico de Leucemia Mieloide Crónica (LMC) e identificar aquellos que más se puedan beneficiar de determinadas intervenciones de AF dependiendo de su nivel de prioridad con el objetivo futuro elaborar un plan funcional de telefarmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. En marzo del 2020 se identificaron todos los pacientes diagnosticados de LMC en tratamiento con inhibidores de la tirosin quinasa (ITKs), a los cuales se les aplicó el modelo de estratificación para pacientes con enfermedades oncohematológicas, basado en 22 variables agrupadas en cuatro bloques: variables demográficas, variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional, variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios y variables relacionadas con el tratamiento. En función de la puntuación obtenida los pacientes fueron estratificados en 3 niveles, siendo el nivel 1 el de mayor prioridad. La recogida de las variables fue realizada a través de la historia clínica compartida, el registro de dispensaciones del programa de prescripción electrónica

asistida y la receta electrónica revisándose todas ellas por pares. Se utilizó el Índice de Charlson para las valorar las comorbilidades, el listado ISMP (Institute for Safe Medication Practices) para identificar la la medicación de alto riesgo y el Lexicomp® para las interacciones.

RESULTADOS

Se incluyeron 57 pacientes con una edad media de 58,1 años (SD±15,4), 23 de los cuales fueron mujeres (40,3%). Tras el análisis de variables se identificaron 31 pacientes (54,4%) con nivel de prioridad 3, 20 (35,1%) con nivel de prioridad 2 y 6 (10,5%) con nivel de prioridad 1. A un paciente se le asignó automáticamente nivel de prioridad 1, independientemente de la puntuación, por presentar problemas socioeconómicos que no le permitían llevar a cabo correctamente el tratamiento. Las variables que más ponderaron fueron las relacionadas con el tratamiento; 31 pacientes (54,4%) estaban en tratamiento concomitante con medicación de alto riesgo, 28 (49,1%) presentaban alguna interacción grave (tipo C, D o X) y 24 (42,1%) eran pacientes polimedicados. Además, 24 pacientes (42,1%) presentaron dos o más comorbilidades.

CONCLUSIONES

La aplicación de este modelo de estratificación en pacientes con LMC ha permitido identificar que la mitad de esta población presenta un nivel de complejidad alto y una mayor necesidad de atención farmacéutica presencial. El resto puede beneficiarse de un modelo de telefarmacia.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

2046. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS POR UN RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES

GONZÁLEZ PÉREZ Y, NUÑEZ RODRÍGUEZ J, ZAFRA MORALES R, NEBOT VILLACAMPA MJ, SANZ RODRÍGUEZ V, MARIN GORRICO R, ITURBE HERAS M, CASO GONZÁLEZ A
HOSPITAL SAN PEDRO. C/PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Describir las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas y los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) durante la rotación de un residente de cuarto año en Cirugía General y del aparato Digestivo (CGAD) y Medicina Interna (MI)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y prospectivo de 4 meses de duración, realizado durante la rotación del residente de farmacia hospitalaria en los departamentos de CGAD y MI en horario de mañana, de lunes a viernes. Se revisaron las historias clínicas de aquellos pacientes que estaban a cargo del médico asignado a la rotación del residente.

Las variables recogidas durante la rotación y la historia clínica electrónica fueron: sexo, edad, motivo de ingreso, número de fármacos que tomaban los pacientes de manera crónica, la presencia de polifarmacia simple, mayor o extrema y las IF clasificadas según el Estudio Multicéntrico Español para la Prevención de Errores de Medicación (EMOPEM) del año 2013 y los PRM (Indicación, Efectividad y Seguridad). Los datos se trataron y se analizaron en una base de datos excel

RESULTADOS

Se revisaron 150 pacientes (62,0% hombres) con edad media de 70,2±12,8 años, de los cuales se realizó IF a 100 pacientes

El motivo de ingreso fue por enfermedades infecciosas 25%, enfermedades digestivas-biliares 24%, enfermedades cardiovasculares 20%; el 14% ingresó por problemas respiratorios, 7% por neoplasia, 4% por motivos urológicos, 4% por enfermedades del sistema nervioso central y un 2% relacionadas con el metabolismo. La media de fármacos que tomaban de manera crónica fue de 5,2±4,6, identificándose polifarmacia simple en 30% de los pacientes, 19,7% polifarmacia mayor y 1,0% polifarmacia extrema. Se detectaron 50% de PRM y se llevaron a cabo 236 IF, lo que supuso 1,6 intervenciones por paciente con un grado de aceptación del 76%.

En el departamento de CGAD se realizaron 113 IF. Según el EMOPEM corresponden a 21 cambios de posología, 19 recomendaciones a enfermería para optimizar los tratamientos, 17 sobre indicación; se recibieron 15 consultas al farmacéutico, 14 veces hubo omisión del tratamiento, se sustituyó en 13 ocasiones fármacos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica y se propusieron 8 modificaciones de la vía de administración. Además, se recomendó 4 cambio de antimicrobianos y se detectaron 2 errores de administración. Los PRM detectados han sido del 53,0% (46,6% Indicación, 31,6% Efectividad y 21,8% Seguridad)

En el caso de MI se realizaron 123 IF clasificadas según el EMOPEM como indicación en 26 casos, se indicaron 25 recomendaciones a enfermería para optimizar los tratamientos, se recomendaron 21 cambios de posología, y se recibieron 19 consultas al farmacéutico. En 12 casos hubo una selección inadecuada de los medicamentos, en 10 omisión del tratamiento del fármaco, se propusieron 5 cambio del antimicrobiano, se detectaron 3 reacciones adversas y se sustituyeron 2 fármacos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica. Los PRM detectados fueron 53,6% (Indicación 42,6%, Efectividad 21,3% y Seguridad 36%)

CONCLUSIONES

Las tres principales intervenciones encontradas en ambos departamentos han sido indicación, posología y recomendaciones al personal de enfermería.

En cuanto a los PRM se detectaron con mayor frecuencia en MI problemas relacionados con la seguridad y en CGAD sobre la efectividad.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS**2052. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA****AUTORES**

GANFORNINA ANDRADES A, BULO CONCELLON R, RODRIGUEZ MORETA C, CORRALES PAZ M, LOMARES MANZANO I, MANZANO MARTIN MV

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. AVD, ANA DE VIYA, 21. CÁDIZ

OBJETIVOS

Analizar la necesidad de instaurar un circuito de conciliación de la medicación (CCM) en la unidad de Cirugía Torácica (CT) de un hospital de referencia, así como describir el circuito y analizar las intervenciones farmacéuticas realizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que analiza la prescripción de los pacientes ingresados en la unidad de CT desde junio a diciembre de 2019. El CCM consiste en realizar, en las primeras 24 horas del ingreso, la revisión de la historia farmacoterapéutica completa (hoja de preanestesia, hoja quirúrgica, anamnesis y evolutivos), medicación domiciliaria incluida en receta XXI y la indicada durante el ingreso en el programa de prescripción electrónica Athos-Prisma®; a continuación, se entrevista al paciente para resolver las discrepancias encontradas y corroborar información. Con todo ello, se elabora un informe de conciliación (IC) con recomendaciones de cara al proceso quirúrgico, la estancia y el alta del paciente. El IC se comparte con el equipo asistencial a través de la historia clínica digital y Athos-Prisma®, permitiendo que el médico responsable conozca toda la información y ajuste el tratamiento en base a las recomendaciones del farmacéutico y la situación clínica del paciente. Clasificación de recomendaciones: mantener, suspender o sustituir fármacos, según las Guías de Conciliación e Intercambio Terapéutico publicadas. También se revisan las interacciones detectadas con Lexicomp®. Las intervenciones farmacoterapéuticas y las discrepancias encontradas se registran en la Base de Datos del servicio de farmacia.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado se produjeron 265 ingresos en CT, correspondientes a 235 pacientes. El CCM se realizó en 139 ingresos (130 pacientes: edad media 58,2 ± 15,7 años; sexo 70% hombres); de los cuales 109 (84%) tomaban medicación domiciliaria al ingreso. Se revisaron 617 líneas de tratamiento domiciliario (5,7 fármacos/paciente de media) y se realizaron 574 recomendaciones. De estos ingresos, 73 (67%) tenían hoja de anamnesis, 68 (62,4%) informe de preanestesia y 29 (26,6%) medicación prescrita en Athos-Prisma® en el momento de la revisión por farmacia. Se realizaron 40 (36,7%) entrevistas, el resto de pacientes estaban en quirófano o en reanimación. En total se detectaron 49 ingresos con discrepancias (45%) y 55 con interacciones (50,5%). Las discrepancias fueron: medicación reflejada en la historia clínica no coincide con receta XXI: 40 (81,6%) (omisión medicamentos: 18; mantenimiento de medicación no prescrita en la actualidad: 16; error presentación prescrita: 3; inicio sin justificación clínica: 2; error dosis: 1), omisión de medicamentos en Athos-Prisma®: 4 (8,2%), duplicidad: 2 (4,1%), no renovación tratamiento necesario: 2 (4,1%), posología errónea en Athos-Prisma®: 1 (2%). El prescriptor modificó el tratamiento en base a las recomendaciones del IC en 57 (52,3%) de los ingresos.

CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes sometidos a CT tienen tratamiento domiciliario, por lo que el CCM favorece la continuidad asistencial y previene problemas relacionados con la medicación en el paciente quirúrgico. Es necesario plantear estrategias que permitan aumentar el número de entrevistas realizadas. Existe un elevado porcentaje de discrepancias e interacciones que pueden ser resueltas con la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar, aumentando así la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS**2081. ÁCIDO VALPROICO Y CARBAPENEMS: RELEVANCIA CLÍNICA DE LA INTERACCIÓN Y RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA****AUTORES**

HERNANDEZ RAMOS JA, CARO TELLER JM, BRUNI MONTERO MA, CANALES SIGUERO D, MARTINEZ DE LA TORRE F, GONZALEZ SEVILLA M, SANCHEZ SANZ B, FERRARI PIQUERO JM

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. AV. CORDOBA S/N. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la relevancia clínica de la interacción ácido valproico (VPA)-carbapenems y la repercusión de la intervención farmacéutica en pacientes ingresados con diagnóstico de epilepsia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de grupo 5 según la clasificación clúster en el que se evaluaron todos los pacientes ingresados entre 2016 y 2019 que fueron tratados simultáneamente con VPA y un carbapenem. Los criterios de inclusión fueron: prescripción crónica de VPA para el tratamiento de la epilepsia, estabilidad en el tratamiento anticonvulsivo al menos los tres meses previos al ingreso y ausencia de infección o neoplasia que afectara al sistema nervioso central.

Se utilizaron los programas de historia clínica electrónica de atención hospitalaria y atención primaria para registrar el tratamiento farmacológico prescrito en el ingreso y la frecuencia de crisis epilépticas tanto durante la estancia hospitalaria como en el año previo.

RESULTADOS

Se incluyeron 27 episodios de 24 pacientes. El 62,5% eran varones (n=15), con una mediana de edad de 70 años (48-80). El 55,6% (n=15) fueron tratados con meropenem y el 44,4% restante con ertapenem. La mediana de la duración del tratamiento concomitante con VPA fue 7 días (4-14). En un caso la dosis del carbapenem no estaba ajustada a función renal.

En el 59,3% de los episodios (n=17), el VPA formaba parte de una terapia anticomial combinada. En el 40,7% se utilizó en monoterapia. En 26 casos (96,3%) el paciente recibió VPA en comprimidos de liberación inmediata y/o solución intravenosa durante su ingreso mientras que solo 1 recibió comprimidos de liberación prolongada.

Para el periodo de interacción VPA-carbapenem se obtuvo una tasa de incidencia (TI) de 5,04% (5,04 crisis por 100 pacientes-día), mientras que en el periodo sin interacción fue del 1,79%. Por tanto, la razón de tasas de incidencia fue 2,82 (IC 95%: 1,63 – 5,83) y la reducción absoluta del riesgo fue del 3,25% (número necesario a tratar=31).

No se encontraron diferencias entre los pacientes tratados con meropenem versus ertapenem ni entre aquellos que recibían ácido valproico como monoterapia versus politerapia.

Desde el Servicio de Farmacia se detectaron 17 episodios (62,9%) y se intervino en todos ellos informando al médico sobre la interacción, proponiendo monitorización farmacocinética (MF) de VPA e incentivando la rotación del antibiótico a alternativas más seguras.

Fueron aceptadas 14 intervenciones (82,4%), en 7 casos se inició MF, 4 de los cuales desembocaron en sustitución o interrupción del carbapenem; en 6 casos se sustituyó o interrumpió el tratamiento con carbapenem sin haber realizado MF; y en 1 caso se interrumpió el tratamiento con VPA. Por lo tanto, se evitaron 11 combinaciones.

En todos los episodios en que se realizó MF durante la combinación se hallaron niveles de VPA infraterapéuticos (< 50µg/mL).

CONCLUSIONES

La interacción ácido valproico-carbapenems es clínicamente relevante y la intervención farmacéutica puede contribuir a prevenir la aparición de crisis epilépticas favorecidas por esta combinación.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

2127. INTERVENCIÓN SOBRE EL USO COMBINADO DE MEDICAMENTOS QUE ACTÚAN SOBRE EL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES

CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ T, MEROÑO SAURA MA, PACHECO LÓPEZ P, CARVAJAL SÁNCHEZ MÁ, IBÁÑEZ CATURLA J, LACRUZ GUZMÁN D
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AVENIDA MARQUÉS DE LOS VÉLEZ, SN. MURCIA

OBJETIVOS

Diversas notas informativas publicadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) recomiendan no utilizar terapia combinada con medicamentos que actúan sobre el Sistema Renina Angiotensina (SRA) y recuerdan que la combinación de aliskiren con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) en pacientes con alteración de la función renal o diabetes está contraindicada.

El objetivo del estudio fue identificar los pacientes en tratamiento concomitante con medicamentos que actúan sobre el SRA, recordar la contraindicación de su uso en pacientes con diabetes mellitus (DM) o enfermedad renal crónica (ERC) moderada-grave y evaluar la aceptación de la intervención farmacéutica (IF) en un área de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal de intervención en un área de salud. Mediante el aplicativo informático de gestión de prestación farmacéutica se seleccionaron los pacientes en tratamiento combinado con los grupos terapéuticos C09A y C09B (IECA, monofármacos y combinaciones), C09C y C09D (ARA II, monofármacos y combinaciones), y C09X (otros agentes que actúan sobre el SRA) durante los meses de junio, julio y agosto de 2019. Tras la revisión de la historia clínica electrónica (Selene[®]) se identificaron aquellos pacientes con DM o ERC y se informó al médico de atención primaria responsable del paciente, de la contraindicación de esta biterapia, recomendando la deprescripción o el cambio de terapia antihipertensiva y en los casos en los que se considerase imprescindible, la monitorización de la función renal, el balance hidroelectrolítico y la tensión arterial. Seis meses después se evaluó el grado de aceptación de la intervención.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se identificaron 18 pacientes en tratamiento con IECA o ARA II asociados a aliskiren en nuestro área de salud. Tras revisar su historia clínica, 7 pacientes (38,8%), requirieron intervención al presentar 6 de ellos DM y uno ERC moderada-grave. El grado de aceptación de las intervenciones fue del 42,85% (3/7), con dos cambios de tratamiento con deprescripción de fármacos pertenecientes al grupo terapéutico C09D (combinaciones de ARAII) y una deprescripción de aliskirén (C09X). Únicamente un paciente inició tratamiento con la biterapia en los 6 meses posteriores, por lo que en marzo de 2020 eran 4 los pacientes con un uso inadecuado de la biterapia en todo el área de salud.

CONCLUSIONES

La revisión del uso inadecuado de estos fármacos y la información a los médicos prescriptores, así como, el recordatorio de la contraindicación en pacientes con DM y/o ERC, ha supuesto la aceptación de la intervención en casi la mitad de los casos.

El farmacéutico encargado del área de atención primaria debe informar sobre este tipo de alertas o notas de seguridad,

llevando a cabo revisiones con frecuencia, colaborando así con los demás profesionales para mejorar el uso de medicamentos y dar información farmacoterapéutica a médicos y otros profesionales del equipo asistencial.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

2154. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA ADECUACIÓN DEL AJUSTE POSOLÓGICO DE ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES INGRESADOS

AUTORES

LAO DOMÍNGUEZ FÁ, CANTUDO CUENCA MD

HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE VALME. CTRA. DE CÁDIZ KM. 548,9. SEVILLA

OBJETIVOS

Estudiar la adecuación del régimen de dosificación (RD) recomendado en ficha técnica (FT) de anticoagulantes de acción directa (ACOD) con diagnóstico de fibrilación auricular no valvular (FANV). Evaluar el grado de aceptación e impacto de la intervención farmacéutica (IF) sobre prescripciones que requieren modificación del RD de ACOD.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de intervención prospectivo y unicéntrico realizado desde 01 de marzo 2020 a 20 de mayo 2020. Se incluyeron pacientes adultos ingresados con FANV en tratamiento con ACOD con periodo de seguimiento hasta el alta. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, peso, tipo de ACOD durante el ingreso (apixabán, dabigatrán, edoxabán y rivaroxabán), 3 últimos valores de creatinina en los 6 meses previos al ingreso y creatinina al ingreso y al alta, e interacciones con medicación concomitante especificadas en FT. Los criterios de adecuación del RD fueron edad, peso y aclaramiento de creatinina (ClCr, fórmula de Cockcroft-Gault) según recomendaciones de la FT. Si no se disponía del peso, se empleó la fórmula MDR/CKD-EPI. Las IFs se realizaron vía telemática o telefónica con el facultativo responsable. Las variables se obtuvieron mediante los programas de historia electrónica y prescripción. El análisis descriptivo se realizó con Microsoft Office Excel®.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 61 pacientes (51,7% hombres) con una mediana de edad de 76 años (RIQ: 69-81). El 11,5% (n=7) de los pacientes presentaron RD inadecuados, un 85,7% (n=6) por sobredosificación y 14,3% (n=1) por infradosificación. El principal criterio no adaptado a las recomendaciones fue ClCr (n=3) seguido del peso (n=1), ClCr+peso (n=1) y ClCr+edad (n=1). No se observaron interacciones que implicasen un ajuste del RD. El grado de aceptación de las IFs realizadas fue del 71,4% (n=5), entre ellas:

- Pacientes sobredosificados con edoxabán 60 mg/24 h: una con ClCr 15-49 mL/min, otro con peso < 60 kg y otro con ambos criterios de adecuación. Tras IF, se modifican los RD a 30 mg/24 h.
 - Paciente sobredosificada con apixabán 5 mg/12 h con edad > 80 años y ClCr 15-29 mL/min. Tras IF, se cambia ACOD por anticoagulación parenteral.
 - Paciente infradosificada con apixabán 2,5 mg/12 h con peso < 60 kg, pero ClCr ≥30 mL/min. (apixabán requiere 2 criterios de adecuación como mínimo para ajuste del RD). Tras IF, se modifica RD a 5 mg/12 h.
- En el 28,6% (n=2) restante, una IF no fue aceptada: paciente sobredosificado con dabigatrán 150 mg/24 h con ClCr 30-40 mL/min. En el otro se decidió no realizar IF: apixaban en paciente con ClCr ligeramente inferior a 15 mL/min (uso no recomendado) con tratamiento domiciliario previo al ingreso con ClCr similares.

CONCLUSIONES

La adecuación de los RD en los pacientes con ACOD es alta durante el periodo de seguimiento, y en los casos de inadecuación, el criterio incumplido más frecuentemente fue el ClCr, seguido del peso. El grado de aceptación global de las IFs fue elevado.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

2177. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE PROPROTEÍNA CONVERTASA DE SUBTILISINA/KEXINA TIPO 9 EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES

VICENTE VALOR J, GARCÍA GONZÁLEZ X, IBÁÑEZ GARCÍA S, DURÁN GARCÍA ME, DE LORENZO PINTO A, ROMERO JIMÉNEZ R, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DOCTOR ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Describir la efectividad y seguridad de los fármacos hipolipemiantes inhibidores de la proproteína convertasa de subtilisina/kexina 9 (iPCSK9), evolocumab y alirocumab, en términos de reducción de cLDL y eventos cardiovasculares, así como reacciones adversas, de una cohorte de pacientes tratados en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, multidisciplinar, con participación de los servicios clínicos de Farmacia Hospitalaria, Medicina Interna, Cardiología, Endocrinología y Nefrología de nuestro centro. Mediante una base de datos RedCap se registraron de forma ambispectiva variables demográficas, analíticas y clínicas. En este trabajo, se presentan los resultados a 1 año de seguimiento de seguridad y de efectividad según los objetivos contemplados en el protocolo del hospital: valor de cLDL < 70mg/dl o, en su defecto, reducción del 50% con respecto al nivel basal. Las diferencias entre medianas de parámetros lipídicos se estudiaron mediante un test de Wilcoxon. También se realizó la comparación de las proporciones de pacientes que alcanzaban objetivos terapéuticos (Stata/IC 16.1).

RESULTADOS

Se estudiaron 57 pacientes (edad media: 64.1 años), de los cuales un 63.5% eran hombres, con una mediana de seguimiento de 17 meses. El 28.1% de los pacientes no estuvo tratado con estatinas por intolerancia previa, y el resto, aún en tratamiento con ellas, no alcanzaba el objetivo de cLDL < 100 mg/dL. El fármaco más prescrito fue evolocumab 140mg cada 2 semanas (68.4%) y la indicación más frecuente (59.6%) fue la de pacientes con enfermedad cardiovascular y cLDL > 100mg/dL, seguida de pacientes en continuación tras ensayo clínico (21%) y pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota y cLDL > 100mg/dl (19.3%). La mediana de cLDL basal fue 138.5mg/dl y a los meses 1, 3, 6, y 12, de 59.5 mg/dL, 48 mg/dL, 62 mg/dL y 52.5 mg/dL respectivamente; esta reducción resultó ser estadísticamente significativa ($p < 0.001$). La efectividad de los fármacos se mantuvo constante, ya que la proporción de pacientes que alcanzaron los objetivos terapéuticos en los meses de seguimiento 1, 3, 6, y 12 no varió significativamente (67.6%, 79.6%, 76.1%, 80%; $p > 0.1$). Dos (3.5%) pacientes sufrieron eventos cardiovasculares que requirieron intervención médica (episodio de angina inestable y reestenosis del stent). No se hallaron factores predisponentes (ambos tenían riesgo cardiovascular muy alto, alcanzaron los objetivos de cLDL y su adherencia era del 100%). En cuanto a seguridad, el 49.1% de los pacientes reportó algún evento adverso, que en la mayoría se consideraron leves: mialgias y artralgias (33.3%), seguido de reacciones en el lugar de la inyección (15.8%), infecciones respiratorias (8.8%), nasofaringitis (5.3%) y prurito (3.5%). Sin embargo, de las 11 suspensiones de tratamiento registradas, 7 estuvieron motivadas por reacciones adversas.

CONCLUSIONES

Los fármacos iPCSK9 son una alternativa terapéutica para aquellos pacientes que no alcanzan objetivos de cLDL, especialmente cuando las estatinas están contraindicadas o no se toleran. En este estudio, se ha detectado una reducción media del 60% del cLDL, acorde con los datos de los ensayos clínicos. Las reacciones adversas son relativamente frecuentes, si bien en su mayoría, son de carácter leve.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

2213. SEGUIMIENTO DE LA ALTERACIÓN DE LOS NIVELES DE HIERRO EN PACIENTES HEMODIALIZADOS TRATADOS CON HIERRO SACAROSA

AUTORES

HERRANZ MUÑOZ N, IBAÑEZ HERAS N, MARTÍN BLAS C, LOPEZ GARCÍA A, PATIER RUIZ I, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARRETERA MADRID- TOLEDO KM 12,5. MADRID

OBJETIVOS

La anemia es una complicación que presenta alrededor del 90% de los pacientes en hemodiálisis. La administración de hierro intravenoso (FE i.v) permite alcanzar niveles de hemoglobina (Hb) objetivo y corregir los depósitos de hierro para asegurar una optimización de la eritropoyesis. Se recomienda un seguimiento analítico continuado para controlar los parámetros férricos.

El objetivo es analizar el manejo de la ferroterapia con hierro sacarosa en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo que incluye los paciente con ERC hemodializados durante 2019 en un hospital de tercer nivel. Se registraron los siguientes datos: edad, sexo, número de meses en hemodiálisis y, mensualmente, Hb, ferritina, índice de saturación de la transferrina (IST) y pauta de hierro sacarosa. Los datos fueron obtenidos del programa gestión de pacientes de nefrología y del módulo de gestión de pacientes ambulatorios.

Una vez analizados los datos, se detectaron los pacientes que presentaron ferropenia o sobrecarga férrica y se registró la intervención realizada por el nefrólogo.

Seguendo las recomendaciones del grupo de anemia de la Sociedad Española de Nefrología, se definió: la sobrecarga férrica como ferritina > 500ng/ml e IST > 30%; y con respecto a la ferropenia: el déficit funcional de hierro como IST < 20% y ferritina normal/alta, y el déficit absoluto como IST < 20% y ferritina < 100ng/ml.

RESULTADOS

Se incluyeron 60 pacientes (63% hombres) con una media de edad de 71 años (67-83). El 90% tuvo una alteración de sus depósitos de hierro. En 40 pacientes (66,7%) se detectó ferropenia, de los cuales 8 tuvieron un déficit absoluto de hierro. Presentaron sobrecarga férrica 14 pacientes (23,3%). La media de seguimiento analítico por paciente fue de 0,93 analíticas por mes.

Se analizaron un total de 533 analíticas. En 153 analíticas (28,7%) se detecta déficit de hierro, siendo un 15,7% (24) de tipo absoluto. La media de meses con ferropenia fue de 3,9 meses. En un 74,5% de los episodios de ferropenia no se aumentó la pauta de Fe i.v.

En un 6,9% (37) de las analíticas se detectó sobrecarga férrica que permanece una media de 2,64 meses. Con respecto a las intervenciones realizadas, solo se disminuyó la dosis en el 23,8% de los episodios.

CONCLUSIONES

La gran mayoría de los pacientes hemodializados en tratamiento con hierro sacarosa tienen alteración de sus depósitos de hierro durante el mismo. Prevalce el déficit de hierro frente a la sobrecarga férrica, siendo el déficit de tipo funcional el más común en los pacientes analizados. A pesar de que el seguimiento analítico de los parámetros del hierro es prácticamente mensual, en un elevado porcentaje de los pacientes con alteración de su analítica no se lleva a cabo una corrección de la pauta de hierro.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se propone incluir el seguimiento mensual de los valores de ferritina e IST en la validación farmacéutica de los tratamientos de los pacientes en hemodiálisis.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

2218. UTILIZACIÓN DE HIRUDO MEDICINALIS (SANGUIJUELAS) EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL

AUTORES

URBINA BENGOA O, MARTINEZ GARCIA MD, BLANCO GARCIA C, LLORENS VILLAR Y, LOPEZ DE TORRE QUEREJAZU A, MARTIN ANDRES P, ALONSO FERNANDEZ-PACHECO JJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA. OLAGUIBEL, 29. ÁLAVA

OBJETIVOS

Describir el procedimiento de adquisición, utilización y conservación del medicamento Hirudo Medicinalis (HM) para el tratamiento precoz del estasis venoso en cirugía reconstructiva maxilofacial para evitar la pérdida del injerto.

MEJORAS ESPERADAS

La cirugía oncológica, traumatológica o de deformidades del área maxilofacial puede necesitar una cirugía reconstructiva mediante el uso de colgajos libres vascularizados.

En estas intervenciones se practica una anastomosis microquirúrgica entre una vena y una arteria del colgajo donante y otra vena y arteria en la zona receptora.

La disponibilidad de HM en el hospital ofrece la oportunidad de tratar de manera temprana el estasis venoso producido por una obstrucción de la anastomosis o por una trombosis en el colgajo.

Su acción es una combinación de dos mecanismos: biológico y farmacológico.

Tiene una boca con 100 dientes, que utiliza para cortar la piel y una poderosa faringe y ventosa bucal para succionar la sangre que le sirve de alimento. Entre los dientes posee unas glándulas, que segregan hirudina con potente efecto anticoagulante.

DISEÑO

En mayo de 2012, tras una complicación en el retorno venoso de una intervención de mandibulectomía con injerto óseo peroneo y reconstrucción vascular, el servicio de cirugía Maxilofacial (SCM) solicitó la adquisición urgente de HM, aportando bibliografía respaldando su uso.

Tras esta primera utilización se recomendó realizar una solicitud de inclusión en la guía farmacoterapéutica (GFT).

CIRCUITO Y ETAPAS

El SF elaboró un informe para su evaluación por la Comisión de Farmacia (CF), en el que se incluyeron los protocolos de:

- Adquisición (Biopharm Leeches UK , criadero y distribuidor de sanguijuelas con fines terapéuticos)
- Utilización (Profilaxis antibiótica, posología, modo de administración, controles analíticos y contraindicaciones)
- Conservación, mantenimiento y eliminación.

IMPLANTACIÓN

En febrero de 2013, se incluyó en la GFT tras ser evaluado por la CF, limitando su adquisición a cirugía maxilofacial con colgajo programada.

RESULTADOS

Los procedimientos de adquisición, conservación, limpieza semanal y eliminación una vez caducadas se han integrado en la rutina del SF garantizando la disponibilidad en buen estado en el hospital.

Hasta el momento se han realizado 34 pedidos (712 sanguijuelas), se han utilizado en 2 ocasiones (140 sanguijuelas) y se han prestado en 5 ocasiones a hospitales de la zona.

LIMITACIONES

El laboratorio proveedor se encuentra en Reino Unido lo que dificulta la adquisición.

La corta caducidad del fármaco: 3-6 meses.

La aplicación de anélidos vivos puede causar rechazo tanto al paciente como al personal sanitario.

Los riesgos asociados a su uso, como la infección por *Aeromonas* spp. , entre otros.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Se trata de un fármaco barato si se adquiere con antelación y de forma programada.

La conservación y mantenimiento es una rutina sencilla.

Puede ser interesante su introducción en la GFT de los hospitales en los que se realicen cirugías de reconstrucción, por ser muy coste-efectivo en determinadas complicaciones en las que existe un alto impacto económico y emocional, tanto para el paciente como para el cirujano.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

2300. PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1: UN NUEVO RETO EN LA ATENCIÓN FARMACEUTICA DE PACIENTES EXTERNOS

AUTORES

CASASIN EDO T, DÍAZ-MUNÍO MERODIO E, FIGUERAS SURIOL A, CARRASCO FONS N, VALERA YEPES R, LOPEZ AYALA E, OLIVA BIELSA X, PEDRAZA SARTO A
HOSPITAL DE VILADECANS. AVINGUDA DE GAVÀ, 38. BARCELONA

OBJETIVOS

Valorar la mejora de los niveles de glucemia en los pacientes que han iniciado el programa de control de glucemia mediante sensores.

MEJORAS ESPERADAS

Disminución de la HbA1c, incremento de controles diarios, disminución de hipo e hiperglucemias, aumento de porcentaje de tiempo en normoglucemia y satisfacción del paciente.

DISEÑO

CatSalut está financiando el “Programa de armonización de productos sanitarios relacionados con la monitorización continua de glucosa (MCG)” realizado por un grupo de expertos clínicos que han participado en el informe.

El programa se ha ido implantando en distintas fases. A partir de octubre de 2019 se implantó la Fase 3 para adultos con hipoglucemias graves, frecuentes o desapercibidas. Se inició en nuestro centro la dispensación ambulatoria de sensores de lectura de glucemia en pacientes diabéticos tipo 1 conjuntamente con el servicio de endocrinología y nutrición (SEN).

CIRCUITO Y ETAPAS

El endocrinólogo decide el paciente candidato a MCG. La enfermera clínica diabetológica realiza visita de inicio de formación grupal a los pacientes. El servicio de farmacia dispensa los sensores, inicialmente cada mes y posteriormente según perfil y rango objetivo alcanzado. En cada dispensación, el farmacéutico revisa los datos informados por las lecturas de glucemia mediante el programa Libreview de Abbot® y comenta con el paciente los resultados obtenidos así como las posibles dudas.

IMPLANTACIÓN

Progresiva a partir de octubre 2019 a medida que el SEN ha ido seleccionando pacientes susceptibles de MCG. Actualmente estamos dispensando sensores flash a unos 140 pacientes.

RESULTADOS

Se ha realizado un test estadístico paramétrico T para muestras pareadas en 122 pacientes.

Se observan diferencias estadísticamente significativas en la disminución del porcentaje de tiempo en hipoglucemia (7,28 vs 5,39), en hiperglucemia (40,32 vs 36,65) y aumentado el tiempo en normoglucemia (54,41 vs 57,77). No se observan diferencias significativas en promedio de glucemia (169,99 vs 166) ni en disminución de la HbA1c estimada (7,55 vs 7,43) aunque sí se observa una tendencia a la mejora.

Si analizamos solo los pacientes con HbA1c basal > 7 (n:84), los resultados son significativos en HbA1c estimada (8,14 vs 7,78), en promedio de glucemia (187 vs 176), tiempo en normoglucemia (44,7 vs 52,6) y en hiperglucemia (49,8 vs 42,5). La totalidad de los pacientes nos han transmitido su satisfacción por el hecho de no tener que realizar la glucemia capilar, facilitando un aumento del número de determinaciones diarias, que se traduce en un mayor control de la enfermedad.

LIMITACIONES

Los datos finales aportados describen las cifras de glucemia del último periodo de 15 días y puede existir, en algunos casos, variabilidad importante.

Algunos pacientes ya estaban utilizando el sensor antes de iniciar el programa MCG, con lo cual los valores basales ya eran correctos y la variabilidad ha sido mínima.

El periodo de la pandemia ha restringido la actividad física de los pacientes con la consecuente influencia en la cifras de glucemia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Proporcionar un valor añadido a la dispensación de un producto sanitario mediante atención farmacéutica a un tipo de pacientes que normalmente no tendríamos acceso.

Es necesaria una buena y constante colaboración entre los servicios de farmacia y endocrinología y nutrición

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

2304. PARTICIPACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN LA VÍA CLÍNICA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA ABDOMINAL BARIÁTRICA

AUTORES

BRAVO CRESPO C, POLO DURÁN J, CAMPILLOS ALONSO P, CERCÓS LLETÍ AC, TRULLENQUE JUAN R, ORDOVÁS BAINES JP, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVENIDA DE GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar el cumplimiento de las medidas perioperatorias establecidas en la Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA), identificando posibles oportunidades de mejora en el tratamiento del paciente obeso sometido a cirugía bariátrica mediante consulta de Atención Farmacéutica (AF) preoperatoria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo prospectivo, entre octubre 2019 y abril 2020, en pacientes adultos con obesidad mórbida intervenidos de cirugía bariátrica.

En la consulta de AF preoperatoria, se entregó hoja de información de las pautas de ayuno y de la bebida carbohidratada (BCH), se realizó conciliación del tratamiento y se identificaron pacientes candidatos a seguimiento farmacoterapéutico durante el ingreso, por medicamentos de alto riesgo según ISMP.

Se recogieron variables antropométricas (edad, sexo, talla, peso, IMC), bioquímicas (glucemia, colesterol total, cHDL, triglicéridos), comorbilidades (enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, dislipemias), riesgo cardiovascular-RCV- según REGICOR®, técnica quirúrgica (bypass gástrico-BPG-, gastrectomía vertical-GV-, anastomosis simple duodeno-ileal-

SADI-), estancia hospitalaria, reingreso a los 30 días, prescripción al alta de complejo multivitamínico, tromboprofilaxis individualizada según IMC (Vía Clínica Cirugía Bariátrica-2017) y tratamiento crónico.

Se evaluó la adherencia a la vía RICA en las siguientes medidas: a) preoperatorio: reducción ponderal, pauta de ayuno (6h a sólidos/2h a líquidos) y de BCH, b) ingreso: control glucémico, y c) alta: prescripción de complejo multivitamínico y tromboprofilaxis.

Análisis estadístico. Variables categóricas: frecuencia (%), y variables cuantitativas: media (\pm desviación estándar).

RESULTADOS

De un total de 52 pacientes intervenidos, 42 (80,8%) fueron remitidos a la consulta de AF preoperatoria, con edad media de 48 años ($\pm 9,9$), 80% mujeres, IMC medio 39,2kg/m²($\pm 4,91$); el 76,2% de pacientes presentaron una o más comorbilidades (26% diabéticos) y el RCV fue moderado-alto en el 38,7%. La técnica quirúrgica más empleada fue BPG (76,2%), seguida de GV (21,4%) y de SADI (2,4%).

Se consiguió una reducción ponderal mayor del 10% previo a la cirugía en 38 pacientes (90,5%), y el 100% cumplió con las pautas de ayuno y de BCH. En el 28,6% se identificó la necesidad de suspender medicamentos contraindicados en el preoperatorio, reforzando la información (metformina-23,81%- , anticoagulantes-2,39%- y antiagregantes-9,52%-).

Durante el ingreso, el 2,4% de los pacientes presentaron problemas relacionados con medicamentos. El registro de glucemias fue del 95% al ingreso y del 40% en el postoperatorio, aunque en pacientes diabéticos fue del 100%. Al alta hospitalaria, se prescribió complejo multivitamínico en el 90,5% de los pacientes (BPG-96,8%- y GV-66,7%-) y tromboprofilaxis en el 100%, individualizándose según IMC en el 92,9%. Se identificaron oportunidades de mejora en el tratamiento al alta en el 16,6% (complejo multivitamínico-9,5%- y HBPM-7,1%-). A partir de la conciliación preoperatoria, se identificaron un 64,3% de pacientes candidatos a seguimiento a medio-largo plazo para optimización farmacoterapéutica.

La estancia media fue de 3,45 días ($\pm 1,34$) y la tasa de reingreso en el primer mes del 4,76%.

CONCLUSIONES

La participación del Farmacéutico en el equipo multidisciplinar de la vía RICA en cirugía bariátrica, mediante consulta de AF preoperatoria y seguimiento durante el ingreso, permite identificar y resolver problemas relacionados con los medicamentos. Nuestros resultados evidencian la necesidad de ampliar la consulta de AF al alta para continuar el seguimiento farmacoterapéutico y la optimización del tratamiento crónico.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

2312. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN MEDIANTE SEGUIMIENTO DE VARIABLES CLÍNICAS EN UN SERVICIO QUIRÚRGICO

AUTORES

CASTILLEJO GARCIA R, MARTÍNEZ SUÁREZ A, GUERRERO AZNAR MD, CASTILLO MARTIN C, RENDÓN LÓPEZ L, CORDERO RAMOS J

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. CALLE DR. FEDRIANI, 3, 41009 SEVILLA. SEVILLA

OBJETIVOS

La finalidad de la conciliación es que los pacientes reciban la medicación crónica, y también su adaptación a la situación clínica. Es habitual encontrar publicaciones que miden discrepancias para valorar la efectividad en el proceso de conciliación, pero no sobre el resultado de esta conciliación sobre variables clínicas.

El objetivo del estudio fue analizar la calidad de la conciliación de la medicación al ingreso en un servicio quirúrgico hospitalario, mediante medida de variables clínicas tras intervenciones específicas de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, retrospectivo, en el que se analizó mediante un corte temporal de un mes (noviembre-2019), la calidad de la conciliación de la medicación al ingreso de los pacientes quirúrgicos.

Se incluyeron pacientes quirúrgicos > 18 años, con ingreso hospitalario urgente o reglado, con tratamiento domiciliario al ingreso y registro de constantes clínicas a través del programa de historia clínica.

Se recogieron las siguientes variables al ingreso y al alta: % de pacientes conciliados diabéticos, hipertensos, % de pacientes con TAS \geq 140 o TAD \geq 100 mmHg, glucemia basal o en su defecto, máximo valor diario de glucemia, % de diabéticos con glucemia > 180 mg/dL, % de diabéticos con aplicación incorrecta de la pauta correctora de insulina de forma aislada y criterios de riesgo quirúrgico (ASA).

El análisis estadístico se realizó con OpenEpi V 3.0.

Intervenciones durante el periodo de estudio:

- Formación a los cirujanos sobre el procedimiento de conciliación y el protocolo de insulinoterapia. Seguimiento de resultados por farmacéuticos.
- Consenso: conciliación por los cirujanos de los pacientes reglados, y por farmacéuticos de los urgentes y peticiones individualizadas.

RESULTADOS

Se analizaron 150 pacientes. 82 (55%) con tratamiento domiciliario. De los pacientes con tratamiento domiciliario: 64% hipertensos y 34% de diabéticos, 65±14 años de edad media, 40% hombres, 20,48% intervenidos de forma urgente, 51,81% ASA≥3 y 7,47±8,48 días de estancia media .

Se concilia el 79 % de pacientes hipertensos y 78,57% de diabéticos. Los pacientes no conciliados presentan estancias hospitalarias cortas, 2 días RI (1-3).

Se mantiene el mismo porcentaje de pacientes al ingreso y alta con valores de TAS ≤140 mmHg (62%) y TAD≤ 90 mmHg 91% al ingreso y 88% al alta, sin diferencia significativa.

Se tiende a una mejora de la glucemia de los pacientes al alta (151,55 mg/dL±41,76), con respecto al ingreso (167,95±63,41) (p=0,068). Se observa un 80% de pacientes diabéticos al alta con glucemia < 180 mg/ dL frente a un 60% al ingreso (p=0,2668). No se detecta apenas uso incorrecto de pauta correctora (5%).

CONCLUSIONES

El seguimiento de calidad de la conciliación de la medicación antihipertensiva y antidiabética mediante variables clínicas es útil para detectar áreas de mejora. Se obtienen valores de efectividad de la conciliación del tratamiento domiciliario en un servicio quirúrgico, y se establecieron estándares para el seguimiento anual de las variables seleccionadas.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

2391. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS ASOCIADAS A PROCESOS QUIRÚRGICOS

AUTORES

GARCÍA MORENO FJ, IBÁÑEZ GARCÍA S, TORROBA SANZ B, GIMÉNEZ MANZORRO Á, DE LORENZO PINTO A, RIBED SÁNCHEZ A, GARCÍA GONZÁLEZ X, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Cuantificar el impacto de las intervenciones relativas al manejo perioperatorio de medicación dentro de un programa de Atención Farmacéutica al paciente quirúrgico consolidado en un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo. Se seleccionaron 15 intervenciones referentes al paciente quirúrgico a partir del registro interno de intervenciones realizadas en 2017-2018, y considerando la frecuencia detectada y su relevancia clínica. Para cada intervención, se estandarizó el tipo y la gravedad de error evitado en base a método Delphi, con participación de los seis farmacéuticos del servicio involucrados en la Atención Farmacéutica en cirugía. Se utilizó la clasificación de Overhage et al para asignar el tipo de intervención, y la del NCC-MERP (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention) para la gravedad del error interceptado. Se realizó un análisis de las intervenciones registradas entre enero-diciembre de 2019 en base a los criterios consensuados. Los datos de los pacientes atendidos en este periodo se tomaron de la historia clínica HP-HCIS® y del registro de consultas de Atención Farmacéutica realizadas en Access®.

RESULTADOS

En el periodo analizado, fueron atendidos en consulta de Atención Farmacéutica 1.351 pacientes con anterioridad a cirugía, 49,4% varones y mediana de edad 65 años (RIC=57-73). El 6,5% (88/1.351), no habían sido atendidos previamente en consulta por el Servicio de Anestesia. El 34,2% estaban anticoagulados y/o antiagregados.

Se realizaron 428 intervenciones farmacéuticas, estando involucrados fármacos anticoagulantes o antiagregantes en el 12,6%. Únicamente una cirugía fue suspendida por manejo incorrecto de la medicación crónica: no suspensión prequirúrgica de dabigatrán.

Las 15 intervenciones estandarizadas suponían el 37,6% del total (n=161) y se clasificaron como:

-Medicamento inapropiado para el paciente por situación clínica (n=113). No suspensión de: acenocumarol (gravedad H), enoxaparina a dosis anticoagulantes 24h antes de cirugía (H), clopidogrel en pauta de doble antiagregación (G), metformina (F), furosemida (E) e inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAA) en insuficiencia cardiaca (D). También se consideraron: administración de módulo hidrocarbonado a paciente diabético previo a cirugía abdominal (E), limpieza de colon con picosulfato en paciente con insuficiencia renal (F) y continuación de pauta de insulina (basal más bolus) a dosis habitual el día de la cirugía (E).

-Omisión de dosis o medicamento (n=48). Suspensión de: ácido acetilsalicílico en prevención secundaria (F), beta-bloqueante en paciente con fibrilación auricular y/o hipertensión (F), levotiroxina (D) e inhaladores para enfermedad pulmonar obstructiva crónica (F). También se consideraron: omisión de mupirocina nasal en cirugía de prótesis de cadera si Staphylococcus aureus positivo (F) y de hierro intravenoso previo a cirugía abdominal en paciente con anemia (F).

De las 15 intervenciones estandarizadas, la más habitual fue evitar la continuación en el preoperatorio de inhibidores de RAA en insuficiencia cardiaca (n=44). Los errores evitados se clasificaron de menor a mayor gravedad: D (56; 34,8%), E (14; 8,7%), F (70; 43,5%), G (2; 1,2%); H (17; 10,6%).

CONCLUSIONES

Más del 50% de los errores evitados catalogados por gravedad podrían haber originado un aumento de la estancia hospitalaria, y en más del 10% podrían haber estado involucrados en un daño permanente o riesgo para la vida del paciente.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS**2537. ALFABETIZACIÓN EN SALUD COMO PUNTO DE PARTIDA PARA UNA ATENCIÓN FARMACÉUTICA PERSONALIZADA EN EL ÁREA DE CARDIOLOGÍA.****AUTORES**

VILLANUEVA BUENO C, IBAÑEZ GARCIA S, GARCIA GONZALEZ X, TORROBA SANZ B, TALADRIZ SENDER I, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN, MADRID. CALLE DOCTOR ESQUERDO Nº46 28007 MADRID. MADRID

OBJETIVOS

La alfabetización en salud (AS) es el grado en que los individuos pueden obtener, procesar y comprender la información básica de salud y los servicios que son necesarios para la toma de las decisiones médicas. La AS es importante para asegurar la interacción apropiada entre paciente y clínico, conseguir una comprensión plena de las recomendaciones de salud y una adecuada gestión de los medicamentos.

El objetivo de este trabajo es evaluar la AS de los pacientes que ingresan en las unidades de cardiología y cirugía cardíaca, e identificar áreas de mejora en la atención farmacéutica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo de cuatro meses de duración (Noviembre 2019-Febrero 2020) en un hospital de tercer nivel.

Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la unidad de cardiología y cirugía cardíaca con medicación crónica previa al ingreso.

Las variables analizadas fueron: edad, diagnóstico al ingreso y número de medicamentos prescritos.

La evaluación sobre el grado de conocimiento y manejo de la medicación se realizó a través de una encuesta dividida en 4 módulos:

Módulo1. Conocimiento sobre la medicación, incluye 9 preguntas sobre aspectos básicos: 1.1 Nombre del medicamento, 1.2 Indicación, 1.3 Identificación, 1.4 Posología, 1.5 Recomendaciones de administración, 1.6 Duración de tratamiento, 1.7 Efectos adversos, 1.8 Olvido de medicación, 1.9 Gestión de recetas. Las respuestas se valoraron numéricamente: 0 (total desconocimiento)-10 (pleno conocimiento).

Módulo2. Quiénes son sus referentes cuando necesitan consultar información sobre tratamiento.

Módulo3. Cantidad y calidad de la información farmacoterapéutica recibida.

Módulo4. Gestión de la medicación: quién es el responsable y cómo se organiza.

RESULTADOS

Un total de 95 pacientes fueron incluidos (insuficiencia cardíaca(IC):39, infarto agudo de miocardio(IAM):18, arritmias(AR):17, cirugía valvular(CV):13, trasplante cardíaco(TC):6, endocarditis(E):2). La edad media de los pacientes fue 66,67 años (DE:13,47). Recibían tratamiento crónico con una media de 10,42 medicamentos (DE:4,66), siendo los pacientes de CV los que presentaban un menor número de medicamentos(media: 8,72).

Los resultados obtenidos en la encuesta reflejan que los pacientes presentan un alto grado de conocimiento en relación a la posología (9,05/10), la duración del tratamiento (9,13/10) y la gestión de las recetas (9,26/10). Sin embargo, detectamos deficiencias en cuanto al conocimiento de los efectos adversos (2,87/10) y qué hacer ante un olvido/retraso de una toma (4,25/10). La mayoría de los pacientes manifestaron que ante una duda relacionada con la medicación consultan a un profesional sanitario (91,57%). Para un 43,15% de los pacientes la información recibida desde el inicio del tratamiento fue insuficiente, desearían más información al alta 25 pacientes y durante el ingreso 19. La gestión de la medicación es realizada por el propio paciente en el 73,68% y consideran de gran utilidad el uso de un pastillero (54,29%) o tabla de medicación (45,71%).

CONCLUSIONES

Los pacientes que ingresan en las unidades de cardiología y cirugía cardíaca son pacientes polimedicados que presentan algunas deficiencias en el grado de conocimiento sobre su tratamiento crónico. Dado que para la mayoría de los pacientes los profesionales sanitarios continuamos siendo sus referentes de información, los farmacéuticos hospitalarios debemos ofrecer una atención farmacéutica personalizada acorde a las necesidades reales, permitiendo involucrar al propio paciente en el proceso.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS**2564. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA DOSIFICACIÓN DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN FUNCIÓN DEL ACLARAMIENTO RENAL****AUTORES**

VÉLEZ BLANCO A, CASÁS FERNÁNDEZ X, RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Z, MARTÍNEZ ÁLVAREZ E, ÁLVAREZ NÚÑEZ N, GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ E, ORTIZ DE URBINA GONZÁLEZ JJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (CAULE). ALTOS DE NAVA S/N. LEÓN

OBJETIVOS

Valorar el grado de aceptación de las recomendaciones de ajuste de dosis según función renal de los pacientes en tratamiento con ácido zoledrónico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo en el que se incluyeron pacientes en tratamiento con ácido zoledrónico administrado en hospital de día entre octubre de 2019 y abril de 2020 (6 meses).

Se recogen datos demográficos, analíticos y clínicos de la historia clínica informatizada (Jimena®) y datos de prescripción: servicio médico, indicación, dosis y posología de las recetas médicas. La intervención se realiza posteriormente como interconsulta al médico prescriptor a través de la historia clínica informatizada o telefónicamente, según el manejo de la historia informatizada por parte del médico prescriptor. Posteriormente se analiza el grado de aceptación de todas las intervenciones realizadas.

RESULTADOS

Se incluyeron 160 pacientes, mediana de edad de 75 años (IQR=67-83), siendo un 52.5 % hombres. Los principales servicios prescriptores fueron reumatología, urología y hematología. Las prescripciones según la patología fueron: 38.16% osteoporosis (n=61); 32.5% cáncer de próstata con metástasis óseas (n=52); 25.62% mieloma múltiple (n=41); y 3.75% otras patologías con afectación ósea (n=6). El número de intervenciones realizadas fue de 17. La mayor parte de las intervenciones fue en pacientes con cáncer de próstata con afectación ósea (76.47%; n=13), las restantes en pacientes con mieloma múltiple (23.53%; n=4).

De los pacientes con osteoporosis un 21.31% (n=16) tenía un filtrado inferior a 60ml/min, a pesar de esto no se propuso una reducción de dosis siguiendo las indicaciones de ficha técnica.

El grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas para la reducción de dosis de ácido zoledrónico fue de un 58.82% (n=10); la mayoría de ellas realizadas a través de la historia clínica informatizada y solo una telefónicamente. En un 23.53% (n=4) la intervención no fue aceptada, en este caso todas fueron realizadas telefónicamente. Mientras que un 17.65% (n=3) no fue posible su valoración, ya que uno de los pacientes resulto exitus antes de la valoración por parte del médico prescriptor de la reducción de dosis y los 2 restantes normalizaron el filtrado glomerular en la analítica posterior y por tanto la reducción de dosis ya no era necesaria.

CONCLUSIONES

El grado de aceptación de las interconsultas realizadas fue bueno, siendo el servicio de urología el que más intervenciones ha recibido. La aceptación fue mucho mayor si se realiza través de la historia clínica informatizada, la cual facilita la comunicación entre profesionales y esto se traduce en mejoras para el paciente.

Es fundamental continuar con el manejo multidisciplinar de estos pacientes para un mejor control de la dosificación del ácido zoledrónico consiguiendo así un beneficio a largo plazo para el paciente.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

2571. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA ADECUACIÓN POSOLÓGICA DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES INGRESADOS.

AUTORES

RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Z, ÁLVAREZ FERNÁNDEZ I, ÁLVAREZ NUÑEZ N, MARTÍNEZ ÁLVAREZ E, VÉLEZ BLANCO A, CASÁS FERNÁNDEZ X, LLAMAS LORENZANA S, ORTIZ DE URBINA GONZÁLEZ JJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. ALTOS DE NAVAS, S/N. LEÓN

OBJETIVOS

Detectar y evaluar la adecuación del tratamiento con anticoagulantes orales directos (ACOD) en pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel. La necesidad de realizar esta intervención fue detectada durante el 2018 en un estudio piloto de 27 pacientes en el que 11 de ellos presentaron una dosificación incorrecta. Con este estudio se busca detectar los ajustes posológicos erróneos y conseguir, mediante una recomendación farmacoterapéutica, adaptar la prescripción al perfil del paciente, para reducir el riesgo de efectos adversos asociados a los ACOD.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo intervencionista de seis meses de duración (junio-octubre 2019). Se revisaron diariamente pacientes con prescripciones de ACOD (apixabán, edoxabán, rivaroxabán o dabigatrán) durante el ingreso. Variables recogidas: sexo, edad, peso, dosis, creatinina sérica, aclaramiento de creatinina, posología y servicio prescriptor. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica y la historia clínica. Las recomendaciones farmacoterapéuticas se realizaron vía telefónica y escrita.

RESULTADOS

Se analizaron 325 pacientes con una edad media de $79,85 \pm 9,34$ años, ratio hombres/mujeres 1,26 y peso medio de $73,62 \pm 16,02$ Kg. El aclaramiento medio de creatinina fue $60,69 \pm 19,89$ mL/min. Las prescripciones siguieron la siguiente distribución: apixabán 36,31% (n=118), rivaroxabán 28,92% (n=94), edoxabán 18,15% (n=59), y dabigatrán 16,61% (n=54). En cuanto a los servicios más prescriptores fueron Medicina Interna con un 43,38% (n=141) seguido por Cardiología con un 23,38% (n=76). Durante el periodo de estudio el 96,31% (n=313) de las prescripciones fueron adecuadas, registrándose 12 intervenciones farmacéuticas. De las cuales, 9 fueron aceptadas por el clínico, no siendo valorables las 3 intervenciones restantes por falta de respuesta del clínico prescriptor. Respecto al tipo de intervención: 4 fueron recomendaciones de aumento o reducción de dosis según función renal, 3 recomendaciones de monitorización por insuficiencia renal aguda, 3 se debieron a posologías inadecuadas según indicación terapéutica y 2 a duplicidades terapéuticas con heparinas de bajo peso molecular.

CONCLUSIONES

Observamos que la mayoría de prescripciones son adecuadas, siendo el 96,31% (n=313). Este dato refleja una mejoría del manejo terapéutico de los ACOD, con respecto al estudio piloto del 2018, donde sólo el 59,26% (n=11) de las prescripciones estaban ajustadas. Posiblemente esto sea resultado del mayor conocimiento actual sobre el ajuste posológico de ACOD según filtrado glomerular, peso y edad, conseguido con la experiencia de uso. Esta conclusión se apoya en que la mayor parte de las intervenciones se ha hecho en servicios poco prescriptores (8/12 intervenciones),

lo que puede indicar una falta de experiencia. Aunque 12 intervenciones son limitadas, el grado de aceptación por los médicos prescriptores fue elevado (n=9) y pudieron reducir las complicaciones relacionadas con los efectos adversos. Estos errores de dosificación cobran mayor importancia en un contexto como el nuestro, de tratamientos prolongados como los ACOD en población envejecida (media de edad 79,85± 9,34 años).

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

2647. AUTOMATIZACIÓN DE LA PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

AUTORES

SANTILLANA MONTAL M, GUARDINO CUSÓ M, AYESTARÁN ALTUNA A, FIERRO BANZO J, MONTES CASAS M, OLIVER SINTES C, GARCÍA PORTA R, ESTORCH PÉREZ L
HOSPITAL DE BARCELONA. AV. DIAGONAL, 660. BARCELONA

OBJETIVOS

Implantación de un sistema informático de estratificación del riesgo tromboembólico, basado en la escala de Caprini, para identificar pacientes candidatos a recibir profilaxis tromboembólica (PTE).

A los pacientes programados para intervención quirúrgica, en función de los factores de riesgo y tipo de cirugía, se les calcula el nivel de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV): bajo (< 4), moderado (4-6) y alto (> 6).

Si el sistema detecta un nivel de riesgo moderado-alto (> 3), avisa automáticamente al médico responsable y recomienda la indicación de heparina de bajo peso molecular (HBPM).

Si el médico acepta la recomendación, el programa descarga el protocolo con las dosis y frecuencia establecidas.

El objetivo es conseguir un mayor cumplimiento en la PTE en pacientes quirúrgicos con riesgo moderado-alto (> 3) y, en consecuencia, la seguridad de los pacientes.

MEJORAS ESPERADAS

Aumentar el cumplimiento de la PTE (próximo al 100%).

DISEÑO

El programa informático permite introducir los factores de riesgo de cada paciente y los relacionados con la cirugía, y así calcular la puntuación total, que determina si es necesaria la administración de HBPM profiláctica.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Informática: implantación del programa en el sistema informático interno del hospital.
- Enfermería: introduce los factores de riesgo de ETV de cada paciente.
- Médico responsable/anestesiólogo: recibe una notificación en la pantalla de órdenes médicas, en caso de que el paciente tenga un riesgo de ETV > 3, y acepta o no la recomendación.
- Farmacéutica: revisa, a diario, todos los pacientes intervenidos y valora si aquellos con riesgo > 3 y sin HBPM pautada, la precisan. En caso afirmativo, escribe una recomendación en el curso clínico.

IMPLANTACIÓN

En el año 2012 se trabajó en el diseño y planificación del sistema informático. Se implantó en el año 2013.

RESULTADOS

En 2012 se seleccionaron aleatoriamente 366 intervenciones quirúrgicas (3% del total anual) de todas las especialidades, excepto cirugía cardíaca y oftálmica, realizadas en los turnos de quirófano de mañana y tarde de lunes a viernes. El cumplimiento fue del 82%.

En 2013 se evaluaron 6.744 intervenciones (44% del total anual). El programa informático se implantó este año. El cumplimiento fue del 95,8%.

En 2019 se realizaron 14.006 intervenciones, de las cuales 3.543 tenían la PTE indicada, según factores de riesgo de ETV, y se prescribieron 3.101 HBPM. Esto supuso un 87,67% de cumplimiento, que si aplicamos un factor de corrección, que contempla intervenciones con riesgo > 3, pero que analizadas individualmente no precisan PTE, representó un 99,54%.

LIMITACIONES

Si no están validados en el ordenador los factores de riesgo, no se activa el protocolo de PTE cuando el médico entra en la historia clínica del paciente.

Al pautar la HBPM profiláctica, fuera del protocolo informatizado, no queda automáticamente registrada. Y precisa una nueva revisión del caso.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este programa es de utilidad para alertar sobre la necesidad de PTE en pacientes quirúrgicos y aumentar la seguridad de los pacientes.

Facilita la prescripción a especialidades quirúrgicas y anestesiólogos.

Es aplicable, en un futuro, a pacientes con patología médica (no quirúrgica).

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

2690. COLABORACIÓN MULTIDISCIPLINAR CON INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CRÓNICOS-QUIRÚRGICOS EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

AUTORES

RODRÍGUEZ MARÍN M, MUÑOZ GARCÍA M, VICENTE OLIVEROS N, DELGADO SILVEIRA E, RODRÍGUEZ ESTEBAN D, RUIGOMEZ SAIZ A, ÁLVAREZ DIAZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CTRA. COLMENAR VIEJO, KM.9'1. MADRID

OBJETIVOS

Analizar los resultados de la implantación de un programa de colaboración multidisciplinar en el proceso perioperatorio del paciente crónico-quirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo en un hospital universitario de tercer nivel desde abril 2019 a enero de 2020.

Se incluyeron todos los pacientes con cirugía programada de prótesis de miembro inferior en tratamiento farmacológico con un anticoagulante o dos o más fármacos considerados de riesgo: antiagregantes, antihipertensivos, antidiabéticos e insulinas.

El grupo de trabajo multidisciplinar (anestesiólogos, farmacéuticos y traumatólogos), responsable de optimizar el proceso perioperatorio, estableció el siguiente procedimiento para garantizar el cumplimiento por parte del paciente, de las recomendaciones relativas a la medicación:

Anestesiólogo: en la consulta de pre-anestesia elaboraba un informe con las recomendaciones del manejo de la medicación previa cirugía. Si el paciente cumplía los criterios de inclusión, generaba una alerta en la historia clínica electrónica (HCIS®).

Farmacéutico:

1- Recibía la alerta y establecía un plan de llamadas para recordar las recomendaciones y conciliar la medicación previa a la cirugía.

2- Si detectaba alguna incidencia en el seguimiento de las recomendaciones o en el tratamiento con medicamentos de riesgo, intervenía contactando con el traumatólogo, quien valoraba continuar con la cirugía programada.

3- Recogía la historia farmacoterapéutica actual así como las discrepancias en HCIS®

Se recogieron las siguientes variables: número de identificación del paciente, edad y sexo, tratamiento, indicaciones del anestesiólogo, e incidencias encontradas.

Se calculó el porcentaje de pacientes que requirió intervención respecto al total y el porcentaje de ingresos programados evitados innecesarios por no estar adecuadamente preparados para la cirugía.

RESULTADOS

El farmacéutico entrevistó a 97,4%(74) pacientes, con una mediana de edad de 76,5 (70-80) años y el 59,2%(45) fueron mujeres. Hubo dos pérdidas por actualización a última hora de la lista quirúrgica.

El farmacéutico intervino en el 22,4%(17) y evitó el ingreso programado innecesario de 3,9%(3) de los pacientes a los que posteriormente se reprogramó la cirugía.

Las causas de las intervenciones fueron: información distinta proporcionada por los profesionales sanitarios sobre el manejo de su medicación crónica (23,5%(4)), las recomendaciones recogidas en el informe del anestesiólogo eran incompletas (23,5%(4)), los pacientes o cuidadores no siguieron las recomendaciones del anestesiólogo (23,5%(4)), y los pacientes fueron incluidos en la lista quirúrgica sin tiempo para seguir dichas recomendaciones (29,5%(5)). Esta última fue la causa de los ingresos programados evitados.

CONCLUSIONES

Fue necesaria la intervención del farmacéutico en uno de cada cuatro pacientes y se evitó el ingreso programado innecesario de casi el 4% de los pacientes.

Las acciones de mejora detectadas son: la necesidad de creación de un protocolo de consenso entre profesionales acerca de la información otorgada al paciente sobre la medicación crónica previa a la cirugía y revisión del circuito de inclusión en la lista quirúrgica.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

2724. EVALUACIÓN DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA.

AUTORES

ORTIZ LATORRE JL, MARTÍNEZ CASANOVA N, GÓMEZ DELGADO M, MOYA CARMONA I
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPUS DE TEATINOS S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Cuantificar y analizar los errores de conciliación (EC) y las intervenciones realizadas por el farmacéutico, así como la aceptación por el médico prescriptor en el proceso de conciliación de la medicación tras la implantación de un circuito en pacientes con fractura de cadera.

MATERIALES Y MÉTODOS

En febrero 2020 se comenzó a realizar conciliación de la medicación en pacientes que ingresaban con fractura de cadera en Traumatología. Una vez el paciente ingresaba, el traumatólogo realizaba una interconsulta al Servicio de Farmacia y éste realizaba la conciliación. La obtención del listado de medicamentos tomados por paciente se realizó tras una entrevista con éste o su cuidador y tras consultar la base de datos de receta electrónica (Receta XXI®). Posteriormente se respondió la interconsulta en la historia clínica electrónica mediante un informe farmacoterapéutico con recomendaciones para optimizar la terapia de acuerdo con las principales guías clínicas de conciliación. Se incluyó un apartado de recomendaciones al alta dirigidas al médico de familia. Se incluyeron pacientes conciliados desde febrero a abril de 2020.

Se recogieron datos demográficos (sexo, edad), discrepancias que requerían aclaración, EC resultantes (categorizados como omisión de medicación, cambio de pauta posológica, medicamento erróneo y prescripción incompleta), tipo de EC según grupo farmacoterapéutico por código ATC, intervenciones realizadas al ingreso y al alta (categorizadas como: cambio de medicamento, inicio de medicamento no prescrito, modificación de la pauta posológica, suspensión de medicación y monitorización) y grado de aceptación.

RESULTADOS

88 pacientes fueron conciliados (77,27% mujeres, mediana de edad: 82 años). Se detectaron 141 discrepancias que requerían aclaración, resultando 99 EC en 48 pacientes (44,4% omisión de medicación, 24,4% cambio de pauta posológica, 25,2% medicamento erróneo y 6% prescripción incompleta). Los EC más frecuentes pertenecieron al aparato cardiovascular (39%) seguido del sistema nervioso (34%). Se realizaron 125 intervenciones al ingreso (48 indicando cambio de medicamento, 7 inicio de medicamento, 6 modificaciones de pauta, 63 suspensión de medicamento y 1 monitorización), aceptándose el 85,6%. El 35,5% de las intervenciones aceptadas fueron dirigidas a adaptar la medicación a la guía del hospital, resultando en una disminución del 79% de las prescripciones catalogadas como "tratamiento domiciliario". Se realizaron 89 intervenciones al alta (4 indicando cambio de medicamento, 2 inicio, 14 modificaciones de pauta, 67 suspensión y 2 monitorización), aceptándose 30,1%. El 61% de las intervenciones al alta dirigidas a suspender la medicación correspondieron a medicamentos que el paciente no tomaba, pero aparecían activos en la receta electrónica dando lugar a potenciales errores de medicación.

CONCLUSIONES

La intervención del farmacéutico en la conciliación es importante para evitar EC derivados de la ausencia de entrevista con el paciente al ingreso.

En nuestro estudio, la alta aceptación de intervenciones al ingreso representa la necesidad de un circuito de conciliación en el hospital para mejorar la calidad de las historias clínicas farmacoterapéuticas y reducir los errores de medicación generados durante la prescripción en diferentes niveles asistenciales. Por otro lado, la baja aceptación de las intervenciones al alta refleja la necesidad de mejorar el circuito de comunicación con los médicos de atención primaria.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

2726. ANÁLISIS DE LA CALIDAD Y LA ASOCIACIÓN CON DIFERENTES VARIABLES DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO.

AUTORES

MARTÍNEZ CASANOVA N, ORTIZ LATORRE JL, JURADO ROMERO Á, MOYA CARMONA I
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPUS DE TEATINOS S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Evaluar la calidad de la prescripción y del proceso de conciliación de la medicación en pacientes con fractura de cadera. Analizar la asociación entre presentar errores de conciliación (EC) y las variables demográficas, la polimedición, la presencia de fármacos no incluidos en la guía farmacoterapéutica del Hospital (GFT), la no actualización de la receta electrónica y el tiempo transcurrido hasta realizar la conciliación por el farmacéutico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuasiexperimental prospectivo (febrero 2020-abril 2020) donde se incluyó a pacientes ingresados con fractura de cadera en los que se realizó conciliación de medicación por parte del Servicio de Farmacia. El farmacéutico realizó conciliación al ingreso tras la solicitud de una interconsulta por parte del Servicio de Traumatología. Se realizó una entrevista con el paciente/cuidador y se consultó la prescripción en receta electrónica del paciente (receta XXI).

Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), número de medicamentos por paciente (y medicamentos no incluidos en GFT), n.º de discrepancias que requerían aclaración y n.º de errores de conciliación (EC), medicamentos no tomados por el paciente e incluidos en su receta electrónica, tiempo transcurrido hasta responder la interconsulta por el farmacéutico (más o menos de 24h) y n.º de errores de conciliación. Para evaluar la calidad de la prescripción se siguieron los índices de calidad propuestos por el documento de consenso en los programas de conciliación de la medicación de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria: pacientes con errores de medicación (n.º pacientes con ≥ 1 error de medicación/n.º pacientes conciliados) y errores de conciliación por paciente (n.º de errores de conciliación/n.º pacientes con ≥ 1 error de medicación) y para evaluar la calidad del proceso de conciliación: errores de conciliación detectados (n.º errores de conciliación/n.º de discrepancias que requieren aclaración).

La estimación de la asociación se llevó a cabo con el test de Mann-Whitney para las variables cuantitativas y con el de

Chi cuadrado de independencia para las variables cualitativas. Para todos los análisis se utilizó un grado de significación estadística de 0,05.

RESULTADOS

Se conciliaron 88 pacientes (77,3% mujeres, mediana de edad: 82 años), mediana de medicamentos por paciente: 7 (de los cuales, una mediana de 2 no incluidos en GFT). Se detectaron 141 discrepancias que requerían aclaración, resultando en 99 EC en 48 pacientes. El porcentaje de paciente con error de medicación fue 54,5%, los errores de medicación por paciente fueron 2,1 y el porcentaje de errores de conciliación detectado fue del 70,2%.

No se observaron diferencias significativas entre las variables analizadas y la presencia de EC ($p > 0,08$).

CONCLUSIONES

En el estudio se observó un elevado grado de EC detectados y de porcentaje de pacientes con error de medicación, lo que pone de manifiesto la importancia de realizar conciliación al ingreso hospitalario.

A diferencia de otros estudios no se observó una relación entre la presencia de EC y la variables analizadas.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1379. PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO POLIMEDICADO: COORDINACIÓN, CONCILIACIÓN, DESPRESCRIPCIÓN Y HUMANIZACIÓN

AUTORES

LIÑANA GRANELL C, MERCADAL ORFILA G, ROMERO DEL BARCO R, BLASCO MASCARÓ I, JIMÉNEZ HORNOS MD, COLL BENEJAM JM
HOSPITAL GENERAL MATEU ORFILA. AVDA RONDA MALBUJA 1. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

- 1- Seguimiento del paciente crónico complejo (PCC) durante su ingreso en el hospital
- 2- Realizar análisis comparativos entre centros sociosanitarios, para conocer tendencias de fármacos más prescritos y actuar al respecto.
- 3- Análisis de un subgrupo de pacientes polimedcados (> 75 años y con más de 10 fármacos prescritos), revisión farmacoterapéutica del tratamiento completo, registro de intervenciones realizadas y seguimiento.

MEJORAS ESPERADAS

Coordinación entre centros sociosanitarios y hospital

Conciliación farmacoterapéutica al ingreso

Adecuación del tratamiento en pacientes polimedcados con múltiples patologías y comorbilidades

HUMANIZACIÓN

DISEÑO

Gracias a la formación del área de Cronicidad en el hospital, y a la inclusión del farmacéutico, surgió la figura del Farmacéutico de Cronicidad, con la idea de cubrir carencias referentes al tratamiento farmacológico en este conjunto de pacientes crónicos, complejos y polimedcados

CIRCUITO Y ETAPAS

Hospital – Atención Primaria:

Diseño de un programa específico, para que el paciente crónico sea atendido lo mejor y lo antes posible. Identificación de PCC por parte de primaria. Cuando dicho paciente fuese atendido en otros niveles asistenciales es monitorizado por el equipo de atención a la cronicidad (enfermeras gestoras de casos, geriatra, farmacéutico y trabajador social) para evitarle desplazamientos o ingresos innecesarios.

Centros sociosanitarios:

- Visita a los centros para conocer sus características
- Se adquirió la licencia de usuario en cada programa informático de cada centro
- Extracción del listado de medicamentos, para hacer un análisis descriptivo del tipo de tratamientos más utilizados y un análisis comparativo entre centros. Informar al médico responsable de cada centro de la situación en la prescripción, alertar sobre el uso inadecuado, posibles eventos adversos, interacciones e indicaciones aprobadas en los fármacos más utilizados.

IMPLANTACIÓN

Papel del farmacéutico de cronicidad: Selección del subgrupo de pacientes considerados polimedcados. Revisión sistemática y periódica de todo el tratamiento crónico del paciente, determinando la necesidad, la idoneidad y la seguridad de cada uno de los medicamentos prescritos adaptándolo al estado de salud del paciente. Para esta tarea se utilizan sistemas informáticos de prescripción electrónica asistida con alertas electrónicas y con apoyo a la decisión clínica.

RESULTADOS

Por el momento incluimos 83 pacientes institucionalizados y 50 pacientes ambulatorios. Con una edad media de 81.3 años, 12.3 fármacos de media por paciente institucionalizado y 18 fármacos de media por paciente ambulatorio. Se revisaron 1018 tratamientos de centros y 900 tratamientos ambulatorios, y de estos el 68% de los fármacos revisados

requería de alguna intervención

Las recomendaciones más frecuentes: interacciones (30% de los fármacos revisados) o duplicidad terapéutica (4%), adecuación de dosis (6.5%) y alerta farmacológica emitida por la AEMPS (3.5%). Por cada paciente hubo 2.6 recomendaciones de Criterio START y 6 recomendaciones de desprescripción. Un 10% de los fármacos estaban contraindicados. En el 7% de los fármacos no constaba la indicación

LIMITACIONES

Reticencias de facultativos de Atención primaria/geriatras en la desprescripción, por falta de tiempo, por falta de interés o por evitar conflicto con médicos especialistas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Coordinación con un equipo multidisciplinar dedicado al paciente crónico.

Integración en los centros sociosanitarios..

Elaboración de un 'mapa' de actuación para conocer cuál es la población sobre la que podemos incidir.

Formación del farmacéutico en paciente crónico, desprescripción, escalas de valoración geriátrica, dolor, paliativos, etc.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1437. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL EMPLEO DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

DÍAZ DÍAZ CL, GONZÁLEZ GARCÍA I, PLASENCIA GARCÍA I, GARCÍA BELLO MÁ, BETANCORT GARCÍA T, PÉREZ MARTÍN CY, VERA CABRERA M, MERINO ALONSO FJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CARRETERA ROSARIO N.145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Evaluar la prescripción de hierro carboximaltosa(HC) tras su introducción en la Guía Farmacoterapéutica de un hospital de tercer nivel según condiciones aprobadas por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

MATERIALES Y MÉTODOS

El HC, de mayor coste que el hierro sacarosa(HS), permite la administración de 1000 mg de hierro en una sola dosis semanal hasta un máximo de 2000 mg según hemoglobina y peso del paciente, frente a 200 mg 3 veces a la semana como máximo con HS. Se ha protocolizado su inclusión con la validación previa a su dispensación por parte del farmacéutico en: 1.Pacientes no hospitalizados con necesidad de hierro intravenoso. 2.Insuficiencia Cardíaca(IC) según recomendaciones de la Guía de IC 2016 con grado de recomendación IIa y nivel de evidencia A. 3. Protocolo Fast-track. 4. Anemia por déficit de hierro.

Estudio descriptivo que incluye a todos los pacientes que han recibido HC desde febrero 2018 hasta febrero 2019, recogiendo los siguientes datos: sexo, edad, peso, indicación, dosis, número de administraciones, Servicio prescriptor, tiempo transcurrido hasta control analítico, reacciones adversas(RAM)registradas, intervenciones farmacéuticas(IF), exitus.

Esta información se ha obtenido de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS

Se incluyeron 232 pacientes, el 64,3% mujeres. El 71,5% con anemia, 19,3% IC, y 8,1% por fast-track.

La edad media fue 66.8±17.3 años, siendo muy similar para las indicaciones de anemia y fast-track, 63.9±17.9 y 64.9±14.7 respectivamente y de 78.4±9.4 en IC.

Las dosis prescritas fueron: 1500mg (35,8%), 1000mg (32,3%), 2000mg (25,8%) y 500mg (6,1%).

Los Servicios prescriptores: Medicina Interna(60%), Digestivo(20%), Hematología(13%), otros(7%). El 60,3% recibió 2 administraciones. El tiempo transcurrido hasta la realización de una analítica de control fue de 64.5± 53.3 días.

Se realizó IF en el 20,4% de los pacientes, el 64% de ellas por dosis, 19% por indicación, 13% por pauta y el 4% por administración. 12 pacientes(5%) presentaron un total de 14 RAM: taquicardia(3), náuseas y/o vómitos(2), hipertensión(2), reacciones dermatológicas(2), hipotensión(1), dolor nuca(1), dolor pecho(1), hematoma(1), sin especificar(1). El 13% precisó de la administración de más de un ciclo de tratamiento, el 68% en el grupo de anemia.

Fueron necesarias 431 administraciones frente a las 1.835 que teóricamente se precisarían con HS para administrar una dosis equivalente. El número de exitus fue de 11(4,7%), de ellos el 73% en IC, el 18% en anemia y el 9% en fast-track.

CONCLUSIONES

La principal indicación del HC fue anemia ferropénica.

La dosis de 1500 mg fue la más prescrita, siendo minoritaria la necesidad de administración de un nuevo ciclo de tratamiento.

Los pacientes con IC fueron los de mayor edad y mayor tasa de exitus.

La IF previa a la dispensación es necesaria para la optimización del tratamiento con HC.

Las RAM coinciden con la ficha técnica del HC.

Se reduce el número de administraciones con respecto al HS, lo que repercute en una mayor comodidad para el paciente.

Existe gran variabilidad en el tiempo utilizado para la solicitud del control analítico.

Sería necesario realizar un estudio de costes para ampliar su indicación a pacientes hospitalizados si se reducen estancias.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1494. ANÁLISIS DEL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES ANCIANOS TRATADOS CON ANTIDIABÉTICOS ORALES

AUTORES

LIÑANA GRANELL C, MERCADAL ORFILA G, ROMERO DEL BARCO R, BLASCO MASCARÓ I
HOSPITAL GENERAL MATEU ORFILA. RONDA MALBUJA 1. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Evaluar el tratamiento antidiabético y la concordancia con los valores recomendados por la guías de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en pacientes ancianos. Las guías de práctica clínica marcan un objetivo de HbA1c entre el 7,5 y 8,5% para el control de la diabetes mellitus tipo II (DMII) en el paciente anciano frágil, relacionándose HbA1c < 6,5% con mayor morbi-mortalidad, riesgo de hipoglucemias y caídas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado en Enero 2020. Se incluyeron pacientes diagnosticados de DMII en un área de salud, mayores de 75 años que llevaran tratamiento con cualquier combinación de antidiabéticos orales (ADO). Se registró el último valor de HbA1c disponible durante el año previo. Se analizó la relación entre el valor de HbA1c y el número de ADOs prescritos (+ insulina), edad del paciente y/o fragilidad.

RESULTADOS

Se incluyeron 936 pacientes, edad media 81,3 años. Los registros de 148 pacientes (15,8%) no tenían ninguna determinación de HbA1c disponible en el último año. El resto de pacientes, tenían una media de HbA1c de 6,6%. El 55,4% de los pacientes tenían prescrito un fármaco para el control de la diabetes, un 31,2% dos medicamentos y el 13,2% tres o más. Las combinaciones más usadas fueron: metformina en monoterapia (31,7%), metformina + inhibidor dipeptidil peptidasa 4 (iDPP4) (17,2%), iDPP4 en monoterapia (17,1%). Sólo el 13,2% de los pacientes se situaron en el intervalo terapéutico objetivo de HbA1c 7,5-8,5%. Un 39,9% tuvo una HbA1c < 6,5% (mayor morbi-mortalidad) y solamente un 5,0% tenía un HbA1c ≥ 8,5%, lo que se considera un mal control de la enfermedad. De los 617 pacientes con una HbA1c menor al objetivo terapéutico (7,5%), el 25,4% eran ancianos mayores de 85 años, el 32,1% estaban estratificados dentro de la clasificación de Paciente Crónico Complejo (PCC), lo que suponía una mayor fragilidad del paciente, el 38,6% de estos pacientes llevaban más de un fármaco ADO y el 8,6% llevaba asociado tratamiento con insulina.

CONCLUSIONES

Solo uno de cada siete pacientes estudiados tuvo un resultado de HbA1c dentro del objetivo terapéutico recomendado, mientras que casi un 40% se situaron por debajo del nivel de 6,5% considerado de mayor riesgo de morbi-mortalidad. Además un 15% de los pacientes no cumplía con el control anual glucémico recomendado. De los pacientes con un índice de HbA1c por debajo de lo deseado, casi la mitad llevaban dos o más ADO o combinación con insulina, y se consideraban pacientes frágiles (mayores de 85 años o PCC), lo que podría indicar la necesidad de desprescripción del tratamiento antidiabético en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1504. ANÁLISIS DE LA VERACIDAD DE LA HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA RECOGIDA EN LA RECETA ELECTRÓNICA.

AUTORES

ROGADO VEGAS B, SANCHEZ GUNDIN J, ALONSO PERALTA CA, RIOJA CARRERA M, ARAGON GARCIA I, PEREZ-PERIAÑEZ ORRILLO L, CASANOVA VAZQUEZ J, VALERO DOMINGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUEÉS DE VALDECILLA. AVDA. VALDECILLAS, S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Evaluar la veracidad de la Historia Fármaco-Terapéutica (HFT) electrónica en el proceso de conciliación de medicación. Identificar los grupos farmacológicos más implicados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio unicéntrico, prospectivo y de intervención, de 4 meses de duración (noviembre 2019-febrero 2020) y durante el horario de mañana del farmacéutico (lunes-viernes) en las unidades de Observación y Corta Estancia del Servicio de Urgencias (SU) en un hospital de tercer nivel.

Se incluyeron pacientes ingresados en las unidades previamente mencionadas no institucionalizados y polimedicados (5 fármacos crónicos o más). La HFT completa fue recopilada por el farmacéutico mediante entrevista clínica con el paciente o cuidador y revisión de informes de alta y consultas hospitalarias (Altamira®). Posteriormente se comparó con la medicación prescrita en la receta electrónica (RE).

Variables recogidas: edad, sexo, número de medicamentos crónicos, discrepancias entre la HFT recopilada por el farmacéutico y la prescrita en la RE y tipo de medicamento implicado.

Los tipos de discrepancias considerados fueron los siguientes:

- Omisión: la RE no recoge un medicamento que el paciente toma.
- Comisión: la RE recoge medicamentos que el paciente no toma.
- Dosis: la RE recoge medicamentos con distinta dosis a la que el paciente toma.
- Duplicidad terapéutica
- Frecuencia: la RE recoge medicamentos con distinta frecuencia horaria a la que el paciente toma.

RESULTADOS

Se realizaron 332 entrevistas, siendo la edad media de los pacientes de 73 años (rango: 28-98) y el 61% hombres. Se revisó un total de 3.090 medicamentos crónicos, con una media de 9 medicamentos por paciente (rango: 5-20). Se registraron en total 273 discrepancias, teniendo el 48% de los pacientes al menos una discrepancia, con una media de 1,7 discrepancias por paciente. El tipo de discrepancia más frecuente fue la comisión (47%), seguido de omisión (23%), dosis (14%), frecuencia (10%) y duplicidad (6%). Los fármacos más frecuentemente involucrados en las discrepancias registradas fueron los siguientes: hipnótico-sedantes (13%), analgésicos (11%), antidepresivos (8%), corticoides (7%), diuréticos (6%), vitaminas/minerales (5%), IBPs (4%), IECA/ARAII (4%) y opioides (4%), siendo el tipo de error más frecuente en todos los grupos farmacológicos mencionados la comisión, excepto para los analgésicos que fue la omisión de la medicación en el 51% de los casos.

CONCLUSIONES

Cada vez es más frecuente que la RE conste en la base de datos a la que se puede acceder desde los hospitales, siendo una herramienta muy útil a la hora de conciliar la medicación. Sin embargo, la entrevista con el paciente tiene gran importancia, ya que casi la mitad de los pacientes polimedcados presenta al menos una discrepancia con dicha RE, lo que pone de manifiesto las inexactitudes entre el perfil de medicación que consta en la HFT electrónica y lo que realmente toma el paciente. Este estudio proporciona evidencia de que la revisión de medicamentos por parte del farmacéutico y su presencia física en el SU es útil para obtener una HFT verídica y completa, evitando así posibles errores de medicación.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1505. ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE CONCILIACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

ROGADO VEGAS B, SANCHEZ GUNDIN J, ALONSO PERALTA CA, RIOJA CARRERA M, DEL RIO ORTEGA P, PEREZ-PERIANEZ ORRILLO L, GONZALEZ FRANCO RM, VALERO DOMINGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUEÉS DE VALDECILLA. AVDA. VALDECILLAS, S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Analizar los resultados de la implantación de un programa de Conciliación de Medicación en un Servicio de Urgencias (SU). Describir la frecuencia y tipo de errores de conciliación (EC), su gravedad, así como los grupos farmacológicos más implicados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, prospectivo y de intervención, de 3 meses de duración (noviembre 2019- enero2020) en las unidades de Observación y Corta Estancia del SU en un hospital de tercer nivel.

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes polimedcados (5 fármacos crónicos o más). Se excluyeron aquellos con sedación paliativa y los institucionalizados.

El circuito de conciliación siguió las directrices del método FASTER, metodología sistemática de trabajo previamente validada y elaborada por el grupo RedFaster.

VARIABLES recogidas: edad, sexo, número de medicamentos crónicos, número de discrepancias no justificadas (que se desglosaron en discrepancias no resueltas y EC), tipo de EC y medicamento implicado. La gravedad de los EC se evaluó de acuerdo a la clasificación del National coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention.

Tipos de EC considerados:

- Omisión: ausencia en la prescripción médica de medicamento que paciente toma.
- Comisión: prescripción médica de medicamento que paciente no toma.
- Diferente dosis/vía/frecuencia de administración.
- Duplicidad terapéutica.
- Medicamento equivocado.
- Interacción clínicamente relevante entre la medicación domiciliar y la nueva prescripción.

RESULTADOS

Se conciliaron 228 pacientes, con una edad media de 74 años (rango: 28-95), siendo el 61% hombres. Se revisaron 2.159 medicamentos crónicos, con una media de 9 medicamentos/paciente (rango: 5-20). Se registraron 194 discrepancias no justificadas: 144 (74%) se clasificó como EC y 50 (26%) como discrepancias no resueltas. Se identificaron EC en el 36% de los pacientes, con una media de 1,7 errores por paciente. Del total de medicamentos conciliados, se registraron EC en el 7% de los mismos. El tipo de error más frecuente fue la omisión (61%), seguido de dosis (16%), frecuencia (9%), comisión (8%), interacción (3%), confusión de principio activo (2%) y duplicidad (1%). Los fármacos más frecuentemente involucrados fueron: hipnótico-sedantes (12%), colirios para el glaucoma (10%), antiagregantes/anticoagulantes (9%), hipolipemiantes (8%), antidepresivos (5%), antidiabéticos orales (5%), vitaminas/minerales (5%), antiarrítmicos (4%), antiparkinsonianos (4%) y antiasmáticos/EPOC (4%).

En cuanto a la gravedad de los errores de conciliación, el 100% se clasificó como categoría B, puesto que todos fueron corregidos por el médico antes de llegar al paciente, después de que el farmacéutico le comunicase la discrepancia.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos corroboran la idea de que la conciliación de la medicación es una práctica básica para la seguridad al paciente, ya que más de un tercio de los pacientes que ingresaron en el SU presentaron errores de conciliación, que pueden conllevar resultados negativos asociados a la medicación. El riesgo de errores de mediación en el SU es mayor debido a sus características (elevada carga asistencial, alta rotación de personal, situación aguda del paciente que capta toda la atención), por lo que es un escenario idóneo para la implantación de programas de conciliación de la medicación lideradas por un farmacéutico, suponiendo una garantía de seguridad para el paciente y un estándar de calidad dentro de los centros sanitarios.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL**1517. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE EVOLOCUMAB EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR****AUTORES**

JIMÉNEZ GUERRERO L, CASTAÑEDA MACIAS I, SANTANA MARTINEZ S, CASTILLO MARTIN C
HOSPITAL UNIV. VIRGEN MACARENA. AV. DR FEDRIANI S/N.

OBJETIVOS

Evolocumab es un anticuerpo monoclonal IgG2 humano que se une selectivamente a la PCSK9 circulante y evita la degradación de los receptores de LDL mediada por PCSK9. Como consecuencia de ello se produce la disminución de los niveles de LDL en plasma. Nuestro objetivo es evaluar la efectividad y seguridad de evolocumab en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron los pacientes que iniciaron tratamiento con evolocumab entre enero y agosto de 2018.

Se recogieron datos sociodemográficos, diagnóstico, tratamientos previos, datos analíticos (colesterol LDL (c-LDL) y colesterol total (Ctotal)) en la semana 0 y 8. Todos los datos fueron obtenidos de la historia clínica digital, del programa de prescripción electrónica y del programa de gestión de pacientes externos.

La efectividad se evaluó midiendo la evolución de c-LDL y Ctotal desde el inicio hasta la semana 8 y observando si existen diferencias significativas entre valores basales y a las 8 semanas de tratamiento mediante test t-student para datos relacionados, utilizando para ello el paquete estadístico R. En cuanto a seguridad, se recogieron eventos adversos y/o toxicidades debidas a evolocumab.

RESULTADOS

Se incluyeron 10 pacientes, de los cuales el 90% eran mujeres, con una media de edad de $65,6 \pm 7,5$ años. Los diagnósticos fueron: 30% hipercolesterolemia familiar con elevado riesgo cardiovascular y 70% hipercolesterolemia familiar sin respuesta o intolerancia a tratamiento intensivo hipolipemiente, con LDL-C basal medio de $182,2 \pm 61,4$ mg / dl y Ctotal basal medio de $268,8 \pm 68,4$ mg / dl. El 80% de los pacientes habían sido tratados previamente con estatinas y fibratos y el 20% solo con estatinas. El 50% de los pacientes eran intolerantes a las estatinas. El porcentaje de reducción medio en c-LDL en la octava semana fue del 45% ($p < 0,05$) y del 38% en Ctotal ($p < 0,05$). Con respecto a la seguridad, el 20% de los pacientes tuvieron efectos adversos, estos fueron: erupción cutánea pruriginosa (10%) y cuadro pseudogripal (10%). No hubo casos de pacientes que requirieran suspensión o interrupción del tratamiento.

CONCLUSIONES

Evolocumab consigue una reducción estadísticamente significativa de los niveles de c-LDL y Ctotal en la semana 8 de tratamiento, mostrando un buen perfil de seguridad y tolerabilidad.

Sin embargo, se necesitan más estudios para demostrar la reducción de la mortalidad en pacientes con alto riesgo cardiovascular y sus resultados a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL**1521. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN ANCIANOS: IDENTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y FACTORES QUE DETERMINAN SU UTILIZACIÓN.****AUTORES**

SANTOS PÉREZ MI, FIERRO LORENZO I, MARTÍN ARIAS LH, GUERRO DE PRADO M, SALGUEIRO VAZQUEZ E
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA. AV. DONANTES DE SANGRE, S/N., PALENCIA

OBJETIVOS

Identificar la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) en la población ambulatoria > 65 años y analizar la influencia de diferentes factores sociodemográficos y clínicos en su prescripción.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, que incluyó a pacientes ambulatorios > 65 años, citados en las consultas de especialidades de 2 hospitales. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, lugar de residencia rural o urbano e institucionalización) y clínicas (número de prescriptores diferentes, número de diagnósticos codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) y polimedicación, definida como el consumo crónico de > 5 fármacos). Se identificaron los MPI prescritos durante > 3 meses, considerando los siguientes criterios explícitos: criterios de Beers, cascadas de prescripción, interacciones, fármacos de utilidad terapéutica baja (UTB) y duplicidades. La comparación de variables entre los pacientes consumidores de MPI y los que no lo eran, se realizó mediante el test de la Chi-cuadrado de Pearson. Se construyó un modelo de regresión logística multivariante para analizar la posible asociación de las diferentes variables con el consumo de MPI. Se empleó la técnica del remuestreo "bootstrap" para la selección de las variables significativas del modelo y para la estimación de la validez interna. Para todas las pruebas el nivel de significación se estableció en $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 225 pacientes (52% mujeres), con una edad mediana [rango intercuartílico] de 78,3 años [71,4-83,3], que recibían una mediana de 5 medicamentos [3-8]. El 46,7% resultaron ser polimedificados. En cuanto a los MPI, 122 pacientes (54,2% de la muestra), tenían prescrito al menos uno, de forma crónica. En el 25,4% de

estos pacientes, se daban varios criterios a la vez. Los criterios de Beers, fueron los más frecuentemente implicados (82,0%), destacando los inhibidores de la bomba de protones no justificados y las benzodiazepinas en uso crónico para tratamiento del insomnio. Le siguieron las prescripciones en cascada (17,2%), las interacciones (15,6%), los fármacos UTB (10,7%) y las duplicidades (4,1%). La práctica totalidad de los pacientes institucionalizados en residencias (95,5%) tenía prescrito algún MPI, frente a la mitad de los pacientes que vivían en su domicilio (49,8%). El consumo también era mayor en los pacientes que tenían ≥ 2 prescriptores (75,0%) vs. los que tenían 1 (42,8%), en los que tenían ≥ 6 diagnósticos CIE-9 (67,4%) vs. los que tenían menos (33,3%) y en los polimedicados (74,3%) vs. los que no lo eran (36,7%). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad, el sexo o el lugar de residencia. Según el análisis multivariante, la mayor probabilidad de consumir MPI correspondía al siguiente perfil: paciente institucionalizado en una residencia (OR 14,04; IC95%: 1,78-110,69), que tenía ≥ 2 prescriptores (OR 2,73; IC95%: 1,40-5,31), ≥ 6 diagnósticos CIE-9 (OR 2,32; IC95%: 1,17-4,58) y estaba polimedicado (OR 2,20; IC95%: 1,11-4,36).

CONCLUSIONES

Encontramos que más de la mitad de la muestra tenía prescrito al menos un MPI, siendo los que aparecen en los criterios de Beers, los más frecuentemente implicados. Este resultado, pone de manifiesto la necesidad urgente desarrollar estrategias para prevenir la morbimortalidad asociada al uso de MPI en los ancianos.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1530. ¿EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA Y EL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO ? UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

AUTORES

RODRÍGUEZ RAMALLO H, BÁEZ GUTIÉRREZ N, PRADO MEL E, ALFARO LARA ER, SANTOS RAMOS B, SÁNCHEZ FIDALGO S
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

La relación de la carga anticolinérgica con efectos adversos anticolinérgicos a nivel central ha sido descrita ampliamente en la bibliografía; sin embargo, es menos conocida la asociación con efectos adversos periféricos, y específicamente el estreñimiento crónico.

Esta revisión tiene como objetivo determinar la existencia de una asociación entre la carga anticolinérgica y el estreñimiento crónico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática en cinco bases de datos (Medline, Embase, Cochrane, Cinhal y Scopus), se incluyeron estudios que evaluaron la correlación entre la carga anticolinérgica y el estreñimiento entre enero de 2008 y marzo de 2020. La extracción de datos fue realizada de forma independiente por dos investigadores que revisaron los resúmenes y títulos para determinar la elegibilidad. Los artículos elegibles fueron leídos en su totalidad. Se realizó una evaluación de calidad de los estudios.

RESULTADOS

2305 artículos fueron identificados, de los cuales 12 fueron seleccionados; 7 transversales, 4 de cohortes retrospectivos y un análisis post-hoc de un ensayo clínico aleatorizado.

La metodología de los estudios incluidos fue heterogénea:

- Tipo de pacientes estudiados: pacientes hospitalizados, pacientes en atención primaria y residentes de centros psiquiátricos y de mayores.
- Estrategias para obtener el diagnóstico: prescripción de laxantes, revisión del estreñimiento documentado en la historia clínica y evaluación clínica.

Los grupos farmacológicos más frecuentemente prescritos en los artículos incluidos fueron: opioides, antipsicóticos, antiepilépticos y antihistamínicos.

De las 25 determinaciones estadísticas realizadas, 13 obtuvieron un resultado significativo, asociando el incremento de la carga anticolinérgica con el estreñimiento crónico.

De 213.005 pacientes, la asociación entre estreñimiento y carga pudo ser demostrada en estudios que incluyeron a 207.795 pacientes.

Se usaron un total de 10 escalas. La Anticholinergic Risk Scale y la Anticholinergic Cognitive Burden Scale fueron las más frecuentemente utilizadas, además de las dos escalas con un mayor número de resultados positivos a la hora de estimar una correlación entre estreñimiento y carga.

CONCLUSIONES

Esta revisión ha demostrado que, en contraste con la numerosa bibliografía de la asociación entre la carga anticolinérgica y los efectos adversos centrales como el deterioro cognitivo, las caídas y la demencia, existe una falta de estudios que prueben una correlación entre la carga anticolinérgica y el estreñimiento crónico.

A pesar de las limitaciones, los resultados de los estudios longitudinales parecen prometedores y podrían indicar que una asociación existe, pero son necesarios un mayor número de estudios de calidad para confirmarlo.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1543. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA EN UN HOSPITAL PRIVADO

AUTORES

SERRANO BARRENA D, IMAZ GARCIA C, PUJOL ABAD J, MADOLELL BLANES L, SOLE INGLA L, BORDON GARCIA NM
HOSPITAL EL PILAR. C/BALMES 271. BARCELONA

OBJETIVOS

Definir, implantar y analizar un programa de conciliación de la medicación al alta en paciente ingresado con atención farmacéutica integral.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se inició el programa de conciliación al alta en Febrero de 2019 en un hospital privado de 165 camas. Se seleccionaron los pacientes con las siguientes características: pacientes de especialidades médicas con > 65 años y con menos de 48 horas de ingreso. El cribado de pacientes se realizó conjuntamente con el servicio de medicina interna. Se realizó la obtención del perfil farmacoterapéutico tras entrevista clínica al ingreso, con posterior adecuación del tratamiento según evolución clínica de los pacientes y conciliación al ingreso. La entrevista al ingreso consta de 3 fases: presentación, obtención con cuidadores y/o paciente del perfil farmacoterapéutico completo y planteamiento/resolución de dudas. La entrevista al alta consta de 3 fases: presentación, repaso del nuevo perfil farmacoterapéutico con apoyo del plan terapéutico y planteamiento/resolución de dudas. Se realizó entrega de información al alta, así como un plan terapéutico en pacientes con sospecha de baja adherencia o desconocimiento de su tratamiento crónico. Se registraron las intervenciones realizadas al alta, la necesidad de seguimiento a las 24h post alta (telefónico) y la entrega del plan terapéutico con las modificaciones realizadas al alta. Se plantea como una actividad de todo el personal facultativo del servicio de farmacia.

RESULTADOS

El periodo del estudio fue de 1 año (Febrero 2019 a Febrero 2020). Se realizaron 1218 entrevistas farmacéuticas al ingreso. La media de edad era de 82 años (53% mujeres). Se detectaron 453 (453/1218 37%) pacientes con susceptibilidad de conciliación de la medicación al alta, a los que 294 (294/453 65%) se realizó entrevista al alta con soporte educacional y se proporcionó el plan terapéutico personalizado. Durante las entrevistas al alta, 190 pacientes (190/294 65%) realizaron preguntas y dudas a los farmacéuticos sobre su tratamiento crónico. Las intervenciones farmacéuticas más destacadas fueron referentes a indicación y utilidad del fármaco (123/190 65%), a dosificación del fármaco (23/190 12%), relacionadas con la administración (18/190 10%) y sobre toxicidad o efectos secundarios (16/190 8%). En todas ellas se proporcionó respuesta al paciente oral o escrita según el tipo de cuestión. En 39 pacientes (39/294 13%) fue necesario seguimiento telefónico para comprobar la correcta adaptación del paciente a su nueva situación farmacoterapéutica. El porcentaje de reingresos de este grupo de pacientes fue del 18%.

CONCLUSIONES

La conciliación al alta es una herramienta necesaria para conseguir un perfil farmacoterapéutico completo y una adecuada transición asistencial del paciente. Esto es más necesario aún en la sanidad privada. El estudio demuestra la necesidad de realizar intervenciones farmacéuticas al alta, además de proporcionar una mayor información-comunicación al paciente sobre el tratamiento crónico y los cambios realizados durante la estancia hospitalaria. Se observa un elevado número de pacientes con necesidades sobre su tratamiento crónico tras el alta hospitalaria, siendo este proceso una potencial área de actuación farmacéutica integral.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL**1592. ANÁLISIS DE USO DE HIERRO CARBOXIMALTOSA Y GRADO DE ACEPTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL****AUTORES**

FERNÁNDEZ CAÑABATE S, CORRAL ALAEJOS A, JIMENEZ CASAUS J, GODA MONTIJANO G, GIL NAVARRO I, ROLDAN GONZALEZ JS, PAREDES BERNALDO QUIROS ML, GIL VALIÑO C
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVDA/REQUEJO 35 49022. ZAMORA

OBJETIVOS

Evaluar la calidad y la seguridad de las prescripciones con hierro carboximaltosa (HCM), determinar si se adecúan a las recomendaciones previamente establecidas y analizar el grado de aceptación a las intervenciones farmacéuticas. Determinar la necesidad de la creación de un protocolo de uso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional llevado a cabo durante un periodo de 4 meses (diciembre 2019- marzo 2020). Desde la fecha de inicio del estudio el farmacéutico diariamente revisa las prescripciones con HCM con el fin de validar la idoneidad de la prescripción. La valoración incluye los siguientes criterios: prescripción ambulatorio u hospitalizado de HCM, fecha del ultimo control analítico con valores de hemoglobina (Hb), ferritina, índice de saturación de transferrina y fosfato sérico (en el caso de que el paciente hubiera recibido una dosis anterior en los últimos 2 meses), dosis y pauta de administración y tratamientos previos con hierro oral. La dosis total de hierro requerida se calcula a partir de la fórmula de Ganzoni con una Hb objetivo de 12 gr/dl para mujeres y 13 gr/dl para hombres. Se considera la pauta a administrar según lo reflejado en ficha técnica, con una determinación analítica no más de 15 días previos a la administración. En el caso de pacientes hospitalizados se considera como prescripción adecuada aquellos en los que el alta es inminente o precisan de una intervención quirúrgica urgente.

Tras la revisión, en el caso de que la prescripción no fuera idónea, se contacta telefónicamente con el medico prescriptor quien valoraba su aceptación o no.

RESULTADOS

Se evaluaron 166 pacientes (53,6% mujeres, con una edad media de 75 años \pm 15,7), de los cuales el 5,4% correspondían a pacientes ingresados (de éstos el 44,4% el alta hospitalaria no era inmediata).

Los servicios con mayor número de prescripciones fueron medicina interna (63,8%), seguido de nefrología (16,9%), digestivo (6,0%) y cardiología (4,2%).

En el 27,7% de las prescripciones el tratamiento con HCM no estaba indicado por diferentes motivos: el 54,3% no disponían de control analítico en los 15 días previos; el 60,9% no cumplían con criterios de parámetros bioquímicos y en el 25,9% la dosificación fue incorrecta (53,7% precisaban aumento de dosis, frente 46,3% que precisaban reducción).

El 31,9% de las prescripciones presentaba una dosis previa de HCM en los últimos 2 meses, determinándose el fosfato sérico en el 30,2% de éstas; no se registró ningún caso de hipofosfatemia asociado a la administración de HCM.

Tras la revisión se contactó telefónicamente con el médico responsable, aceptando el cambio sugerido por el Servicio de Farmacia en el 45,3% de las intervenciones.

CONCLUSIONES

El resultado de nuestro estudio muestra como el manejo de HCM es inadecuado en un porcentaje alto de pacientes. Durante el estudio se implantó un protocolo de uso de HCM por ello es necesario dar una mayor difusión del algoritmo de utilización en nuestro hospital el cual permitiría mejorar la eficacia del mismo, la seguridad en el paciente y disminuir los costes asociados a su uso.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1598. CONTINUACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PACIENTE POLIMEDICADO

AUTORES

BECERRIL MORENO F, TORRES GARCÍA R, PATA IGLESIAS C, PRATS RIERA M, LUQUE MESA JA
HOSPITAL CAN MISSES. C/ CORONA. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Optimizar la revisión del tratamiento farmacológico en personas mayores polimedizadas en las transiciones asistenciales entre atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH).

MEJORAS ESPERADAS

Refuerzo de las recomendaciones efectuadas desde AP respecto al tratamiento farmacológico y realización de nuevas recomendaciones al alta hospitalaria acordes a la nueva situación clínica del paciente.

DISEÑO

Incorporación del farmacéutico de AH a un programa multidisciplinar "Polimed ASEF" realizado en AP integrado por farmacéuticos, médicos, enfermeras y trabajadores sociales en el que se realiza la revisión del tratamiento de la persona mayor polimedizada. Son población diana aquellos \geq 65 años que tomen \geq 8 principios activos de manera crónica o continuada según la hoja de tratamiento de receta electrónica.

Este programa incluye la detección de medicamentos potencialmente inapropiados (Beers y STOPP-START), medicamentos de baja utilidad terapéutica, problemas relacionados con la medicación y resultados negativos asociados, posibilidad de deprescripción, evaluación de la adherencia al tratamiento, "brown bag" y evaluación del riesgo de caídas.

CIRCUITO Y ETAPAS

Farmacéutico de AP:

- Selecciona los pacientes y realiza una revisión estructurada del tratamiento sin la presencia del paciente.
- Envía por mail informe con recomendaciones para facilitar la posterior revisión por médico-enfermera responsables quedando registrado en la historia clínica de AP.
- Registra en Access® los pacientes y su fecha de revisión generándose un archivo que el farmacéutico de AH utiliza para cruzar con los pacientes ingresados en el hospital.

Farmacéutico de AH:

- Detecta automáticamente los pacientes ingresados con revisión previa del tratamiento en AP.
- Revisa las recomendaciones y si lo considera conveniente las registra en historia clínica de AH con el objeto de reforzar el trabajo realizado previamente.
- Comprueba si debido a la nueva situación clínica es necesario modificar alguna recomendación previa o bien efectuar nuevas.
- Realiza anotaciones en la historia clínica de AP cuando se detectan problemas durante el ingreso no subsanados al alta.

IMPLANTACIÓN

El farmacéutico de AH se incorpora al programa "Polimed ASEF" en marzo de 2017. A partir de octubre de 2019 comienza además la revisión estructurada del tratamiento farmacológico de forma sistemática en los pacientes ingresados cuya revisión en AP haya sido realizada hace más de un año con respecto a la fecha de ingreso.

RESULTADOS

Desde octubre de 2019 hasta abril de 2020 se detectaron 45 pacientes ingresados con revisión del tratamiento en AP. Precizaron refuerzo o modificación de las recomendaciones 26 pacientes (58 %), 6 durante el ingreso y 20 al alta. Asimismo se realizó una nueva revisión estructurada del tratamiento farmacológico en 28 pacientes (62%).

LIMITACIONES

Pendiente establecer un procedimiento por el que el farmacéutico de AP detecte automáticamente los pacientes al alta con intervención o nueva revisión realizada durante el ingreso y así cerrar el proceso.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Procedimiento sencillo de implantar por las herramientas necesarias (Access®) y válido para cualquier área de Salud donde se desarrolle un programa de revisión del tratamiento farmacológico en el paciente polimedcado.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1636. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN AL ALTA HOSPITALARIA

AUTORES

MARCO DEL RÍO J, PARDO SÁNCHEZ R, RAMÍREZ CÓRCOLES A, PAGÁN NÚÑEZ FT
HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA. AVDA ADOLFO SUÁREZ S/N. ALBACETE

OBJETIVOS

Garantizar la correcta continuidad asistencial, mediante la detección de los errores de conciliación (discrepancias) que se produzcan en el momento del alta hospitalaria.

MEJORAS ESPERADAS

Resolución de las discrepancias entre la medicación crónica que los pacientes deben tomar y la que se encuentra activa en la receta electrónica. Completar y optimizar la información farmacoterapéutica que se da en el momento del alta.

DISEÑO

Estudio experimental prospectivo que incluye a todos los pacientes del Servicio de Medicina Interna que toman algún medicamento crónico. Variables estudiadas: edad, sexo, número de medicamentos crónicos, discrepancias, intervenciones farmacéuticas, aceptación de las mismas, grupo farmacoterapéutico implicado (GFT). Análisis estadístico: programa STATA®v.13.

CIRCUITO Y ETAPAS

Durante el ingreso se clarifica mediante entrevista con el paciente, su familia y/o cuidadores la medicación crónica que toma, basándonos en la historia clínica y los registros de la receta electrónica. Diariamente, el Servicio de Medicina Interna notifica a Farmacia las altas previstas y, cuando el médico ha elaborado el informe de alta, el Servicio de Farmacia elabora un Plan Terapéutico Individualizado (PTI), el cual se entrega al paciente y se inserta en la historia clínica de atención primaria, para garantizar la continuidad asistencial. En dicho PTI se indica de forma esquemática la medicación vigente a partir de ese momento. Por último se solventan junto con el médico responsable las posibles discrepancias que existan entre el informe de alta y la receta electrónica.

IMPLANTACIÓN

Junio de 2019.

RESULTADOS

Período de estudio (27 junio 2019 al 23 marzo 2020). Se realizaron 495 conciliaciones de medicación. Edad media = 76,5 años (SD=14,3), 56,8% de hombres. La media de medicamentos crónicos que tomaban los pacientes en el momento del ingreso fue de 8,7. Se detectaron 120 discrepancias (70,0% de comisión, 20,0% de omisión, 4,2% de duración del tratamiento, 3,3% de pauta posológica y el 2,5% de medicamento equivocado), realizándose las correspondientes intervenciones farmacéuticas y resolviéndose de forma satisfactoria el 90 % de las mismas. El 17,2% de los pacientes tuvo ≥ 1 discrepancia. Los GFT más frecuentemente implicados fueron el C (sistema cardiovascular) con un 34,2%, el A (sistema digestivo y metabolismo) con un 18,3% y el N (sistema nervioso) con un 15,8%. El indicador de cobertura del programa fue del 51,3% (nº conciliaciones/altas).

LIMITACIONES

Atención a pacientes de otra comunidad autónoma, los cuales quedan excluidos del programa de conciliación por no poder consultar sus registros de receta electrónica. Ausencia de farmacéutico en horario de tardes, fines de semana y festivos, no pudiéndose realizar la conciliación de las altas producidas en esos momentos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Se requiere una historia clínica electrónica integrada en la que se tenga acceso tanto a la información hospitalaria como a la de Atención Primaria. Con eso y con una adecuada coordinación entre Servicios es un proyecto fácil de implantar.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1656. COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES FRÁGILES ENTRE UN SERVICIO DE URGENCIAS Y UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO

AUTORES

RUIZ RAMOS J, AMORÓS REBOREDO P, PUERTA BRAVO L, HERNANDEZ HERNANDEZ M, EL HILALI MASÓ N, MANGUES BAFALLUY MA, PUIG CAMPANY M, JUANES BORREGO A
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. SANT ANTONI MARIA CLARET 167. BARCELONA

OBJETIVOS

Establecer un circuito de coordinación entre un servicio de urgencias (SU) de un hospital terciario y un hospital sociosanitario (HSS). Mejorar la seguridad de los tratamientos de los pacientes frágiles. Evaluar el impacto de las intervenciones farmacéuticas sobre la frecuencia de reconsultas al SU.

MEJORAS ESPERADAS

Facilitar la comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales y reducir los problemas de salud relacionados con medicamentos de los pacientes derivando en una disminución de reconsultas.

DISEÑO

Proyecto multicéntrico de coordinación internivel entre farmacéuticos que ofrecen atención farmacéutica a pacientes frágiles en un SU y un HSS dentro de su práctica clínica habitual. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes comunicados.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se establecieron las bases de la coordinación entre servicios de farmacia, se concretó el procedimiento de actuación de los profesionales implicados en el seguimiento farmacoterapéutico durante la transición asistencial y se implementó el circuito.

IMPLANTACIÓN

En 2017 se realizó una prueba piloto y se estableció un circuito de coordinación, poniéndose en funcionamiento en julio de 2019.

Diariamente los farmacéuticos adscritos al SU revisaron los pacientes dados de alta. Se comunicó a los farmacéuticos del HSS, el motivo de asistencia a urgencias, la prescripción crónica de medicamentos de alto riesgo, el tratamiento recibido al ingreso y las consideraciones pendientes. En el HSS, se valoró la información junto al resto de información clínica del paciente para optimizar el tratamiento, registrando las actuaciones realizadas.

Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, presencia de fragilidad y número de fármacos en receta electrónica de los pacientes. Se comparó el número de reconsultas totales al SU con el mismo periodo del año previo a la intervención, mediante el test Ji-cuadrado (Stata v.20.0)

RESULTADOS

Entre agosto de 2019 y marzo de 2020 se comunicaron modificaciones del tratamiento en 233 pacientes derivados del SU al HSS. La edad media fue de 87,1 años (SD: 7,7), 153 mujeres (60%), 190 (81,5%) frágiles, todos con un índice de comorbilidad de Charlson > 3, que habían asistido a urgencias principalmente por infección respiratoria (74; 31,8%) e infección urinaria (33; 14,2%).

La recomendación del SU implicó intervención por parte de los farmacéuticos del HSS en 48 (20,6%) pacientes, principalmente ajuste de antibioterapia (13; 27,1%), modificación del tratamiento crónico (12; 25,0%) y ajuste de dosis a función renal (10; 20,8%).

Reconsultaron a urgencias 31 (4,9%) pacientes, mayoritariamente por cuadros respiratorios. Comparado con el grupo control del mismo periodo el año previo a la intervención, se observó una tendencia no significativa a la reducción en el número de reconsultas al SU (6,6% vs 4,9%; p=0,258).

LIMITACIONES

La coordinación se produjo unos días más tarde del traslado del paciente, posiblemente disminuyendo el impacto de las intervenciones. El estudio incluye las limitaciones asociadas a los estudios retrospectivos y un cálculo de tamaño de muestra mejoraría los resultados.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La colaboración entre farmacéuticos de servicios de urgencias y centros sociosanitarios como parte del equipo de transición asistencial optimiza el tratamiento de los pacientes, contribuyendo a reducir las reconsultas a los centros hospitalización.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL**1764. USO FUERA DE FICHA TÉCNICA DE FENTANILO DE LIBERACIÓN RÁPIDA EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO: ¿NECESARIA UNA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR?****AUTORES**

REVUELTA AMALLO A, RUIZ DE VELASCO ARTAZA E, FERNÁNDEZ URÍA J, ELGUEZABAL ORTUZAR I, VILA GALLEGO C, VARA URRUCHUA M, BLÁZQUEZ URTIZBEREA U, AGUIRREZABAL ARREDONDO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO. AVENIDA MONTEVIDEO, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes con prescripciones de fentanilo de liberación rápida (FLR) (sublingual, comprimidos para chupar, película bucal, nasal) fuera de ficha técnica.

Evaluar la adecuación del tratamiento en función del control del dolor y la adherencia al mismo, así como el uso conjunto con otros depresores respiratorios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio trasversal de los pacientes con prescripción activa de FLR en receta electrónica, identificados a través de la herramienta corporativa Business Intelligence, excluyendo a aquellos que tenían alguna patología oncológica. Realizado en un área sanitaria urbana, con 363.000 habitantes, durante marzo de 2020.

Se recogieron de la historia clínica electrónica las siguientes variables: edad, sexo, indicación, tipo de dolor, tratamiento concomitante, control del dolor, adherencia, y servicio médico encargado de la prescripción y seguimiento.

RESULTADOS

Se analizaron 114 pacientes (63,2% hombres). Media de edad 70,5 años (71% mayores de 65 años).

Respecto a la indicación, un 84,7% de los pacientes recibían el FLR para dolor crónico no oncológico (DCNO); un 0,9% para dolor agudo y el 14,4% restante para patologías respiratorias.

Los tipos de DCNO fueron: 51,0% dolor musculoesquelético, 27,1% dolor neuropático y 21,9% otros tipos de dolor.

De los 96 pacientes que tenían pautado FLR por DCNO, el 82,3% tenían tratamiento de base con un opioide mayor, principalmente asociado con paracetamol o metamizol (33,3% de pacientes). La asociación con AINE u opioides menores fue minoritaria (5,2% de pacientes cada caso). Un 55,2% de los pacientes usaban coadyuvantes (gabapentinoides (40,6%), amitriptilina o duloxetina (32,3%)). Un 24,0% tenían tratamiento con benzodiazepinas (BZD) y un 13,5% la asociación de opioides, gabapentinoides y BZD.

Un 30,2% de los pacientes mantenían un buen control del dolor, un 35,8% un mal control y del resto se desconoce.

La prescripción de FLR se hizo de forma crónica en un 67,9% de los pacientes, y el resto a demanda. La adherencia al tratamiento fue mayor del 80% en un 43,1% de los pacientes. Un 25% no ha recogido ningún envase en el último año, y un 52,8% recoge menos de 5 envases al año.

Y aunque el 81,3% de las prescripciones fueron realizadas por médicos de familia, el 54,5% del seguimiento es llevado a cabo por especialistas de unidad de dolor.

CONCLUSIONES

La mayor parte de las prescripciones de FLR fuera de ficha técnica se dirigen al tratamiento de DCNO principalmente musculoesquelético, a pesar de la ausencia de evidencia sólida que respalde su uso en esta indicación.

Es muy frecuente el uso de FLR en asociaciones que aumentan el riesgo de depresión respiratoria (opioides menores, BZD, gabapentinoides...).

La elevada proporción de prescripciones con baja adherencia muestra la necesidad de revisar los tratamientos, evaluando periódicamente el control del dolor, y evitando en lo posible la prescripción de FLR en DCNO.

Es necesario divulgar esta información entre los facultativos, así como planificar acciones formativas orientadas a lograr un uso adecuado del FLR, dirigidas tanto a los facultativos de Atención Primaria, como de los servicios de hospitalarios (Urgencias y los que tratan habitualmente el DCNO).

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1777. RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS DE DEPRESCRIPCIÓN EN RESIDENCIAS DE MAYORES

AUTORES

GONZÁLEZ MARTÍNEZ M, LLANOS GARCÍA MT, MARTÍNEZ SÁNCHEZ E, MAYORGA BAJO I, APOLO CARVAJAL F, CAPILLA SANTAMARÍA E, ESCUDERO BROCAL A, ARANGUREN OYARZÁBAL A
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS. PLAZA CARLOS TRÍAS BERTRÁN 7. MADRID

OBJETIVOS

La polimedición no justificada en residencias de mayores (RM) supone un problema de seguridad. La deprescripción incluye la retirada de medicación tras haber evaluado su idoneidad en base a características del medicamento y del individuo. El objetivo de este trabajo es evaluar las intervenciones farmacéuticas de deprescripción en RM.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, multicéntrico, de práctica clínica real de un año de duración en 23 RM. Se evaluaron todas las intervenciones farmacéuticas de deprescripción realizadas durante el año 2019 por 10 farmacéuticos. Se contabilizaron como intervenciones de deprescripción las dirigidas exclusivamente a la retirada de la medicación crónica, tanto en la revisión diaria de los tratamientos, como las realizadas transversalmente por fármaco. En la revisión del tratamiento, el farmacéutico examinaba la posibilidad de deprescripción teniendo en cuenta la situación clínica y social de los usuarios y se lo comunicaba al facultativo médico de referencia para su evaluación. Se recogieron datos demográficos, razón de la retirada según el listado de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) modificados de Isofar®, medicamento, grupo terapéutico, aceptación de la intervención con suspensión efectiva o en retirada gradual del tratamiento durante los 30 días siguientes e impacto económico estimado potencial y real en los costes directos de los medicamentos calculados a PVPIVA, asumiendo que su retirada fuese definitiva.

RESULTADOS

Se realizaron 1979 intervenciones en 1278 usuarios (86 años: 57-105 años; 72,8% mujeres) sobre 317 principios activos. La principal razón que motivó la deprescripción fue medicamento no indicado (innecesario o inefectivo) en el 56,5% de los casos, seguido de duración excesiva en un 17,2%, duplicidad terapéutica en un 12,3% y prevención de la reacción adversa en un 7,5%. Los grupos terapéuticos mayoritarios en los que se realizó una intervención fueron: psicofármacos (13,3%), vitaminas y antianémicos (12,8%), antiulcerosos (10,2%), antihipertensivos (8,3%), anticoagulantes y antiagregantes (7,1%), analgésicos (6,3%) e hipolipemiantes (5,8%). Los principios activos que se propusieron con mayor frecuencia para deprescribir fueron: omeprazol (8,3%), ácido fólico (3,9%), ácido acetilsalicílico (3,8%), ferroso sulfato (3,4%), lorazepam (3,4%), simvastatina (3,1%), alopurinol (3,0%) y metamizol (2,8%).

Un 42,5% de las intervenciones de deprescripción fueron aceptadas. El impacto económico potencial de las recomendaciones de deprescripción en el año 2019 fue de 274.712,61€ frente a los 131.585,08€ de ahorro estimado real de las intervenciones aceptadas.

CONCLUSIONES

La revisión de tratamientos es una de las principales intervenciones a realizar en personas mayores institucionalizadas, los resultados de este estudio muestran que muchos medicamentos no son necesarios o efectivos en el momento de la revisión. Destaca el bajo porcentaje de intervenciones con criterios de prescripción inapropiada detectado, cuando muchos de los grupos terapéuticos y principios activos descritos con más frecuencia se incluyen en estos criterios. Por ello, deberían replantearse los PRM utilizados ya que algunas recomendaciones pueden clasificarse en más de uno. Este trabajo ha demostrado que el asesoramiento por parte del farmacéutico tiene una repercusión en seguridad y económica importante; el siguiente paso sería evaluar los resultados en salud de esta intervención.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1793. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE MEPOLIZUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES

PLAZA DIAZ A, GONZÁLEZ MORCILLO G, GARIN ESCRIVÁ N, CURTO SÁNCHEZ E, LUCAS ALCAHUZ B, SOTO RETES L, RIERA MAGALLÓN A, PLAZA MORAL V
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CTRA. DE SANT QUINTÍ, 89. BARCELONA

OBJETIVOS

El asma grave no controlada (AGNC) eosinofílica es una patología con avances recientes en su tratamiento gracias a la inclusión de los anticuerpos anti-interleucina 5. Su uso en la práctica clínica habitual ha sido limitado hasta el momento. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia en práctica clínica habitual de mepolizumab en pacientes con AGNC eosinofílica a nivel de exacerbaciones y otros parámetros clínicos de interés. Como objetivo secundario se evaluó la seguridad del fármaco.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico, multidisciplinar, en condiciones de práctica clínica habitual. Se incluyeron pacientes adultos con AGNC eosinofílica tratados con mepolizumab desde el inicio de su uso en el centro (mayo 2017). El periodo de seguimiento fue de cuatro meses, momento en el que el equipo clínico reevaluó su eficacia y seguridad. Los datos se obtuvieron mediante revisión de la historia clínica electrónica, el registro de tratamientos de CatSalut y la base GEMA-DATA.

Se recogieron variables demográficas generales (sexo, edad, IMC, tabaquismo), condiciones relacionadas con el asma (alergia, rinitis, rinosinusitis, poliposis nasal, intolerancia AINEs) y presencia de otras comorbilidades. Las variables seleccionadas para valorar la efectividad fueron: exacerbaciones, eosinofilia, resultados ACT y cambios en farmacoterapia (corticoides orales y fármacos inhalados). Para evaluar la seguridad se recogieron los efectos adversos potencialmente relacionados con mepolizumab.

Se realizaron pruebas T para muestras relacionadas para evaluar la efectividad del fármaco durante el periodo de estudio (exacerbaciones, eosinofilia, ACT). SPSS v25.

RESULTADOS

Se detectaron 28 pacientes en tratamiento con mepolizumab en el periodo de estudio. De estos, 17 fueron mujeres y 11 hombres, con una edad media de 57 años (28-81), IMC medio de 27 kg/m² (19-39). Un paciente era fumador. Respecto a las condiciones asociadas al asma se encontró: poliposis (n=19), rinitis (n=13), asma asociado a AINEs (n=6), rinosinusitis (n=6).

El número medio de exacerbaciones por paciente en el año anterior fue de 3,2 (0-7), mientras que en el periodo de seguimiento fue de 0,3 (0-2) ($p < 0,0001$). La eosinofilia basal fue de 601 cel/ μ L (60-1896). La media del ACT fue de 14 puntos (5-25). Tras el periodo de seguimiento estos parámetros mejoraron: eosinofilia: 99 cel/ μ L(0-670), y ACT:22(6-25) ($p < 0,0001$). De los 11 pacientes en tratamiento con corticoides orales al iniciar mepolizumab, a cinco se les pudo retirar tras la mejora clínica obtenida con el fármaco. Además, a nueve pacientes se les redujo la dosis de broncodilatadores que tomaban. Únicamente se suspendió el tratamiento en un paciente por falta de respuesta.

Cinco pacientes mostraron efectos adversos asociados potencialmente al fármaco: cefalea, estornudos/picor ocular, urticaria, fragilidad/caída del cabello, dolores articulares e hipersomnia. En los dos pacientes con urticaria y dolores articulares se tuvo que suspender el tratamiento por este motivo.

CONCLUSIONES

El tratamiento con mepolizumab en AGNC eosinofílica conlleva una mejora en exacerbaciones, parámetros clínicos y síntomas en la mayoría de pacientes en condiciones de práctica clínica habitual. La frecuencia de efectos adversos es baja, siendo leves en la mayor parte de los casos, por lo que se puede considerar un fármaco seguro.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1803. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE PCSK9 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

PINTADO ALVAREZ A, CHINCHILLA ALARCON T, LINARES ALARCON A
HOSPITAL REGIONAL UNIV. MALAGA. AVDA. CARLOS HAYA, S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo de los inhibidores de PCSK9 en la práctica clínica en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó aquellos pacientes que iniciaron tratamiento con inhibidores de PCSK9 (iPCSK9) entre enero y diciembre de 2017.

VARIABLES explotadas: demográficas (sexo, edad), tipo de hipercolesterolemia, presencia de enfermedad cardiovascular establecida (ECV), tratamiento previo con estatinas (presencia de intolerancia a estatinas (iE) o alcance de la dosis máxima (Dmax) tolerada), iPCSK9 pautado y dosis, duración del tratamiento, niveles basales y actuales post-tratamiento de colesterol total (cT), colesterol LDL (cLDL) y colesterol HDL (cHDL), reacciones adversas (RAM) y motivo de suspensión en caso de discontinuación.

Todos los datos fueron obtenidos del programa de dispensación a pacientes externos (ATHOS) y de la historia clínica electrónica (Diraya).

La eficacia se evaluó como el cambio porcentual medio de cLDL respecto al basal incluyendo únicamente pacientes tratados un mínimo de 24 semanas.

RESULTADOS

Se incluyeron 59 pacientes: 67,79% hombres; mediana de edad 61 años (rango 32-79).

El 50,84% fue diagnosticado de Hipercolesterolemia Familiar (HF) no controlada (n=29 heterocigotica(He); n=1 homocigotica(Ho)) y el 49,16% de Dislipemia Mixta(DM) (n=29). El 86,44% presentaron ECV (100% en caso de DM)

Todos los pacientes estuvieron con tratamiento previo con estatinas: 37 presentaron iE y 22 no se controlaron con Dmax tolerada.

El 44,06% (n=26) recibió evolocumab 140 mg/2sem y el 71,18% alirocumab (n=22 75mg/2sem y n=21 150mg/2sem) en algún momento del tratamiento. En 10 pacientes se produjo algún cambio de tratamiento: n=4 cambio de alirocumab a evolocumab; n=3 cambio de evolocumab a alirocumab; n=3 cambio de dosis de alirocumab.

La mediana de duración del tratamiento fue 130 semanas (rango 4-173).

Los valores basales medios de cT, cLDL y cHDL fueron 228,94±48,02; 146,61±41,41 y 48,17±15,43 respectivamente mientras que los valores actuales fueron 162,23±53,68; 78,40±45,07 y 48,28±15,16 respectivamente. Se excluyeron 2 pacientes por duración inferior a 24 semanas. El cambio porcentual medio de cT, cLDL y cHDL fue -29,11%; -46,53% y +0,22% respectivamente.

Se presentaron RAM en 19 pacientes(32,20%): dolor en zona de inyección n=5; astenia y artralgias n=3; síndrome pseudogripal n=2; pérdida de masa muscular y peso n=2; náuseas y calambres n=2; alucinaciones y delirios(AyD) n=1; malestar general y cefalea(MGyC) n=1; congestión y mucosidad continua(CyMC) n=1; lesiones cutáneas y rash generalizado(LCyRG) n=1; diarreas continuas(DC) n=1.

El tratamiento se discontinuó en 7 pacientes (11,86%): MGyC n=1; elevada pérdida de peso n=1; LCyRG n=1; DC n=1; AyD n=1; cansancio y dolor muscular n=1; CyMC n=1.

CONCLUSIONES

El tratamiento con iPCSK9 se mostró eficaz a largo plazo con resultados similares en el cambio porcentual medio de cLDL a los ensayos clínicos (MONO, ALTERNATIVE, OSLER) manteniéndose estos resultados en el tiempo (mediana 130 semanas).

Un elevado porcentaje de pacientes presentaron RAM: las de carácter leve se solucionaron con medidas higiénico dietéticas, mediante el cambio de inhibidor de PCSK9 o reducción de dosis y las de carácter más graves causaron la discontinuidad del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1832. CONSULTA MULTIDISCIPLINAR EN DEMENCIAS AVANZADAS

AUTORES

NAVARRO DE LARA S, BLASCO DE NOVA D, ANOZ JIMÉNEZ L, BECERRIL MORENO F, PRATS RIERA M, SAMPER JUÁREZ AM, ARMENGOL ALERT A, CASTRO MANZANARES M
CAN MISSES. C/CORONA S/N. 07800. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Crear un nuevo recurso asistencial que facilite el manejo clínico integral y multidisciplinar del paciente con síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia (SPCD).

Los objetivos del proyecto son:

1. Reforzar la continuidad entre niveles asistenciales.
2. Apoyar a familiares y cuidadores.

MEJORAS ESPERADAS

1. Neurólogo

- Educación de familia/cuidador en el manejo no farmacológico.
- Asesoramiento a médicos de atención primaria (MAP), sociosanitaria y equipos de enfermería
- Información y manejo de expectativas reales sobre la enfermedad
- Ajuste de medicación

2. Farmacéutico

- Revisión integral de la farmacoterapia (optimización y simplificación de regímenes terapéuticos) aplicando los criterios de medicación inapropiada en geriatría (Beers, STOPP-START) con el fin de asegurar la eficacia y seguridad de la farmacoterapia
- Asesoramiento farmacoterapéutico a MAP, médicos de centros sociosanitarios, equipos de enfermería y al entorno del paciente
- Información y manejo de expectativas reales sobre el tratamiento farmacológico.

DISEÑO

Creación de una consulta mixta (presencial y telemática) destinada a la atención de pacientes con demencia moderada-avanzada que presenten SPCD de difícil manejo, a cargo de un Neurólogo, y con la presencia de un farmacéutico hospitalario.

Se excluirán de este recurso a los pacientes pendientes de pruebas complementarias por parte de Neurología (NRL) y/o los que estén en seguimiento por NRL por motivos diferentes al deterioro cognitivo.

La consulta presencial se instaura con una frecuencia semanal (los jueves de 12.00 h a 15.00 h) y la telemática diaria, “a demanda” (de lunes a viernes de 8:00 a 8:30 h).

Vía de derivación

a) Desde atención primaria (AP)

1. Presencial a través de la enfermera gestora de casos (EGC) del Centro Salud.

2. Telemática a través del MAP. Con respuesta en 24-48 h.

b) Desde neurología general.

c) Desde estructuras sociosanitarias, en desarrollo en estos momentos.

CIRCUITO Y ETAPAS

En la primera consulta se realiza una valoración inicial de la problemática, con revisión y ajuste farmacoterapéutico si es necesario, y asesoramiento a familia/cuidador:

1. Si la situación lo permite el paciente se deriva a AP. Se ofrece la interconsulta telemática ante un empeoramiento o aparición de nuevos síntomas.

2. En caso contrario se realiza una revisión en 2-3 semanas hasta alcanzar una estabilidad clínica que permita su derivación a AP.

IMPLANTACIÓN

En marzo de 2019 se incorpora el farmacéutico a esta consulta multidisciplinar, y en julio de 2019 se comienza con la interconsulta telemática.

RESULTADOS

Desde marzo de 2019 hasta abril de 2020 se han realizado 175 consultas; de las cuales 113 fueron presenciales (20 primeras y 93 sucesivas) y 62 telemáticas (53 primeras y 9 sucesivas).

Cada paciente atendido de forma presencial requirió de una media de 4,6 visitas, para alcanzar una estabilidad clínica y remisión a AP.

El 70 % de los pacientes atendidos en la consulta presencial y el 57 % de los atendidos en la telemática requieren de ajustes farmacoterapéuticos.

LIMITACIONES

En nuestro caso nos falta por definir el circuito de derivación de los pacientes procedentes del ámbito sociosanitario.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este recurso se puede implantar en cualquier hospital que disponga de Servicio de Neurología, Servicio de Farmacia y de una herramienta informática que permita realizar la consulta telemática, desde las estructuras de atención primaria del área de salud correspondiente.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1834. PROTOCOLO DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE DOBLE TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO TRAS REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO: ESTUDIO DE EFICACIA Y SEGURIDAD

AUTORES

BUSTO IGLESIAS M, SEMPERE SERRANO P, RODRIGUEZ PRADA M, VARELA REY I, CASTRO BALADO A, GARCÍA QUINTANILLA L, ZARRA FERRO I

COMPLEXO HOSPITALARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

El reemplazo valvular aórtico percutáneo (TAVI) se ha alzado como una alternativa de tratamiento en pacientes con estenosis aórtica valvular grave sintomática. Sin embargo, la estrategia antitrombótica óptima post procedimiento no está claramente definida. La Comisión de Farmacia y Terapéutica del área aprobó un protocolo de prescripción de doble tratamiento antitrombótico (DAT) con ácido acetilsalicílico (AAS) y clopidogrel post-procedimiento incluyendo la dispensación hospitalaria de este último por su condición de indicación fuera de ficha técnica. El objetivo de este estudio es analizar la eficacia y seguridad del DAT post- TAVI, y evaluar la tasa de incumplimiento del protocolo y sus consecuencias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 1 año de duración (noviembre 2018-noviembre 2019). Criterios de inclusión: Pacientes con prescripción de DAT post-TAVI durante 3-6 meses en los que transcurrieran 3 meses o más desde el alta. Se recogieron los siguientes datos de la población de estudio: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular y datos analíticos al alta hospitalaria y revisión. La variable de eficacia evaluada fue el número de eventos tromboembólicos. Como variable

de seguridad se consideraron los eventos hemorrágicos detectados. Los ítems valorados en el cumplimiento del protocolo fueron: Inclusión al alta hospitalaria del informe específico, justificando el uso fuera de ficha técnica e incluyendo consentimiento informado, ausencia de recetas electrónicas de clopidogrel y registro de las dispensaciones de clopidogrel desde farmacia hospitalaria. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica IANUS y programa de prescripción electrónica Silicon.

RESULTADOS

Se incluyeron 55 pacientes; edad promedio 79 años (57-92), el 85,45% (47) mayores de 75 años; 67% mujeres; HTA 83,64% (46), DLP 76,36% (42), obesidad 52,73% (29). Sólo en 40 pacientes se pudieron registrar todos los ítems contemplados en el estudio (15 pacientes pendientes de revisión, de los que 9 no habían finalizado el DAT). En la población con DAT finalizado (46) registramos 2 (4,35%) eventos tromboembólicos periprocedimiento (ictus isquémicos) y 1 (2,17%) evento tromboembólico tardío (mononeuropatía isquémica). En cuanto a la variable de seguridad, encontramos 2 (4,35%) eventos hemorrágicos (una rectorragia autolimitada y un hematoma). El cumplimiento del protocolo fue total en el 69,09% de los casos (38). En un 12,73% no se adjuntó en la historia clínica el informe específico. Además, la generación errónea de recetas de clopidogrel en la historia clínica al alta hospitalaria o por su médico de atención primaria, se produjo en 12 pacientes (21,82 %). En un 75 % (9/12) de estos casos, el error fue detectado y las recetas anuladas. Los errores cometidos en el cumplimiento del protocolo tuvieron consecuencias relevantes en el correcto cumplimiento del tratamiento en 4 pacientes.

CONCLUSIONES

El número de eventos tromboembólicos detectados en nuestra población es comparable a los descritos en la evidencia científica disponible en poblaciones similares, sin embargo, la tasa de eventos hemorrágicos fue inferior en comparación con lo descrito en la literatura. Los resultados obtenidos evidencian además la importancia del correcto cumplimiento de este tipo de protocolos y la necesaria coordinación de los distintos equipos asistenciales, para evitar errores que afecten a la seguridad de nuestros pacientes.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1868. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

SALOM GARRIGUES C, CAMPABADAL PRATS C, BEJARANO ROMERO F, CASTILLO PALOMARES ML, MARCO BAS N, MUNIAIN DIAZ DE CERIO MP, PALACIOS LLAMAZARES L, CANADELL VILARRASA L
ATENCIÓN PRIMARIA CAMP DE TARRAGONA. DOCTOR MALLAFRÉ GUASCH 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Adeuar el tratamiento hipoglucemiante en atención primaria (AP) de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), en términos de eficacia, seguridad, conveniencia y coste.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo (mayo 2019 - febrero 2020) realizado en un área de AP, con datos obtenidos de la historia clínica informatizada ECAP®.

Criterios de inclusión: (1) DM2, (2) tratamiento hipoglucemiante, y (3) seguimiento por un especialista en medicina comunitaria. Criterios de exclusión: (1) seguimiento por un especialista en endocrinología, medicina interna o nefrología, (2) tratamiento único de primera línea (metformina, gliclazida, glicemipirida o glicipizida), o insulina.

Se recogieron datos de variables demográficas (edad y sexo), analíticas (hemoglobina glicosilada, HbA1c), clínicas (insuficiencia renal, IR; e índice de masa corporal, IMC), adherencia al tratamiento, según el recuento de medicación retirada de la farmacia, y la intervención (propuesta, aceptación e implementación).

La prescripción se validó por el farmacéutico, siguiendo las pautas del Servicio Catalán de la Salud, y se propusieron las intervenciones al médico.

RESULTADOS

Se incluyeron 717 pacientes, de 71 (62-79) años y 393 (54,8%) hombres, asignados a 15 médicos. La última HbA1c fue de 7,5 (1,3) %, presentaban IR 171 (23,8%) pacientes, y el IMC fue de 30,6 (5,3) kg/m². No eran adherentes 70 (9,8%) pacientes.

Se sugirieron 647 intervenciones: la principal fue interrumpir el fármaco, en 257 (39,7%) propuestas; seguida de intensificar la posología, en 116 (17,9%); cambiar por equivalente terapéutico, en 91 (14,1%); revalorar indicación, en 85 (13,1%); cambiar por otro principio activo, en 53 (8,2%); reducir posología, en 27 (4,2%) e iniciar fármaco, en 18 (2,8%). Las intervenciones implicaban a sitagliptina, 232 (35,9%); vildagliptina, 92 (14,2%); linagliptina, 50 (7,7%); insulina, 44 (6,8%); gliclazida, 40 (6,2%); repaglinida, 39 (6%); metformina, 30 (4,7%); dapaglifozina, 19 (2,9%); canaglifozina, 16 (2,5%); empaglifozina, 13 (2%); alogliptina, 12 (1,8%); pioglitazona 11, (1,7%); glibenclamida, 10 (1,6%); glicemipirida, 8 (1,2%); goma guar, 5 (0,8%); acarbosa, 2 (0,4%); dulaglutida, 2 (0,4%) y una única propuesta (0,1%) para liraglutida, semaglutida y nateglinida.

En 351 (54,3%) casos se propuso no introducir/mantener fármaco. En los demás, los fármacos finales eran gliclazida, 83 (12,8%); sitagliptina, 83 (12,8%); insulina glargina, 48 (7,5%); metformina, 31 (4,8%); empaglifozina, 30 (4,7%); repaglinida, 10 (1,5%); glicemipirida, 6 (0,9%); pioglitazona, 3 (0,5%); y liraglutida y dulaglutida en un caso (0,1%) cada una. El médico aceptó 641 (99,1%) intervenciones. Con un seguimiento medio de 7,13 (2,44) meses, la implementación efectuada redujo un 4,35% el porcentaje de fármacos no considerados de primera o segunda línea, al pasar de 12,13% a 7,78%.

CONCLUSIONES

La prescripción de hipoglucemiantes no se adecua a los estándares recomendados, posiblemente por desconocimiento de las recomendaciones institucionales, magnificación en la percepción de los efectos adversos de los tratamientos clásicos e inercia terapéutica. La revisión de las prescripciones por el farmacéutico especialista es un valor añadido en la optimización del tratamiento de estos pacientes mediante un equipo multidisciplinar.

Será interesante analizar al año, cuando todos los pacientes deberían haber recibido una visita: los cambios implementados, el control de la HbA1c después de la intervención, así como el ahorro económico.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1876. ¿ESTAMOS MODIFICANDO LA ANTICOAGULACIÓN CON ACENOCUMAROL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR Y MAL CONTROL?

AUTORES

ARRIETA LOITEGUI M, GONZÁLEZ C, ORTIZ PÉREZ S, MARTÍNEZ DE LA TORRE F, CANALES SIGUERO MD, SÁNCHEZ SANZ B, CARO TELLER JM, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIV. 12 DE OCTUBRE. AVD. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Analizar el número de pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) en tratamiento con acenocumarol con un control inadecuado de la anticoagulación ingresados en un hospital de clase cinco según la clasificación CLUSTER y ver si se modifica la anticoagulación a anticoagulantes orales de acción directa (ACOD).

Conocer si el motivo de ingreso está relacionado con efectos adversos asociados a la anticoagulación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en el que se detectaron todos los pacientes adultos con FANV consecutivos ingresados desde el 17/11/19-17/12/19 en nuestro centro a los que se les prescribió acenocumarol, mediante el programa de prescripción integrado en la historia clínica electrónica. Se incluyeron pacientes anticoagulados con acenocumarol durante al menos los seis meses previos al ingreso y con controles del international normalized ratio (INR) registrados en la historia clínica de atención primaria. Se calculó el tiempo en rango terapéutico (TRT) con el test de Rosendaal, considerándose adecuado por encima del 65%. Además, se recogieron variables demográficas, relacionadas con el tratamiento y con el ingreso.

El análisis estadístico se llevó a cabo con SAS v9.4.

RESULTADOS

87 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La edad media fue de 85(76-88) años y el 51,7% eran hombres (n=45). El 71,2%(n=62) eran independientes para las ABVD, el 18,5%(n=16) parcialmente dependientes y el 10,3%(n=9) dependientes. La media de las puntuaciones en las escalas HAS-BLED y CHA2DS2-VASc fueron de 2,5±0,9 y 4±1,3, respectivamente. El tiempo de seguimiento medio fue de 210,8±19,1días.

La mediana de la duración del ingreso fue de 7días (4,0-13,0). El ingreso de 7 pacientes fue programado (8,0%). El resto ingresó de manera urgente (n=80,92,0%), estando relacionado con sobredosificación de acenocumarol en 3 casos: melenas y hemoptisis(n=1), hemoptisis(n=1) y hemartro de origen traumático(n=1). El INR al ingreso de estos pacientes fue de 8, 3,4 y 8,1, respectivamente. Uno de ellos tenía un TRT < 65% en los 6 meses previos al ingreso.

El número de fármacos medio en domicilio por paciente fue de 10,4±3,8. 74(85,0%) pacientes tenían al menos un fármaco prescrito de manera crónica que interactuaba potencialmente con la anticoagulación (2±0,7media de fármacos por paciente).

56 pacientes tenían un TRT > 65% (64,4%) en los seis meses previos al ingreso: 50 continuaron al alta con acenocumarol (91%), 3 iniciaron tratamiento con ACOD: 1 apixaban (1,8%), 1 edoxaban y 1 rivaroxabán; 2 con enoxaparina por INR insuficiente (3,6%); 1 paciente falleció.

Al alta, de los 31 pacientes con TRT < 65%(35,6%): 22 mantuvieron acenocumarol (84,6%), 3 fueron dados de alta con enoxaparina (11,5%) y 1 tratamiento fue suspendido por ser mayor el riesgo que el beneficio (3,9%); 5 pacientes fallecieron.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, un tercio de los pacientes con FANV que ingresaron en nuestro centro tenían un control de la anticoagulación insuficiente. A pesar del riesgo que supone, en ningún caso se modificó el tratamiento anticoagulante por ACOD al alta.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1879. FACTORES ASOCIADOS AL MAL CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN CON ACENOCUMAROL EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE CLASE CINCO

AUTORES

ARRIETA LOITEGUI M, GONZÁLEZ C, ORTIZ PÉREZ S, CANALES SIGUERO MD, MARTÍNEZ DE LA TORRE F, BRUNI MÁ, CARO TELLER JM, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIV. 12 DE OCTUBRE. AVD. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Identificar los factores relacionados con mal control de la anticoagulación con acenocumarol en pacientes ingresados en un hospital de clase cinco según la clasificación CLUSTER.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en el que se detectaron todos los pacientes adultos ingresados entre 23/11/19-17/12/19 en nuestro centro a los que se les prescribió acenocumarol, mediante el programa de prescripción integrado en la historia clínica electrónica. Se incluyeron los pacientes anticoagulados con acenocumarol durante al menos los seis meses previos al ingreso y con controles del international normalized ratio (INR) registrados en la historia clínica de atención primaria.

El tiempo en rango terapéutico (TRT) se calculó mediante el test de Rosendaal, teniendo en cuenta el INR objetivo de cada patología, considerándose adecuado si era superior al 65%. Además, se recogieron variables demográficas y terapéuticas.

Se compararon los pacientes con TRT adecuados e inadecuados en cuanto a: edad superior a 80 años, polifarmacia (más de 10 fármacos), insuficiencia renal grave (IRG) ($< 30\text{ mL/min}$), puntuaciones en las escalas HAS-BLED y CHA2DS2-VASc en los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) y mortalidad en el ingreso por cualquier causa.

El análisis estadístico se llevó a cabo con SASv9.4.

RESULTADOS

104 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La mediana de edad fue de 83(74-87) años y el 51,0% eran mujeres (n=53). El tiempo de seguimiento medio fue de 191,1 \pm 18,6 días.

Las indicaciones de la anticoagulación fueron: FANV 82,7%(n=86), enfermedad tromboembólica 8,7%(n=9), fibrilación auricular y prótesis valvular 4,8%(n=5), prótesis valvular 2,8%(n=3), fibrilación auricular y enfermedad tromboembólica 0,9%(n=1).

En los pacientes con FANV la mediana de las puntuaciones en las escalas HAS-BLED y CHA2DS2-VASc fueron 2(2-3) y 4(3-5), respectivamente.

El 39,4% obtuvo un TRT $< 65\%$ (n=41) en los seis meses previos al ingreso (mediana TRT=43,9%(31.5-55.9%).

Los grupos con TRT adecuado e inadecuado fueron comparables entre sí en cuanto a sexo, edad e independencia para las actividades básicas de la vida diaria. Los pacientes con mal control tuvieron más mediciones de INR que los de buen control (8(7-11)vs8(6-9);p=0,038).

La proporción de pacientes con TRT $< 65\%$ fue mayor a la de TRT $> 65\%$ respecto a: edad > 80 años (75,6%vs60,3%,p=0,138), polifarmacia(65,9%vs49,2%,p=0,095) e IRG(14,6%vs12,7%,p=0,778), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En los pacientes con FANV con TRT $< 65\%$ y $> 65\%$, no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a CHA2DS2-VASc(4,1 \pm 1,4vs4,0 \pm 1,2;p=0,719) pero sí a HAS-BLED(3(1-4)vs2(0-6);p=0,007).

La mortalidad por todas las causas durante el ingreso fue superior en los pacientes con TRT $< 65\%$ (14,6%vs1,6%;p=0,009).

CONCLUSIONES

Los factores que pudieran estar relacionados con un mal control de la anticoagulación con acenocumarol fueron: mayor puntuación en la escala HAS-BLED con significación estadística, edad superior a 80 años y polifarmacia. La mortalidad fue superior en los pacientes con mal control de INR durante los seis meses previos al ingreso.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1882. IMPACTO DE UN PROGRAMA ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL ALTA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO DE REINGRESO SEGÚN HOSPITAL SCORE.

AUTORES

IBARRA MIRA ML, CARO TELLER JM, RODRÍGUEZ QUESADA PP, AÑINO ALBA A, SANCHEZ SANZ B, AZCUTIA GÓMEZ MR, FERRARI PIQUERO JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVENIDA CÓRDOBA SN. MADRID

OBJETIVOS

Estratificar de manera automática a los pacientes ingresados en un hospital terciario en función del riesgo de reingreso potencialmente evitable (RPE) mediante la integración de Hospital Score en la historia clínica electrónica (HCE).

Evaluar el impacto de un programa de atención farmacéutica (AF) al alta en pacientes con alto riesgo de RPE en la reducción del mismo.

Evaluar el impacto de un programa de AF en la reducción del índice de complejidad del tratamiento farmacológico (MRCI-E), número de fármacos y medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos (MARC) y analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo durante el año 2019 en pacientes ingresados, crónicos complejos de alto riesgo de RPE según Hospital Score y que tomaban > 5 medicamentos. La AF incluía conciliación de la medicación, formación sobre MARC, revisión de la adecuación de la medicación el alta de forma coordinada con el Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP) y seguimiento telefónico precoz. Se recogieron variables demográficas y farmacoterapéuticas (número total de fármacos, número de MARC y puntuación MRCI-E antes y después del ingreso, número de IF y grado de aceptación).

Se realizó seguimiento durante los 30 días posteriores al alta y los resultados se compararon con una cohorte retrospectiva de pacientes crónicos de alto riesgo de RPE con episodios de hospitalización durante el año 2018 (grupo control).

Se utilizó regresión logística binaria para establecer la asociación entre la tasa de reingresos y la intervención farmacéutica y se cuantificó mediante el cálculo del Odds Ratio (OR). Para establecer la asociación entre la intervención farmacéutica y la variación en el MRCI-E y en el número de fármacos se empleó un modelo de regresión lineal. El análisis estadístico se realizó con STATA®.

RESULTADOS

Se reclutaron un total de 163 pacientes (16.6% pérdidas). La edad media fue 79.9 (SD=11.8) años (60.3% mujeres) con una media de 14.6 (SD=4.4) medicamentos por paciente, 5.0 (SD=2.2) MARC y 36.6 (SD=16.0) puntos en el MRCI-E. Los grupos control e intervención fueron homogéneos, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos. La media de IF por paciente fue de 3.2 (69.3% aceptación) en el grupo intervención (n=136) y 1.7 (38.9% aceptación) en el grupo control (n=172).

Respecto a los reingresos se observó una tasa del 18.4% en el grupo intervención frente a un 25.6% en el grupo control obteniéndose una reducción absoluta del riesgo del 7.2% (NNT=14) y una OR de 0.66 (0.38 ; 1.14). En las variables farmacoterapéuticas se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) entre el grupo intervención y el grupo control en la variación (ingreso respecto alta) del MRCI-E (-4.2 versus +2.2), número total de fármacos (-0.9 versus +0.38) y número de MARC (-0.7 versus -0.1).

CONCLUSIONES

Se observa una tendencia favorable, sin alcanzar significancia estadística, en la reducción de reingresos a los 30 días del alta tras la intervención farmacéutica en pacientes de alto riesgo según Hospital Score.

La intervención farmacéutica es eficaz en la disminución del grado de polimedicación de los pacientes así como de la complejidad del tratamiento y número de MARC.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1987. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

AUTORES

MAGALLÓN MARTÍNEZ A, PINILLA RELLO A, CABALLERO ASENSIO R, SEVIL URAS M, CASAJÚS LAGRANJA P, ARRIETA NAVARRO R, BUENO CASTEL C, GARCÍA ARANDA A
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. Pº ISABEL LA CATOLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Analizar las prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) (medicamentos no recomendados o susceptibles de deprescripción) así como la conciliación del tratamiento domiciliario en la Unidad de Paciente Crónico Complejo (UPCC) de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico y multidisciplinar de 11 meses de duración (febrero-diciembre de 2019) realizado en pacientes ingresados en la UPCC del hospital. Las PPI se analizaron de acuerdo con un check-list elaborado entre el servicio de farmacia y los facultativos de la UPCC basado en una selección de medicamentos no recomendados según los criterios STOPP/START, Beers y Priscus o susceptibles de deprescripción (criterios LESS-CHRON) en pacientes ancianos. Tras la validación farmacéutica se informó al médico responsable de las recomendaciones llevadas a cabo y se registró la aceptación de cada una de ellas.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 356 pacientes. Se realizó intervención en 121 (34.00%) de ellos, el 52.89% mujeres, siendo 84 la mediana de edad al ingreso. El 60.33% de los pacientes a los que se les realizó intervención estaban incluidos en el Programa del Crónico Complejo del Sistema Aragonés de Salud. La media de fármacos al ingreso fue de 11.00 y al alta de 10.18.

Se realizaron un total de 207 intervenciones: 117 por conciliación de la medicación (aceptadas: 76.07%, 8.55% no aceptadas y 15.38% no aceptadas pero justificadas), 40 por fármacos no recomendados (52.63% aceptadas, 39.48% no aceptadas y 7.89% no aceptada pero justificada), 37 por deprescripción (59.46% aceptadas, 29.73% no aceptadas y 10.81% no aceptadas pero justificadas) y 13 por otros motivos. En relación a la conciliación de la medicación (n=117), el 52.99% fueron por omisión del medicamento, 21.37% por inicio de medicación (discrepancia por comisión), 17.09% por errores en la dosis, vía o frecuencia de administración, 5.98% por medicamento equivocado y 2.57% por prescripción incompleta. Sobre los fármacos no recomendados (n=40), 27.50% fueron benzodiacepinas de acción larga, 20.00% antiespasmódicos, 12.50% benzodiacepinas de acción corta a dosis altas, 12.50% alfa-bloqueantes, 5.00% digoxina > 0,125mg/día, 5.00% fluoxetina, 2.50% a antidepressivos tricíclicos, 2.50% escitalopram > 10mg/día, 2.50% zolpidem > 5mg/día, 2.50% espironolactona > 25mg/día, 2.50% nifedipino de liberación retardada, 2.50% megestrol y 2.50% antihistamínicos. Las intervenciones por deprescripción (n=37) afectaron a estatinas, fármacos antidepresión y citicolina en el 21.62%, alopurinol y la asociación de calcio-vitamina D en el 13.51%, fármacos prescritos sin indicación 5.41% y bifosfonatos 2.70%.

CONCLUSIONES

La integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar de la UPCC permite una mejora de la seguridad y la calidad asistencial del paciente. Los criterios seleccionados han sido útiles para la detección del uso de fármacos inadecuados en esta población y favorece la deprescripción.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1991. MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS INGRESADOS Y GRADO DE ACEPTACIÓN DE LA DESPRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA

AUTORES

VALLS SÁNCHEZ E, CODINA JIMÉNEZ C, MARTIN VAL A, MARIN RUBIO S, FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ R, QUIÑONES RIBAS C

HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL. CTRA. CANYET, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia y el tipo de medicación potencialmente inadecuada (MPI) en pacientes crónicos complejos (PCC) mediante la aplicación de los criterios BEERS 2019. Analizar el grado de aceptación de las recomendaciones realizadas por el farmacéutico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio longitudinal, observacional y prospectivo realizado entre noviembre de 2019 y febrero de 2020 en un hospital de tercer nivel. El farmacéutico efectuó entrevistas a los PCC ingresados en la Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA) (o a sus cuidadores) con el objetivo de verificar la pauta farmacológica crónica y realizar la conciliación terapéutica al ingreso. Se recogieron las siguientes variables demográficas y clínicas de los pacientes mediante su historia clínica: edad, sexo, antecedentes patológicos, plan farmacoterapéutico, índice de Barthel y el responsable del cumplimiento del plan fármaco-terapéutico. Se introdujeron las diferentes variables en el programa Checkthemeds® y se evaluaron de acuerdo con los criterios BEERS 2019 para detectar la MPI en pacientes geriátricos, además se calculó el índice de Charlson. En base a estos criterios se realizaron recomendaciones de precaución y deprescripción que fueron notificadas al equipo médico de la UGA en el curso clínico del paciente. El grado de aceptación de las recomendaciones de deprescripción realizadas fue evaluado al alta de acuerdo con los informes de alta y las recetas electrónicas.

RESULTADOS

Se conciliaron 100 pacientes (53% mujeres), con una media de edad de 84 ± 5 años, un índice Barthel de $58,6 \pm 25$, un índice de Charlson de $7,58 \pm 1,75$ y $11,8 \pm 3,4$ medicamentos por paciente. En el 85% de los casos el cuidador/familiar era el responsable de la medicación.

El 97% de los pacientes presentaron como mínimo una MPI, con una media de $3,1 \pm 1,9$ MPI por paciente. Se realizaron 306 recomendaciones, 96 (31%) de precaución y 210 (69%) de deprescripción.

De las recomendaciones de precaución, 83 (86%) correspondieron a "precaución por la posibilidad de hiponatremia iatrogénica". Respecto a las más frecuentes de deprescripción, 56 (27%) correspondieron a "evitar el uso de inhibidores de la bomba de protones durante más de 8 semanas", 2 (4%) fueron aceptadas; 30 (14%) pertenecieron a "en adultos mayores está incrementada la sensibilidad a las benzodiazepinas de acción larga y disminuido su metabolismo", 4 (26%) fueron aceptadas; 23 (11%) pertenecieron a "evitar el uso de tres o más fármacos depresores del sistema nervioso central", 7 (30%) fueron aceptadas. El 48% restante obtuvo una aceptación del 18%.

CONCLUSIONES

La aplicación de los criterios BEERS 2019 en la conciliación terapéutica ha permitido detectar una elevada prevalencia de MPI en PCC ingresados en una UGA. Los fármacos que producen hiponatremia, los inhibidores de la bomba de protones y los depresores del sistema nervioso central fueron los más frecuentes. Pese a la elevada prevalencia de MPI, hubo una baja aceptación de las recomendaciones de deprescripción durante el ingreso hospitalario. La baja aceptación pone de manifiesto la importancia de estratificar, según criterio clínico, las recomendaciones que nos ofrecen los criterios BEERS 2019 y así aportar mayor valor a la práctica clínica y mejorar la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1995. USO DE ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. RESULTADOS EN SALUD

AUTORES

ALONSO DIEZ M, ÁLVAREZ LAVÍN M, VILA GALLEGU C, VARA URRUCHUA M, REVUELTA AMALLO A, TAMAYO ORBEGOZO E, OÑATE MUZÁS E, AGUIRREZABAL ARREDONDO A

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. AVD. MONTEVIDEO, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes en tratamiento con inhibidores de la proteína convertasa subtilisina/kexina 9 (IPCSK-9) y la indicación principal. Comparar la seguridad y la eficacia en reducir las lipoproteínas de baja densidad-colesterol (LDL-c) en nuestra cohorte con respecto a los resultados de los principales ensayos clínicos y analizar los efectos en prevención de morbi-mortalidad cardiovascular.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes en tratamiento con IPCSK-9 durante al menos 12 semanas, con previa autorización por parte de un comité multidisciplinar (constituido por un endocrinólogo, un cardiólogo y un farmacéutico), entre marzo de 2016 y febrero de 2020.

Se identificaron los pacientes a través de la herramienta corporativa de Business Intelligence. Se recogieron las características basales, factores de riesgo cardiovascular y datos de eficacia y seguridad de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS

De un total de 52 solicitudes de tratamiento, 28 fueron aceptadas por el comité.

En la población incluida para el estudio, 53,6% eran hombres, edad media 59,1 años (DE: 9,5); 28,6% eran hipertensos; 14,3% fumadores activos; 14,3% exfumadores y 10,7% diabéticos. En el momento del inicio del IPCSK-9, 64,3% de los pacientes estaban en tratamiento con estatinas (en monoterapia o asociadas a ezetimiba) y 17,9% únicamente con ezetimiba por intolerancia a estatinas, todos ellos con adherencia $\geq 90\%$.

En cuanto a la indicación, 57,1% de los pacientes presentaba hipercolesterolemia familiar y 42,9% enfermedad cardiovascular aterosclerótica estable o inestable. El valor medio de LDL-c pretratamiento fue de $185,0 \pm 43,2$ mg/dL. Se empleó evolocumab en el 62,5% de los pacientes y arilocumab en el resto. La duración media del tratamiento fue de 17,4 meses (rango 5-42).

Tras 12 semanas se observó un porcentaje de reducción en el LDL-c de 53 (IC95%: 50-56) respecto al basal. Evolocumab consiguió una reducción del 57% (IC95%:54-60) y aliocumab del 46% (IC95%:41-51). En 67,8% de los pacientes, la reducción de LDL-c conseguida en la semana 12 se mantuvo durante el período de tratamiento estudiado.

Un 17,9% de pacientes reportaron algún efecto adverso y la mayoría leves (reacciones en el lugar de inyección, mareos, náuseas). Un paciente desarrolló diabetes, otro tuvo que abandonar el tratamiento por mala tolerancia y un tercero sufrió una reacción cutánea grave por lo que se realizó un cambio de IPCSK-9.

No se registró ningún síndrome coronario agudo, revascularización cardíaca o muerte cardiovascular.

CONCLUSIONES

Los pacientes que iniciaron tratamiento con IPCSK-9 en nuestro centro fueron de alto riesgo y con un nivel de LDL-c muy alto a pesar de una terapia hipolipemiente optimizada.

La hipercolesterolemia familiar fue la principal indicación para la prescripción de estos fármacos.

La eficacia en cuanto al control lipídico y seguridad en nuestra cohorte fueron comparables a los datos de los estudios pivotales. Ningún paciente presentó durante el periodo estudiado eventos cardiovasculares.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1996. EVALUACIÓN DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA E INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN DESPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS INGRESADOS

AUTORES

CODINA JIMÉNEZ C, VALLS SÁNCHEZ E, MARIN RUBIO S, MARTIN VAL A, QUIÑONES RIBAS C
HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL. CTRA. CANYET, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la carga anticolinérgica (AC) Y la carga anticolinérgica corregida (ACC) en pacientes crónicos complejos (PCC) ingresados en una unidad de geriatría de agudos (UGA). Determinar los fármacos más implicados en el incremento de la AC. Evaluar el grado de aceptación de las recomendaciones farmacéuticas para reducir la AC. Evaluar si existieron diferencias en la carga anticolinérgica entre aquellos pacientes con y sin deterioro cognitivo o demencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio longitudinal, observacional y prospectivo realizado entre noviembre de 2019 y febrero de 2020 por el servicio de farmacia de un hospital de tercer nivel. Todos los PCC que ingresaron en la UGA durante este periodo fueron incluidos. Se calculó la AC y la carga anticolinérgica corregida (ACC) con la fórmula Duran. Se registró el plan de medicación durante el ingreso de cada paciente. Se evaluó que fármacos estaban implicados en el aumento de la AC y se determinó cuáles de ellos fueron los más prevalentes. Se realizaron recomendaciones en el curso clínico de aquellos pacientes que presentaron una elevada AC y se evaluó su aceptación por parte del equipo médico de la UGA. Se evaluó la presencia de trastornos cognitivos o demencia según: PCC con buena función cognitiva y PCC con deterioro cognitivo o algún tipo de demencia (degenerativa, vascular o mixta).

Los valores de AC y ACC fueron expresados como la media \pm desviación estándar.

Se evaluó la presencia de diferencias estadísticamente significativas en la AC entre aquellos PCC con o sin demencia o deterioro cognitivo utilizando el test estadístico t-Student (muestras desapareadas, dos colas).

RESULTADOS

Se evaluaron 100 pacientes (53% mujeres), con una media de edad de 84 ± 5 años. El 75% de los pacientes presentaban buena función cognitiva y el 25% alteraciones de esta, de los cuales, el 48% padecían deterioro cognitivo y el 52% algún tipo de demencia.

Se obtuvo una media por paciente de $2,8 \pm 1,8$ principios activos responsables del aumento de la AC. Los valores medios obtenidos de AC y ACC fueron $4 \pm 2,9$ y $5,7 \pm 11,4$ respectivamente.

Se hicieron recomendaciones en el curso clínico de 13 pacientes y se obtuvo una aceptación del 23%.

Los fármacos más implicados fueron los diuréticos del asa (18,8%), los broncodilatadores antimuscarínicos (12,3%), los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (9,8%) y las benzodiacepinas (9%).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la AC entre los pacientes con y sin alteraciones de la función cognitiva ($3,6 \pm 2,8$ vs. $5,2 \pm 3$ respectivamente, $p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Pese a que la AC se ha asociado en múltiples estudios a un empeoramiento de la función cognitiva, mayor riesgo de caídas, institucionalización y a una mayor mortalidad en ancianos, los pacientes evaluados presentaron una media mayor a dos fármacos responsables del aumento de la AC y esta fue significativamente superior en aquellos pacientes con

alguna alteración cognitiva. Este estudio pone de manifiesto, una vez más, la necesidad de adecuación farmacológica en el paciente pluripatológico y polimedcado y así, disminuir el riesgo existente de efectos adversos e interacciones.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2025. ACLARAMIENTO DE CREATININA PARA LA VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL Y EL AJUSTE DE FÁRMACOS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.

AUTORES

CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ T, MEROÑO SAURA MA, CARVAJAL SÁNCHEZ MÁ, PACHECO LÓPEZ P, IBÁÑEZ CATURLA J, TOBARUELA SOTO M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AVENIDA MARQUÉS DE LOS VÉLEZ, SN. MURCIA

OBJETIVOS

El objetivo principal es analizar si existen diferencias, según la ecuación utilizada para calcular el filtrado glomerular (FG) mediante el aclaramiento de creatinina (CICr), en la clasificación pronóstica de enfermedad renal crónica (ERC) moderada-grave, así como, posibles ajustes en la prescripción en función de la ecuación utilizada en un centro sociosanitario (CSS).

MATERIALES Y MÉTODOS

En este trabajo, se estima la función renal mediante la determinación del CICr(ml/min) realizando una comparativa de las fórmulas utilizadas en un hospital de tercer nivel: CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) del programa de prescripción electrónica, frente a Cockcroft-Gault (CG) ajustado a peso ideal del programa de gestión farmacéutica, en una población mayor de 75 años institucionalizada en un CSS dependiente del servicio de farmacia. Los datos fueron obtenidos del programa de prescripción e historia clínica informatizada.

Las variables recogidas: demográficas, creatinina plasmática, superficie corporal, FG CKD-EPI(ml/min), FG CG(ml/min/SC), comorbilidades causales: diabetes mellitus(DM), hipertensión arterial (HTA), otras. Así como, la necesidad de ajuste o intervención farmacéutica. Se calcula la media y desviación estándar del valor de FG CG y FG CKD-EPI, así como, la diferencia entre los valores obtenidos, expresada en valores absolutos:(FG CKD-EPI -FG CG ml/min/SCm²) y como porcentaje de las diferencias: (FGCKD-EPI -FGCG)/FGCKD-EPI x100 (%),clasificando la muestra en estadios de ERC (3-5) (Guía KDIGO 2012), valorando el porcentaje de concordancias por ambas ecuaciones.

RESULTADOS

Revisión llevada a cabo en 70 residentes, con una media de edad de 86,92 (r:75-101), 41(58,6%) hombres y 29(41,4%) mujeres, media de creatinina plasmática de 1,02±0,29 mg/dl. La media de CICr utilizando la ecuación CG fue de 29,16±10,90ml/min, un total de 41/70(58,57%) pacientes mostraba ERC, clasificándose 25/70 pacientes(35,71%) en estadio 3; 14/70(20%) estadio 4; y 2/70(2,86%) estadio 5. Utilizando CKD-EPI la media de CICr fue de 50,07±18,06ml/min, del total de pacientes, únicamente 19/70(27,14%) mostraban ERC, 15/70(21,43%) pacientes estadio 3, 4/70(5,71%) estadio 4 y ninguno estadio 5.

Existe una diferencia media de 25,14ml/min(42,9%) en el CICr calculado por ambos métodos, con una diferencia significativa en el porcentaje de pacientes clasificados en cada grupo de ERC: 22/70 pacientes(31,42%)no se clasificaron enfermos renales utilizando CKD-EPI.

En relación a las comorbilidades, de los 41 pacientes con ERC(CG): 34 pacientes(82,93%)HTA, 12(29,27%)DM y 6(15,63%) otras comorbilidades. En el CSS la conciliación y ajuste de fármacos se realiza utilizando la fórmula de CG. Tras la revisión, se manifiesta que las recomendaciones de ajuste, también se afectan por la fórmula, utilizando el ajuste basado en CG se realizan 13 intervenciones: 2 contraindicaciones,/8 ajustes de dosis/3 deprescripciones por ineficacia. Únicamente el 30,76%(4/13)de las intervenciones se mantienen al utilizar FGCKD-EPI(2 ajustes de dosis/2 deprescripciones).

CONCLUSIONES

La estimación del FG en el anciano con las fórmulas basadas en creatinina es limitada, utilizando el FG CKD-EPI se sobreestima considerablemente la función renal, por tanto, se debe utilizar la estimación basada en CG en el paciente geriátrico. Además, las recomendaciones de ajuste en ficha técnica se basan en FG CG. El farmacéutico debe tener en cuenta estas diferencias a la hora de realizar las recomendaciones de ajuste posológico en este grupo de población.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2047. ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN DE ACETATO DE MEGESTROL Y ACENOCUMAROL EN PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES

FERRADA GASCÓ A, LORENTE FERNÁNDEZ L, MARTÍNEZ ANTEQUERA P, BRAVO JOSÉ P, PERIS MARTÍ JF, SOLANA ALTABELLA A, RIBES ARTERO H, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE. AVDA DE FERNANDO ABRIL MARTORELL N106. VALENCIA

OBJETIVOS

Las personas mayores institucionalizadas son muy sensibles a la terapia anticoagulante. Esta terapia tiene un margen terapéutico estrecho, presenta frecuentes interacciones con otros fármacos y alimentos, y requiere frecuentes controles y ajustes de dosis para prevenir el riesgo de hemorragia asociado. En los mayores de 70 años, el riesgo de hemorragia se incrementa 50 veces si el international normalized ratio (INR) alcanza un valor superior a 4. El objetivo del presente estudio es analizar la interacción de acetato de megestrol y acenocumarol en pacientes institucionalizados y evaluar la variación del INR así como las modificaciones de dosis necesarias para su restablecimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes institucionalizados que recibieron simultáneamente tratamiento con acenocumarol y acetato de megestrol. Se recogieron sus características demográficas (edad/sexo) y el diagnóstico asociado al tratamiento con acenocumarol. Se analizó la variación del INR antes y durante el tratamiento con acetato de megestrol, así como el tiempo hasta el cambio en el INR. Se determinó la significancia estadística de la diferencia de INR mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon debido a la no normalidad de los datos según la prueba de Shapiro-Wilk ($p=0,006$). Se recogió la dosis de acenocumarol prescrita para alcanzar el objetivo de INR (2-3) al inicio del tratamiento con acetato de megestrol y los ajustes posteriores para restablecer el INR inicial. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS®.

RESULTADOS

Se incluyeron 9 pacientes, la media de edad fue de 79 años (IC95%: 75,38-83,62) y el 67% (6/9) fueron mujeres. El diagnóstico más frecuente asociado al tratamiento con acenocumarol fue fibrilación auricular 67% (6/9). La mediana [rango] del INR previa al tratamiento con acetato de megestrol fue de 2,1 [1,00-2,80] y de 4,7 [2,60-17,50] durante el tratamiento, con una diferencia media de 4,85 (IC95%: 2,21-8,36), estadísticamente significativa entre ambos periodos ($p=0,008$). La media de tiempo hasta el cambio en el INR se vio afectada por el retraso en los controles y fue de 12,63 días (IC95%: 8,63-17,75) desde el inicio del tratamiento con acetato de megestrol y el 88,9% (8/9) de los pacientes alcanzaron un INR > 4. La dosis de acenocumarol prescrita para mantener el INR en rango durante la interacción con acetato de megestrol, cuando esta ya era más estable, se redujo un 42,74% (DE:2,42) de media con respecto a la dosis previa a la interacción. Tras finalizar el tratamiento con acetato de megestrol la dosis prescrita volvió a ser de media igual a la dosis previa a la interacción. Dos pacientes requirieron la suspensión de acenocumarol durante el tratamiento con megestrol, y en uno de los pacientes se sustituyó acenocumarol por warfarina una vez finalizado el tratamiento.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos muestran que la interacción entre acenocumarol y acetato de megestrol incrementa el valor del INR de forma tanto estadística como clínicamente (INR > 4) significativa. Por ello, en los pacientes mayores institucionalizados tratados con acenocumarol la gestión de la interacción con acetato de megestrol obliga a una monitorización intensa del INR y a realizar un ajuste aproximado del 43% de la dosis.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2051. EFECTIVIDAD DE ADALIMUMAB EN LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

AUTORES

TAMAYO ORBEGOZO E, ALVAREZ LAVIN M, ALONSO DÍEZ M, DOMINGUEZ MENÉNDEZ JA, REVUELTA AMALLO A, VARA URRUCHUA M, VILA GALLEGO C, AGUIRREZABAL ARREDONDO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO BARUSTO. MONTEVIDEO ETORB, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS

Adalimumab es el único fármaco biológico indicado desde 2016 en la Hidradenitis Supurativa (HS), cuya eficacia en los ensayos clínicos ha demostrado ser inferior que en otras patologías. El objetivo de este estudio fue analizar la efectividad de adalimumab y adherencia en los pacientes diagnosticados de HS en un Hospital General, además de comprobar si el seguimiento de estos pacientes es correcto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de HS tratados con adalimumab. Como fuente de información se utilizó el programa de historia clínica y prescripción electrónica. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, factores de riesgo (tabaquismo activo y obesidad), estadiaje de la enfermedad antes del inicio del tratamiento utilizando la escala clínica de Hurley y la respuesta al tratamiento, midiendo para ello la Hidradenitis Suppurativa Physician Global Assessment (HS-PGA) previo al inicio y en la semana 12, 24 y 36 de tratamiento. También se calculó el porcentaje de adherencia al tratamiento.

RESULTADOS

26 pacientes (15 hombres y 11 mujeres) con una media de edad de 47 (21-65) años fueron tratados con adalimumab, todos ellos recibieron previamente antibióticos tópicos y sistémicos durante al menos 10 semanas. 19 (73%) eran fumadores, 11 (42,3%) obesos y 9 (34,6%) fumadores y obesos. 3 pacientes (11,5%) se clasificaron en el estadio I de Hurley, 15 (57,7%) en el estadio II y 8 (30,8%) en el estadio III. En el momento del estudio, de los 26 pacientes, 19 (73,1%) estaban en tratamiento con adalimumab (7 de ellos con el biosimilar), a 4 (15,4%) se les habían suspendido adalimumab por ineficacia y estaban en tratamiento fuera de ficha técnica con otro medicamento biológico (2 con infliximab y 2 con ustekinumab) y 3 pacientes (11,5%) se encontraban sin tratamiento tras suspender adalimumab (1 por reacción adversa y 2 por motivos personales). Únicamente a 9 pacientes (34,6%) se les midió la HS-PGA antes y después del tratamiento. De estos 9 pacientes, la HS-PGA disminuyó de 3 a 1 en 2 pacientes, de 3 a 0 en 3 pacientes, de 2 a 1 en 1 paciente y de 1 a 0 en 3 pacientes en la semana 12. En el 66,67% de los pacientes se mantuvo la respuesta al tratamiento en las semanas 24 y 36 y en el resto no se volvió a medir.

La adherencia al tratamiento fue de un 91%, 86% y 80% en los pacientes que llevaban menos de 1 año, más de 1 año y más de dos años respectivamente.

CONCLUSIONES

En todos los pacientes en los que se midió la respuesta al tratamiento mediante escalas objetivas, adalimumab resultó ser efectivo, pero llama la atención la baja proporción de pacientes al que se le hace un seguimiento correcto. La adherencia al tratamiento fue elevada, aunque disminuyó ligeramente a lo largo del tiempo.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL**2056. EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PCSK9 DE LARGA DURACIÓN****AUTORES**

CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, MEROÑO SAURA MA, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ T, PACHECO LÓPEZ P, CARVAJAL SÁNCHEZ MÁ, NÁJERA PÉREZ MD, PLAZA ANIORTE J
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AVENIDA MARQUÉS DE LOS VÉLEZ, SN. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad, adherencia y seguridad de los pacientes en tratamiento con anti-PCSK9 tras veinticuatro meses de tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de pacientes en tratamiento con anti-PCSK9 desde abril 2017-2019. Recogidas variables demográficas y perfil lipídico: colesterol total(CT),cLDL,cHDL; presencia de enfermedad cardiovascular establecida(ECV), diabetes(DM), hipertensión arterial(HTA) e índice de masa corporal(IMC). Se realizó entrevista clínica registrando el tratamiento hipolipemiante concomitantes, adherencia y medidas higiénico dietéticas. Se evaluó la seguridad recogiendo los efectos adversos. Los datos fueron tratados de manera confidencial.

RESULTADOS

Se recogen 21 pacientes con una mediana de edad de 56(r:11-72), 38% mujeres(8/21). El 71,4%(15/21) con hipercolesterolemia familiar heterocigota y el 28,6%(6/21) dislipemia mixta con ECV. Todos cLDL>100mg/dl con dosis máxima de estatina tolerada (19%(4/21) intolerantes). ECV establecida en el 85%(18/21)de los pacientes, HTA en 13(62%), DM:8(38%) y obesidad:8(38%)(media IMC:30,1±2,72).

En relación a las medidas higiénico-dietéticas: 76%(16/21)ejercicio físico, 81%(17/21) dieta baja en grasa y 81%(17/21)no fumadores.

Al inicio 8 pacientes alirocumab 75mg/quincenal, 11 pacientes evolocumab 140mg/quincenal y 2 pacientes evolocumab 420mg/mensual. Tras 24 meses el 37,5%(3/8)de los pacientes en tratamiento con alirocumab 75mg aumentó la dosis a 150mg. De los tratados con evolocumab 140mg, el 72,7%(8/11)mantiene la misma dosis, únicamente un paciente con aumento de dosis a 420 mg/quincenal, un paciente suspendió el tratamiento por mialgias severas y un cambio a alirocumab 150 mg/quincenal. Uno de los pacientes en tratamiento con 420 mg/mes fue exitus por evento cardiovascular, el otro mantiene dosis de 420mg/mes.

Niveles medios de colesterol al inicio: 238,8 mg/dl; cLDL:164,8mg/dl y cHDL: 48,2mg/dl. Tras 24 meses de tratamiento encontramos una reducción promedio del 24% en el nivel de CT y de un 46,2% en los niveles de c-LDL (niveles medios CT:197,16mg/dl; cLDL:100,44mg/dl; cHDL:48,14mg/dl), alcanzando los niveles objetivo de c-LDL(< 70mg/dl) en el 58%(11/19) de los pacientes.

El 90,5%(19/21) de los pacientes estaban en tratamiento con estatinas al inicio del tratamiento, el 81%(17/21) en tratamiento concomitante con ezetimiba, dos en monoterapia por intolerancia absoluta a estatinas. Tras 24 meses el 57,9%(11/19)de los pacientes redujeron la dosis de estatinas y el 47%(8/17) de los pacientes con ezetimiba la suspendieron.

Dos pacientes suspendieron evolocumab por artralgias severas, principal efecto adverso mostrado en el 20% de los casos(4/21). Un paciente suspendió el tratamiento durante un mes por síntomas pseudogripales, reacción encontrada en el 20% de los pacientes (4/21). Estos síntomas junto con la taquicardia en el 10,5%(2/19) fueron los principales efectos adversos mostrados.

La adherencia fue del 89,5%, 17 de los 19 pacientes en tratamiento tras los 24 meses eran adherentes, dos mostraron olvidos puntuales en la recogida de la medicación por motivos personales.

CONCLUSIONES

Este estudio pone de manifiesto el descenso medio mantenido de cLDL y CT durante el seguimiento. El efecto adverso más frecuente ha sido el síndrome pseudogripal, así como, las artralgias (posiblemente asociadas al uso concomitante de estatinas). Únicamente dos pacientes suspendieron el tratamiento por efectos adversos,ambos en el grupo de evolocumab.Aproximadamente la mitad de los pacientes redujeron la dosis de estatina y suspendieron ezetimiba. Como seguimiento farmacoterapéutico, resulta necesario incidir en la importancia de la adherencia a la medicación para optimizar el beneficio clínico.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL**2057. MEDICALIZACIÓN DE CENTROS SOCIO SANITARIOS E IMPACTO ECONÓMICO****AUTORES**

CALVO SALVADOR M, GARCIA CEREZUELA MD, GUMIEL BAENA I, SAAVEDRA QUIROS V, ROCH HAMELIN I, GUTIERREZ PARRIS B, CAPILLA PUEYO R, SANCHEZ GUERRERO A
HOSPITAL PUERTA DE HIERRO. MANUEL DE FALLA, 1. MADRID

OBJETIVOS

La Unidad de Atención al Paciente Institucionalizado (UAPI), integrada en el Servicio de Urgencias, da cobertura a los pacientes derivados de Centros Sociosanitarios (CSS). En estos pacientes la patología infecciosa tiene gran importancia por su elevada frecuencia, prevalencia de microorganismos multiresistentes y consecuencias sobre su morbimortalidad.

El objetivo del estudio es analizar las dispensaciones de antibióticos intravenosos (ATBiv) a pacientes de CSS y estimar el ahorro en coste sanitario que este circuito supone debido a los ingresos hospitalarios evitados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron pacientes con dispensación de tratamiento ATBiv desde la UAPI de julio-2019 a marzo-2020. Las variables registradas fueron: demográficas, diagnóstico de patología infecciosa, cultivo microbiológico, antibiótico prescrito, posología, duración de tratamiento y reingreso hospitalario en los 10 días posteriores a la dispensación de ATBiv. Los datos se obtuvieron a través del programa de prescripción y del módulo de resultados microbiológicos.

Para la estimación del coste evitado se consideraron todos los episodios como susceptibles de ingreso hospitalario, ya que todos requirieron tratamiento ATBiv. Se calculó los días de estancia hospitalaria evitada en función de los días de tratamiento de ATBiv prescrito. Respecto al coste de estancia hospitalaria, se determinó un coste medio 520€/día en base a los costes medios del ministerio de sanidad en hospitales del sistema nacional de salud (SNS). Teniendo en cuenta que el ATBiv se dispensó desde la UAPI, se restaron los gastos asociados a la dispensación para el cálculo del coste total evitado.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se dispensó ATBiv a 121 pacientes, con una edad media de 86,8 (60-101) años, siendo 56% mujeres. Se dispensó el antibiótico, sueroterapia y sistemas para su administración junto a una hoja informativa para su preparación y administración. Los diagnósticos más frecuentes fueron infección del tracto urinario 48,0% (59), infección respiratoria 35,0% (43), y úlcera por presión 14,6% (18). El 61% (75) de las prescripciones se realizaron tras un cultivo microbiológico previo. El antibiótico prescrito con más frecuencia fue el ertapenem 31,7% (39) seguido de amoxicilina/clavulánico 26,8% (33), ceftriaxona 21,9% (27), clindamicina 4,9% (6), piperacilina/tazobactam 4,9% (6), levofloxacino 3,2% (4), cefepime 2,4% (3), meropenem 1,6% (2).

Se evitó el reingreso de 100 pacientes (81,3%). Teniendo en cuenta el coste medio establecido de 520€/día –media ponderada de Infección de vías urinarias 3.329€ (516€/día) y Neumonía 4322€ (548€/día)-, y una estancia media de 7 días por ingreso, la estimación del coste hospitalario evitado ha sido de 364.000€. Restando los gastos asociados al tratamiento ATBIV, el coste final evitado sería de 349.527€ durante un periodo de 9 meses.

CONCLUSIONES

La implantación de circuitos de dispensación de ATBiv a CSS reduce el nº de estancias hospitalarias suponiendo un importante ahorro en costes sanitarios. La integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar de la UAPI favorece la comunicación entre niveles asistenciales, permitiendo la implantación y funcionamiento del circuito y la administración segura de los ATBiv en CSS. La coordinación y colaboración entre los equipos sanitarios hospitalarios y CSS refuerza la calidad y la seguridad de los cuidados integrales de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2060. PALMITATO DE PALIPERIDONA, ¿TODO VALE?

AUTORES

DONAIRE MARTÍNEZ S, CONTRERAS REY MB, VILA TORRES E, NIETO SANDOVAL MARTIN DE LA SIERRA P, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ M

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. OBISPO RAFAEL TORIJA. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Palmitato de paliperidona es una formulación intramuscular de acción prolongada de paliperidona, un metabolito activo de risperidona indicado en nuestro país para el tratamiento de la esquizofrenia. Sin embargo, este principio activo es utilizado también en condiciones distintas a las autorizadas en ficha técnica en la práctica clínica. El objetivo fue analizar si el palmitato de paliperidona era prescrito en el hospital según las indicaciones autorizadas por la AEMPS o si se empleaba para otros usos off-label.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes que habían recibido palmitato de paliperidona entre enero de 2019 y diciembre de 2019 tanto en la planta de hospitalización como en el Hospital de Día de Psiquiatría (HDPQ) o en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD). Las variables analizadas fueron: demográficas (edad), indicación, dosis (en inicio/reinicio o mantenimiento), posología inicial, motivo de la prescripción del palmitato de paliperidona y antipsicótico previo. Los datos fueron calculados con el software estadístico SPSS versión 23.0.

RESULTADOS

Se incluyeron en el análisis 79 pacientes con una mediana de edad de 39 años (rango: 17-87), de los cuales 54 eran hombres (68'4%). El 92'4% se administró en la planta de hospitalización (de los cuales: 86'3% inicios/reinicios y 13'7% mantenimientos), el 5'1% en HDPQ y 2'5% en UHD. En cuanto a la indicación, según los diagnósticos recogidos en la historia clínica, el 27'8% se utilizó en esquizofrenia, el 11'4% en trastorno psicótico inducido por tóxicos, el 8'9% en trastorno bipolar, 8'9% en trastorno esquizoafectivo, el 8'9% en trastornos delirantes persistentes, el 5'1% en retraso mental, el 3'8% en trastorno de la personalidad, el 2'5% en trastornos del espectro autista, el 1'3% en demencia y el 21'5% en otros trastornos psicóticos. Las dosis más frecuentemente prescritas en el inicio o reinicio fueron 150 mg la primera semana (59'4%) y 100 mg la segunda semana (57'1%); la dosis de mantenimiento más habitual fue de 150 mg en un 42'1%. Con respecto a la posología inicial, la mediana de tiempo entre las dos primeras dosis fue de 5 días. El motivo por el cual se prescribió palmitato de paliperidona fue en un 45'6% incrementar la adherencia al tratamiento antipsicótico, en un 3'8% mejorar la tolerancia a otro antipsicótico inyectable previo y en un 50'6% por causas no

especificadas en la historia clínica. Finalmente, el neuroléptico previo a palmitato de paliperidona utilizado en la estabilización de la sintomatología fue en un 73'4% risperidona oral, en un 18,8% paliperidona oral y en un 7'8% otros.

CONCLUSIONES

El uso de palmitato de paliperidona en el paciente psiquiátrico difiere sustancialmente con respecto a la indicación autorizada en ficha técnica, siendo prescrita mayoritariamente en diagnósticos distintos a esquizofrenia. Sería necesaria la revisión en Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) de protocolos off-label para manejo de este tratamiento de larga duración con seguridad.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2073. PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA

AUTORES

HERNANDEZ PRATS C, LUMBRERAS LACARRA B, LÓPEZ PINTOR E, TALENS BOLOS A, CANDELA BOIX MR, REAL PANISELLO M, AMAT DÍAZ M, BUJALDÓN QUEREJETA N
HOSPITAL GENERAL DE ELDA (ALICANTE). AVENIDA ELDA-SAX, S/N. ALICANTE

OBJETIVOS

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es una de las patologías crónicas con mayor tasa de reingreso (RI) llegando a alcanzar cifras superiores al 30% antes de los 30 días tras el alta hospitalaria. La polifarmacia y la prescripción potencialmente inapropiada (PPI) han sido identificados como factores desencadenantes de este hecho y la intervención farmacéutica (IF), puede contribuir a aumentar la calidad de la prescripción. Queremos evaluar la evidencia disponible, mediante la revisión de ensayos clínicos, de IF centrada en la identificación de PPI y en desprescripción al alta hospitalaria en pacientes con IC. Estos estudios han de valorar su repercusión en la tasa de RI antes de los 30 días tras el alta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de MEDLINE en PubMed, Embase, Cochrane Library y Scopus hasta mayo 2019 para encontrar EC en los que el fármaco liderase intervenciones al alta hospitalaria con el objetivo de aumentar la calidad de la prescripción principalmente mediante la disminución de PPI y adecuación a guías de referencia. Además, estas actividades podían complementarse con otras acciones como la conciliación, evaluación de interacciones, información, seguimiento al alta o el reforzamiento en la adherencia. Se valoró la calidad de la evidencia según the Modified Cochrane Collaboration Tool. El proceso de búsqueda y extracción de los datos siguió los ítems propuestos en la Declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis).

RESULTADOS

De las 4367 referencias seleccionadas únicamente 9 EC fueron incluidos para el análisis. Tres (33,3%) usaron la desprescripción como parte de la intervención y no encontraron diferencias significativas en las tasas de RI entre los grupos control (GC) e intervención (GI) ($p=0.25$, $p=0.28$ y $p=0.64$). Cuatro (44,4%) evaluaron la adecuación a guías específicas de IC y, dos de ellos, mostraron diferencias significativas en las cifras de RI ($p=0.006$ en uno de ellos y en el otro el RI en el GI fue del 0% comparado con el 11% del GC). Solo hubo un estudio (11,1%) basado en conciliación que consiguió, en el subgrupo de pacientes que partía con menores conocimientos básicos de salud ($p=0.03$), una disminución significativa en la tasa de RI a los 30 días. En cuanto a valoración de interacciones se seleccionó un único estudio (11,1%) que, aunque logró reducir el número de éstas al alta, no se tradujo en reducción en la cifra de RI a los 30 días ($p=0.74$).

CONCLUSIONES

El número de EC que valoran intervención farmacéutica para la detección de PPI en pacientes con IC y su influencia en el RI a los 30 días, es reducido. Ninguno de los estudios seleccionados utiliza listas reconocidas de detección de PPI con criterios explícitos o implícitos para hacer desprescripción. El desarrollo y validación de estrategias sistemáticas específicas de desprescripción junto con otras intervenciones ya conocidas, permitiría la reducción de la polifarmacia y PPI contribuyendo de esta forma, a la disminución de las altas tasas de RI en este grupo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2095. ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN SEGÚN LOS CRITERIOS LESS-CHRON EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS POLIMEDICADOS

AUTORES

LAORDEN CARRASCO A, GARCÍA MOLINA O, PÉREZ LUJÁN R, ROLDAN VALCARCEL MD, DÍAZ RAMÓN M, CANO MOLINA JÁ, GARCÍA SOLER JI, GOLNABI DOWLATSHAHI F
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

1 Analizar la adecuación del tratamiento en pacientes institucionalizados en un Centro Sociosanitario (CSS) dependiente del Servicio de Farmacia de un Hospital de tercer nivel. 2. Detectar prescripciones susceptibles de desprescripción según los criterios Less-Chron.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo analizado durante el mes de abril de 2020. Para realización de dicho trabajo se formó un equipo multidisciplinar compuesto por el Servicio de Medicina Interna, Servicio de Farmacia y personal sanitario del CSS. Se obtuvo una muestra representativa aleatoria de 30 residentes de un CSS de 100 camas para obtener unos resultados preliminares con el fin de desarrollar posteriormente un ciclo de mejora. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, historia farmacológica e interacciones medicamentosas. Las interacciones farmacológicas se analizaron mediante la base de datos Micromedex® y se clasificaron según 4 niveles de gravedad: contraindicado, importante, moderada y menor. Los criterios de deprescripción Less-Chron clasifican los fármacos en siete grupos: A (tracto gastrointestinal), B (sangre y órganos hematopoyéticos), C (cardiovascular), D (genitourinario y hormonas sexuales), M (musculo-esquelético), N (sistema nervioso) y R (sistema respiratorio). Para analizar estos criterios se midieron las escalas necesarias: Barthel (determinación de actividades de la vida diaria) y GDS (determinación de gravedad de cognitiva en Alzheimer).

RESULTADOS

La media de edad de nuestra muestra fue $82,8 \pm 7,8$ años, siendo el 93% mujeres. La media de medicamentos consumidos por paciente fue de $9,6 \pm 4,7$ fármacos. Según la escala de Barthel, el 65% presentaban dependencia de severa a total (< 45 puntos), el 20% dependencia de moderada a leve (≥ 60 puntos) y el 15% dependencia grave. La escala GDS fue ≥ 6 en los pacientes con diagnóstico de Alzheimer. Se encontraron un total de 143 interacciones, con una media de $4,61 [0-23]$ interacciones/paciente. El 60% ($n=86$) de estas interacciones fueron clasificadas como importantes, seguido del 37% ($n=53$) moderada-leve y el 3% ($n=4$) contraindicadas. Las principales interacciones detectadas afectaban al grupo de psicofármacos. En cuanto a medicación sin indicación basada en evidencia clínica, se encontraron 27 fármacos no justificados, siendo el 53% inhibidores de la bomba de protones. Según los criterios Less-Chron, 27 de los residentes (90%) tenían prescrito algún fármaco que cumplía criterios de deprescripción. Se detectaron un total de 56 fármacos susceptibles de deprescripción, con una media de $1,89 \pm 0,44$ fármacos/paciente. Según los grupos farmacológicos; grupo A: $n=13$ (23,2%), grupo B: $n=2$ (3,5%), grupo C: $n=11$ (19,6%), grupo D: $n=0$, grupo M: $n=1$ (1,7%), grupo N: $n=23$ (41%) y grupo R: $n=6$ (10,7%).

CONCLUSIONES

Tras la realización del estudio se considera necesaria la formación de un equipo multidisciplinar que permita asegurar la adecuación al tratamiento en personas mayores pluripatológicas para optimizar así el tratamiento, evitando problemas relacionados con la medicación. Y por otro lado, el alto porcentaje de pacientes susceptibles de deprescripción de medicación, justifica la implantación de un protocolo de revisión rutinaria de los tratamientos de todos los residentes, como parte de un ciclo de mejora, que garantice la calidad de la prescripción farmacológica de los tratamientos de dichos usuarios institucionalizados.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2178. UTILIZACIÓN DE BENZODIAZEPINAS EN LOS PACIENTES MAYORES HOSPITALIZADOS

AUTORES

ESTEBAN CARTELLE B, MUÑOZ GARCÍA M, DELGADO SILVEIRA E, CORRAL TUESTA C, RODRÍGUEZ DÍAZ-PAVÓN Á, MONTERO ERRASQUÍN B, CRUZ JENTOFT AJ, ÁLVAREZ DÍAZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. M-607, KM. 9, 100. MADRID

OBJETIVOS

Estudiar la prevalencia y características del tratamiento crónico (> 3 meses) con benzodiazepinas (BZD) en pacientes que ingresan en la unidad de Agudos de Geriatria (UAG) de un hospital de tercer nivel.
Analizar las modificaciones realizadas en dicho tratamiento al alta hospitalaria, así como la continuidad de las recomendaciones a los tres meses.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todos los pacientes ingresados en la UAG (año 2019), excluyendo los reingresos de < 3 meses. Se recogieron datos demográficos, clínicos, valoración geriátrica integral, motivo de ingreso y tratamiento al ingreso. El equipo multidisciplinar (geriatra y farmacéutico) revisó la indicación según los criterios Screening Tool of Older Person's Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to Right (STOPP/START), de los pacientes con BZD al ingreso o al alta. Para aquellos pacientes dados de alta vivos, se consultó el visor Horus® de Atención Primaria a los 3 meses del alta hospitalaria para comprobar si se habían producido cambios en la pauta de BZD, y si los pacientes habían sido derivados al programa de deshabitación de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM).

RESULTADOS

Se incluyeron 366 pacientes, 32,2% hombres y edad media $92,8 \pm 7,9$ años. El motivo de ingreso más frecuente fue infección respiratoria (68,4%), con una duración media de ingreso de $6,4 \pm 4,9$ días. La mediana de fármacos por paciente al ingreso fue de 9 (1-22). 91 pacientes (24,9%) tomaban BZD antes del ingreso; de ellos, el 76,9% las tenía pautadas, el 18,6% a demanda y el 4,5% tanto pautadas como a demanda. El 93,4% de los pacientes que tomaban BZD no tenían justificación clínica para su uso crónico. Las BZD más empleadas eran de vida media corta (70,3%), siendo el lorazepam la más usada (56%) y el uso nocturno el más frecuente (68,1%). Al alta, las BZDs se retiraron en el 40,7% de los pacientes y se redujo su dosis en el 57,4% con intención de retirada progresiva. En un 16,7% de los casos se sustituyó por una BZD más adecuada (vida media corta). Sólo un 18,5% tenía justificación clínica para seguir con BZD al alta. De los altados sin BZDs, el 10,8% de los pacientes volvieron a tomarlas a los 3 meses, siendo una reintroducción justificada sólo en el 2,7%. De los altados con BZDs, a los 3 meses seguían con ellas el 74,1% (ninguno con justificación), se había aumentado la dosis en el 22,2% y reducido en el 5,6%. Ningún paciente fue incluido en el programa de deshabitación de BZDs de la CAM.

CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes que ingresan a cargo del Servicio de Geriátrica y toman BZD de forma crónica no tienen una indicación clínica que lo justifique. Las BZD más prescritas son de vida media corta, destacando el lorazepam. Frecuentemente se suspende el tratamiento o se reduce la dosis al alta, tendencia que no continúa en el ámbito de Atención Primaria a los 3 meses. Tampoco se les deriva al programa de deshabitación de BZDs de la CAM.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2223. EVALUACIÓN DE LA PROTOCOLIZACIÓN, IMPACTO Y SEGURIDAD DE UN MÓDULO DE PRESCRIPCIÓN ÚNICA EN LOS ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA.

AUTORES

SANCHEZ NAVARRO IM, BALDOMINOS UTRILLA G, GINES PALOMARES A, SANTOLAYA PERRIN MR, ESCRIGAS FERNANDEZ C, SAN ANDRES CORRAL C, FERNANDEZ ARBERAS N
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS. CARRETERA ALCALA-MECO S/N. MADRID

OBJETIVOS

A raíz de la implantación del Módulo Único de Prescripción (MUP), herramienta que recoge la historia farmacoterapéutica completa del paciente (permitiendo la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales), se propone integrar el MUP y actualizar el protocolo de prescripción, validación, información al paciente, seguimiento farmacoterapéutico y dispensación (hasta aceptarse visado electrónico de inspección), de anticoagulantes de acción directa (ACOD). Asumiendo que la integración de estas tecnologías de información y comunicación en el trabajo asistencial aumenta la seguridad y siendo conscientes de que pueden surgir nuevos incidentes, se plantea evaluar el impacto y seguridad (problemas relacionados con el medicamento (PRM)) del MUP en los ACOD durante la transición asistencial, así como identificar los puntos críticos donde la actuación farmacéutica es fundamental. Se comparan resultados con un estudio previo sin MUP.

MEJORAS ESPERADAS

- Mejora en la coordinación multidisciplinar con la actualización del protocolo.
- Aumento de la seguridad de prescripción de los ACOD durante la transición asistencial.

DISEÑO

- Desde el Servicio de Farmacia, junto con los Servicios de Cardiología, Medicina Interna y Neurología, se actualiza y pone en marcha el protocolo.
- Se realiza un seguimiento de los pacientes que ingresan en el hospital, con prescripción de ACOD, validando y comparando la medicación prescrita en el MUP, al ingreso en el hospital y al alta.

CIRCUITO Y ETAPAS

- 1.- Actualización y puesta en marcha del protocolo.
- 2.- Elaboración de un cuaderno de recogida de datos: sexo, edad, peso, ACOD, indicación, dosis, pauta, creatinina, filtrado glomerular, transaminasas hepáticas, concordancia de dosis MUP-ingreso-alta e interacciones medicamentosas.
- 3.- Análisis de los resultados obtenidos, detección y comunicación de los PRM.

IMPLANTACIÓN

Tras autorizar la Dirección Médica del Hospital este protocolo se difunde a los sanitarios implicados y se evalúan los PRM obtenidos del estudio planteado.

RESULTADOS

Se incluyeron 50 pacientes. Varones 56%, edad media 80 años (48-93), peso medio 77,8Kg (45,6-148,6). ACOD: 58% apixabán, 20% rivaroxabán, 16% edoxabán y 6% dabigatrán. Indicación: 90% prevención ictus y embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular, 6% tratamiento trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, 4% prevención tromboembolismo venoso. Insuficiencia renal: 80% pacientes. Insuficiencia hepática: 10% pacientes. Concordancia en el 100% de las prescripciones MUP-ingreso-alta.

PRM observados:

- 8% pacientes: dosis no ajustada a indicación/características del paciente según ficha técnica. Estudio anterior: 3%.
- 2% pacientes: doble pauta de ACOD en el ingreso. Estudio anterior: 1%.
- 8% pacientes: interacción ACOD-antibiótico en el ingreso.
- 2% pacientes: error en pauta del MUP.

PRM resueltos: 60%.

Además, se identifica la no aprobación del visado al alta y pacientes con dudas del tratamiento. Se considera necesario mantener la dispensación e información de la medicación al alta.

A pesar de las ventajas que aporta el MUP, continúan existiendo puntos críticos, donde la actuación farmacéutica es fundamental.

LIMITACIONES

Integración y conocimiento del protocolo en un equipo multidisciplinar con elevada rotación de personal.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Exportar el modelo a otros grupos de medicamentos y a otros hospitales. Unir los resultados, promover el trabajo en equipo multidisciplinar y dar visibilidad a la labor del farmacéutico en el aumento de la seguridad en la transición asistencial.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2234. PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

AUTORES

MONTERO HERNANDEZ AM, PIÑEIRO FILGUEIRA B, PEDREIRA VAZQUEZ MI, GARCIA RODRIGUEZ GE, DURAN BELOSO M, RODRIGUEZ PENIN I
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. AVD, RESIDENCIA, S/Nº. A CORUÑA

OBJETIVOS

Los pacientes de hemodiálisis (HD) son pacientes crónicos, pluripatológicos, polimedcados. La petición de la medicación hasta la implantación de la PEA (prescripción electrónica asistida) se realizaba por stock/petición individualizada, sin un registro del perfil farmacoterapéutico completo del paciente.

El objetivo es mejorar la calidad del proceso farmacoterapéutico mediante la implantación de PEA y el registro electrónico de administración de la medicación (REAM) por parte de enfermería en una unidad de HD y disminuir el número de vales de petición y visitas de los pacientes al Servicio de Farmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

En agosto de 2019 se inició la implantación de la PEA en la unidad de HD de crónicos, que atiende a 28 pacientes distribuidos en cuatro turnos: dos de mañana (L-X-V, o M-J-S) y dos de tarde (L-X-V o M-J). Se formó a los 5 facultativos y 7 DUE del Servicio. Se definieron en el programa informático de PEA los medicamentos, interacciones, protocolos y frecuencias precisas. Se creó un bloque específico llamado "bloque de HD", constando una línea con la pauta específica de HD (tiempo de la sesión, tipo de filtro, concentrado de electrolitos del baño, flujo del dializador, peso seco, tipo de anticoagulación, sellado de catéter) y una línea por cada medicamento administrado en la sesión.

Se definieron dos carros de dosis unitaria semanales, uno para los pacientes del turno de mañana y otro para el de tarde, con el envío de la medicación administrada en diálisis. Metodica de trabajo: revisión de los perfiles farmacoterapéuticos completos de los pacientes (historia clínica electrónica, e-receta, y alergias), conciliación de la medicación y prescripción del tratamiento domiciliario sin envío en el carro semanal. Diariamente, validación por parte del farmacéutico de los cambios de tratamiento y registro en el módulo REAM por parte de enfermería.

RESULTADOS

Se incorporó información de los medicamentos más prescritos en diálisis en cuanto a recomendación de la prescripción, ajustes, consejos de administración e interacciones (cinacalcet, etelcalcetida, paricalcitol, darbepoetina, eritropoyetina, hierro sacarosa o carboximaltosa, calcitriol, carbonato lantano, sevelamer, poliestireno sulfonato calcico, entre otros); se crearon 4 protocolos de sellado de catéter de heparina con: vancomicina, gentamicina, daptomicina y cefazolina; y 44 frecuencias nuevas de administración. Se revisaron los perfiles farmacoterapéuticos y se concilió la medicación en el 100% de los pacientes realizando 64 intervenciones con un grado de aceptación del 85%.

Con la PEA se disminuyó considerablemente el número de peticiones por stock/individualizadas al Servicio de Farmacia y ningún paciente tuvo que acudir a la consulta externa a recoger medicación, al ser enviada semanalmente en el carro.

CONCLUSIONES

La implantación de la PEA en la unidad de HD permitió conocer el perfil farmacoterapéutico actualizado del paciente y registrar la medicación administrada por parte de enfermería, estando disponible en caso de ingreso en una unidad de hospitalización.

La definición de los medicamentos con sus correspondientes interacciones y la introducción de las alergias por paciente, aumenta la seguridad de la farmacoterapia.

Se evitó el desplazamiento del paciente a las consultas externas de farmacia.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2237. DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA EN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.

AUTORES

GINÉS PALOMARES A, SANTOLAYA PERRÍN MR, SÁNCHEZ NAVARRO IM, FERNÁNDEZ ARBERAS N, SERRANO GARCÍA M
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS. CARRETERA ALCALÁ-MECO, SIN NUMERO. MADRID

OBJETIVOS

Desde el Servicio de Farmacia se implanta un circuito de trabajo destinado a formar parte de un equipo multidisciplinar que actúa en el proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo, cuya finalidad es mejorar la continuidad asistencial de estos pacientes de nivel de intervención alto (NIA) y aumentar la seguridad en las transiciones asistenciales. El objetivo del estudio es analizar la participación del Servicio de Farmacia en este programa y el beneficio de su instauración.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de ocho meses de duración (junio 2019-enero 2020), en el que se incluyeron todos los pacientes NIA que ingresaron en el hospital en ese periodo de tiempo. Las actividades a realizar por el farmacéutico en este programa son: conciliar los tratamientos de los pacientes al ingreso y al alta para prevenir errores de medicación, comunicar discrepancias al médico responsable del hospital o Atención Primaria (AP), revisar tratamientos con el objetivo de que sean óptimos para el paciente y elaborar recomendaciones farmacoterapéuticas mediante el uso de guías clínicas, fichas técnicas de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, criterios stopp-start y beers. La comunicación con los médicos de AP se realiza mediante el envío de informes por correo electrónico. Se evaluó el beneficio de la instauración del programa midiendo los errores de conciliación al ingreso (discrepancias no justificadas) y la actualización de los tratamientos en el Módulo Único de Prescripción (MUP: herramienta de prescripción electrónica de uso en Atención Primaria y Especializada). Esta actualización se midió al ingreso (concordancia entre el tratamiento ambulatorio del paciente referido en la entrevista de conciliación y el prescrito en el MUP) y al alta (concordancia entre lo especificado en el informe clínico de alta y lo prescrito en MUP). Para evaluar el beneficio se midió la diferencia de valores entre el primer mes del estudio y el último.

RESULTADOS

Se incluyeron 204 pacientes que supusieron ~281 ingresos. En este periodo se realizaron un total de 442 recomendaciones farmacoterapéuticas a nivel hospitalario con una aceptación del 55% y se enviaron 99 informes a médicos de Atención Primaria. La media de errores de conciliación por paciente al ingreso fue 2,36 en el primer mes frente a 1,08 en el último (diferencia de medias: 1,29; IC 95%: 2,037 a 0,543; $P < 0,05$).

El porcentaje de actualización del MUP al ingreso fue 51% el primer mes frente a 60% el último (diferencia de 9,4%; IC 95%: -12,2% a 30,9%).

El porcentaje de actualización del MUP al alta fue 65% el primer mes frente a 70% el último (diferencia de 3,8%; IC 95%: -17,5% a 25,2%).

CONCLUSIONES

El Servicio de Farmacia realiza una actividad importante en estos pacientes frágiles de nivel de intervención alto que se traduce en una disminución del número de errores de conciliación y una tendencia a la mejora en la actualización de los tratamientos en el MUP al ingreso y al alta hospitalaria, aunque es necesario seguir mejorando en este aspecto.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2250. IMPACTO PRODUCIDO EN LA CONCILIACIÓN AL ALTA TRAS INSTAURAR UN PROGRAMA EN PACIENTES DE NIVEL DE INTERVENCIÓN ALTO

AUTORES

FERNANDEZ ARBERAS N, SERRANO GARCIA M, SANTOLAYA PERRIN MR, GINES PALOMARES A, SANCHEZ NAVARRO I HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS. CTRA. ALCALÁ - MECO, S/N. MADRID

OBJETIVOS

A finales del año 2017 se implanta un programa de seguimiento a pacientes con un nivel de intervención alto (denominados pacientes NIA) que incluye conciliación al ingreso y al alta por parte del farmacéutico. El objetivo de este trabajo es evaluar si este programa ha tenido un impacto educativo en la conciliación al alta en el resto de pacientes y si ha influido en una mejor seguridad en la transición asistencial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de una semana de duración en diciembre 2017, previa a la implantación del programa y en febrero 2020. Se incluyen a los pacientes dados de alta de medicina interna.

La variable de valoración es la conciliación correcta al alta definida como aquella en la que en el informe de alta indica la medicación añadida, especifica la medicación suspendida y hace una relación completa de la medicación. Para evaluar la influencia del programa en la seguridad de la transición asistencial, se analizan los informes en los que no consta explícitamente la medicación suspendida y se evalúa si se trata de medicación de alto riesgo (según el Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos). Se mide el número de medicamentos de alto riesgo omitidos frente al total de medicamentos omitidos.

Se recogen datos demográficos (sexo y edad) y el número de medicamentos previos al ingreso.

Los recursos materiales utilizados son la historia clínica informatizada (HCIS) y aplicación de pacientes ingresados de Farmatools®.

RESULTADOS

De 75 pacientes revisados al alta en 2017, 50,7% eran hombres, con 76 años de media y 9,4 medicamentos de media previos al ingreso. En 2020 se ha revisado el informe de alta de 69 pacientes, siendo un 60,9% hombres, con 78 años de media y en tratamiento previo con 9,9 medicamentos de media.

En 2017 hay un 4,0% de informes correctos frente a un 1,5% en 2020 con una diferencia de -2.6% (IC95%: -7.8% a 2.7%).

De forma desglosada, los informes en los que especifica añadir los nuevos fármacos es de un 6,7% en 2017 frente a un 5,8% en 2020, esto supone una diferencia de -0,9% (IC95%: -8,8% a 7,0%).

Sin embargo, la relación completa de la medicación mejora, en el 2017 es de un 24,0% frente a un 28,9% en el 2020 lo que conlleva una diferencia de 5% (IC95%: -9,4% a 19,4%).

Se produce una reducción del número de informes en los que no consta explícitamente la medicación suspendida, un 20,0% en 2017 frente a un 10,4% en 2020 siendo la diferencia de -9,9% (IC95%: -21,4% a 1,7%). Dentro de la medicación omitida también hay una reducción en la omisión de los medicamentos de alto riesgo, 12 sobre 31 en 2017, frente a un 2 sobre 16 en 2020, lo que supone una diferencia de -26.2% (IC95%: -49.8% a -2.6%).

CONCLUSIONES

No se ha demostrado que el programa tenga impacto educativo en la conciliación al alta, sin embargo, sí que se ha observado que mejora la seguridad en la transición asistencial puesto que ha disminuido la omisión de medicamentos de alto riesgo.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2337. DESETIQUETADO DE PACIENTES ALÉRGICOS A BETA-LACTÁMICOS

AUTORES

BODEGA AZUARA J, BELLÉS MEDALL MD, EDO PEÑARROCHA J, ENRIQUE MIRANDA E, MAIQUES LLACER J, PUPLA BARTOLL A, CONDE GINER S, FERRANDO PIQUERES R

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN. AVINGUDA DE BENICÀSSIM, 128. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Implementar un proyecto junto con el Servicio de Alergología para confirmar la alergia a beta-lactámicos (BL) en pacientes etiquetados como tales, que reciban antibioterapia durante su ingreso hospitalario. Posteriormente analizar el impacto en la optimización de la antibioterapia de estos pacientes para futuros procesos infecciosos.

MEJORAS ESPERADAS

Optimizar los tratamientos antibióticos, disminuir la aparición de resistencias y reducir los costes.

DISEÑO

Se realiza estudio piloto para conocer la incidencia de alergia a BL en pacientes ingresados, desde enero hasta octubre de 2019. Se identifican 66 pacientes de los cuales en el 17% se realizó la prueba de confirmación y en solo 2 se obtuvo resultado positivo. Se presenta informe en el Programa de optimización de uso de antibióticos (PROA) y con ello se evidencia la necesidad de realizar confirmación de alergia a BL, de forma sistemática, a pacientes ingresados. En enero de 2020 se incorpora el Servicio de Alergias al PROA para diseñar el proyecto y se definen las necesidades operativas para su implantación.

CIRCUITO Y ETAPAS

- 1.-Mediante la validación farmacoterapéutica se identificarán aquellos pacientes en tratamiento antimicrobiano y con etiqueta de alergia a BL. En ausencia de prueba de confirmación previa se realizará, en el Servicio de Farmacia, interconsulta a Alergología.
- 2.-El Servicio de Alergias realizará el test cutáneo y de exposición controlada en consultas externas tras el alta, cerrando la interconsulta con el resultado obtenido. En caso de resultado negativo, Alergología desetiquetará al paciente.
- 3.-El Servicio de Farmacia registrará las interconsultas realizadas y su resultado.
- 4.- Tras 1 año desde su implantación, se analizarán las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos.
- 5.-El Servicio de Alergología, junto con el PROA difundirán los resultados obtenidos a la Dirección Médica y en publicación científica.

IMPLANTACIÓN

Se inició el proyecto en enero de 2020, en marzo comenzaron las citas en consultas externas, las cuales están pendientes de ser retomadas cuando se normalice la actividad hospitalaria tras la pandemia COVID-19.

RESULTADOS

De las 52 interconsultas realizadas hasta el momento se han finalizado 9, representando un 18%. El 45% fueron desetiquetados, un 22% mantuvieron la etiqueta selectiva a cefuroxima y ceftriaxona pudiendo recibir tratamiento con otros BL y un 11% conservaron su etiqueta completa.

Por otro lado, las alternativas antibióticas utilizadas en estos pacientes etiquetados como alérgicos a BL han sido: Levofloxacino 49%, Ciprofloxacino 19%, Linezolid 13%, Clindamicina 11%, Fosfomicina 4%, Norfloxacino 2%.

LIMITACIONES

Debido a la COVID-19, a los cuatro meses de la implantación del proyecto hay 43 pacientes pendientes de ser citados para la realización del test, lo cual supone un incremento en la carga de trabajo generada en la consulta externa de Alergología, pudiendo ser necesario ampliar el personal de enfermería y asignar periódicamente un día concreto para la realización de pruebas confirmatorias.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Implementación sencilla en Servicios de Farmacia que cuenten con prescripción electrónica y puedan establecer alianzas con el Servicio de Alergología, quien tiene que contar con los recursos disponibles para llevar a cabo la sobrecarga de trabajo que supone realizar la prueba cutánea y la tolerancia oral a un mayor número de pacientes.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2355. ANÁLISIS DE SITUACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE DEPRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTIDEMENCIA

AUTORES

GARCÍA GONZÁLEZ P, IRIGOYEN RODRÍGUEZ I, ALZUETA ISTÚRIZ N, FONTELA BULNES C, GOÑI ZAMARBIDE O, CELAYA LECEA MC, GARJÓN PARRA J

SERVICIO NAVARRO DE SALUD. PLAZA DE LA PAZ S/N. NAVARRA

OBJETIVOS

El balance beneficio-riesgo de los fármacos antidemencia, anticolinesterásicos (IACE) y/o memantina, no está claro y la aparición de reacciones adversas e interacciones puede ser más frecuente en determinados grupos de población como son los ancianos, pacientes frágiles o polimedicados. El objetivo de este trabajo fue identificar y analizar la población diana que podría beneficiarse de la implementación de una estrategia de deprescripción de dichos fármacos en función del riesgo de padecer reacciones adversas o interacciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este trabajo se basó en un protocolo de deprescripción de IACE y/o memantina en pacientes con demencia avanzada elaborado por un grupo multidisciplinar formado por un comité de expertos en atención a las demencias y farmacéuticos de atención primaria de la comunidad autónoma.

Los datos fueron obtenidos del sistema de facturación de receta electrónica de la comunidad autónoma. Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de demencia que habían tenido alguna dispensación de IACE y/o memantina en un periodo de tres meses comprendido entre febrero y abril de 2020, comprobando que los tratamientos no se habían suspendido en el periodo de estudio. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, tratamiento combinado IACE con memantina y tratamiento concomitante crónico con los siguientes grupos de fármacos: beta-bloqueantes, antiarrítmicos y antagonistas del calcio por producir un riesgo aditivo de bradicardia; anticolinérgicos y antidepresivos tricíclicos por su mecanismo de acción contrario y perfil de efectos adversos no recomendables; antipsicóticos por producir un riesgo aditivo de efectos extrapiramidales; e hipnóticos y sedantes por una posible prescripción en cascada.

RESULTADOS

Un total de 2929 pacientes estaban en tratamiento con fármacos IACE y/o memantina, con una media (desviación estándar) de edad de 83 (\pm 6,8) años, el 69% mujeres y el 10% recibían tratamiento combinado de IACE con memantina. Se analizaron los datos según el número de principios activos (1, 2 y \geq 3) que recibían de cada grupo de fármacos estudiado de manera concomitante al tratamiento antidemencia, y el resultado fue el siguiente: el 21,3%, 2,8% y 0,1% de los pacientes recibían 1, 2 y \geq 3 fármacos, respectivamente, en el grupo beta-bloqueantes, antagonistas del calcio y antiarrítmicos; el 4,6%, 0,2% y 0% en el grupo anticolinérgicos y antidepresivos tricíclicos; el 15,9%, 1,4% y 0,1% en el grupo antipsicóticos; y, el 11,9%, 0,3% y 0% en el grupo hipnóticos y sedantes.

En total, el 33,6%, 10,3% y 3,1% de los pacientes estaban en tratamiento concomitante con 1, 2 y \geq 3 fármacos considerados de riesgo, respectivamente.

CONCLUSIONES

Este trabajo ha permitido definir una población diana a la que podrá ir dirigida la estrategia de deprescripción de IACE y/o memantina, en la que se podría disminuir el riesgo de efectos adversos e interacciones, además de otros potenciales beneficios de disminuir la carga farmacológica como la disminución de errores de medicamentos, una mejora en la adherencia al resto de tratamientos y una reducción de costes para el paciente y la comunidad.

Han de tenerse en cuenta otros aspectos clínicos (estadio de la enfermedad, comorbilidades, factores individuales) y éticos para llevar a cabo la estrategia.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2374. PREVALENCIA DE PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA EN PACIENTES CON DEMENCIA TERMINAL SEGÚN LOS CRITERIOS STOPP-PAL Y HOLMES

AUTORES

PÉREZ ABASCAL N, DELGADO SILVEIRA E, ESTEBAN CARTELE B, MUÑOZ GARCIA M, MATEOS NOZAL J, GARCIA CABRERA L, REXACH CANO L, CRUZ JENTOFT AJ
HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. CTRA DE COLMENAR VIEJO, KM. 9,1. MADRID

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia del uso crónico de fármacos potencialmente inapropiados (FPI) en los pacientes con demencia en fase terminal según los criterios STOPP-Pal y los criterios de Holmes. Cuantificar el ahorro en términos económicos, atribuido a los costes farmacológicos, si se aplicaran dichos criterios a estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes con demencia avanzada (estadio GDS 7) que fallecieron durante 2017-2019 en una Unidad Geriátrica de Agudos. Se recogieron variables sociodemográficas, índice de comorbilidad de Charlson y los FPI de uso crónico según los criterios STOPP-Pal y los criterios de Holmes referentes a fármacos nunca o raramente apropiados. Para ello se consultó la historia clínica electrónica del hospital y de Atención Primaria, así como el módulo único de prescripción (MUP). Se revisaron los fármacos de uso crónico registrados en el informe del exitus y en el último año de vida, calculando el coste de los FPI prescritos en ese periodo (PVP iva referencia).

RESULTADOS

Se incluyeron 99 pacientes, edad media 92,6 \pm 4,6, 77% mujeres. El 44% procedían de residencias. La media del índice de Charlson fue de 3,2 \pm 1,5. El 75,8% tenían polifarmacia, con una media de 6,8 \pm 3,1 fármacos. En el momento del fallecimiento la media de criterios STOPP-Pal por paciente fue de 0,87 \pm 1 y de criterios Holmes 0,73 \pm 0,8. El 57% y el 55% cumplían al menos un criterio STOPP-Pal o Holmes respectivamente. Los FPI más frecuentes según los criterios STOPP-Pal fueron: inhibidores de la bomba de protones (IBP)/antagonistas H2 (34,3%), neurolepticos (17,2%), suplementos de calcio (12%), hipolipemiantes (8,1%) y memantina (8,1%), y según los criterios de Holmes: anticoagulantes orales (16,2%) e inhibidores de la acetilcolinesterasa (9,1%), seguidos de alfabloqueantes, hipolipemiantes y memantina en igual proporción (8,1%). El coste total de los FPI en la muestra fue de 29164,3 €, con una media de 405,05 € por año

en los pacientes que cumplían algún criterio de FPI. El mayor impacto económico se asoció a los inhibidores de la acetilcolinesterasa, memantina, anticoagulantes de acción directa y heparinas.

CONCLUSIONES

La mitad de los pacientes con demencia en fase terminal utilizan fármacos de uso inapropiado al final de su vida, siendo los más frecuentes los IBP, los neurolépticos, los anticoagulantes orales y los suplementos de calcio. Es necesario extender el uso de criterios de FPI para facilitar la desprescripción a pacientes con demencia terminal, ya que además de su futilidad en esta fase de la enfermedad, aumentan el riesgo de efectos adversos y suponen un gasto evitable.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2417. PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INAPROPIADAS EN EL TRATAMIENTO CRÓNICO DE PACIENTES ANCIANOS CON ALTO NIVEL DE INTERVENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

JIMÉNEZ NÚÑEZ C, GARCÍA MARTÍN Á, ÁLVAREZ CRIADO J, HERRERO AMBROSIO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. PASEO DE LA CASTELLANA, 261. MADRID

OBJETIVOS

Comparar y analizar las prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) según los criterios BEERS 2019 y STOPP-START 2014 e interacciones relevantes en los tratamientos ambulatorios de los pacientes ancianos con nivel de intervención alto atendidos en el Servicio de Urgencias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron los pacientes > 65 años, con nivel de intervención alto (pacientes crónicos complejos de nivel 3) que acudieron al Servicio de Urgencias de Adultos durante un período de cuatro semanas, en mayo de 2020.

Datos recogidos: edad, sexo, motivo de visita, comorbilidad y medicamentos crónicos en la historia clínica electrónica (HCIS®) del hospital y en el Módulo Único de Prescripción (MUP®) de Atención Primaria, así como los datos clínicos más relevantes (tensión arterial, creatinina sérica, glucemia, electrolitos y otros parámetros alterados en la analítica).

Se utilizó la aplicación informática Checkthemeds® para la detección de alertas según los criterios STOPP-START 2014 y BEERS 2019, y las interacciones definidas por la herramienta como relevantes graves. Para el análisis de los datos se utilizó una hoja de cálculo Excel®.

RESULTADOS

Se incluyeron 35 pacientes (51,42% hombres), con valores medios: edad de 81,29 años (SD: 8,21); 8,73 patologías (SD: 2,37) y 13 medicamentos por paciente (SD: 4,36). Se detectaron 99 alertas en relación a los criterios BEERS 2019, con una media de 2,83 PPI/paciente (SD: 1,46), y 67 según los criterios STOPP-START 2014, media 1,97 PPI/paciente (SD: 1,43).

PPI más frecuentes según los criterios BEERS 2019: riesgo de hiponatremia o secreción inadecuada de hormona antidiurética (30,3%); uso inapropiado de inhibidores de la bomba de protones (16,16%), y de benzodiazepinas de acción no larga (10,1%), seguido de triplicidad de depresores del sistema nervioso central (SNC) (8,08%). Principios activos (p.a.) con alerta: furosemida (23,23%), omeprazol (11,11%), lorazepam (9,09%) y quetiapina (5,05%). Todos los pacientes presentaron al menos una PPI según BEERS 2019.

PPI más frecuentes según los criterios STOPP-START 2014: SNC y psicofármacos (26,86%), Sistema Endocrino (19,40%) y Sistema Cardiovascular (20,89%). P.a. con alerta: bisoprolol (13,43%), lormetazepam (8,96%), quetiapina (8,96%), lorazepam (8,96%) y eplerenona (7,46%). El 91% de los pacientes presentó al menos una PPI.

Se detectaron 16 interacciones relevantes graves: 5 contraindicaciones, 5 interacciones con riesgo de prolongación del intervalo QT y bradicardia, 3 duplicidades, 2 interacciones metabólicas y 1 con riesgo de aumento de efectos anticolinérgicos.

CONCLUSIONES

Este estudio muestra una elevada incidencia de PPI. Se detectaron un mayor número de PPI con los criterios BEERS 2019 que con los STOPP-START 2014. En este estudio los dos grupos coinciden en el riesgo de aumento del efecto sedante por psicofármacos y de alteraciones electrolíticas relacionadas con diuréticos. Ambos criterios pueden utilizarse de modo complementario para incrementar la posibilidad de detectar y prevenir acontecimientos adversos relacionados con la medicación en ancianos.

Es necesario favorecer la continuidad asistencial en este tipo de pacientes mediante la detección de problemas de salud relacionados con la medicación, la conciliación farmacéutica y la optimización del tratamiento, tanto en atención especializada como en primaria.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2437. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA DURANTE LA INCORPORACIÓN DE UNA RESIDENCIA DE MAYORES A UN SERVICIO DE FARMACIA SOCIO SANITARIO

AUTORES

CALVO PITA C, HERNÁNDEZ SANZ MJ, SOLA MATEOS A, CHOURRAUT AGUIRRE S, JUANBELTZ ZURBANO R, AGUDO PASCUAL MC, ROS BERNAOLA G
SERVICIO DE FARMACIA SOCIOSANITARIO DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA. AVENIDA DE BARAÑÁIN 14, BAJO. NAVARRA

OBJETIVOS

Describir la intervención farmacéutica realizada durante la incorporación de los pacientes de una residencia de mayores a un Servicio de Farmacia Sociosanitario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Una residencia de mayores, con 145 plazas, deja de depender de un hospital monográfico de Salud Mental para ser asumida, como depósito dependiente, por un Servicio de Farmacia de centro sociosanitario, desde el que se le dispensarán los medicamentos en un sistema de dosis unitarias (SDMDU).

Se celebran varias reuniones de planificación con la dirección, las enfermeras y los médicos de la residencia. Se adquiere equipamiento (carros, nodrizas, bandejas semanales de medicación y otro mobiliario/utillaje), se adecúa el depósito, se establecen los procedimientos de trabajo, se definen los botiquines, se configura el SDMDU y se acuerda la sistemática de envío y transporte de la medicación.

Para introducir los tratamientos de los pacientes en el nuevo entorno de prescripción electrónica del Servicio de Farmacia y ajustar los tratamientos a la Guía Farmacoterapéutica (GFT) sociosanitaria, se procede de la siguiente forma:

- 1) Las farmacéuticas revisan los tratamientos del anterior aplicativo de prescripción y planifican la intervención.
- 2) Se celebran reuniones entre los médicos, una enfermera y las farmacéuticas para valorar las propuestas y consensuar los cambios.
- 3) Posteriormente, los médicos introducen las prescripciones en el nuevo entorno, mientras las farmacéuticas validan los tratamientos. Se registran las propuestas realizadas y la decisión adoptada.

RESULTADOS

Se incorporan al Servicio de Farmacia 145 pacientes durante dos semanas de abril de 2019. Media de edad 80,8 años; 59% mujeres y 41% varones. El 28,8% se han incluido en la estrategia de crónicos de la Comunidad Autónoma y de los 105 restantes, 79 son GMA (grupos de morbilidad ajustados) 4 ó 5. La media de medicamentos por paciente antes de la intervención es de 7,57.

Se realizan 134 propuestas sobre 88 pacientes (60,69% pacientes), con una media de 0,92 por paciente. Se distribuyen en las siguientes categorías: equivalente terapéutico 102 (76,12%), propuesta de suspensión 16 (11,94%), ajuste posológico 8 (5,97%), alternativa terapéutica 6 (4,48%) y cambio relevante en la forma farmacéutica 2 (1,49%). Las más frecuentes fueron intercambios terapéuticos en: lágrimas artificiales 20, inhibidores de la bomba de protones 18, sistema renina-angiotensina IECA/ARA-II 15, calcioantagonistas 11, broncodilatadores inhalados 9, hiperplasia de próstata/incontinencia urinaria 9 y corticoides nasales 3.

Se aceptan 113 propuestas (84,33%) y 9 de las 16 propuestas de suspensión. Tras la revisión, la media de medicamentos por paciente es de 7,54.

En mayo de 2020 han fallecido 17 de los pacientes; en ese momento la media de medicamentos por paciente, entre los que siguen vivos, es de 7,43.

CONCLUSIONES

Se ha consensuado la conciliación de los tratamientos de los pacientes de la nueva residencia en un grupo multidisciplinar de profesionales. Las propuestas más frecuentes son de intercambio por un equivalente terapéutico. El grado de aceptación de las propuestas es muy alto y se consigue un elevado ajuste a la GFT sociosanitaria.

La polimedición de los pacientes no aumenta en el momento de la revisión e incluso desciende ligeramente después de un año de recibir atención farmacéutica desde el Servicio de Farmacia Sociosanitario.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2460. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA VISIÓN EN PACIENTES CON DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA EDAD A TRATAMIENTO CON RANIBIZUMAB

AUTORES

GARCÍA GARCÍA QUINTANILLA L, ALMUIÑA VARELA P, MONDELO GARCÍA C, GIL MARTINEZ M, ABRALDES MJ, RODRIGUEZ GIL MJ, FERNÁNDEZ RODRIGUEZ MI, FERNANDEZ FERREIRO A
ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. CHOUANA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Analizar la calidad de vida de pacientes con Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE) a tratamiento con ranibizumab a partir de los resultados globales y las subescalas del cuestionario NEI-VFQ25.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de un año de duración en el que se realizó un cuestionario de calidad de vida relacionado con la visión de pacientes con DMAE con criterios para iniciar tratamiento con ranibizumab. Los pacientes contestaron al cuestionario NEI-VFQ25 en su versión traducida al español, en la visita de inicio (previa a la primera administración de ranibizumab) y tras finalizar las dosis de carga (+ 4 meses). El cuestionario consta de 25 preguntas relacionadas con la salud visual, bienestar emocional y social, y además posee 11 sub-escalas sobre el funcionamiento visual. El análisis estadístico de los resultados se realizó mediante la prueba T de Student utilizando el programa SPSS-Statistics V.26 (IBM Inc., Armonk, NY, USA).

RESULTADOS

Se incluyeron 18 pacientes durante el período de estudio, de los cuales lo completaron 16 (por no finalizar dos de ellos la fase de carga). La media de edad de los pacientes es de 78 ± 8 años, siendo el 62,5% mujeres. Los pacientes percibieron una calidad de vida relacionada con la visión global significativamente mejorada ($P=0,01$) tras recibir la fase de carga del tratamiento (Basal: $79,87\% \pm 10,84$ vs Post fase carga: $84,36\% \pm 7,98$). Además, se observaron diferencias estadísticamente significativas para las subescalas de visión general ($p=0,02$) y dolor ocular ($p=0,016$) pero no para el resto de subescalas ($p > 0,05$) como son las actividades de cerca ($p=0,066$), actividades a distancia ($p=0,165$), dependencia ($P=0,056$) o desempeño social ($P=0,333$). Por último, resaltar que la visión periférica y visión del color apenas se vieron afectadas durante el tratamiento.

CONCLUSIONES

La calidad de vida de los pacientes con DMAE a tratamiento con ranibizumab mejora de forma global tras la fase de carga y además se observa una mejora en la subescala del dolor, aunque no hay una mejoría significativa en el resto de subescalas.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2504. RECOMENDACIONES Y ADAPTACIÓN DE LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DEL HOSPITAL PARA LA ADMINISTRACIÓN ORAL DE MEDICAMENTOS A PACIENTES CON DISFAGIA

AUTORES

MONTERO PASTOR B, MARQUÍNEZ ALONSO I, FLOX BENÍTEZ MP, LÓPEZ MUÑOZ MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA. C/ MAESTRO VIVES, 2. CP 28009. MADRID

OBJETIVOS

1. Elaborar una guía de recomendaciones generales para la administración oral de medicamentos en pacientes con disfagia.
2. Revisar la guía farmacoterapéutica del hospital para sustituir formas farmacéuticas por otras más adecuadas para la administración en este tipo de pacientes.
3. Desarrollar recomendaciones específicas para la administración oral de cada medicamento en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica para elaborar las recomendaciones generales de administración de medicamentos en pacientes con disfagia.

Se realizó una evaluación de los principios activos (PA) de administración oral utilizados en el hospital, revisando para cada uno de ellos la disponibilidad de presentaciones más adecuadas para la administración en caso de disfagia (bucodispersables, masticables, soluciones/suspensiones orales), las opciones para la manipulación de las formas orales (trituration de comprimidos, apertura de cápsulas) y la compatibilidad con alimentos, así como la existencia de otras recomendaciones específicas para la administración de los mismos (horario más adecuado, necesidad de dilución previa, equivalencia entre formas de liberación controlada y formas de liberación inmediata).

RESULTADOS

Se elaboró la guía de recomendaciones generales.

Se realizó una revisión de 173 PA (162 PA formulados en formas farmacéuticas de liberación convencional y 11 PA de formas farmacéuticas de liberación modificada). Se encontró una presentación más adecuada para la administración oral en el 39,3% (68) de los PA analizados (12 bucodispersables/masticables, 50 líquidas -solución/suspensión- y 15 polvo para solución/suspensión).

Se desarrollaron recomendaciones específicas para la manipulación y administración en el 82,1% (142) de los PA, no se encontró información para la manipulación o no estaba recomendada la misma en el 17,9 % (31) de los PA analizados. Para los PA para los que no se encontró información o no estaba recomendada su manipulación, se propuso utilizar únicamente la presentación bucodispersable en el 29,0% (9), cambiar a formas farmacéuticas de liberación inmediata para las que sí existían instrucciones para su manipulación en el 54,5% (12) y sustituir por otros principios activos del mismo grupo terapéutico en el 36,4% (8) de los casos. No se encontró ninguna alternativa para la administración oral en el 9,1% (2) de los PA no manipulables.

CONCLUSIONES

Se ha desarrollado una guía de recomendaciones que pretende estandarizar la selección de formas farmacéuticas orientada a pacientes con alteraciones en la deglución, establecer unas pautas generales para la manipulación de medicamentos y proporcionar recomendaciones específicas para cada medicamento que facilite tanto la prescripción y validación como la administración por vía oral en pacientes con disfagia.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2524. ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO ANTICOLINÉRGICO COMO PREDICTORES DE INCREMENTO DEL DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTES ANCIANOS CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS

AUTORES

TRISTANCHO PEREZ A, SANTOS RUBIO MD, BELDA RUSTARAZO S, LOPEZ MALO MD, MEJIAS TRUEBA M, SANCHEZ FIDALGO S
H. U. VIRGEN DEL ROCIO. AV. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Existen varias escalas utilizadas como pruebas diagnósticas que evalúan el riesgo anticolinérgico (RA) de un tratamiento. Sin embargo, se desconoce su valor predictivo para el incremento del deterioro funcional (DF) en pacientes ancianos crónicos pluripatológicos (PACP). Por ello nuestro objetivo ha sido evaluar la validez y fiabilidad de dichas escalas para predecir incremento del DF en PACP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y multicéntrico. Se incluyeron PACP que estuvieran en tratamiento con al menos 1 fármaco con carga anticolinérgica (CA) en cualquier escala. La CA y el RA se evaluaron con la herramienta web Anticholinergic Burden Calculator (<http://www.anticholinergicscales.es/>), que contiene diez escalas. Se consideró incremento del DF cuando el índice de Barthel disminuyó 20 puntos entre dos determinaciones separadas entre sí entre 3-15 meses. Se calcularon la asociación (prueba de chi-cuadrado), los valores predictivos positivos y negativos (VPP, VPN) y la curva ROC.

RESULTADOS

Se incluyeron 473 pacientes (60,3% mujeres, mediana de edad de 84 años (RIC = 10)). El 40% sufrió incremento del DF. La mediana de medicamentos anticolinérgicos prescritos por paciente fue de 2 (RIC = 2). Entre los pacientes con incremento del DF, la patología más prevalente fue la enfermedad cardíaca (45,5%) y el fármaco anticolinérgico más prescrito fue la furosemida (94 prescripciones). Dentro de esta cohorte, aquellos con RA alto según cada escala fueron: 113 pacientes en la escala ABC (59.8%), 48 en DBI (25.4%), 32 en DURAN (16.9%), 29 en ACB (15.3%), 24 en ALS (12.7%), 22 en ADS (11.6%), 18 en CrAS (9.5%), 17 en CHEW (9%), 12 en AAS (6.3%) y 6 en ARS (3.2%). Solo se observó asociación significativa con ABC en pacientes con un tiempo entre determinaciones del índice de Barthel entre 3 y 6 meses ($p = 0.019$), mostrando un AUC = 0.63 [0.52-0.74] ($p = 0.032$). El punto de corte en la escala ABC fue CA = 2.5 (sensibilidad = 70%, especificidad = 54%), VPP = 54% y VPN = 70%.

CONCLUSIONES

En PACP, solo ABC mostró asociación con DF, siendo su sensibilidad y VPP moderados.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2691. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

AUTORES

PASCUAL MARTÍNEZ M, ESPERT ROIG M, JAVALOYES TORMO A, CÁNOVES ESCOLANO MÁ, ANDÚJAR MATEOS A, MINUESA SÁNCHEZ R, GARCÍA CASES S, SANSANO CLEMENT A
CENTRO SOCIO SANITARIO LA FLORIDA. SOCIEDAD CULTURAL DEPORTIVA BETIS FLORIDA, Nº43. ALICANTE

OBJETIVOS

Analizar la prescripción inadecuada de medicamentos, basándonos en los criterios STOPP-START, en once centros sociosanitarios de personas mayores dependientes institucionalizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de un año de duración en el que se seleccionaron todos los pacientes institucionalizados en once centros sociosanitarios de personas mayores dependientes. Las variables registradas para cada paciente fueron: edad, sexo, número de patologías, número total de medicamentos prescritos, número total de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI), número de criterios STOPP y tipo de criterio STOPP, número total de criterios START y tipo de criterio START.

RESULTADOS

Se analizaron 869 residentes, con una edad media de 83,5 años (60-106), siendo el 62,3% mujeres. La media de patologías por paciente fue de 4,8 (0-14). Se han evaluado un total de 5967 medicamentos, con una media de 6,9 medicamentos por paciente (0-20). El 40% de los pacientes tenían prescritos 5 o menos medicamentos, el 44,4% de los pacientes tenían polifarmacia (6-10 medicamentos) y el 15,5% una polifarmacia excesiva (> 10 medicamentos). Se han encontrado 3163 PPI (53% del total de medicamentos prescritos), de las cuales 2925 PPI (92,5%) se refiere a criterios STOPP y 238 a criterios START. Con respecto a los criterios STOPP, el 30,5% se refiere al criterio STOPP A1 (cualquier medicamento prescrito sin una indicación basada en evidencia clínica), seguido del 19,4% del criterio STOPP A2 (cualquier medicamento prescrito con una duración superior a la indicada, cuando la duración del tratamiento esté bien definida). En tercer lugar, se encuentra el criterio STOPP D5 (benzodiazepinas pautadas durante ≥ 4 semanas), con un 13,1%, seguido de un 11,8% del criterio STOPP K1 (benzodiazepinas pautadas que aumentan de forma predecible el riesgo de caídas en personas mayores) y un 7,9% del criterio STOPP K2 (neurolépticos pautados que aumentan de forma predecible el riesgo de caídas en personas mayores). En cuanto a los criterios START, el 27,7% se refiere al criterio START E5 (suplementos de vitamina D), seguido del 16,4% del criterio START E3 (suplementos de calcio y vitamina D). En tercer lugar, se encuentra el criterio START H2 (laxantes), con un 7,9%, seguido de un 6,7% del criterio START B1 (agonista beta-2 o antimuscarínico inhalado pautado en asma o EPOC leve-moderado) y un 5,5% del criterio START C3 (inhibidores de la acetilcolinesterasa para la enfermedad de Alzheimer leve-moderada o la demencia por cuerpos de Lewy (rivastigmina)).

CONCLUSIONES

En el ámbito sociosanitario existe una prevalencia elevada de polifarmacia. Con los resultados obtenidos en este estudio, se evidencia la necesidad de realizar un seguimiento exhaustivo del tratamiento crónico para detectar las prescripciones inadecuadas, sobretodo relacionadas con la indicación y duración del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2695. PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INAPROPIADAS Y REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN PACIENTES CRÓNICOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO PIMYC

AUTORES

ORTONOBES ROIG S, LLEAL CUSTEY M, SEVILLA SÁNCHEZ D, FERRÁNDEZ QUIRANTE O, IBARRA BARRUETA O, NAZCO CASARIEGO GJ, GORGAS TORNER MQ, BARÉ MAÑAS ML
 CONSORCI CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. PARC TAULÍ, Nº1. BARCELONA

OBJETIVOS

- Describir las prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) detectadas en el ingreso.
- Identificar las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) en el ingreso y durante la estancia hospitalaria.
- Analizar la relación entre las PPI y RAM con el mismo principio activo implicado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis del estudio prospectivo y multicéntrico de 5 hospitales nacionales en pacientes ≥ 65 años que ingresaban por agudización de patología crónica, excluyendo pacientes terminales/pronóstico de vida < 1 año. Al ingreso, el farmacéutico realizaba una revisión farmacoterapéutica del paciente, detectando PPI según versión 2015 de criterios STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions)/START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) y RAM. Datos registrados: sociodemográficos, medicación crónica basal, PPI y RAM al ingreso, RAM durante la estancia y fármacos relacionados. Se comparó los pacientes con o sin RAM en función de la presencia de PPI según prueba estadística Chi-cuadrado con corrección de Yates.

RESULTADOS

La media de edad de los 740 pacientes incluidos fue de 84,12 ($\pm 7,01$) años y el 53,24% fueron mujeres. Índice de Barthel medio de 65,07 puntos, con mediana de 75 (40-95).

Se detectaron 1206 criterios STOPP en el 73,2% de pacientes. Principales PPI STOPP detectadas al ingreso: > 4 semanas usando benzodiazepinas (D5), 31,8% de pacientes; prescripción sin una indicación basada en evidencia clínica (agrupando los fármacos reductores del ácido gástrico) (A1), 21,6%; y riesgo de caídas por benzodiazepinas (K1), 16,8%.

Se detectaron 651 criterios START en el 55% de pacientes. Principales PPI START detectados al ingreso: vacuna antineumocócica (I2), 22,3% de pacientes; vacuna trivalente contra gripe estacional (I1), 18,0%; y suplementos de vitamina D en pacientes con riesgo de caídas (E5), 10,3%.

Se detectaron un total de 376 RAM, habiendo 245 (33,1%) pacientes con ≥ 1 RAM. Principios activos asociados: acenocumarol, en 40 (10,64%) RAM; inhibidores enzima convertidor de angiotensina (IECA), 37 (9,84%); furosemida, 29 (7,71%); hidroclorotiazida, 21 (5,59%); antagonistas receptor de angiotensina-II (ARA-II), 18 (4,79%); corticosteroides, 16 (4,26%); espironolactona, 13 (3,46%); opioides fuertes, 12 (3,19%); y digoxina, 10 (2,66%).

Clasificación RAM detectadas al ingreso ($n=224$, 59,6%): efecto secundario, 127 (56,7%); sobredosis/toxicidad, 74 (33,0%); y otras, 23 (10,3%). Se resolvieron 136 (60,7%).

Clasificación RAM detectadas durante la estancia ($n=150$, 39,9%): sobredosis/toxicidad, 69 (46,0%); efecto secundario, 68 (45,3%); y otras, 13 (8,7%). Se resolvieron 140 (93,3%).

Los criterios STOPP más detectados, con una RAM asociada al mismo principio activo y paciente, fueron: criterio B11 (IECA o ARA-II con hiperpotasemia), D5 y B8 (diuréticos tiazídicos con alteraciones iónicas). Comparación de pacientes con alguna RAM (245) vs pacientes sin RAM (495) relacionada con el principio activo de estos criterios: B11, 39 (11,8%) vs 5 (1,01%), $p \leq 0,001$; D5, 89 (36,2%) vs 146 (29,5%), $p=0,073$; B8, 12 (4,9%) vs 6 (1,21%), $p=0,005$.

CONCLUSIONES

- En un 73% de los pacientes se detectó un criterio STOPP, principalmente asociado al uso crónico de benzodiazepinas.
- Un tercio de pacientes presentó una RAM al ingreso relacionado con fármacos crónicos.
- Pacientes con criterios STOPP B11, D5 y B8 detectados tienen mayor probabilidad de presentar una RAM asociada al mismo principio activo implicado en el criterio STOPP.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2730. EVALUACIÓN DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN RESIDENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES

SANCHEZ-MATAMOROS PIAZZA MDV, VARAS PEREZ A, PUIVECINO MORENO C, CUADROS MARTINEZ C, VAZQUEZ VELA V
 HOSPITAL UNIVERSITARIO JEREZ DE LA FRONTERA. RONDA DE CIRCUNVALACIÓN, S/N. CÁDIZ

OBJETIVOS

Los residentes institucionalizados en centros sociosanitarios son una población de especial fragilidad clínica: pluripatológicos, polimedcados y con mayor carga anticolinérgica asociada al consumo de medicamentos. Una mayor carga anticolinérgica se ha relacionado con mayor riesgo de caídas, confusión, deterioro cognitivo y funcional. EL objetivo fue identificar los fármacos con mayor carga anticolinérgica (CA) y determinar el riesgo potencial por CA en los residentes institucionalizados en el centro sociosanitario (CSS), con la propuesta de estrategias para la reducción de la CA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes institucionalizados en un CSS con medicación. Periodo de estudio: enero a marzo de 2020. Se recogieron las siguientes variables: demográficas (sexo, edad), tratamiento farmacológico y CA. Se calculó la CA mediante la herramienta Anticholinergic Burden Calculator, basándonos en las escalas Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB) y Anticholinergic Drug Scale (ADS) que clasifican

los fármacos según su potencial anticolinérgico. Se estratificó a los residentes del centro según el riesgo anticolinérgico asociado a su medicación: sin riesgo (valor=0), bajo riesgo (valor=1), riesgo medio (valor=2) y alto riesgo (valor≥3).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 73 residentes: 56,16% hombres, edad media 78,6 años y media de medicamentos/residente de 5,2 medicamentos (SD:2,19), de los cuales, 1,4 se consideraron fármacos con riesgo anticolinérgico. Fueron clasificados según la CA acumulada según las escalas ACB y ADS: sin riesgo: 58,5% y 59,5%, riesgo bajo: 23% y 24,3%, riesgo moderado: 6,7% y 8,1% y riesgo alto: 10,8% y 6,7% respectivamente. Respecto al total de los 103 fármacos identificados con CA, los prescritos con mayor frecuencia fueron: Lorazepam (16,5%), furosemida (9,7%), metformina (9,7%), tamsulosina (8,7%), risperidona (5,8%), quetiapina (5,8%) y alprazolam (4,8%), entre otros. Las estrategias para la reducción de la CA propuestas fueron: Retirar el fármaco de forma progresiva, siempre que fuera posible; emplear alternativa terapéutica con mejor perfil o alternativa no farmacológica; disminuir la dosis o utilizar dosis mínima eficaz durante el menor tiempo posible. Para la desprescripción, según los criterios STOPP/START, el uso concomitante de dos o más fármacos con propiedades anticolinérgicas debería evitarse por el riesgo que supone. Según estos criterios, 35 prescripciones (34%) fueron evitables con la posibilidad de suspensión del fármaco, con la reducción de dosis o cambiando de grupo terapéutico. Además, el riesgo de CA podría disminuir en un 25% si se cambiara de fármaco por otro más seguro según edad.

CONCLUSIONES

Más de un tercio de los residentes institucionalizados en el centro de estudio presentaron riesgo anticolinérgico asociado a su medicación, con mayor frecuencia por benzodiazepinas o antipsicóticos, entre los fármacos identificados. La complejidad de estos pacientes y el riesgo potencial asociado a la CA acumulada hace necesario la optimización de la terapia farmacológica con una potencial desprescripción de medicamentos o la propuesta de alternativas terapéuticas. La integración de un farmacéutico en el equipo multidisciplinar del CSS puede contribuir en la mejora de la calidad de la prescripción con valoración farmacoterapéutica de estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2769. MEPOLIZUMAB EN ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE. EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS EN UNA UNIDAD DE ASMA GRAVE

AUTORES

FERNÁNDEZ LAGUNA CL, MACÍA RIVAS L, VELASCO ROCES L, ÁLVAREZ ASTEINZA C, MARAY MATEOS I, PIERAS LÓPEZ Á, ZÁRATE TAMAMES B, LOZANO BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVDA. ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Realizar un estudio de utilización de mepolizumab en las condiciones de práctica clínica habitual. Adecuación a las condiciones de utilización en la comunidad autónoma(CCAA) y financiación por el sistema nacional de salud(SNS).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes tratados con mepolizumab durante al menos seis meses en la Unidad de Asma Grave del hospital (diciembre 2016-noviembre 2019). De la historia clínica electrónica se recogieron: edad, sexo, tratamiento anterior, adherencia, exacerbaciones e ingresos (previos y posteriores al inicio con mepolizumab), valores de eosinófilos, duración del tratamiento, valoración subjetiva de mejora, mejoría clínica según los criterios de uso de la CCAA (reducción del 50% de las exacerbaciones o la dosis de corticoides) y sospecha de reacciones adversas(RAMs). Se revisó el cumplimiento de las condiciones de financiación del fármaco por el SNS (abril 2020).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio 47 pacientes recibieron tratamiento con mepolizumab, 72% mujeres con una media de edad de 53 años(±16). Todos presentaban fenotipo de asma eosinofílica grave. Las condiciones de financiación se cumplieron en un 96%(45). Un 32%(15) de los pacientes fueron tratados previamente con omalizumab cambiando de tratamiento biológico por: falta de respuesta(14), RAMs(3) como rash o mialgias e incumplimiento(1). Se suspendió el tratamiento con mepolizumab a once pacientes, con una mediana de duración de 11 meses(5-38), los motivos fueron: falta de respuesta subjetiva(10), no reducción de corticoides inhalados (GCI) y/o ciclos de corticoides sistémicos (GCS)(9) o RAMs como cuadros digestivos y elevación de transaminasas(1), molestias abdominales(1) y ptosis palpebral con cuadro miasténiforme y cansancio(1). De los pacientes a los que se les suspendió el tratamiento, siete habían recibido previamente omalizumab. La actitud terapéutica tras la discontinuación de mepolizumab fue: inicio con benralizumab(8), reintroducción de omalizumab(1) y no tratar con otro fármaco biológico(2). La duración media de tratamiento de los pacientes que continúan(36) es 20 meses(±11). El valor medio de eosinófilos al inicio del tratamiento(n=36) era 706 eosinófilos/μL(±946) y la reducción en este valor fue 67%(±45). Del total de pacientes, un 53% redujo las exacerbaciones, 75% no tuvo nuevos ingresos y un 58% redujo la dosis de GCS. Se discontinuó el tratamiento en el 91% de los pacientes que no consiguieron una mejora subjetiva; en el 45% de los que no redujeron dosis de corticoides y en el 41% de los que presentaron exacerbaciones posteriores.

CONCLUSIONES

El uso del mepolizumab ha sido efectivo en la reducción de los valores de eosinófilos, variable clínica condicionante del asma eosinofílica grave. Ha reducido el número de exacerbaciones e ingresos hospitalarios y disminuido el uso de corticoides.

Según las condiciones de financiación del fármaco se iniciaron correctamente casi la totalidad de tratamientos.

Los criterios de utilización de la CCAA recomiendan la retirada en pacientes que no consigan mejorar el control de la enfermedad a los seis meses. Clínicamente no cumplen las recomendaciones más de la mitad de los pacientes, siendo el principal criterio de suspensión la no mejoría subjetiva. Por lo que sería beneficioso trabajar de manera multidisciplinar en la revisión de estos pacientes para valorar la suspensión del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2774. CAMBIO A BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE REFRACTARIOS A MEPOLIZUMAB

AUTORES

MACÍA RIVAS L, FERNÁNDEZ LAGUNA CL, VELASCO ROCES L, ZÁRATE TAMAMES B, PIERAS LÓPEZ Á, MARAY MATEOS I, ÁLVAREZ ASTEINZA C, LOZANO BLAZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVDA. ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Estudiar la efectividad de benralizumab, fármaco que se une a la subunidad α del receptor de la interleucina humana 5 (IL5), en pacientes con asma eosinofílica refractaria grave no controlada previo fracaso a mepolizumab, fármaco neutralizante directo de la IL5.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes con asma alérgica eosinofílica grave que han sido tratados con benralizumab tras fracaso a mepolizumab en el hospital (enero 2018-mayo 2020). De la historia clínica electrónica se recogieron: sexo, edad, tratamiento asmático complementario y su adherencia, duración del tratamiento con mepolizumab, pruebas de función pulmonar (saturación de oxígeno, volumen espirado forzado en el primer segundo (FEV1), capacidad vital forzada (CVF), óxido nítrico exhalado (FeNO), valor de eosinófilos en sangre y exacerbaciones antes y después del tratamiento con benralizumab y sospecha de reacciones adversas (RAMs).

RESULTADOS

En el periodo de estudio, siete pacientes previamente tratados con mepolizumab tras su fracaso o falta de control del asma, iniciaron tratamiento con benralizumab. 50% mujeres con una mediana de edad de 49 años (65-36). Cuatro habían recibido previamente omalizumab. Uno de ellos no está incluido en los datos de efectividad por periodo de seguimiento insuficiente.

Todos tenían como tratamiento complementario corticosteroides inhalados en dosis altas y agonistas β_2 de acción prolongada. Como tratamiento de rescate, todos empleaban un agonistas β_2 de corta duración y dos tenían asociado un antagonista muscarínico de corta duración. Sólo uno de ellos presentaba mala adherencia al tratamiento, estimado en base a las dispensaciones registradas de los fármacos prescritos. La mediana de duración del tratamiento con mepolizumab fue de 11 meses (5-26).

Se observó un aumento de la CVF en dos pacientes y de la FEV1/CVF en cuatro; la saturación de oxígeno mejoró (3) o se mantuvo estable (3); la FeNO disminuyó en dos pacientes, se mantuvo estable en uno y aumentó en dos pacientes.

El seguimiento de los valores de eosinófilos no se realiza de rutina en estos pacientes, por lo que no se ha podido emplear para evaluar la eficacia del tratamiento. De los tres pacientes a tratamiento previo con glucocorticoides sistémicos (GCS) se logró en dos una reducción de la dosis y su suspensión en uno.

Las exacerbaciones aumentaron en dos casos, en ambos se suspendió el tratamiento con benralizumab. En uno de ellos por la falta de respuesta, tras 41 semanas de tratamiento. En el otro caso, se suspendió benralizumab tras la administración de una única dosis, este cambio se vio motivado por la aparición de un cuadro de dolor muscular no relacionado con la administración del fármaco.

Cinco pacientes continúan a tratamiento con una mediana de duración de 40 semanas (2-77).

CONCLUSIONES

Benralizumab puede ser una opción de tratamiento para aquellos pacientes con falta de control del asma con mepolizumab.

Se ha observado una mejoría clínica en algunos pacientes atendiendo a la reducción de los GCS, la FeNO y la elevación del FEV1/CVF.

Es necesario realizar estudios más extensos para obtener datos concluyentes sobre la efectividad de benralizumab, de cara a evaluar su eficiencia frente a otras alternativas terapéuticas disponibles con otras dianas farmacológicas o conocer en su caso la secuencia adecuada de tratamientos anti IL5.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2818. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN PACIENTES CON ALTO NIVEL DE INTERVENCIÓN

AUTORES

BERNIAS DOMÍNGUEZ MI, SAN MIGUEL TORVISCO P, SOTO BASELGA I, SOLIS OLIVARES J, MORONA MÍNGUEZ I, BERTRÁN DE LIS BARTOLOMÉ B, SOLLANO SANCHO I, MORIEL SÁNCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. C/ RÍO JÚCAR SN. MADRID

OBJETIVOS

Dentro de las estrategias de mejora de la seguridad del paciente, la conciliación de la medicación sigue siendo un reto para los Servicios de Farmacia Hospitalaria en la práctica asistencial diaria. En la Comunidad de Madrid, los pacientes son clasificados desde Atención Primaria en función de su nivel de riesgo e intervención, en base a sus patologías, comorbilidades, fragilidad y polimedicación. Así, los pacientes clasificados como de alto nivel de intervención (NIA) son los más susceptibles de sufrir errores de medicación.

El objetivo de este estudio fue determinar la incidencia de discrepancias de medicación no justificadas encontradas durante el proceso de conciliación de los pacientes NIA al ingreso. Los objetivos secundarios fueron analizar el tipo de discrepancia, los medicamentos implicados y evaluar el grado de aceptación por parte del clínico de las recomendaciones sugeridas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de 3 meses de duración (desde junio a agosto de 2019) que incluyó a todos los pacientes NIA ingresados en todas las unidades de hospitalización, salvo Medicina Intensiva y Reanimación, en un hospital de segundo nivel. Las discrepancias no justificadas se clasificaron en: omisión de la medicación, diferente dosificación, diferente duración, duplicidad e interacciones.

Para la conciliación de la medicación se recogieron datos de la historia clínica electrónica, tanto hospitalaria (Selene® y FarmaTools®) como de atención primaria (Horus®) y se contrastaron mediante entrevista personal con el paciente y/o familiares. Se analizaron las discrepancias observadas y se notificaron al médico responsable cuando éstas no eran justificadas, tanto de manera escrita en la historia clínica electrónica, como de forma verbal.

RESULTADOS

Cincuenta pacientes NIA (68% hombres; edad media 78±15 años) fueron conciliados. Se detectaron un total de 57 discrepancias no justificadas en 26 pacientes (52%). La discrepancia no justificada más común fue la omisión de medicación (63%), seguida de: diferente duración del tratamiento (16%), diferente dosificación (7%), duplicidad (7%) e interacciones potenciales relevantes (7%). Los fármacos implicados con mayor frecuencia fueron: antihipertensivos (21%), suplementos y vitaminas (14%), inhibidores de la bomba de protones (7%), antigotosos (7%) y antidiabéticos (7%). Treinta (53%) discrepancias fueron aceptadas. Los resultados de aceptación, en función del tipo de discrepancia encontrada fueron: duplicidad (100%), duración del tratamiento (67%), omisión de la medicación (47%), dosificación (50%) e interacciones (25%).

CONCLUSIONES

Los pacientes NIA son clasificados así por tratarse de una población sensible que requiere de una especial atención sanitaria. Este estudio confirma la fragilidad de este grupo de pacientes, mostrando que más de la mitad de éstos presenta al menos una discrepancia de medicación. Además, nuestro estudio corrobora que una adecuada conciliación de la medicación contribuye a la reducción de errores de medicación (más de la mitad de nuestras recomendaciones fueron aceptadas), siendo una excelente estrategia de mejora de la seguridad y efectividad del tratamiento farmacológico de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2828. PROGRAMA DE REVISIÓN FARMACOTERAPÉUTICA: PROPUESTAS DE DEPRESCRIPCIÓN EN CENTROS SOCIALES RESIDENCIALES.

AUTORES

ORO FERNÁNDEZ M, VALENCIA SOTO CM, GUTIÉRREZ REVILLA JI, PÉREZ HERNÁNDEZ F
SERVICIO DE FARMACIA ATENCIÓN PRIMARIA CANTABRIA. CALLE VARGAS. CANTABRIA

OBJETIVOS

Analizar las propuestas de adecuación terapéutica encaminadas a la deprescripción tras el desarrollo un programa de revisión farmacoterapéutica llevado a cabo en centros sociales residenciales (CSR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde febrero-2018 se desarrolló un programa de revisión y adecuación farmacoterapéutica individualizada con la siguiente metodología de trabajo:

- Revisión farmacoterapéutica: elaboración de informe individualizado con propuestas dirigidas a la optimización terapéutica.
- Envío de informe al médico de atención primaria.
- Reunión multidisciplinar médico-farmacéutico: puesta en común de actuaciones.
- Análisis de resultados.

Las propuestas de deprescripción sugieren la reconsideración del tratamiento prescrito, tras haber revisado la historia clínica completa del paciente. Se recogió información de prescripción electrónica, historia clínica digital y datos demográficos.

Dentro de la adecuación, aquellas propuestas encaminadas a la deprescripción han sido las siguientes:

1. Medicamento sin indicación terapéutica.
2. Medicamento no efectivo.
3. Medicamento considerado de Baja Utilidad Terapéutica (UTB).
4. Duración de tratamiento excesiva.
5. Duplicidad terapéutica.
6. Alertas de la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) (últimos 10 años).
7. Medicamentos no recomendados para situaciones clínicas concretas.

En función de la respuesta del médico se consideraron 4 tipos de resultado a las propuestas realizadas: aceptadas, clínicamente justificadas, rechazadas y no evaluables.

RESULTADOS

Se analizaron 921 pacientes pertenecientes a 6 CSR. Se seleccionaron los CSR con un número de camas > 100.

La edad media fue 82,4 años ($\pm 12,5$) con un 73% de mujeres.

La mediana del número de principios activos (PA) prescritos por paciente fue de 8 (rango 0-23) y se revisaron un total de 7.827 PA.

Se realizaron total de 587 intervenciones directas enfocadas a la deprescripción de medicamentos.

Los fármacos mayormente implicados en las propuestas de deprescripción pertenecieron al grupo terapéutico "Sistema Nervioso" y al "Tracto alimentario y metabolismo (TAYM)" con 204 y 106 intervenciones, respectivamente.

Los resultados de las intervenciones realizadas fueron: 300 aceptadas (51%), 43 justificadas clínicamente (7%), 54 no evaluables (9%) y 190 rechazadas (32%).

En la siguiente tabla se muestran el nº de intervenciones y el porcentaje de aceptación por tipo de intervención:

Tipo de intervención	Nº intervenciones	%Aceptación
Medicamento sin indicación terapéutica	246	46%
Medicamento no efectivo.	41	39%
Medicamento considerado UTB	38	47%
Duración excesiva de tratamiento	29	59%
Duplicidad terapéutica	89	71%
Alertas de la AEMPS	102	45%
Medicamentos no recomendados para situaciones clínicas concretas	42	62%

CONCLUSIONES

El estudio muestra que la estrategia de deprescripción en nuestros CSR > 100 camas ha sido eficiente, ya que se han detectado un elevado número de intervenciones y se han aceptado más de la mitad de las propuestas. Los fármacos mayormente implicados pertenecen a los grupos del "Sistema Nervioso" y del "TAYM". El mayor número de intervenciones se dio en el grupo de "Medicamento sin indicación terapéutica" y la mayor aceptación en "Duplicidad terapéutica".

Las estrategias de adecuación farmacoterapéutica encaminadas a la deprescripción suponen un gran apoyo a los clínicos, favoreciendo el uso racional de los medicamentos. La formación del equipo multidisciplinar es imprescindible para el desarrollo óptimo de la estrategia.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2832. DISPENSACIÓN DESCENTRALIZADA DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO

AUTORES

MONFORTE GASQUE MP, BUSTOS MORELL C, SAHUN GARCIA EM, GASTON AÑAÑOS JF, MIRALVES GUIRAL B, LABRADOR ANDUJAR N, LAZARO GALLARDO EM, CASTRESANA ELIZONDO M
HOSPITAL BARBASTRO. CARRETERA NACIONAL 240 S/N CP22300. HUESCA

OBJETIVOS

Acercar la dispensación de medicamentos de uso hospitalario y la atención farmacéutica a los pacientes de una zona alejada del hospital, que dispone de un depósito de medicamentos vinculado al Servicio de Farmacia en un centro de atención especializada.

MEJORAS ESPERADAS

Facilitar la accesibilidad de los pacientes atendidos en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos, en un hospital que da servicio a una población muy dispersa y eminentemente rural, mejorando así el cumplimiento terapéutico y la atención farmacéutica recibida.

DISEÑO

Se elaboró el procedimiento para llevar a cabo la dispensación de medicamentos a pacientes externos del área geográfica correspondiente a tres zonas básicas de salud.

Los pacientes incluidos en este circuito deben pertenecer al área geográfica de esta localidad y estar estables clínicamente y sin cambios en su tratamiento. Los pacientes onco-hematológicos, inicios y cambios de tratamiento se realizan siempre en el Servicio de Farmacia del hospital.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Creación de una agenda para la citación de pacientes en la consulta: se asigna un día al mes para la dispensación a estos pacientes.
- Cuando se detecta un paciente de la zona de influencia, se le explica y ofrece el servicio, incluyéndole en la lista de pacientes para las sucesivas dispensaciones.
- El farmacéutico responsable descarga el listado de pacientes asignados a su agenda mensual y prepara la medicación necesaria la semana previa a la consulta.
- El día previo a la consulta se envía la medicación al depósito de medicamentos y el personal administrativo contacta telefónicamente con los pacientes para recordarles la cita.
- El día de la consulta, el farmacéutico atiende a los pacientes, les dispensa la medicación y les cita para la próxima dispensación.

IMPLANTACIÓN

Se estableció la zona de influencia de dispensación susceptible de ser atendida por el depósito de medicamentos. Se localizó a los pacientes que residían en esta zona para ofrecerles la posibilidad de incluirse dentro del circuito diseñado. En septiembre de 2018 se iniciaron las dispensaciones descentralizadas.

RESULTADOS

El sector sanitario correspondiente a nuestro hospital tiene una población de 102.680 habitantes, de los cuales 22.600 corresponden a las zonas de salud pertenecientes al depósito de medicamentos. Desde su puesta en marcha, se han realizado 22 consultas descentralizadas, con una media de 37 pacientes por consulta. Han sido atendidos un total de 155 pacientes, que representan el 6,3% del total de pacientes externos atendidos en el Servicio de Farmacia. Se han realizado 1528 dispensaciones, con un total de fármacos dispensados de 61629 unidades. Los principales servicios implicados fueron: reumatología (17,4%), neumología (12,2%), digestivo (10,3%), dermatología (9,6%) y neurología (9,6%).

LIMITACIONES

Es necesario disponer de un depósito de medicamentos vinculado al Servicio de Farmacia. Requiere invertir tiempo en la preparación de la medicación por paciente y el desplazamiento del farmacéutico hasta el centro de especialidades, a 73 kilómetros del hospital, con la consecuente re-estructuración de los puestos de trabajo en el Servicio de Farmacia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este modelo es aplicable a otros hospitales que tengan centros vinculados, fundamentalmente en zonas de alta dispersión geográfica.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2955. FACTORES ASOCIADOS A INTOLERANCIA AL TRATAMIENTO CON SACUBITRILLO-VALSARTAN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR REDUCIDA.

AUTORES

MARTINEZ ALVAREZ E, ALVAREZ NUÑEZ N, RODRIGUEZ FERNANDEZ Z, CASAS FERNANDEZ X, VELEZ BLANCO A, GONZALEZ GONZALEZ MA, ALVAREZ FERNANDEZ I, ORTIZ DE URBINA GONZALEZ JJ
CENTRO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON. ALTOS DE NAVA S/N. LEÓN

OBJETIVOS

Identificar potenciales factores asociados a intolerancia e incapacidad de alcanzar la dosis objetivo de Sacubitrilo-valsartan, 97/103mg cada 12 horas, en pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección (FEVI) reducida que inician tratamiento durante el ingreso hospitalario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluye pacientes adultos que iniciaron tratamiento con Sacubitrilo-valsartan en el año 2018 durante el ingreso hospitalario, realizando seguimiento hasta diciembre de 2019. Se extraen del historial médico datos sociodemográficos, clínicos (capacidad funcional según la escala New York Heart Association (NYHA), FEVI, presión arterial sistólica (PAS) y comorbilidades), analíticos (valor del péptido natriurético tipo B (proBNP), potasio sérico y aclaramiento de creatinina), tratamientos previos indicados en insuficiencia cardíaca (IC), reacciones adversas y motivo de suspensión del tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 27 pacientes, 20 hombres y 7 mujeres, con media de edad 70 años (50 – 85). La FEVI media fue 26% (15-40), PAS media 119mmHg (92-152) y todos presentaban aclaramiento de creatinina mayor de 30mL/min. Se logró titular hasta la dosis objetivo en 11 pacientes, entre ellos, 7 nuevos diagnósticos y 4 ingresos por descompensación aguda de IC ya diagnosticada. Todos continúan tratamiento a fecha fin del estudio. De los 16 pacientes que no alcanzaron la dosis máxima, 6 toleraron la dosis 49/51mg y 10 no superaron 24/26mg cada 12 horas. Solo 3 pacientes fueron nuevos diagnósticos. No continuaban tratamiento al finalizar el estudio 13 de los 16 pacientes por los siguientes motivos: 7 por empeoramiento del estado general y exitus, 4 por hipotensión y 2 por agravamiento de la disnea y empeoramiento de la función renal. Las variables que más difieren entre los pacientes que alcanzaron la dosis objetivo y los que fracasaron fueron la edad media, 67 vs 71 y proBNP medio, 3.405 pg/ml vs 10.928 pg/ml, respectivamente. En ambos grupos la mayoría de pacientes se encontraba en la clase funcional NYHA II y III y solo 2 pacientes en el grupo que fracasó se incluían en la clase IV. de los Entre los 11 pacientes que alcanzaron la dosis máxima, 7 seguían previamente tratamiento optimizado con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas del receptor de angiotensina II y betabloqueantes; de manera similar, en el grupo que fracasó seguían este tratamiento 10 de los 16 pacientes. El grupo

que fracasó presentó una mayor tendencia al uso de B-bloqueantes y antagonistas de la aldosterona. No se encontraron diferencias en el número ni gravedad de las comorbilidades entre los dos grupos de pacientes.

CONCLUSIONES

La intolerancia a Sacubitrilo-valsartan parece asociarse a estadios más avanzados de la enfermedad, mayor edad y mayor sobrecarga cardíaca, como refleja la diferencia de proBNP medio entre los pacientes de ambos grupos. Las características de los pacientes que alcanzan y toleran la dosis objetivo se ajustan a las de los incluidos en el ensayo PIONEER-HF, que presenta una tasa de discontinuación de aproximadamente el 20%. Por lo tanto, la edad/estadios avanzados y valores elevados del proBNP pudieran ser factores predictores de mala respuesta aunque se precisan estudios diseñados con ese fin para confirmar esta hipótesis.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

1408. RECONSULTAS AL SERVICIO DE URGENCIAS EN PACIENTES QUE ACUDEN POR PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN

AUTORES

RUIZ RAMOS J, JUANES BORREGO A, RIERA MAGALLON A, GRAS MARTIN L, BLAZQUEZ ANDIÓN M, PUIG CAMPANY M, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL SANTA CREU I SANT PAU. CARRER DE SANT QUINTÍ, 89. BARCELONA

OBJETIVOS

Identificar los grupos terapéuticos asociados a un mayor riesgo de reconsulta a los 30 días del alta del Servicio de Urgencias en pacientes que acuden por una primera consulta asociada a Problemas de Salud Relacionados con la Medicación (PSMs)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes adultos (> 18 años) que acudieron por PSMs al servicio de urgencias de un hospital terciario durante el año 2019. La identificación de los PSMs fue realizada por los farmacéuticos del Servicio de Urgencias, en base a la información referida en el informe médico de alta de urgencias.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 659 pacientes (Edad Media: 74,7 (DE:16,8) años). Los principales grupos implicados en la primera visita a Urgencias incluyeron anticoagulantes oral (161, 24,4%), seguidos de antiagregantes (47; 7,13%), Insulina (36; 5,46%), antiepilépticos (36; 5,46%) y neurolépticos (5,31%). Los PSM identificados fueron mayoritariamente de Seguridad (59,1%), seguidos de Efectividad (24,0%) y Necesidad (16,4%). 489 (73,7%) pacientes se encontraban en tratamiento con más de cinco fármacos y 18 (2,7%) fallecieron durante la estancia hospitalaria.

De los 641 restantes, 123 (18,7%) pacientes reconsultaron a los 30 días del alta, de los cuales 62 (49,9%) estuvieron relacionados con el primer motivo de consulta. Los PSMs asociados a las benzodiacepinas presentaron un mayor porcentaje de reconsulta por fármacos (42,4% de los pacientes reconsultaron a los 30 días por somnolencia o depresión respiratoria), seguido de antipsicóticos (25,9%), antiepilépticos (20,7%), insulina (20,0%) y antiagregantes (15,4%).

CONCLUSIONES

Los pacientes que acuden a los servicios de Urgencias PSMs relacionados con fármacos del que actúan en el sistema nervioso central, Insulinas y antiagregantes presentan un alto riesgo de reconsulta a los 30 días, siendo por tanto candidatos a una rápida optimización del tratamiento al alta.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

1409. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

RUIZ RAMOS J, JUANES BORREGO A, GRAS MARTIN L, RIERA MAGALLON A, BLAZQUEZ ANDIÓN M, PUIG CAMPANY M, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL SANTA CREU I SANT PAU. CARRER DE SANT QUINTÍ, 89. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar en términos de coste-efectividad el impacto de un programa de atención farmacéutica de prevención secundaria de Problemas de Salud Relacionados con la Medicación (PSMs) en pacientes atendidos en un Servicio de Urgencias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis coste-efectividad basado en los resultados parciales del Ensayo clínico código medicamento (Clinical trials:NCT03607097). El programa está centrado en la actuación en diferentes niveles de atención sanitaria con el objetivo de reducir la reconsultas a 30 días de pacientes que consultan el Servicio de urgencias por PSMs causados por fármacos de las categorías ATC A, B o C. Para ello, se construyó un modelo que evalúa los efectos de la implantación del programa en un hospital terciario de 644 camas y 140.000 urgencias anuales. La construcción del modelo se basó en los resultados parciales del ensayo clínico, en cuál se ha observado una reducción de las reconsultas a urgencias (21,8% vs 16,9%) y reingresos (11,8% vs 7,4%) a 30 días. El modelo consideró la perspectiva del Sistema Catalán de Salud, incluyendo costes

sanitarios directos. Los costes considerados para la implantación del programa incluyeron los sueldos de dos facultativos especialista con dedicación a tiempo completo.

Se consideró la frecuencia de consulta a Urgencias por PSMs de un 28%, de las cuales un 20% son causados por fármacos de los grupos A, B o C. Se asumió un porcentaje de pérdidas del 30%. Para simular la evolución de los pacientes se diseñó un árbol de decisión. Los PSMs se consideraron excluyentes entre sí. No se consideró la posible reducción en estancia hospitalaria y mortalidad derivado de la intervención del programa. El modelo final fue calculado con el programa Microsoft Excel. Se realizó un análisis de sensibilidad univariante para establecer la robustez del modelo ante variables con incertidumbre, incluyendo la reducción del porcentaje de reconsultas y reingresos (50%), sus costes (20%), número de visitas a urgencias (5%), porcentaje de pérdidas (50%), y porcentaje de visitas causadas por PSMs de los grupos A, B o C (20%). Se calculó el coste por año de vida ganado (AVG) al evitar la muerte tras una reconsulta por PSMs, considerando la edad media de asistencia de 79,4 años y la esperanza de vida de 82,5 años.

RESULTADOS

La implantación de un programa de prevención secundaria de PSMs consigue reducir en el coste asociado a las reconsultas a urgencias, con un beneficio neto anual de 170,800€. La reducción en el número de reconsultas secundaria a la implantación del programa fue la variable que más afectó al modelo (Rango de beneficio: 71,289€-280.240€), siendo el valor umbral de para la obtención de beneficios con la implantación del programa una reducción relativa del 13,8% del número de reconsultas. El coste por reconsulta evitada fue de 64,76€. Considerando una mortalidad atribuible a la reconsulta por PSMs del 5%, el coste por AVG fue de 2129,96€.

CONCLUSIONES

La implantación de un programa de prevención secundaria de PSMs coordinado entre distintos niveles asistenciales es un sistema coste-efectivo, reduciendo de forma significativa los costes derivados de la asistencia sanitaria.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

1434. INTERVENCIONES REALIZADAS POR UN FARMACÉUTICO RESIDENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

AUTORES

SERRANO GIMÉNEZ R, SEMPERE SERRANO P, BUSTO IGLESIAS M, ZARRA FERRO I
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. AVDA. BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Describir las intervenciones realizadas por un residente de farmacia hospitalaria durante una rotación externa tutorizada por un facultativo especialista, en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH), para disminuir errores de medicación y conciliación al ingreso, así como evaluar su grado de aceptación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo intervencionista de 21 días hábiles de duración (17 enero-14 febrero 2020). Se incluyeron pacientes adultos pertenecientes al SUH, pendientes de ingreso hospitalario. Se recogieron variables demográficas (sexo y edad), clínicas [juicio clínico (JC) y servicio de ingreso] y farmacoterapéuticas [número de medicamentos en receta electrónica y presencia de polimedicación (≥ 6 medicamentos)]. Las intervenciones se notificaron al clínico de forma presencial y a través del programa de prescripción electrónica. Fueron clasificadas como: Actividad (sugerencia/recomendación antibiótica/dispensación al alta del SUH), Adecuación (detección de error/orden incompleta), Cambio (contraindicación/intercambio terapéutico), Inicio (tratamiento habitual no prescrito/necesidad tratamiento adicional), Modificación Forma farmacéutica (FF) o Posología [ajuste dosis a función renal (FR)/aumento o disminución dosis/modificación de frecuencia u horario], Suspensión (duplicidad/medicamento innecesario). El listado de pacientes se obtenía diariamente gracias al programa de prescripción electrónica. Datos recogidos a través de historia clínica y receta electrónica (IANUS) y prescripción electrónica en urgencias (Silicon®), procesados mediante Excel 2019®.

RESULTADOS

Se realizaron intervenciones en 118 pacientes. El 50,8% (n=60) hombres; mediana de edad 78 años [Rango intercuartílico (RIQ)=63-84]. Los JC más frecuentes fueron: 34,7% infección respiratoria, 10,2% fractura ósea y 6,8% gripe A. Los servicios más frecuentes fueron: Medicina Interna (45,9%), Neumología (13,7%) y Traumatología (6,8%). Mediana de medicamentos en receta electrónica de ocho (RIQ=6-11). Presencia de polimedicación en el 77,1% (n=91). Se realizaron 132 intervenciones, de las cuales, 3,8% (n=5) fueron clasificadas "no evaluables". Respecto a las evaluables, fueron aceptadas el 71,7% (n=91), con los siguientes porcentajes, según clasificación: Intercambio terapéutico (21,9%), inicio de tratamiento habitual no prescrito (15,4%), sugerencia (12,1%), medicamento innecesario (9,9%), ajuste dosis FR (6,6%), modificación frecuencia (5,5%), aumento dosis (4,4%), detección error (4,4%), orden incompleta (4,4%), dispensación al alta (3,3%), disminución dosis (3,3%), modificación FF (2,2%), necesidad tratamiento adicional (2,2%), contraindicación (1,1%), modificación horario (1,1%), recomendación antibiótica (1,1%) y duplicidad terapéutica (1,1%). Del total de las intervenciones de detección de error y orden incompleta, el 50% (n=4) se relacionaban con medicamentos de alto riesgo (antidiabéticos, anticoagulantes orales y metotrexato oral). De las intervenciones no aceptadas, el 44,4% (n=16) correspondían a la categoría "sugerencia", intervención que no requiere actuación inmediata, con baja probabilidad de provocar daño al paciente.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos son similares a los hallados en anteriores trabajos similares publicados, demostrando que la actividad del farmacéutico en los SUH aumenta la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria, evitando errores de medicación

que, en caso de no detectarse al ingreso, podrían persistir durante la hospitalización. El farmacéutico es muy valorado por el personal clínico del SUH, con un grado de aceptación de intervenciones elevado. Tras la experiencia de la rotación y el resultado de nuestro estudio, pensamos que la formación de nuestros residentes en farmacia asistencial en los SUH contribuye al desarrollo de la farmacia clínica, favoreciendo la consolidación de nuestra actividad.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

1659. EVALUACIÓN DEL PERFIL DE UTILIZACIÓN DE TENECTEPLASA EN LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

AUTORES

ALVAREZ NONAY A, VICENTE VICENTE MV, ALCOLEA GUERRERO M, DOMINGUEZ PLO E, LACASTA MIGUEL E
061 ARAGON. CS INOCENCIO JIMENEZ. ZARAGOZA

OBJETIVOS

El infarto agudo de miocardio (IAM) es una de las patologías que requieren actuación urgente y coordinada entre los diferentes niveles asistenciales. Tenecteplasa está indicada en adultos para el tratamiento trombolítico de sospecha de infarto de miocardio con elevación ST persistente o Bloqueo reciente del Haz de Rama izquierda, en las 6 horas siguientes a la aparición de los síntomas del IAM. La Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitaria autonómica tiene como finalidad dar respuesta las 24 horas del día a las demandas de atención sanitaria urgente.

- Describir el perfil de utilización y la distribución geográfica de uso de tenecteplasa en las urgencias y emergencias extrahospitalarias de una comunidad autónoma.
- Evaluar la adecuación de las prescripciones de tenecteplasa a su indicación en Ficha Técnica (FT).
- Evaluar la adecuación horaria de la administración de tenecteplasa a las 6 horas siguientes desde la aparición de los síntomas de IAM

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal de utilización realizado desde junio de 2017 a diciembre de 2019. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, fármaco, ubicación dentro de la comunidad autónoma donde se utilizó, hora de aparición de los síntomas, hora de la administración de tenecteplasa. Los datos fueron obtenidos del registro del Servicio de Farmacia de uso de tenecteplasa y la historia clínica electrónica de Atención Especializada.

El Servicio de Farmacia propuso el desarrollo de un registro de utilización de tenecteplasa que fue aprobado y dirigido por la Dirección Médica de la Gerencia. El desarrollo de este registro permite conocer el uso real del fármaco en la atención de urgencias extrahospitalaria de la comunidad autónoma. Asimismo, se decidió formar un Comité Multidisciplinar compuesto por Coordinadores Médicos de las diferentes unidades de urgencias, enfermería, Calidad, Farmacia y Dirección Médica para el seguimiento y análisis de dicho registro.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio 28 pacientes han recibido tenecteplasa. De los 28 pacientes, 75% (21) hombres con una mediana de edad de 66 años, rango (37-82) años, mientras que, el 25% (7) fueron mujeres con una mediana de edad de 51 años, rango (44-91). Respecto a la adecuación horaria en la administración de tenecteplasa a la aparición de los síntomas, la mediana de tiempo transcurrido hasta recibir el fármaco fue de 2,02 horas con un rango (1,02-2,3 horas). El 100% de las prescripciones cumplían indicación de FT.

La distribución anual de la prescripción ha sido la siguiente: 5 prescripciones durante 2017, 13 en 2018, 11 en 2019. Respecto a la distribución provincial de uso nos encontramos con que el 46.5% de las mismas procedían de las poblaciones pertenecientes a la provincia más alejadas en tiempo y distancia del Hospital de referencia, el 43.5% procedían de la segunda provincia más alejada, y únicamente un 10% de las prescripciones procedían de la provincia más cercana al centro de referencia.

CONCLUSIONES

La distribución geográfica de uso concorde con las poblaciones situadas en las provincias que más alejadas se encuentran en espacio y tiempo de los Servicios de Hemodinámica. La creación de un plan de seguimiento en la monitorización periódica del registro garantiza el uso racional de los medicamentos.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

1726. SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS EN CUIDADOS INTENSIVOS: ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS

AUTORES

HERRAIZ ROBLES P, ORTIZ PEREZ S, CARO TELLER JM, NIEVES SEDANO M, SANCHEZ SANZ B, BRUNI MONTERO MA,
FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AV. CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Los errores de medicación (EM) constituyen uno de los incidentes más frecuentes en el paciente crítico, pudiendo tener además una mayor importancia y repercusión debido a la gravedad y complejidad de este tipo de pacientes. El objetivo del estudio es identificar y cuantificar los EM producidos en una Unidad de Cuidados Intensivos durante la preparación (EP) y administración (EA) de la medicación. Los objetivos secundarios son analizar posibles asociaciones e identificar los medicamentos implicados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo aleatorizado de 3 meses de duración (septiembre-noviembre 2018), en el cual un farmacéutico especialista actuó como observador de las fases de preparación y administración de la medicación, identificando los EM de cada etapa.

Las variables recogidas fueron: fármaco, forma farmacéutica, vía de administración, etapa del EM (EP o EA), tipo y gravedad del EM según la clasificación de Ruiz Jarabo.

Se calculó %EM, EM/día, EM/paciente y se analizó la posible asociación entre: vía de administración-EM y número de fármacos prescritos-número de EM por paciente. Para ello se estimó la razón de odds (OR) y su intervalo de confianza (IC95%) y se realizó una regresión binomial negativa. El análisis se llevó a cabo mediante el programa estadístico STATA®.

RESULTADOS

Se observó la preparación y administración en 82 pacientes, con un total de 960 medicamentos para cada una de las etapas (1920 oportunidades de error). Se detectaron 330 EP (34,4%) y 124 EA (12,9%), lo que supuso un porcentaje global de EM de 23,6%.

El ratio EM/día fue 7,6 (5,5 en preparación y 2,1 en administración), con un promedio de 5,5 EM por paciente (4,0 y 1,5 en cada etapa, respectivamente).

Los EM más frecuentes durante la preparación fueron medicamentos innecesarios (57,0%), dosis inadecuada (26,4%) y omisión en la preparación (7,6%). En cuanto a la administración, fueron velocidad de administración inadecuada (31,5%), error de almacenamiento, conservación y/o estabilidad (23,4%) y errores en la concentración y/o manipulación (13,7%).

Los grupos terapéuticos más implicados fueron anestésicos opioides (10,1%), benzodiazepinas (9,7%) y agentes adrenérgicos y dopaminérgicos (8,1%). Los fármacos asociados a mayor número de EM fueron fentanilo (8,1%), propofol (5,9%) y midazolam (5,3%).

El 19,4% de los EM alcanzaron al paciente, pero no causaron daño.

Al analizar la asociación entre vía de administración y EM, se obtuvo para la vía parenteral frente al resto de vías una OR=0,96 (IC95%: 0,67-1,39) en la preparación y una OR=4,09 (IC95%: 1,23-4,91) en la administración. La asociación entre el número de fármacos prescritos y el número de errores globales fue estadísticamente significativa ($\chi^2=13.77$; $p < 0.001$) con un coeficiente estimado de 1.09 (IC95%: 1.04-1.14).

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia revela una elevada incidencia de EM en el paciente crítico, especialmente en fármacos administrados por vía parenteral, así como un incremento de EM asociado a la polimedicación.

El análisis basal apoya la creación de un equipo multidisciplinar que establezca actuaciones centradas en la seguridad del proceso farmacoterapéutico en las unidades de Críticos, y que analice la mejora obtenida en una segunda fase de observación.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

1738. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIINFECCIOSOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

GONZÁLEZ MORCILLO G, CALDERON HERNANZ B, CALDERON TORRES MD, MARTIN FAJARDO ML, MANDILEGO GARCÍA A, PEREZ DE AMEZAGA L, PARERA PASCUAL M, SOBRINO LUENGO S
HOSPITAL SON LLATZER. CTRA. DE MANACOR, KM 4. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Las enfermedades infecciosas suponen un 5-17% de consultas al servicio de urgencias hospitalarias (SUH). Con cifras de prescripción antibiótica inadecuada que oscilan entre el 30-63%, los SUH se convierten en punto clave de intervención en la selección y optimización de tratamientos antiinfecciosos (TA).

El objetivo del estudio es determinar el porcentaje de TA adecuados prescritos por el SUH. Como objetivos secundarios, categorizar los tratamientos inadecuados, medir el tiempo "puerta-aguja" y analizar posibles factores relacionados con el TA inadecuado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, unicéntrico y multidisciplinar, autorizado por la Comisión de Investigación del Hospital.

Se incluyó todo TA prescrito en SUH, en las 24 horas correspondientes al día del estudio, a mayores de 14 años. De manera transversal se realizaron siete cortes correspondientes a siete semanas consecutivas en días de la semana diferentes.

Registrándose una prescripción media diaria de 35 antiinfecciosos en SUH, y considerando una inadecuación del 63%, se estimó una muestra de 100 casos, con una confianza del 95% y una precisión de +/-10% y un 10% de pérdidas.

La evaluación de la adecuación de la prescripción se realizó, por médicos y farmacéuticos, en base a las guías locales de tratamiento de infecciones del hospital.

Los tipos de inadecuación se clasificaron en: innecesario: no signos de infección; no activo: antiinfeccioso sin cobertura para las etiologías esperables; adecuado, pero no recomendado: antiinfeccioso no aparece en guía local como recomendado pero presenta actividad para las etiologías esperables; adecuado pero mal dosificado: no dosificado según parámetros PK/PD referidos en fichas técnicas.

Tiempo "puerta-aguja", registrado por enfermería, el transcurrido desde triage hasta primera dosis administrada del TA. Se utilizó la Historia Clínica electrónica (HPHCISv.3.8) para la recogida de variables demográficas, comorbilidad, foco de infección y gravedad (sepsis, shock séptico, no grave), antiinfeccioso prescrito y perfil del prescriptor (residente, adjunto urgencias, otro).

Se utilizó el software SPSSv.23 para el análisis de datos. Medidas de centralización y frecuencia para la descriptiva y chi-cuadrado para la inferencia.

RESULTADOS

Se incluyeron 123 TA, correspondientes a 100 pacientes (52% mujeres), edad media 65 (DE 19,65) años. El 47% presentaba índice de Charlson ≥ 2 . Los tres principales focos de infección encontrados fueron: respiratorio(54%), urinario(17%) e intraabdominal(11%).

El 60,1% de TA prescritos en SUH se adecuaron a las guías locales de tratamiento de infecciones.

La prescripción inadecuada (30.9%) se distribuyó en: adecuado, pero no recomendado 22,8%; no activo 9.8%; adecuado, pero mal dosificado 4% e innecesario 3,3%.

La mediana tiempo “puerta-aguja” fue de 4,28h; mínimo 0,10h-máximo 23,32h.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre prescripción inadecuada y: foco de infección (X^2 8,638(8gl); p 0,374); gravedad de la infección(X^2 3,001(2gl); p 0,223); perfil de prescriptor(X^2 1,790(2gl); p 0,409).

CONCLUSIONES

En general, se siguen las guías locales de infección pues más de la mitad de los TA fueron adecuados. Igualmente, casi un cuarto de los TA inadecuados presentan actividad para las etiologías esperables, pese a que no los contemplaba la guía local. Siguiendo las recomendaciones generales de la literatura, un aspecto a mejorar es el tiempo de administración. No se encuentra relación entre foco de infección, gravedad o perfil de prescriptor y TA inadecuado.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

1852. CALCULADORA PARA LA DOSIFICACIÓN DE INSULINA EN HIPERGLUCEMIA REACTIVA A CORTICOIDES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

CAVADA CARRANZA I, VÁZQUEZ SÁNCHEZ R, LUQUE GALÁN J, CAUREL SASTRE Z, SALAS ÁLVAREZ DEL VALLE FJ, MOLINA GARCIA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM.12'5. MADRID

OBJETIVOS

La hiperglucemia reactiva a corticoides(HRC) a pesar de ser reconocida como problema frecuente, suele ser infra-diagnosticada y es poco abordada en la práctica médica de los Servicios de Urgencias Hospitalarias(SUH). Puede presentarse como hiperglucemia en paciente no diabético(PND) o empeoramiento en paciente diabético(PD). En el último consenso de La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) se publicaron las recomendaciones de tratamiento de la HRC.

El objetivo es el desarrollo de una herramienta para ayudar a dosificar la insulina en pacientes que inician tratamiento con corticoides en el SUH en base a las recomendaciones SEMES.

MEJORAS ESPERADAS

Aunque existen calculadoras para la dosificación de insulina al ingreso en PD, todavía no se había desarrollado ninguna ajustada a los pacientes que inician corticoides. Así, se pretende favorecer la correcta dosificación individualizada de insulina tanto en PD y PND que inician tratamiento corticoide en el SUH para prevenir la HRC.

DISEÑO

Desde la incorporación del fármaco en el SUH, se ha trabajado conjuntamente con los urgenciólogos en el abordaje de la HRC. Se revisó la bibliografía para consensuar las pautas a incorporar en la herramienta. Permite calcular la dosis individualizada de insulina según: tipo de paciente: PD insulino-dependientes, PD con antidiabéticos orales (ADO) y PND, tipo de corticoide: acción corta en monodosis frente acción corta cada 8horas o intermedia-larga y tipo de dieta: absoluta o dieta oral (pauta basal-corrección o basal-bolo-corrección, respectivamente).

En PND o PD con ADO, se recomiendan controles glucémicos:

- Si se objetiva hiperglucemia se debe ajustar el tratamiento con insulina.
- Si controles glucémicos correctos tras 24-48horas sin precisar rescate, valorar suprimirlos.

CIRCUITO Y ETAPAS

Para su utilización, se requiere la inclusión de un único dato:

- PND y PD con ADO: peso del paciente
- PD insulino-dependientes: dosis insulina domiciliaria

Obteniéndose automáticamente la pauta individualizada de insulina.

IMPLANTACIÓN

Su utilización se inició en febrero 2020. La calculadora ha sido instalada en los ordenadores del SUH y se han impartido sesiones formativas a los facultativos para favorecer su utilización. Su aplicación se ha recomendado en pacientes del SUH con corticoides: en observación ≥ 24 h, ingresados dependientes de urgencias, pendientes de ingreso.

RESULTADOS

Tras su implantación (Febrero – Abril), se ha ajustado la dosis de insulina en un 87,5% de los pacientes que iniciaron corticoides en el SUH. Un 7,1% fueron PD-insulino-dependientes, 14,3% PD con ADO y 78,6% PND. La calculadora ha permitido un ajuste sencillo y homogéneo de la pauta de insulina en los pacientes para prevenir HRC.

LIMITACIONES

No existe integración con el programa de prescripción electrónica o historia clínica del hospital. La calculadora está diseñada para el cálculo individualizado de insulina para las primeras 24-48 horas del inicio de tratamiento corticoide, posteriormente se deberá adaptar a la nueva situación del paciente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Puede ser instalada en cualquier ordenador con posibilidad de configuración y adaptación sencilla a las recomendaciones aprobadas en cada hospital.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

1971. INCIDENCIA DE ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN EL ÁREA DE URGENCIAS

AUTORES

GALLARDO BORGE S, ARCENILLAS QUEVEDO P, MADRIDEJOS MORA R, TOMÁS SANZ R, GARRETA FONTELLES G, MECA CASASNOVAS N, SEBASTIÁN CARRASCO C, NICOLÁS PICÓ J
HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA. PZA. DEL DR. ROBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar errores de prescripción (EP) de medicación durante el ingreso en el Servicio de Urgencias (SU).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y de intervención realizado en un área de influencia de 260.000 habitantes. Se incluyeron todos los pacientes adultos revisados farmacoterapéuticamente por parte del farmacéutico del SU durante el periodo julio 2019-mayo 2020, a tiempo parcial.

La revisión farmacoterapéutica se basó en la conciliación de la medicación y la verificación de la adecuación del tratamiento domiciliario. El EP se definió como prescripciones médicas erróneas según práctica médica y/o estado clínico del paciente.

Variables recogidas: sexo, edad, servicio prescriptor, tipo de incidencia y medicamento. Los EP se clasificaron en: omisión no justificada, error de dosis, no ajuste en insuficiencia renal (IR); frecuencia, presentación farmacéutica, vía de administración o duración de tratamiento incorrecta/inadecuada; fármaco erróneo, contraindicado o presencia de duplicidad terapéutica.

La recogida de datos se realizó a través de la revisión de la prescripción intrahospitalaria, historia clínica y receta electrónica. Los EP se comentaron con el médico prescriptor y en caso de error en el tratamiento ambulatorio se contactó también con el médico de atención primaria a través del farmacéutico de primaria.

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

Se registraron 262 EP en un total de 962 pacientes revisados, tasa de error del 27,23%. El 18,71% de los pacientes revisados tenían al menos un error en el plan terapéutico intrahospitalario y/o ambulatorio. Se revisaron un promedio de $10,57 \pm 4,51$ pacientes/día, 61,83% hombres, edad media $74,10 \pm 14,14$ años.

Los EP detectados fueron: 38,55% (101/262) omisión, 24,43% (64/262) dosis, 19,08% (50/262) fármaco erróneo, 8,78% (23/262) necesidad de ajuste en IR, 4,52% (12/262) duplicidad, 3,05% (8/262) fármaco contraindicado y el resto 0,38%. Todos los errores fueron corregidos.

El 96,56% (253/262) de las intervenciones se realizaron en el tratamiento del episodio agudo y en 9 casos se corrigió el error en el tratamiento domiciliario. El 94,66% (248/262) de las prescripciones fueron realizadas por urgenciólogos, 4,20% (11/262) cirujanos y resto de servicios < 1%.

CONCLUSIONES

Casi un 20% de los pacientes revisados presentaba un EP, siendo el error más común la omisión no justificada de un fármaco del plan terapéutico del paciente. El número de pacientes revisados diariamente es pequeño debido a la dedicación a tiempo parcial del farmacéutico en el SU.

El trabajo en equipo entre médicos y farmacéuticos de la atención primaria y la especializada ayuda a mejorar el perfil farmacoterapéutico y la seguridad de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

2031. EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS TRAUMATOLÓGICA

AUTORES

GÓMEZ GANDA L, LALUEZA BROTO P, REY PÉREZ A, ARÉVALO BERNABÉ Á, MONTORO RONSANO JB, BAENA CAPARRÓS J, BAGUENA MARTÍNEZ M, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Los Programas de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) constituyen un pilar fundamental en el control de aparición de resistencias a los antimicrobianos y en la optimización global del tratamiento antimicrobiano.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la implantación de un PROA en una Unidad de Cuidados Intensivos de Traumatología (UCIt) en enero 2019 mediante la comparación de las Dosis Diarias Definidas (DDD)/100 estancias de diferentes antimicrobianos previas y posteriores a la aplicación del programa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio comparativo retrospectivo realizado en un hospital terciario en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en la UCIt de enero de 2018 a diciembre de 2019.

Se recogieron datos biodemográficos y clínicos (diagnóstico traumatológico, APACHE, necesidad de tratamiento antibiótico y de vía aérea artificial), días de estancia en UCIt y mortalidad, previos a la implantación del PROA (2018) y posterior (2019).

Se aplicó estadística binomial (variables binarias) y prueba de t de Student (variables continuas) con SPSS version 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) para comprobar si los grupos eran comparables.

Se determinaron las DDD/100 estancias anuales totales y de los antimicrobianos objeto de seguimiento en el PROA (penicilinas, cefalosporinas, fluoroquinolonas, carbapenems, aminoglucósidos, daptomicina, linezolid, glucopéptidos y antifúngicos) en ambos períodos, empleando las DDD establecidas por WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology, Norwegian Institute of Public Health.

RESULTADOS

En 2018 ingresaron 429 pacientes (días de estancia total: 3234) y en 2019 406 pacientes (días de estancia total: 3189).

Los grupos de pacientes de ambos años (2018 vs 2019) resultaron comparables ($p > 0,05$) en cuanto a sexo (masculino 69,9% vs 73,7%), edad media (54,1 (19,4) vs 52,9 (18,8) años), pacientes con tratamiento antibiótico en UCIt (72,7% vs 70,9%) y necesidad de vía aérea artificial (52,2% vs 49,5%).

Sí hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el valor medio de APACHE (15,0 (6,4) vs 12,3 (7,5)) y en el porcentaje de pacientes con diagnóstico traumatológico (74,1% vs 67,7%).

La diferencia entre los valores de mortalidad (10,5% vs 8,2%) no resultó estadísticamente significativa.

2018: 133,1 DDD/100 estancias total

DDD/100 estancias penicilinas 60,42 (amoxicilina/ácido clavulánico 39,81 y piperacilina/tazobactam 6,76); cefalosporinas 14,37; fluoroquinolonas 7,07; carbapenems 15,03 (meropenem 13,08); aminoglucósidos 5,69; daptomicina 2,35; linezolid 3,32; glucopéptidos 3,85 y antifúngicos 3,74.

2019: 77,6 DDD/100 estancias total

DDD/100 estancias penicilinas 33,43 (amoxicilina/ácido clavulánico 20,57 y piperacilina/tazobactam 6,37); cefalosporinas 9,75; fluoroquinolonas 1,76; carbapenems 6,77 (meropenem 5,76); aminoglucósidos 3,14; daptomicina 1,81; linezolid 0,74; glucopéptidos 3,60 y antifúngicos 3,64.

CONCLUSIONES

- La reducción en las DDD/100 estancias totales (-41,7%) parece estar causada por una disminución en la duración de las profilaxis y los tratamientos antibióticos tras la elaboración de un protocolo antibiótico específico de patología traumática, pues el número de pacientes que recibieron tratamiento antibiótico resultó comparable.

- Las poblaciones de 2018 y 2019 son comparables estadísticamente en las variables analizadas, excepto en APACHE medio y porcentaje de pacientes traumatológicos, lo que no parece explicar la reducción en DDD/100 estancias totales, aunque sí podría haber influido.

- Según estos resultados, la aplicación del PROA-UCIt ha contribuido a una reducción en las DDD/100 estancias de todos los antimicrobianos estudiados.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

2162. VERNAKALANT: SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD EN CARDIOVERSIÓN DEL PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE COMIENZO

AUTORES

DOMINGUEZ BARAHONA A, BLÁZQUEZ ROMERO C, GONZÁLEZ SUÁREZ S, LÓPEZ ÁLVAREZ R, TOLEDO DÁVIA MA, LABRADOR ANDÚJAR N, MOYA GÓMEZ P
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. AV. DE BARBER, 30. TOLEDO

OBJETIVOS

Describir la efectividad y seguridad de Vernakalant para realizar cardioversión farmacológica de fibrilación auricular (FA) a ritmo sinusal (RS) en la práctica clínica de un Servicio de Urgencias (SU), así como evaluar las características asociadas a una mayor respuesta.

Vernakalant fue utilizado en aquellos pacientes que cumplían criterios y que no tuvieran contraindicación para su

administración (hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los componentes, estenosis aórtica grave, presión arterial sistólica < 100 mmHg y pacientes con insuficiencia cardiaca en clase NYHA III y IV).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes en los que se administró vernakalant entre abril de 2019 y abril de 2020 en un hospital de tercer nivel.

Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), tiempo de evolución de la FA y frecuencia cardiaca, condición de ayuno, presencia de cardiopatía estructural, tratamiento antiarrítmico previo, infusiones de vernakalant necesarias y tiempo de la infusión (minutos), necesidad de cardioversión eléctrica, aparición de efectos adversos y tratamiento posterior.

RESULTADOS

Se reclutaron 16 casos de FA tratados con vernakalant. La mediana de edad de los pacientes fue de 54 años (Rango intercuartil (RIC): 50,5-64,5) y el 31,3% eran mujeres. La mediana de frecuencia cardiaca (FC) de la FA fue de 111 (RIC: 103-120) latidos por minuto (lpm). El 93,8% fueron pacientes que presentaban una FA de reciente comienzo frente a un episodio paroxístico o persistente y uno presentaba cardiopatía asociada de base. El 25% (Intervalo de confianza (IC) 95%: 3,8%- 46,2%) de los casos había recibido antiarrítmicos antes de la primera dosis y 4 (25%) precisaron cardioversión eléctrica tras dos perfusiones no efectivas del fármaco. Vernakalant revirtió el 75% (IC 95%: 53,8%- 96,2%) de los episodios tratados, el 56,3% (IC 95%: 28%-78,5%) con la primera dosis.

El tiempo medio hasta reversión a RS desde el inicio de la perfusión fue de 13,2 minutos (intervalo, 3-18) en los pacientes que respondieron con la primera dosis y 35 minutos (intervalo, 7-63) en los pacientes que respondieron con la segunda dosis. 2 pacientes sufrieron eventos adversos leves: uno hipotensión y náuseas autolimitadas y otro hipotensión.

El 56,3% de los pacientes llevaba menos de 12 horas de evolución con síntomas. Esta variable fue más frecuente en el grupo de pacientes que respondieron al tratamiento con vernakalant (66,6% frente a 50%).

Al analizar posibles predictores de éxito para la reversión a RS con vernakalant mediante regresión logística binaria (Odds ratio (OR), IC95%) obtenemos que sexo (OR 10,65, p=0,077), FC de FA > 100 lpm (OR 3,87, p=0,423), tiempo de evolución de la FA > 12 horas (OR 0,621, p=1) y edad > 60 años (OR 1,185, p=0,642) no se relacionan con el mayor éxito de reversión.

CONCLUSIONES

Vernakalant resulta efectivo y seguro para la reversión a RS del paciente con FA. Ninguno de los factores analizados se pudo relacionar con un mayor éxito para la reversión a RS con vernakalant. Las principales limitaciones del estudio son el reducido número de pacientes, es un estudio unicéntrico y que los pacientes presentaban baja prevalencia de cardiopatía estructural y primer episodio de FA.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

2233. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN, EFICACIA Y SEGURIDAD DE IDARUCIZUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

LARROSA GARCÍA M, PAU PARRA A, VILLAR CASARES MDM, BOSCH FERRER M, GORGAS TORNER MQ, LALUEZA BROTO P

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. PASSEIG DE LA VALL D'HEBRON, 119, 08035 BARCELONA. BARCELONA

OBJETIVOS

Idarucizumab es un fragmento de anticuerpo monoclonal que se une al dabigatrán bloqueando su efecto anticoagulante. El objetivo de este estudio es describir la utilización, eficacia y seguridad de idarucizumab y adecuación al protocolo de uso de nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Criterios de inclusión: pacientes que recibieron idarucizumab durante 2018 y 2019 en un hospital de tercer nivel.

- Variables obtenidas de la historia clínica (SAP®):

*Biodemográficas: sexo, edad, peso.

*Clínicas: indicación de anticoagulación y de reversión, desenlace.

*Bioquímicas: filtrado glomerular (FG) Cockcroft-Gault, tiempo de trombina ratio (TTr), tiempo de tromboplastina parcial activada ratio (TTPar).

*Farmacoterapéuticas: dosis de dabigatrán, acenocumarol previo.

- El protocolo de uso de idarucizumab en nuestro centro especifica:

*Indicación: intervención quirúrgica urgente (IQU) o hemorragia aguda grave (HAG) definida como: necesidad de hemoderivados, hipotensión, afectación de órgano crítico o requerimiento de IQU.

*Última dosis de dabigatrán < 8h (48h si FG < 30ml/min).

*Última dosis de dabigatrán > 8h (48h si FG < 30ml/min) y o TTr prolongado.

*Seguimiento por la Unidad de Hemostasia (UH).

RESULTADOS

Se incluyeron 16 pacientes (9 en 2018, 7 en 2019), 6(38%) de ellos hombres, con edad mediana de 76 años (intervalo 61-90) y peso de 80(57-128)kg. La indicación de dabigatrán fue fibrilación auricular en todos ellos; 11(69%) recibieron

acenocumarol previamente y la mediana de duración de tratamiento con dabigatrán previa a idarucizumab fue de 17,9(4,9-61,0) meses.

Dos pacientes (13%) presentaban FG < 30ml/min antes de la administración de idarucizumab, por lo que el dabigatrán estaba contraindicado (dosis: 150mg/12h y 110mg/12h respectivamente). Cinco pacientes (31%) presentaban FG=30-50ml/min y recibían una dosis ajustada a FG y 9 pacientes tenían FG > 50ml/min. La indicación de idarucizumab fue IQU en 7(44%) casos y HAG en 9(56%), con localización intracraneal (6/9), digestiva (2/9) y renal (1/9).

El tiempo desde la última dosis de dabigatrán fue < 8h en 3 casos, < 48h en un caso con FG < 30ml/min y no constaba en 5 pacientes; en los 7 casos restantes se confirmó TTr > 4.

La mediana de TTPar post-administración fue 1,04 (0,77-1,59), se mantuvo > 1,3 en 4 casos (25%). En cuanto a mortalidad, fallecieron 4 pacientes (25%):

- 3 presentaban HAG intracraneal y 1 requerimiento de IQU.
- 3 tenían FG < 50ml/min; 2 no presentaron adecuada reversión de la anticoagulación (TTPar > 1,3).

No se detectaron casos de hipersensibilidad a idarucizumab. Los niveles de potasio disminuyeron en 15 (94%) pacientes ([K+]media: 4,12mEq/L antes, 3,9mEq/L después de idarucizumab, variación media de -0,26mEq/L) y hubo 5 casos (31%) de hipokalemia ([K+] < 3,5mEq/L) sin consecuencias clínicas relevantes.

Cumplimiento del protocolo institucional:

- Indicación: 16/16(100%)
- Seguimiento por UH: 13/16(81%)
- Registro de la última administración de dabigatrán: 11/16(69%)

CONCLUSIONES

- La indicación mayoritaria de idarucizumab fue HAG intracraneal. La coagulación se normalizó en 75% de los casos, con una mortalidad comparable a la publicada en la bibliografía.

- Se observó una correcta tolerancia, pero se detectó un descenso de potasio en 94% de los pacientes y un 31% de hipokalemia. Se propone incluir en el protocolo la monitorización de la potasemia.

- La prescripción y dispensación de idarucizumab se ajustó al protocolo mayoritariamente, pero es necesario intervenir para mejorar el registro de la última dosis de dabigatrán recibida.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

2263. VITAMINA C, TIAMINA E HIDROCORTISONA: ¿ALIADOS EN EL SHOCK SÉPTICO?

AUTORES

ANGUITA MONTENEGRO B, MARTÍNEZ-GALÁN FERNÁNDEZ L, PÉREZ SERRANO R, GIL TRUJILLO S, VICENTE SÁNCHEZ P, LUQUE JIMÉNEZ M, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ M, VILLANUEVA CARPINTERO MDG
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. CALLE OBISPO RAFAEL TORIJA, S/N. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

La evidencia de las propiedades antioxidantes, antiinflamatorias e inmunológicas de la vitamina C (vitC) ha potenciado el estudio de su asociación con otros fármacos como son la tiamina e hidrocortisona, mostrando efecto sinérgico en pacientes con shock séptico (SS), según estudio de Marik et al (1).

En enero de 2019 se implantó por consenso entre los Servicios de Anestesiología y Reanimación (REA) y Farmacia: vitC, tiamina e hidrocortisona en SS (mismas dosis y duración que estudio Marik). El objetivo fue comparar su eficacia.

(1) Marik et al (2017).Hydrocortisone, Vitamin C and Thiamine for the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock. Chest.151(6): 1229-1238.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo antes/después que compara dos grupos con SS: grupo control (GC) noviembre 2017-diciembre 2018 y un grupo tratamiento (GT) enero 2019-febrero 2020. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, comorbilidades, escala SOFA (Sepsis related Organ Failure Assessment), presencia de insuficiencia renal aguda y/o uso de ventilación mecánica al inicio del tratamiento, origen de sepsis, cirugía oncológica, niveles de procalcitonina y creatinina, días de tratamiento con noradrenalina, estancia hospitalaria y en REA y supervivencia a los 14 y 28 días. Se relacionaron diferencias entre ambos grupos mediante prueba chi² de Pearson para variables categóricas y mediante t student o U de Mann-whitney para variables cuantitativas según normalidad con el programa SPSS.

RESULTADOS

Se incluyeron 81 pacientes, 44 en GC y 37 en GT. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características entre los grupos (ni datos demográficos ni comorbilidades ni SOFA), excepto origen de la sepsis (86,4% abdominal en el GC frente a 75,7% del GT y 2,3% de urológico en GC vs 18,9% en GT; p=0.03) y en cirugía de tipo oncológica (36,4% GC frente 16,2% GT; p=0.04).

Los valores de procalcitonina descendieron en el 55% de los pacientes del GC frente al 89,2% del GT ($p=0.003$). La creatinina presentó una variación media de +0,11 en el GC frente al -0,45 del GT ($p=0.006$).

El soporte vasoactivo en los días 2, 3 y 4 de tratamiento fue necesario en el 93,2%, 75% y 50% de los pacientes del GC frente al 73%, 51,4% y 21,6% del GT, respectivamente ($p < 0.05$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la duración de estancias ni en supervivencia ($p > 0.05$).

CONCLUSIONES

Se trata de grupos comparables exceptuando el origen de la sepsis y el tipo de cirugía. No se han reproducido los resultados obtenidos por Marik en su estudio en cuanto a supervivencia, aunque si obtenemos beneficios en cuanto a disminución de vasopresores y reducción de procalcitonina. Tampoco se objetiva toxicidad renal por vitC, por el contrario se observa una mejora de los valores de creatinina. En otros estudios donde sí se demostró aumento de supervivencia el diagnóstico primario mayoritario fue neumonía por lo que el escenario de este estudio es distinto, donde todos los pacientes fueron sometidos a cirugía.

Los datos de nuestro estudio muestran un beneficio limitado del uso del protocolo en pacientes con SS, pero es necesario estudios de mayor calidad y reclutamiento para asegurar el beneficio real y/o dosis óptimas.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

2573. ANÁLISIS DE EFICACIA DE IDARUCIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ I, ÁLVAREZ LLABRÉS M, ARNÁIZ DÍEZ S, ESPINOSA GÓMEZ M, INFANTE CAMARERO A, MATÉ ARBAIZA P, IZQUIERDO ACOSTA L, REVILLA CUESTA N
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. AVENIDA ISLAS BALEARES 3. BURGOS

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia del antídoto idarucizumab, en pacientes en tratamiento con dabigatrán etexilato, que requieran una reversión rápida del efecto anticoagulante del mismo ante intervenciones quirúrgicas de urgencia, procedimientos urgentes o hemorragias potencialmente mortales o no controladas. Como objetivos secundarios: analizar las complicaciones trombóticas y la adecuación del tratamiento anticoagulante oral (ACO) al ingreso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de todos los pacientes que recibieron idarucizumab en un hospital de tercer nivel en el periodo comprendido entre Mayo-2016 y Mayo-2020.

Se analizaron las variables: sexo, edad, servicio médico, indicación y dosis de dabigatrán etexilato, filtración glomerular (FG), pauta de idarucizumab, motivo de reversión, actividad de protrombina (AP) y tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa) pre/post administración de idarucizumab, complicaciones y desenlace. Los datos se recogieron a través del sistema automatizado de dispensación (Pyxis®) de Urgencias, registros de solicitudes de medicamentos restringidos del Servicio de Farmacia y la historia clínica electrónica (Jimena®).

La respuesta a idarucizumab se evaluó en función de la evolución clínica, parámetros analíticos del paciente y desenlace del proceso. La adecuación de ACO se evaluó mediante indicación terapéutica según ficha técnica y correcta dosificación según ajustes oportunos (función renal y edad).

RESULTADOS

Se analizaron 7 pacientes, con una mediana de edad de 84 años (70-93), mayoritariamente hombres ($n=6$) y pertenecientes a los servicios de urgencias ($n=3$), medicina interna ($n=1$), digestivo ($n=1$), neurocirugía ($n=1$) y neurología ($n=1$). Todos los pacientes tenían pautado dabigatrán etexilato con la misma indicación (prevención del ictus y de la embolia sistémica con fibrilación auricular no valvular) y dosis (100mg/12h), exceptuando un paciente con 150mg/12h. Al ingreso 4 pacientes presentaban $FG > 50\text{ml/min}$, 2 pacientes $FG=30\text{-}50\text{ml/min}$, y 1 paciente $FG < 30\text{ml/min}$. La dosificación de dabigatrán etexilato según FG y edad fue correcta en 6 pacientes, estando contraindicado en 1 paciente por $FG < 30\text{ml/min}$.

El motivo de reversión con idarucizumab fue la hemorragia masiva con riesgo vital en todos los pacientes ya fuese de origen cerebral ($n=3$), digestivo ($n=2$) o pulmonar ($n=2$). La dosis administrada fue de 5g en todos los casos. El porcentaje de reversión del efecto anticoagulante de dabigatrán etexilato posterior a la administración de idarucizumab, calculado mediante la normalización de AP y TTPa, fue del 86% ($n=6$), del paciente restante no se recogieron parámetros de coagulación post-antídoto debido a éxitus en $< 24\text{h}$. No se objetivaron complicaciones trombóticas secundarias ni tampoco mortalidad atribuible a la administración de idarucizumab. En el momento del corte del estudio, 5 pacientes recibieron el alta domiciliaria, 1 paciente continuaba ingresado y 1 paciente fue éxitus.

CONCLUSIONES

Idarucizumab es un fármaco eficaz para la rápida reversión del efecto anticoagulante de dabigatrán etexilato. La prescripción de dabigatrán etexilato según ficha técnica fue adecuada en la mayoría de los pacientes a estudio. No se observaron complicaciones trombóticas atribuibles a idarucizumab ni mortalidad relacionada.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS**2667. USO CLÍNICO DE IDARUCIZUMAB. ESTUDIO OBSERVACIONAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL****AUTORES**

DE SANTIAGO ÁLVAREZ R, DELGADO TELLEZ DE CEPEDA L, FERNÁNDEZ MAQUEDA CT, SANZ RODRÍGUEZ SM, GARCÍA CEREZUELA MD, ALCARAZ LÓPEZ JI, LOZANO LLANO C, SÁNCHEZ GUERRERO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO. CALLE MANUEL DE FALLA Nº1. MADRID

OBJETIVOS

Idarucizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une a dabigatrán actuando como antídoto específico en caso de procedimientos o intervenciones quirúrgicas de urgencia y de hemorragias potencialmente mortales o no controladas.

El objetivo de este estudio es analizar la utilización clínica de idarucizumab y evaluar su eficacia en la normalización de los parámetros de coagulación en pacientes tratados con dabigatrán.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo en un hospital de tercer nivel de pacientes que recibieron idarucizumab entre marzo 2018 y marzo 2020, excluyendo los pacientes sometidos a trasplante. Se obtuvieron los pacientes a través del programa informático de validación, y se recogieron los siguientes datos de la historia clínica electrónica: edad, sexo, dosis habitual de dabigatrán, última dosis administrada, indicación y dosis de idarucizumab, analítica previa y posterior al tratamiento con el antídoto. La respuesta a idarucizumab se evaluó en función de la respuesta clínica del paciente y los tiempos de coagulación.

RESULTADOS

Idarucizumab ha sido utilizado en 12 pacientes, de los cuales 10 eran varones (83,3%), siendo la mediana de edad de 81 años (rango intercuartílico [RIQ]: 76-85), y la mediana de creatinina de 1,5 mg/dl (RIQ: 1,03-2,42). El 66,7% de pacientes habían recibido la dosis reducida de dabigatrán (110 mg/12 horas), el 25% una dosis de 150 mg/12 horas y el 8,3% una dosis de 150 mg/24 horas.

Del total de pacientes, 6 recibieron la última dosis de dabigatrán hacía menos de 12 horas antes de la administración del antídoto, 4 pacientes hacía 24 horas y los otros 2 hacía 4 y 10 días. En este último caso, ante la incertidumbre acerca de la causa de prolongación del Tiempo de Tromboplastina Parcial activado (TTPa), se utilizó el antídoto por la priorización de la cirugía por fractura de cadera en un paciente que llevaba varios días ingresado. La indicación en 7 pacientes fue la realización de un procedimiento invasivo de urgencia, en 3 pacientes por hemorragia grave (hemorragia perirrenal, hemorragia subdural aguda y hematomas faciales) tras una caída con politraumatismo y en 1 paciente por hematuria y anemia debidas a una sobredosificación de dabigatrán. En ninguno de los casos fue necesaria la administración de una segunda dosis.

De los 12 pacientes tratados, uno presentaba un valor basal de TTPa normal. De los 11 pacientes que presentaban valores alterados de TTPa, 10 presentaron una mejoría de este tiempo; alcanzándose la normalización del TTPa en 8 de ellos (valor medio alcanzado de TTPa 33.4 segundos [29.2-39.0]). Únicamente un paciente no presentó corrección de la coagulación, cuya explicación se pueda deber al largo periodo entre la administración de idarucizumab y la última dosis de dabigatrán administrada (10 días).

Finalmente, en todos los casos se consiguió controlar la hemorragia o bien se llevó a cabo la intervención o cirugía sin incidencias, no produciéndose ningún evento de sangrado tras la intervención.

CONCLUSIONES

Idarucizumab se ha utilizado fundamentalmente en procedimientos invasivos urgentes.

En todos los casos de urgencia con parámetros de coagulación alterados en los que el uso del antídoto estaba indicado, este ha demostrado ser efectivo consiguiendo mejorar estos parámetros.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS**2717. ELABORACIÓN DE UN ALGORITMO DE MANEJO DE HIPOMAGNESEMIA EN PACIENTES CRÍTICOS****AUTORES**

LLINARES ESQUERDO M, MARTÍNEZ PÉREZ S, ROCHINA ASTORGA A, MIRALLES ANDREU G, MURCIA LÓPEZ AC, SORIANO IRIGARAY L, MATOSES CHIRIVELLA C, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CAMÍ DE L'ALMAZARA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

La hipomagnesemia (hipoMg) es un hallazgo relativamente frecuente en pacientes hospitalizados, especialmente en aquellos ingresados en unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, no existe una práctica clínica estandarizada que sea universalmente aceptada para su manejo.

El objetivo es elaborar e implantar un algoritmo de tratamiento y seguimiento de hipoMg en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se creó un equipo multidisciplinar formado por un farmacéutico y dos médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se realizó una revisión de la bibliografía sobre el tratamiento de la hipoMg en diferentes fuentes: UptoDate, recomendaciones de la Beca de Cuidados Críticos Quirúrgicos de Orlando-Health (consultadas diciembre de 2019) y 7ªed Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital universitario 12 de octubre.

Tras el análisis de la información se elaboró el algoritmo de manejo de hipoMg en pacientes críticos.

RESULTADOS

Se estableció un algoritmo de valoración y tratamiento de hipoMg que incluyó las estrategias de reposición y seguimiento, teniendo en cuenta datos antropométricos, filtrado glomerular (FG), tolerancia a vía oral, magnesemia, sintomatología y etiología, y monitorizaciones a llevar a cabo (AS).

La hipoMg se estratificó en función de la concentración de magnesio (Mg) en sangre y los síntomas asociados (debilidad, hiperreflexia, temblor, nistagmo cervical, tetania, convulsiones, prolongación de QT, depresión ST, arritmias ventriculares, hipo-calcemia, hipo-potasemia, resistencia a insulina, retraso en el crecimiento, fragilidad ósea o hipoparatiroidismo).

Recomendaciones:

- HipoMg-Leve (Mg = 1-1,6 mg/dl):

o Asintomática: identificación y tratamiento de la causa probable subyacente (aumento de la eliminación, reducción de absorción, redistribución en líquido extra/intracelular) con posible suplementación de Mg oral: máximo 300mg (=24mEq) de Mg al día en 3-4 tomas.

o Sintomatología leve o intolerancia a vía oral: Administrar 24mEq de Mg (3 gramos de sulfato de Mg) en perfusión continua (PC) de 24h + AS en 24h.

o Sintomatología grave: Actuar como HipoMg-Severa

- HipoMg-Severa (Mg < 1mg/dl) Administrar por vía intravenosa 12mEq de Mg (1.5 gramos de sulfato de Mg) en 15min, seguido de una PC de 48,8mEq de Mg (6 gramos sulfato de Mg) en 24h + AS al menos 8h después de iniciar la perfusión. En pacientes con Peso < 40kg o FG < 45ml/minuto se deberá administrar la mitad de los aportes calculados con el algoritmo.

Se estandarizó la preparación de la solución de Mg a administrar, diluir la cantidad de magnesio calculado en 250ml de SSF/SG5% y, dado que intercambio de Mg entre el compartimento extracelular e intracelular se realiza lentamente, el tiempo de reposición mínimo será de 12h. Se recomienda mantener la perfusión 1-2 días tras alcanzar niveles de Mg óptimos (Mg > 1,6mg/dL).

CONCLUSIONES

La estandarización y protocolización en el manejo de la hipomagnesemia es una herramienta de soporte para llevar a cabo una rápida valoración e inicio de un tratamiento precoz adecuado en el manejo del déficit de magnesio en el paciente crítico.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

2914. PROTOCOLIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA DE LAS PATOLOGÍAS MÁS HABITUALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

GIMÉNEZ ARUFE V, MAURIZ MONTERO MJ, FERREIRO GÓMEZ M, SECO GONZÁLEZ AX, CANO MARTÍNEZ S, TOBA ALONSO F, MARGUSINO FRAMIÑÁN L, MARTÍN HERRANZ MI
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AVDA. PASAXE, 81. A CORUÑA

OBJETIVOS

Implantación de protocolos terapéuticos de las patologías más habituales en el Servicio de Urgencias (SU) a través de un aplicativo de prescripción electrónica.

MEJORAS ESPERADAS

- Estandarización de la prescripción según las guías de referencia.
- Reducción de los errores relacionados con la prescripción y administración de medicamentos.
- Incrementar la eficiencia, la calidad y la seguridad en el proceso de prescripción.

DISEÑO

La implantación de la Prescripción Electrónica Asistida (PEA) se encuentra dentro de las recomendaciones para aumentar la seguridad en el uso de medicamentos.

Para facilitar la implantación de la PEA en el SU, se creó un grupo multidisciplinar para la elaboración de protocolos de tratamiento de las patologías más habituales consultadas en el SU.

CIRCUITO Y ETAPAS

Creación del grupo de trabajo compuesto por 10 personas (Farmacia (3), Urgenciólogos (6) y Enfermería (1)) para la elaboración de protocolos:

Selección de las patologías a protocolizar.

Revisión de las guías clínicas de referencia de cada patología.

Elaboración de los protocolos según las necesidades del hospital (estancia en urgencias, medicación disponible en el hospital...).

Aprobación de los protocolos dentro del grupo de trabajo y adaptación al programa de PEA del hospital.

Revisión y aprobación de los protocolos por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital.

Inicio de la PEA y activación de los protocolos.

Actualización continua de los protocolos.

IMPLANTACIÓN

El 25/01/2019 se convocó la primera reunión del grupo de trabajo multidisciplinar.

El 28/03/2019 la Comisión de Farmacia y Terapéutica aprobó los primeros protocolos.

A finales de enero de 2020 se aprueban los últimos protocolos.

Del 27/04/2020 al 13/05/2020, formación del personal sanitario del SU en la utilización del aplicativo de PEA.

El 13/05/2020 se instauró la PEA en el Servicio de Urgencias y se activaron los protocolos para su utilización.

RESULTADOS

Cada protocolo elaborado contiene medicación, recomendaciones a tener en cuenta por el facultativo prescriptor y cuidados del paciente. Se crearon 42 protocolos específicos del SU disponibles para la prescripción de cualquier personal facultativo:

A) Aparato circulatorio: hipertensión arterial (2) e insuficiencia cardíaca.

B) Aparato digestivo: ascitis (encefalopatía), cólico biliar, dolor abdominal, gastroenteritis y hemorragia digestiva alta y baja.

C) Aparato genitourinario: cólico nefrítico, ITU/pielonefritis (2) y hematuria.

D) Aparato musculoesquelético: fractura costal (2) y lumbociatalgia.

E) Aparato respiratorio: asma (2), protocolos de broncodilatación (2), EPOC (4), hemoptisis (2) y neumonía (4).

F) Oído y apófisis mastoidea: vértigo periférico.

G) Sistema nervioso: crisis comicial.

H) Endocrinas, nutricionales y metabólicas: hiper-hiponatremia e hiper-hipopotasemia.

I) Piel y del tejido subcutáneo: celulitis/infección de piel y partes blandas (2).

J) Lesiones, envenenamientos y otras causas externas: anafilaxia, angioedema e intoxicaciones.

Estos protocolos permiten la estandarización del tratamiento y suponen una mejora en la seguridad de los pacientes.

Además, se someten a constante revisión y el grupo de trabajo está abierto a la incorporación de nuevos protocolos.

LIMITACIONES

Las principales limitaciones derivan de la capacidad de implementar protocolos generales que sean fácilmente adaptables por el médico prescriptor a la situación actual y a las características individuales (patologías concomitantes, edad...) de cada paciente. Además del elevado consumo de tiempo que requiere por parte del grupo de trabajo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Posibilidad de adaptar en cualquier hospital siempre que se tenga una buena predisposición por parte del SU.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

2916. IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA: IMPACTO DE LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

MARTÍNEZ SOTO AM, CABALLERO REQUEJO C, GIL CANDEL M, SALAR VALVERDE I, PASTOR MONDÉJAR C, ONTENIENTE CANDELA M, FRANCO MIGUEL JJ, URBIETA SANZ E

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS

En marzo de 2018 comenzó la implantación gradual de la prescripción electrónica asistida (PEA) en un hospital de referencia de área, siendo el Servicio de Urgencias (SU) el primer servicio en su implantación.

El objetivo del estudio fue analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en la validación clínica tras la completa instauración de la PEA en el hospital según el tipo de hospitalización, comparando las realizadas en el SU frente a las realizadas en unidades de hospitalización (UH).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, realizado de enero a diciembre de 2019. Los datos fueron extraídos de forma mensual durante el año de estudio. Se incluyeron todos los pacientes con tratamiento prescrito en la PEA, tanto en el SU como en las UH, analizándose la media de pacientes atendidos al día, las medias de las prescripciones validadas y aquellas con IF, así como los tipos de IF realizadas según el tipo de hospitalización. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 21.0.

RESULTADOS

La media de pacientes atendidos cada día durante el periodo de estudio fue de 279,3 (DE:25,9) en el SU frente a 309,8 (DE:23,4) en UH. En cuanto a la media de prescripciones mensuales validadas por el farmacéutico clínico, en el SU fue de 1.696,3 (DE: 247,8) frente a 7.962,3 (DE:653,3) en las UH. Se realizaron una media mensual de 249,2 (DE:68,5) IF en las prescripciones en el SU, siendo 614,7 (DE:76,1) en las UH.

Las IF más frecuentes en el SU fueron: adecuación de dosis a la presentación disponible 61,1%, administración del medicamento 17,9%, equivalente terapéutico 7,1%, mientras que para las UH fueron: adecuación de dosis a la presentación disponible 53,2%, equivalente terapéutico 22,5% y administración del medicamento 11,7%.

La proporción de prescripciones con IF en el SU tuvo una media del 14,6%(DE:2,2), frente las IF en las UH, con una media del 7,75%(DE:0,6) ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

La mayor proporción de IF en el SU, en comparación con las UH, pone de manifiesto la importancia de la función del farmacéutico en dicho servicio, mejorando la calidad y la seguridad de la prescripción desde el inicio del proceso de

hospitalización del paciente.

La estrategia de la implantación de la PEA desde el SU y su posterior extensión al resto de UH permite identificar los errores potenciales de medicación así como adecuar el tratamiento crónico y el tratamiento del proceso agudo del paciente de forma temprana.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

2945. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA DE LA UNIDAD DE CRÍTICOS

AUTORES

MARTÍNEZ PRADEDA A, ALBIÑANA PÉREZ MS, ROTEVA SALVO S, FERNÁNDEZ OLIVEIRA C, GIMÉNEZ ARUFE V, FERNÁNDEZ BARGIELA N, MARTÍN HERRANZ MI
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. AS XUBIAS, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

Dentro de las transiciones asistenciales susceptibles de presentar errores de conciliación (EC), el alta de la unidad de cuidados intensivos (UCI) a planta de hospitalización puede ser especialmente sensible por la gravedad de los pacientes, y por la posibilidad de emplear distintos programas de Prescripción electrónica asistida (pPEA). Sin embargo, su evaluación es escasa.

El objetivo de este estudio es evaluar los EC al alta de UCI; clasificándolos según tipo y gravedad; e identificando los medicamentos involucrados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Previo al alta de UCI a planta de hospitalización, los médicos transcriben la medicación del programa de pPEA de la UCI al pPEA del resto de plantas de hospitalización. El farmacéutico responsable revisa diariamente las prescripciones al alta. En caso de detectar discrepancias, se comunica con el médico prescriptor para su resolución, mediante llamada o la mensajería del pPEA.

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, registrando todos los pacientes conciliados de lunes a viernes en horario de mañana entre marzo de 2019 y marzo de 2020, ambos incluidos. Las discrepancias detectadas fueron registradas y clasificadas como discrepancia justificada o error de medicación, siguiendo el Documento de consenso en terminología y clasificación de los programas de Conciliación de la Medicación de la SEFH.

Se realizó una valoración de la gravedad potencial (ya que, al conciliar previamente al alta, no alcanzaron al paciente) de los EC encontrados según la escala del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Esta fue realizada por dos investigadores de manera independiente, resolviendo las divergencias asignando la categoría de menor gravedad. Se recogieron los medicamentos implicados, clasificándolos por grupo ATC y según la clasificación de medicamento de alto riesgo (MAR) del Instituto para el uso seguro de medicamentos.

RESULTADOS

Fueron conciliados 450 pacientes, presentando 97 (21,55%) al menos una discrepancia, y 79 (17,55%) al menos un error. Treinta pacientes presentaron más de un error de conciliación en el alta. (24 pacientes presentaron 2 errores, 7 más de 2 errores). En dos pacientes (con 10 y 14 medicamentos) fue prescrita la medicación de otro paciente.

De las 162 discrepancias detectadas, un 85,18% fueron EC. La distribución de los errores fue: 54,73% diferente dosis o intervalo, 22,63% omisión, 16,84% comisión, 3,15% medicamento equivocado y 2,6% prescripción incompleta.

Los grupos terapéuticos más involucrados fueron el grupo H: 20%, grupo N: 16% y B: 14%. Un 34,06% fueron MAR.

En cuanto a la gravedad potencial de los EC, categoría B: 2,90%, categoría C: 30,43%, categoría D: 42,03%, categoría E: 20,29%, categoría F: 1,45% y G: 2,90%.

CONCLUSIONES

Aunque el porcentaje de discrepancias es bajo, el 81% de ellas fueron EC. Más de un tercio de los medicamentos implicados eran de alto riesgo, y un porcentaje importante de pacientes pudo presentar más de un error. Aunque es necesario realizar más estudios, nuestros resultados parecen señalar la necesidad de incluir el alta de UCI como un proceso crítico donde realizar la conciliación.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1387. USO DEL CUESTIONARIO PSSD EN PACIENTES CON PSORIASIS EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO COMO ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN Y SEGUIMIENTO

AUTORES

MERCADAL ORFILA G, ESCRIVA SANCHO E, MORAL GÓMEZ F, BLASCO MASCARÓ I, ROMERO DEL BARCO R, LIÑANA GRANELL C, CUBERO ALIAS MP, PONS STOGER M
HOSPITAL MATEU ORFILA. RONDA DE MALBUGER, 1. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Los PROs(patient reported outcomes) son una herramienta fundamental en la evaluación global de los pacientes, donde mediante cuestionarios estructurados y validados , los pacientes pueden expresar cómo les afecta su patología a nivel físico, psíquico o social.

En Psoriasis, el cuestionario PSSD (The Psoriasis Symptoms and Signs Diary) , nos permite evaluar los signos y síntomas que afectan a los pacientes con psoriasis, con una puntuación de 0 a 72 (afectación más severa) .

El objetivo fue evaluar el estado de los pacientes en tratamiento biológico por psoriasis desde la consulta de Farmacia Hospitalaria, por medio del PSSD, y derivar a Dermatología para reevaluación, si el paciente no presenta un buen control de su psoriasis según puntuación PSSD, con tal de optimizar el tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde la consulta de Farmacia Hospitalaria de nuestro centro, pasamos de forma regular el PSSD, en la visita inicial o cambio de biológico, a los 2 meses y después cada 6 meses.

En Julio-Agosto de 2019, de forma consensuada con Dermatología, revisamos el PSSD de los pacientes activos de nuestro centro, de cara a optimizar los tratamientos que no estuvieran obteniendo un "target terapéutico" deseado (PSSD < 20). Los pacientes, que en la consulta de Farmacia, detectáramos que tuvieran PSSD > 20, fueron reevaluados por Dermatología.

RESULTADOS

De los 40 pacientes evaluados, 16 (40%) tenían un PSSD > 20, con lo cual la afectación que presentaban por su psoriasis era relevante.

De los 16 pacientes, 6 pacientes mantuvieron el tratamiento, dado que Dermatología optimizó el biológico que llevaban o ajustó la medicación concomitante (corticoides, ciclosporina, metotrexate...).

Los otros 10 pacientes (25%), por eficacia, persistencia, conveniencia y coste, fueron cambiados a una nueva diana, concretamente un anti IL 23, Guselkumab.

Este grupo de 10 pacientes (20% mujeres, edad media 52, IMC medio 22,9, 100% pacientes venían de 1 o más líneas previas de tratamiento biológico, PASI medio 11,3) cambiados a Guselkumab, presentaban un PSSD medio de 48,5 puntos en el momento de evaluación.

Tras una dosis de Guselkumab, los pacientes bajaron a un PSSD medio de 28,1 puntos, en la evaluación realizada al mes de inicio, y hasta 3,3 a los 6 meses. (p < 0,05)

A 6 meses, ningún paciente presentó ningún evento adverso, ni infección.

CONCLUSIONES

El uso del PSSD en la consulta de Farmacia, permite detectar los pacientes que no están correctamente controlados, de acuerdo con la evaluación del propio paciente via PRO, y ello redundará en una detección temprana, de cara a optimizar el tratamiento ya sea ajustando la medicación concomitante (corticoides tópicos, metotrexato...) o bien proponiendo un cambio a otro biológico.

En nuestra serie, el cambio a una nueva diana terapéutica, concretamente anti IL-23 (Guselkumab) obtuvo un resultado satisfactorio en el control de la psoriasis medido por PSSD, sin ningún evento adverso a 6 meses de evaluación.

El trabajo multidisciplinar entre Farmacia Hospitalaria-Dermatología-Enfermería, redundará en un mejor control de la psoriasis y por ende, de la satisfacción del paciente con su tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1397. INCIDENCIA DE INFECCIONES FÚNGICAS EN PACIENTES TRATADOS CON SECUKINUMAB

AUTORES

BÁEZ GUTIÉRREZ N, RODRÍGUEZ RAMALLO H, GALLEGO MUÑOZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

La inmunidad mediada por IL-17 es esencial para la protección de la piel y las membranas mucosas contra las infecciones por hongos. Saunte et al 2017 concluyeron que la incidencia de candidiasis aumentó moderadamente en pacientes que recibieron terapia anti-IL 17, como secukinumab, en ensayos clínicos. Sin embargo, hay poca evidencia en pacientes en vida real. El objetivo de este estudio es evaluar la incidencia de candidiasis en adultos tratados con secukinumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de aquellos pacientes tratados con secukinumab desde diciembre de 2015 hasta diciembre de 2018 en un hospital del tercer nivel.

Las variables recogidas fueron: demográficas (sexo y edad), indicación, terapias previas, duración del tratamiento con secukinumab, si los pacientes presentaban factores de riesgo para el desarrollo de candidiasis (> 65 años, obesidad (IMC > 30 kg/m²) o diabetes mellitus tipo 2), número de pacientes que desarrollaron candidiasis y tiempo que llevaban en tratamiento con secukinumab cuando desarrollaron la candidiasis.

Los datos fueron extraídos de la historia clínica digital y del programa de prescripción electrónica ATHOS-APD®

RESULTADOS

Se identificaron 186 pacientes tratados con secukinumab durante el periodo de estudio, con una mediana de edad de 49 años (rango 19-85 años), un 65,6% (122) eran hombres.

Las indicaciones de tratamiento con secukinumab fueron: psoriasis 27,4% (51), artritis psoriásica 21,5% (40), psoriasis y artritis psoriásica 26,9% (50) y espondilitis anquilosante 24,2% (45). La mediana de duración del tratamiento con secukinumab fue de 75 semanas (rango 4-195). Un 51,6% (96) de los pacientes había recibido tratamiento con terapia

biológica antes de iniciar el tratamiento con secukinumab.

Un 39% (72) de los pacientes tenía obesidad, un 11,3% (21) eran mayores de 65 años y un 7% (13) eran diabéticos.

Un total de 5 (2,7%) pacientes desarrolló candidiasis después de 16 semanas (cutánea), 21 semanas (localización desconocida), 22 semanas (oral y vulvovaginal), 32 semanas (oral) y 151 semanas (cutánea) tras el inicio de secukinumab. Dos de estos pacientes presentaban factores de riesgo para el desarrollo de candidiasis (2 eran obesos y uno tenía más de 65 años). Ninguno de los pacientes requirió suspender el tratamiento con secukinumab debido a infecciones fúngicas. Todas las candidiasis se resolvieron con tratamiento antifúngico convencional.

CONCLUSIONES

La incidencia de candidiasis en nuestra población de estudio fue ligeramente superior que la recogida por Saunte et al 2017 en su revisión (2,7% vs 1,7%).

Se necesitan más estudios para establecer la incidencia de candidiasis en pacientes tratados con secukinumab. Los pacientes sometidos a dicho tratamiento deben controlarse para detectar infecciones por hongos y tratarse según sea necesario.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1413. EXPERIENCIA DEL TETRAHIDROCANNABINOL EN VIDA REAL COMO TRATAMIENTO PARA LA ESPASTICIDAD MUSCULAR EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

TEJEDOR TEJADA E, ANDRADE ANDRADE I, TAUSTE HERNANDEZ B, SIERRA GARCIA F, VERDEJO RECHE F, ALFEREZ GARCIA I

COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS. CALLE HERMANDAD DE DONANTES DE SANGRE, S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de los derivados tetrahydrocannabinol en esclerosis múltiple.

Determinar los dominios afectados de la clasificación de diagnóstico de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA) relacionados con el tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, multicéntrico y retrospectivo. El periodo de seguimiento fue de 3 años (junio 2016- septiembre 2019). Para valorar la efectividad se realizó una entrevista personal al inicio y tres años después del tratamiento. Se recogieron las siguientes variables: edad, escala expandida del estado de Discapacidad (EDSS), tratamiento para esclerosis múltiple (EM), dosis total tetrahydrocannabinol cuantificada como número de pulsaciones diarias, beneficio clínico, reacciones adversas

RESULTADOS

Se incluyeron 12 pacientes con una media de edad de 54 años y una EDSS media de 6,5. El 83,3% afirma tener beneficios con el tratamiento, definido como una menor espasticidad y espasmos. La dosis diaria se cuantificó con una media de 8 pulsaciones. Como principales efectos adversos recogidos destacan: boca seca (66,7%), mareos (33,3%) y alteración del gusto (22,2%). Se determinó como dominios NANDA afectados: (00274) deterioro de la integridad mucosa oral en el 44,4%, (00085) deterioro de la movilidad física en el 100%, (00037) riesgo de intoxicación en un 22,2%

CONCLUSIONES

Debido a los resultados obtenidos, podemos considerar el uso de tetrahydrocannabinol una alternativa eficaz y segura como tratamiento de la espasticidad en pacientes con esclerosis múltiple. Aunque es necesario fomentar la educación sanitaria

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1419. EXPERIENCIA DE USO DE DUPILUMAB: EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA

AUTORES

FERNÁNDEZ RUBIO B, GALLEGU MUÑOZ C, SORIANO MARTÍNEZ M, DEL VALLE MORENO P

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

A finales de enero de 2020, el Ministerio de Sanidad aprobó un protocolo farmacoclínico del uso de dupilumab en la dermatitis atópica grave en pacientes adultos, el cual obliga al registro de todos los pacientes en la aplicación Valthermed®, un sistema de información para determinar el valor terapéutico en la práctica clínica real de los medicamentos de alto impacto sanitario y económico en el SNS.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad, seguridad y adherencia del tratamiento con dupilumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional con todos los pacientes tratados con dupilumab en un hospital de tercer nivel hasta abril de 2020.

Las variables analizadas fueron: variables demográficas (sexo, edad), tratamientos previos, tratamientos concomitantes, variables clínicas en la semana 16 y 52 [EASI-50, EASI-75 y EASI-90 (Eczema Area and Severity Index) y NRS (Peak Pruritus Numerical Rating Scale)], reacciones adversas y adherencia.

La información se recopiló de la historia clínica y farmacoterapéutica (Diraya®) y del módulo de dispensación individualizada (Athos® prisma).

RESULTADOS

Se incluyeron 10 pacientes (8 hombres) con una mediana de edad de 43 años (21-49).

Los pacientes recibieron previamente corticoides tópicos (100%) y sistémicos (70%), inmunosupresores como azatioprina y ciclosporina (100%) e inmunoglobulina G intravenosa (80%).

En el momento de empezar el tratamiento con dupilumab, el 50 % de los pacientes estaba en tratamiento con un corticoide tópico o sistémico.

Todos recibieron una dosis inducción de 600 mg vía subcutánea, seguida de 300 mg cada dos semanas.

En la semana 16, el 80 % de los pacientes consiguió el EASI-50, el 60% el EASI-75 y el 40% el EASI-90. Respecto a la semana 52, el 85% alcanzó el EASI-50, el 57% el EASI-75 y el 29% el EASI-90.

En la semana 16, el prurito disminuyó en el 83% de los pacientes según la escala NRS mientras que en la semana 52 disminuyó en el 100%.

Se produjeron reacciones adversas de tipo oftalmológico en el 60 % de los pacientes (3 presentaron conjuntivitis y otros 3 prurito). Hubo un caso de herpes genital. Ninguno presentó reacción local en la zona de administración.

La adherencia al tratamiento fue del 100% en todos los pacientes.

CONCLUSIONES

Los datos de efectividad en nuestra cohorte de pacientes son equiparables a los obtenidos en los ensayos pivotaes (EP), excepto el EASI-90 en la semana 52 (50,6% en el EP vs. 29% en nuestra cohorte). Respecto a la seguridad, las reacciones adversas descritas son similares a las de los EP. Por tanto, dupilumab ha mostrado ser efectivo en todos los pacientes con formas graves de dermatitis atópica y con numerosos tratamientos previos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1424. EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DE USO DE DUPILUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE REFRACTARIOS AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL

AUTORES

RODRÍGUEZ ESQUIROZ A, ARRONDO VELASCO A, TEJADA MARIN D, ULACIA EPELDE L, CALVO ARBELOA M, ILLODO BECERRA JA, LAMAS PILLO A, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. IRUNLARREA, 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de Dupilumab tras un año de tratamiento en pacientes diagnosticados de dermatitis atópica (DA) grave que habían fracasado previamente al tratamiento convencional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se incluyeron pacientes diagnosticados de DA grave, con un índice SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis) superior a 40, en tratamiento con dupilumab.

Se recogieron diferentes variables de la historia clínica informatizada: sexo, edad, tratamientos previos, SCORAD al inicio del tratamiento y a las 16, 24 y 52 semanas, uso concomitante de corticoides e inhibidores de la calcineurina tópicos y reacciones adversas. Además, se recogió el porcentaje de adherencia al tratamiento según los registros de dispensación. La respuesta clínica se evaluó mediante la disminución en el índice SCORAD transcurrido un año de tratamiento. Se tuvo también en cuenta la suspensión o modificación de dosis de corticoides orales.

RESULTADOS

Se incluyeron 8 pacientes (75% hombres) con una media de edad de 44 años (entre 22 y 68). Todos ellos fueron diagnosticados de DA grave, con un SCORAD medio al inicio de tratamiento de 62 puntos (42-76.5). Todos ellos habían sido tratados previamente con emolientes, glucocorticoides tópicos y orales, fototerapia, ciclosporina A oral y azatioprina, y en algunos casos con inhibidores de la calcineurina tópicos, metotrexato, omalizumab y micofenolato mofetilo, fracasando al tratamiento en todos los casos. Al inicio del tratamiento el 50% de los pacientes estaba en tratamiento concomitante con corticoides orales y ninguno con inhibidores de la calcineurina tópicos.

Todos los pacientes recibieron una dosis de inicio de 600 mg y posteriormente siguieron con la dosis de mantenimiento, 300 mg cada 2 semanas por vía subcutánea. Los datos se recogieron a las 16, 24 y 52 semanas de tratamiento.

Dos pacientes tuvieron que suspender el tratamiento en las semanas 16 y 52 respectivamente a causa de síntomas oculares graves. Otro paciente se descartó del estudio debido a que no acudía a recoger el tratamiento al Servicio de Farmacia ni acudía a las consultas de Dermatología.

De los 5 pacientes restantes, se observó una disminución media del índice SCORAD a las 52 semanas de tratamiento del 91% (rango 78.5-100%). Todos los pacientes presentaron una adherencia al tratamiento del 100%. En todos los casos se produjeron efectos adversos oculares (xerosis y eritema) que se resolvieron con la administración de lágrimas artificiales. El 100% de los pacientes consiguió suspender la administración de corticoides orales en la semana 24 de tratamiento.

CONCLUSIONES

- Dupilumab mejora el índice SCORAD en pacientes con DA grave refractaria a otros tratamientos. Este índice valora, además de las lesiones cutáneas, el prurito y la calidad de vida, viéndose estos 3 aspectos mejorados.

- En todos los casos se suspendió la administración de corticoides orales.
- Es fundamental una correcta adherencia al tratamiento para conseguir los resultados clínicos deseados.
- Se trata de un fármaco bien tolerado, cuyos principales efectos adversos son los oculares. El único motivo que provocó la suspensión del tratamiento fue la queratoconjuntivitis.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1433. PERSISTENCIA DE TOFACITINIB Y BARICITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES

SERRANO GIMÉNEZ R, FOBELO LOZANO MJ, ROBUSTILLO CORTÉS MA, TREMIÑO VÁZQUEZ P
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. AVDA. BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar y comparar la persistencia de tofacitinib y baricitinib, así como las causas de discontinuación, en pacientes con artritis reumatoide (AR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes adultos diagnosticados de AR en tratamiento con tofacitinib o baricitinib hasta febrero 2020, en un Área de Gestión Sanitaria. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tratamiento biológico previo, tiempo desde diagnóstico a inicio del fármaco, pauta posológica, tratamiento concomitante con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs) y causa de discontinuación. Los datos se obtuvieron de la historia clínica digital del paciente y programa de dispensación a pacientes externos. La persistencia se calculó empleando la función curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y la significancia estadística por análisis tipo regresión de Cox, mediante el programa IBM SPSS® v.20.

RESULTADOS

Con respecto a tofacitinib, se incluyeron 48 pacientes, con una mediana de edad de 55 años [rango intercuartílico (RIQ)=50-66]; el 79,2% (n=38) eran mujeres. La mediana de tiempo desde el diagnóstico al inicio de tofacitinib fueron 7,9 años (RIQ=4,5-11,5). El 64,6% (n=31) había estado en tratamiento previo con biológico, siendo tofacitinib 2ª línea en el 45,1% (n=14), 3ª en el 35,5% (n=11) y 4ª en el 19,4% (n=6). En el 96% (n=46) la pauta posológica fue 5 mg/12 horas. El 62,5% (n=30) se encontraban en tratamiento concomitante con FAMEs. La mediana de tiempo de persistencia fue de 15,7 meses [IC95% 8,8-22,6]. A fecha fin de estudio, el 52,1% (n=25) seguía en tratamiento. El motivo de suspensión del resto fue: pérdida de efectividad en el 60,9% (n=14) [por fallo primario 7,1% (n=1)], eventos adversos (EA) en el 21,7% (n=5), ambas causas en el 4,4% (n=1) y contraindicaciones en el 13% (n=3). En relación a baricitinib, se incluyeron 15 pacientes, con una mediana de edad de 53 años (RIQ=44-65); el 73,3% (n=11) eran mujeres. La mediana de tiempo desde el diagnóstico al inicio con baricitinib fueron 9,5 años (RIQ=2,2-15,0). El 73,3% (n=11) había estado en tratamiento previo con biológico, siendo baricitinib 2ª línea en el 54,6% (n=6), 3ª en el 36,4% (n=4) y 5ª en el 9,1% (n=1). En el 80% (n=12), la pauta posológica fue 4 mg/24 horas. El 66,7% (n=10) se encontraba en tratamiento concomitante con FAMEs. La mediana de tiempo de persistencia fue de 10,3 meses [IC95% 8,3-12,3]. A fecha fin de estudio, el 20% (n=3) seguía en tratamiento. El motivo de suspensión del resto fue: pérdida de efectividad en el 66,7% (n=8) [por fallo primario 11,1% (n=1)], EA en el 25,0% (n=3) y ambas causas en el 8,3% (n=1). Al comparar la persistencia entre ambos fármacos no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (p=0,378).

CONCLUSIONES

Para ambos medicamentos, la persistencia obtenida no parece ser muy elevada. Con baricitinib, los pacientes tienden a discontinuar más frecuentemente. Es necesario continuar el seguimiento de todos los pacientes en tratamiento con estos fármacos para disponer de resultados más concluyentes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1444. UTILIZACIÓN DE UNA PLATAFORMA ONLINE DE CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA TELEMÁTICOS PARA MONITORIZACIÓN DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

MERCADAL ORFILA G, CASQUERO SUBIAS P, BLASCO MASCARO I, LLORENS CALATAYUD G, GARCIA CASADO A, ROMERO DELBARCO R, PONS STAGER M, LIÑANA GRANELL C
HOSPITAL MATEU ORFILA. RONDA DE MALBUGER, 1. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Los sistemas de medida son necesarios para cuantificar el impacto de la enfermedad en un paciente. Permiten documentar la evolución clínica de forma estandarizada y comparar la eficacia de los tratamientos. Los PROs (patient reported outcomes) son una herramienta fundamental en la evaluación global de los pacientes, donde mediante cuestionarios estructurados y validados, los pacientes pueden expresar cómo les afecta su patología a nivel físico, psíquico o social.

La utilización de los PROs por vía telemática, es una herramienta fundamental, para poder hacer un registro ágil y automatizado.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el estado de los pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) en tratamiento con medicamentos inmunomoduladores, por medio de una plataforma telemática de recogida de dichos PROs.

MATERIALES Y MÉTODOS

Por medio de una plataforma tecnológica para la evaluación de calidad de vida de las personas con EM, se le pasa vía email a los pacientes 7 cuestionarios:

1. Cuestionario de adherencia SMAQ(Simplified medication adherence questionnaire)
2. Cuestionario de calidad de vida EuroQoL-5D (EQ-5D)
3. Cuestionario de calidad de vida MusiQoL
4. Escala modificada del impacto de la fatiga en la esclerosis múltiple (MFIS)
5. Cuestionario de depresión BDI-II (Escala del inventario de depresión de Beck)
6. Cuestionario sobre la productividad relacionada con la salud (HRPQ en la EM v2)
7. Cuestionario sobre la satisfacción con el medicamento (TSQM)

RESULTADOS

De los 47 pacientes EM en tratamiento en nuestro centro , 36 (79,9%) tienen mail. De ellos, finalmente participan 20 pacientes(55,5%).

De la muestra finalmente seleccionada de 20 pacientes , el 75% eran mujeres, edad media 46 años (30,8-60,8 años) , tiempo evolución medio de la EM 14,2 años(1,9-25,9 años) , Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS) media de 1,9 (0-7) , tiempo medio de tratamiento de 3,9 años (0,09 -13,9 años) , 95% de pacientes tenían EM remitente-recurrente, el 80% estaban en tratamiento oral, 10% subcutáneo, y 10% intravenoso.

Los cuestionarios nos permitieron detectar que el 29,4% de pacientes tenían una depresión moderada o grave.

El EQ-5D mostró una puntuación visual en el estado de salud de 68,65 (30-100) , y una puntuación media de nuestra serie del cuestionario EQ-5D de 0,72 (0,25-1)

El MusiQoL mostró una puntuación media de 49,95 (0-95)

El MFIS mostró una puntuación media de fatiga de 41,53 (1-69)

El TSQM de eficacia, seguridad , conveniencia y global medios fueron respectivamente de 69,9(16,67-100), 80,51(37,5-100) ; 72,22 (22,22-100) y 69,32(28,57-100)

A nivel de productividad sólo el 25% estaban empleados a tiempo completo.

Según el cuestionario SMAQ el 40% eran no adherentes.

CONCLUSIONES

El uso de PROs telemáticos , nos ayuda detectar los pacientes que no están correctamente controlados, satisfechos, o no son adherente de acuerdo con la evaluación del propio paciente via PROs, y ello redundará en una detección temprana, de cara a optimizar el tratamiento, y a ser más eficientes en la gestión del tiempo de consulta.

Unos de los aspectos a solventar son pacientes sin email o internet.

El trabajo multidisciplinar bien coordinado entre Farmacia Hospitalaria-Neurología-Enfermería, redundará en una mejora del control asistencial y clínico del paciente

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1454. ESTUDIO DEL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICO-SOCIAL

AUTORES

MARTÍNEZ CRESPO A, AGUIRRE SEGURA G, GÓMEZ BARRERA M, LOZANO ORTÍZ R, FRUTOS PÉREZ-SURIO A
CRP NTRA. SRA. DEL PILAR. DUQUESA VILLAHERMOSA 66-68. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de antipsicóticos (Grupo N05A de la clasificación ATC) prescritos en el centro como variable principal y como variables secundarias la proporción de antipsicóticos típicos frente a los atípicos, la prevalencia de antipsicóticos de acción prolongada y de prescripciones "off label".

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal realizado con los pacientes ingresados en el centro el día 28 de noviembre de 2019.

La información se obtuvo mediante el módulo de unidosis del programa Farmatools®, creándose una base de datos en Excel® con la siguiente información: número de historia del paciente, sexo, edad, antipsicóticos prescritos, antipsicóticos con prescripción de dosis "off label" (superior a la dosis indicada en la ficha técnica del medicamento).

Los datos de las variables cuantitativas se presentaron como la media \pm desviación estándar, las cualitativas en porcentajes.

Para las comparaciones se utilizó la prueba de χ^2 . Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$. Los cálculos se realizaron con el programa SPSS 25.0®.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio los 151 pacientes ingresados en el centro, 89 hombres y 62 mujeres con una edad de $58,72 \pm 16,18$ años.

El número total de prescripciones de antipsicóticos fue de 312, de las cuales 254 (81,41 %) correspondieron a antipsicóticos atípicos.

El número de antipsicóticos por paciente fue de $2,07 \pm 1,00$ con un máximo de 5 antipsicóticos prescritos a un mismo paciente, 6 pacientes alcanzaron esa cifra y un mínimo de cero, en 1 paciente.

La prevalencia de prescripción de cada antipsicótico típico fue: levomepromazina 21 (6,73 %), flufenazina 10 (3,21 %), zuclopentixol 16 (5,13 %), trifluoroperazina 1 (0,32 %) y haloperidol 10 (3,21 %).

Respecto a la prevalencia de cada antipsicótico atípico: clozapina 48 (15,38%), olanzapina 45 (14,42 %), quetiapina 41 (13,14 %), paliperidona 57 (18,27 %), risperidona 14 (4,49 %), aripiprazol 41 (13,14 %), ziprasidona 1 (0,32 %), asenapina 4 (1,28 %) y amisulpirida 3 (0,96 %).

Se prescribieron un total de 66 antipsicóticos de acción prolongada (21,15 % de las prescripciones totales): 7 aripiprazol, 36 paliperidona (26 mensuales y 10 trimestrales), 3 risperidona, 10 flufenazina y 10 zuclopentixol. Un total de 17 prescripciones (5,45 %) se consideraron "off label", al superar la dosis máxima contemplada en la ficha técnica, de las cuales 16 (94,12 %) correspondían a antipsicóticos atípicos y 1 a los típicos (5,88 %). En la comparativa de prescripciones "off label" típicos/atípicos, las variables estadísticas encontradas fueron: $\chi^2= 12,57$; $p < 0,01$.

CONCLUSIONES

- La media de antipsicóticos prescritos por paciente fue de 2,07.
- Mayor prevalencia de prescripciones de antipsicóticos atípicos frente a los típicos.
- Alto porcentaje de prescripciones de antipsicóticos parenterales de acción prolongada.
- Los antipsicóticos atípicos son utilizados en dosis "off label" con más frecuencia que los típicos. La diferencia fue estadísticamente significativa.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1455. EVOLUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES INGRESADOS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

AUTORES

MARTÍNEZ CRESPO A, AGUIRRE SEGURA G, GÓMEZ BARRERA M, LOZANO ORTÍZ R, FRUTOS PÉREZ-SURIO A
CRP NTRA. SRA. DEL PILAR. AVENIDA DUQUESA VILLAHERMOSA 66-68. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Estudiar la evolución de la prescripción de antipsicóticos en una cohorte de pacientes en seguimiento desde el 20 de noviembre de 2015 hasta el 28 de noviembre de 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el estudio se utilizó una cohorte de todos los pacientes que se han mantenido ingresados en el centro desde el 20 de noviembre de 2015 hasta el 28 de noviembre de 2019.

La información se obtuvo mediante el módulo de unidosis del programa Farmatools®, creándose una base de datos en Excel® con la siguiente información: número de historia del paciente, sexo, edad, antipsicóticos prescritos (Totales, típicos y atípicos), antipsicóticos con prescripción de dosis "off label", los dos últimos parámetros se recopilaban al inicio y al final del estudio.

Los valores de las variables cuantitativas se presentaron como la media \pm desviación típica, las cualitativas en porcentajes. Para las comparaciones antes-después se utilizó la prueba t de student de datos pareados. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$. Los cálculos se realizaron con el programa SPSS 25.0®.

RESULTADOS

La cohorte estaba compuesta por un total de 106 pacientes, 62 hombres (58,49 %) y 44 mujeres (41,51 %). La edad al final del estudio era de $61,81 \pm 13,97$ años.

El número total de prescripciones de antipsicóticos al inicio del estudio fue de 251 ($2,37 \pm 1,27$ por paciente) al final fueron 227 ($2,14 \pm 1,06$ por paciente).

En la comparativa antes-después los valores estadísticos encontrados fueron: $t= 2,22$, $p=0,03$.

Al principio del estudio hubo 81 prescripciones de antipsicóticos típicos ($0,76 \pm 0,88$ por paciente), fueron: levomepromazina 30, haloperidol 20, zuclopentixol 18, flufenazina 12 y trifluoperazina 1. Al final del estudio hubo 51 ($0,48 \pm 0,71$ por paciente) fueron: levomepromazina 18, haloperidol 9, zuclopentixol 13, flufenazina 10 y trifluoperazina 1. Si comparamos el número antes-después los valores estadísticos encontrados fueron; $t=3,39$; $p=0,001$.

En cuanto a los antipsicóticos atípicos, al principio hubo 174 prescripciones ($1,64 \pm 0,80$ por paciente) fueron: paliperidona 43, olanzapina 36, clozapina 28, quetiapina 24, aripiprazol 22, risperidona 10, amisulprida 4, clotiapina 4, ziprasidona 2 y asenapina 1. Al final del estudio hubo 176 ($1,66 \pm 0,74$ por paciente) fueron: paliperidona 41, olanzapina 36, clozapina 34, quetiapina 31, aripiprazol 19, risperidona 9, amisulprida 3, tiaprida 1, ziprasidona 1 y asenapina 1.

Comparando el número de prescripciones antes-después los valores estadísticos encontrados fueron; $t=0,40$; $p=0,69$.

Respecto a las prescripciones "off label" al principio del estudio había 34, de ellas 32 correspondían a antipsicóticos atípicos (10 eran de olanzapina). Al final había 18: 17 correspondían a antipsicóticos atípicos (5 eran de olanzapina).

Si comparamos el número de prescripciones "off label" totales antes-después los valores estadísticos encontrados fueron: $t=1,97$; $p=0,05$.

CONCLUSIONES

- Al final del estudio hay una disminución del número de antipsicóticos prescritos.
- El número de antipsicóticos típicos ha disminuido, mientras que el número de atípicos se mantiene constante.
- El número de prescripciones "off label" ha disminuido.
- Olanzapina es el antipsicótico más prescrito con dosis "off label".

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1457. ANÁLISIS DE LAS PAREJAS DE ANTIPSICÓTICOS UTILIZADAS EN POLITERAPIA EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

AUTORES

MARTINEZ CRESPO A, GÓMEZ BARRERA M, LOZANO ORTÍZ R
CRP NTRA. SRA. DEL PILAR. DUQUESA VILLAHERMOSA 66-68. ZARAGOZA

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es revisar las combinaciones de las parejas de antipsicóticos empleadas en la práctica clínica.

El objetivo secundario es comprobar si las parejas de antipsicóticos utilizadas con más frecuencia en la práctica clínica son las mejor valoradas por los psiquiatras.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional transversal realizado con los pacientes ingresados a finales de febrero de 2020.

Se hizo una recopilación de las distintas parejas de antipsicóticos utilizados en combinación, se incluyeron todas, aunque estuvieran en combinación con algún otro antipsicótico adicional.

Se hizo una encuesta a los psiquiatras del Centro sobre su opinión acerca de los dúos de antipsicóticos utilizados con mayor frecuencia, se incluyeron aquellos con una frecuencia de prescripción mayor de 3. Se daban 5 opciones de respuesta: Muy favorable (Valorado con un 5), favorable (valorado con 4), neutra (3), desfavorable (2), muy desfavorable (1).

Se midió la correlación entre la frecuencia de prescripción de los dúos de antipsicóticos utilizados con la valoración de los psiquiatras a dichas parejas mediante el coeficiente de correlación r de Pearson. Se compararon las puntuaciones de los psiquiatras mediante la prueba de Friedman y se analizaron las diferencias dos a dos con la prueba T de Wilcoxon. Se consideró diferencia estadísticamente significativa una $p < 0,05$ corregida por el número de pruebas post hoc de Wilcoxon. Los cálculos se han realizado con el software SPSS 25.0®.

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron los 154 pacientes ingresados en el centro, 61,68 % de ellos eran hombres. La edad de los pacientes en estudio fue de 58,30 años (Error estándar= 16,32).

El número de parejas de antipsicóticos distintos utilizadas eran 56, con una frecuencia absoluta de 214.

Las combinaciones más utilizadas fueron paliperidona con olanzapina, paliperidona con levomepromazina, clozapina con paliperidona y clozapina con aripiprazol; con 16,13,13 y 11 prescripciones respectivamente.

La encuesta se realizó en 21 pares de antipsicóticos. Fue realizada por 4 psiquiatras distintos.

Se observó bastante variabilidad en las respuestas. La pareja mejor valorada fue clozapina-aripiprazol con 3 opiniones muy favorables y una opinión desfavorable. Ninguna de las combinaciones fue valorada con la opción 1 (Muy desfavorable). El valor de la correlación de Pearson entre la frecuencia de la prescripción y la valoración no fue significativamente diferente de 0, $p = 0,30$. Esto indica que no hay correlación entre ambas variables.

La media \pm desviación típica de la valoración para cada psiquiatra fue de $3,23 \pm 0,83$; $3,95 \pm 1,28$; $3,19 \pm 0,92$; $3,42 \pm 1,12$. La prueba de Friedman fue significativa, $p=0,041$.

CONCLUSIONES

- La politerapia a pesar de estar desaconsejada es una práctica habitual en el Centro debido a la complejidad de los pacientes.

- No existe relación entre la frecuencia de prescripción y la valoración de los psiquiatras.

- La valoración de las diferentes politerapias no es homogénea entre todos los psiquiatras, detectándose diferencias en dos de los cuatro psiquiatras consultados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS**1460. ESTUDIO SOBRE EFICACIA Y SEGURIDAD DE TOXINA BOTULÍNICA EN MIGRAÑA CRÓNICA.****AUTORES**

PACHECO LÓPEZ P, CARVAJAL SÁNCHEZ MÁ, IBAÑEZ CATURLA J, CLAVIJOS BAUTISTA S, MEROÑO SAURA MA, FERNÁNDEZ ZAMORA C, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ T, VENTURA LÓPEZ M
HOSPITAL MORALES MESEGUER. C/MARQUEZ DE LOS VÉLEZ. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluación de la eficacia y seguridad de la toxina botulínica tipo A en pacientes adultos con migraña crónica (MC) y análisis del cumplimiento del protocolo de uso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con MC del Servicio de Neurología que recibieron tratamiento con toxina botulínica entre el 01/11/2018 y el 01/11/2019. Se recogen de la historia clínica: edad de inicio del tratamiento, profilaxis oral previa, indicación, cumplimiento de protocolo de uso (dosis de inicio de 155 UI y aumento a 195 UI si no hay respuesta, intervalo mínimo entre dosis de 3 meses) número de ciclos recibidos y efectos adversos relacionados. Los datos se obtienen de manera anonimizada de Selene®. Para el análisis de respuesta, de acuerdo con la bibliografía, sólo se tienen en cuenta los pacientes que han recibido 3 o más ciclos, y se considera que existe respuesta cuando la disminución de la frecuencia de episodios migrañosos/mes es mayor o igual al 50% y fracaso terapéutico cuando esta es menor.

RESULTADOS

Se analiza el uso toxina botulínica en un total de 92 pacientes, de los cuales el 97,8% (90) cumple criterios de MC.

- La mediana de edad de inicio de toxina es de 44.6 años (IQR 20-80).

- Los pacientes reciben una mediana de 6 ciclos (IRQ 1-21).

- El 7,6% (7/92) presentó efectos adversos relacionados con la infiltración, entre los que destacan trastornos neurológicos; parálisis de elevación de cejas (57,4%), ptosis (14,3%), exacerbación del dolor (14,3%) y edema facial (14,3%).
- El 100% de los pacientes había recibido antes fármacos preventivos orales: topiramato y/o betabloqueantes, constatándose en un 5,4% (5/92) una intolerancia farmacológica que impide continuar con estos tratamientos.

Para la evaluación de la respuesta se excluyeron 24 pacientes, por haber recibido 2 o menos ciclos de toxina, y de los 68 restantes; 55 (80,9%) presentan respuesta adecuada al tratamiento y 13 (19,1%) son no respondedores.

Respecto al cumplimiento del protocolo de uso:

- El 97% (66/68) de los pacientes con respuesta evaluable empieza con 155U como dictan los protocolos y sólo el 3% (2/68) inicia directamente con 195U. De esos 66 pacientes, 20 (30,3%) pasa a 195U tras disminución de efecto con 155U.
- El 5,9% (4/68) exceden la dosis según protocolo, ya que han recibido 225 UI en su última administración.
- La frecuencia de administración entre dosis recomendada en ficha técnica de 3 meses se está respetando, ya que no hay ningún paciente activo que haya recibido más de 4 administraciones de toxina en el periodo analizado de un año.

CONCLUSIONES

- La toxina botulínica es un tratamiento profiláctico eficaz para la migraña crónica, pues el 81% de los pacientes que han recibido 3 o más infiltraciones ha logrado disminuir considerablemente la frecuencia de ataques migrañosos. Los pacientes no respondedores (19%) podrían ser candidatos a los nuevos fármacos biológicos para MC.
- La toxina botulínica presenta un buen perfil de seguridad dado que un escaso porcentaje de los pacientes ha presentado efectos adversos (no graves) tras su uso.
- Se está cumpliendo el protocolo de uso para MC tanto en dosis como en intervalo de administración.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1462. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

CASO GONZÁLEZ A, OBALDIA ALAÑA C, MARÍN GORRICO R, LERALTA GONZÁLEZ C, SANZ ALONSO V, NEBOT VILLACAMPA MJ, GONZÁLEZ PÉREZ Y, NUÑEZ RODRÍGUEZ J
HOSPITAL SAN PEDRO. C/ PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Analizar el perfil de utilización, efectividad y seguridad de Erenumab en la práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de observación prospectivo de cinco meses de duración (diciembre 2019-abril 2020) realizado en un Hospital General de 630 camas. Se incluyeron los pacientes tratados con Erenumab desde su comercialización. Mediante la historia clínica electrónica, el programa de dispensación y la entrevista clínica se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, tipo y años de evolución de la migraña, tratamientos previos y días de migraña al mes e intensidad de dolor (según escala EVA) previo y posterior al uso de Erenumab. También se recogieron la dosis, el número de administraciones y las reacciones adversas (RA). Se utilizaron los cuestionarios MIDAS y MSQ 2.1 para evaluar el grado de discapacidad (discapacidad muy grave si > 40 puntos) y la calidad de vida (escala de 0-100) respectivamente, que se realizaron en la situación basal y posteriormente a los tres meses.

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes, 17 mujeres (85%), con una edad media de 48.6±11.3 años. Todos padecían migraña crónica, excepto uno, que tenía migraña episódica; la mayoría sin aura (70.6%), con una media de evolución de la enfermedad de 25 años. Un 65% presentaban fobia y/o fonofobia, y un 70% presentaba náuseas y/o vómitos. Los pacientes habían recibido una media de 7.3 líneas previas de tratamiento preventivo (betabloqueantes, antidepresivos, IECAS, antiepilépticos, bloqueos anestésicos y/o toxina botulínica). Respecto a las dosis, ocho pacientes continúan con 70 mg, mientras que diez pacientes ascendieron a 140 en la 2ª administración y dos en la 3ª. A final de abril, un paciente había recibido sólo una dosis, cinco pacientes tres, seis pacientes cuatro, cinco pacientes cinco y tres pacientes seis. En cuanto a la efectividad, los pacientes tenían una media basal de 21.1 días al mes de migraña con una intensidad de dolor de 8.4. A los tres meses tras Erenumab la media era de 6.6 días al mes con una intensidad de 5.3. Dos pacientes suspendieron el tratamiento por falta de eficacia. Respecto al cuestionario MIDAS los pacientes presentaban una discapacidad basal media muy grave de 105.7 [0-265] y tras la 3ª dosis una discapacidad moderada de 14.3 [0-45], lo que supone una diferencia media de 74.3 [0-263]. La calidad de vida basal media, según MSQ 2.1, fue de 25.5 [0-68.5] y la posterior fue de 86.8 [70.8-97.1], por lo que mejora 56.3 puntos [16.1-97.1]. Respecto a la toxicidad, doce pacientes (60%) desarrollan estreñimiento, tres (15%) prurito generalizado, tres reacciones locales, uno aumento de tensión arterial, uno astenia, uno insomnio y uno pérdida de apetito y agravación de su depresión.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Erenumab se utiliza en migraña crónica altamente discapacitante.

Los días de migraña al mes se reducen una media de 15 días y la intensidad del dolor más de tres puntos. La calidad de vida mejora en 56.3 puntos y la discapacidad mejora de muy grave a moderada. Sólo dos pacientes suspenden el tratamiento por falta de eficacia.

15 pacientes (75%) presentaron alguna RA, siendo la más frecuente estreñimiento (60%).

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS**1476. CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN TRATAMIENTO CON RILUZOL MEDIANTE BIG DATA****AUTORES**

PALANQUES PASTOR T, BELTRÁN GARCÍA I, FERRADA GASCÓ A, COMPANY ALBIR MJ, MEGÍAS VERICAT JE, RIBES ARTERO H, GUERRERO HURTADO E, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVINGUDA DE FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Caracterizar la población de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) en tratamiento con riluzol mediante Big Data.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital terciario. Se utilizó la herramienta analítica Savana Farma® (Savana®) para transformar la información contenida en las historias clínicas electrónicas en Big Data, examinándose aproximadamente 10.000 documentos que englobaron los términos “riluzol” y “esclerosis lateral amiotrófica”. Se exploró todo el periodo de tiempo procesado por la plataforma (01/10/2012 – 28/09/2018).

RESULTADOS

En el periodo de estudio se trataron con riluzol 264 pacientes correspondientes al 62% del total de casos de ELA (n=423). La media de edad fue 64 (± 11) años, afectó en un 56% (n=149) a hombres y la presentación diagnóstica principal fue la bulbar (52%, n=138). Un 31% (n=81) de los enfermos fue hospitalizado, con una estancia media de 4 días y una tasa de fallecimiento del 12% (n=10). En cuanto a factores de riesgo cardiovascular, los pacientes presentaron dislipemia (46%, n=121), hipertensión arterial (41%, n=109), diabetes mellitus (25%, n=67) y hábito tabáquico (20%, n=54).

Los signos y síntomas mayoritarios fueron náuseas (73%, n=194), fasciculación (63%, n=165), disartria (52%, n=138), disfagia (50%, n=131), disnea (48%, n=128), debilidad muscular (45%, n=119), ansiedad (23%, n=62) y pérdida de peso (20%, n=53).

Los tratamientos farmacológicos más empleados además de riluzol fueron amitriptilina (37%, n=97), trazodona (34%, n=91), baclofeno (28%, n=73) e ipratropio (20%, n=52).

En cuanto a las pruebas de diagnóstico y seguimiento, predominaron campimetrías (84%, n=223), electromiografías (84%, n=223), espirometrías (66%, n=174) y electroforesis de proteína seca (42%, n=110). En relación a los procedimientos terapéuticos, destacaron la gastrostomía endoscópica percutánea (54%, n=142), la ventilación mecánica no invasiva (41%, n=108) y la traqueostomía (19%, n=51).

CONCLUSIONES

Riluzol fue ampliamente utilizado en el tratamiento de la ELA debido a que es el único fármaco que ha demostrada una discreta eficacia en prolongar la vida y el tiempo hasta la instauración de ventilación mecánica.

El síntoma más frecuentemente reportado fueron las náuseas debido al tratamiento con riluzol, el fármaco mayormente coadministrado amitriptilina en sialorrea, afectación pseudobulbar y depresión y el procedimiento terapéutico principalmente realizado gastrostomía por disfagia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS**1487. EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE CLADRIBINA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE****AUTORES**

FAGES PÉREZ M, GARCÍA MARÍN J, ROMERO PUERTO J, SORIA MARTÍN A, QUESADA SANZ MP, ÁVILA ÁLVAREZ JR
HOSPITAL PUNTA DE EUROPA. CTRA. DE GETARES. CÁDIZ

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de cladribina en pacientes diagnosticados de esclerosis múltiple (EM) en un entorno clínico real.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, en un hospital comarcal, hasta febrero de 2020 incluido, de los pacientes con EM que recibieron tratamiento con cladribina oral a dosis de 3,5mg/kg de peso corporal a lo largo de dos años, administrados en forma de un curso de tratamiento de 1,75 mg/kg por año, consistiendo cada curso en dos semanas de tratamiento, una al inicio del primer mes y otra al inicio del segundo mes. Los datos se obtuvieron del programa de atención a pacientes externos PRISMA-APD, y mediante la revisión de historias clínicas en Diraya. La eficacia se evaluó mediante la ausencia o no de brotes, y la estabilización de la enfermedad evidenciada mediante resonancia magnética (RM). La seguridad mediante el recuento de linfocitos basales y linfocitos en la última analítica. Otras variables clínicas recogidas fueron: edad, sexo, tratamientos previos, y cantidad de fármaco recibida.

RESULTADOS

Se incluyeron 10 pacientes en el estudio, 8 mujeres y 2 hombres, con una media de edad de 47,3 años, todos ellos con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) activa, salvo uno con esclerosis múltiple secundaria progresiva (EMSP) que se autorizó off-label. Se comprobó que se encontraban vacunados de varicela-zóster y que no presentaban infecciones latentes por los virus de la hepatitis B y C. Todos habían recibido terapias previas, 5 de ellos fallando al tratamiento con fingolimob. Se aplicó el periodo de lavado recomendado para cada fármaco previo, y en un caso incluso

se administró carbón activo para acelerar la eliminación de teriflunomida. De los pacientes tratados, 7 de ellos recibieron el primer curso de tratamiento completo (1,75 mg/kg), 1 inició el segundo curso de tratamiento pero sin completarlo (2,63 mg/kg), y 2 completaron el segundo curso de tratamiento (3,5 mg/kg). 3 pacientes tuvieron un brote, 2 de ellos tras dos semanas desde inicio de tratamiento y con aparición de nuevas lesiones evidenciadas con RM, uno de ellos con signos de actividad inflamatoria. El tercer paciente que sufrió brote fue tras cuatro meses del inicio de tratamiento, y en RM no se apreciaron cambios. En cuanto a la seguridad, la media de linfocitos previos al tratamiento fue de 1364 células/mm³ y la media de linfocitos de las últimas analíticas postratamiento fue de 1334 células/mm³, además ninguno de los pacientes tuvo linfocitos por debajo de 800 células/mm³.

CONCLUSIONES

Cladribina presentó una buena eficacia en el control de la EM ya que sólo 2 de los 10 pacientes del estudio presentaron nuevas lesiones desmielinizantes, y de ellos, exclusivamente en 1 se pudo apreciar actividad inflamatoria. Además en ambos casos la desmielinización ocurrió tras dos semanas del inicio del tratamiento por lo que podría haber sido por el no establecimiento del efecto del fármaco. Tiene un buen perfil de seguridad ya que en ningún caso la disminución de linfocitos fue menor a 800 mm³.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1497. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES REUMATOLÓGICOS TRAS EL SWITCH A ADALIMUMAB BIOSIMILAR

AUTORES

PISALA N, RAMIÓ MONTERO E, IBAÑEZ VIDAL M, DAUSÀ FERRER L, COBOS PÉREZ A, VALLS ROC M, RUELLE PONCELET MC

CLINICA GIRONA. JOAN MARAGALL, 26. GIRONA

OBJETIVOS

A principios de 2019, a todos los pacientes con enfermedades inflamatorias reumáticas crónicas del sistema público de Salud del Servicio de Reumatología que estaban en tratamiento con adalimumab se les realizó el cambio al fármaco biosimilar con el objetivo de velar por la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Después de aproximadamente un año de tratamiento con la nueva presentación, nos planteamos evaluar el grado de satisfacción de los pacientes tras el cambio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo realizado en la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia durante los meses de febrero y marzo del 2020.

Se diseñó un cuestionario de 8 preguntas agrupadas en cinco temas: percepción de eficacia, comodidad (2), efectos secundarios (2), atención recibida (2) y satisfacción global. De las 8 preguntas, en 3 de ellas se utilizó una escala de puntuación del 1 al 5.

Se incluyeron todos los pacientes que acudían a recoger la medicación y habían estado un mínimo de seis meses en tratamiento con cada una de las presentaciones.

RESULTADOS

La encuesta se realizó a 13 pacientes, 3 mujeres (23,1%) y 10 hombres (76,9%), con una media de edad de 53 (32-76) años. El 53,8% estaban en tratamiento con adalimumab por espondilitis anquilosante, el 38,5% por artritis psoriásica y el 7,7% por artritis reumatoide. La media de tiempo en tratamiento con el fármaco original fue de 65,08 meses y de 11,08 meses con la presentación biosimilar.

La percepción de eficacia del fármaco biosimilar comunicada por los pacientes fue de 3,8/5, sin ser este comparativo con el tratamiento anterior. Respecto a la comodidad, el 76,9% afirmaron preferir el funcionamiento de la nueva presentación obteniendo una media de satisfacción de 4,3/5. Un 23,1% (3) de los pacientes describieron algún efecto adverso con la presentación biosimilar (picor, dolor y calambres), y sólo en un caso se volvió a suministrar el fármaco original. Respecto a la atención recibida, el 100% de los pacientes afirmaron haberse sentido correctamente informados del cambio y además el 69,2% ya conocían las estrategias para mejorar la sostenibilidad del SNS. El grado de satisfacción global con el cambio fue de 4/5.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción de los pacientes tras el cambio a adalimumab biosimilar es elevado. El funcionamiento de la nueva presentación es valorado positivamente y la mayoría de los pacientes la prefieren.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1512. ANÁLISIS DEL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN Y DEL COSTE DE ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACIÓN EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

AUTORES

MARTÍNEZ CRESPO A, AGUIRRE SEGURA G, LOZANO ORTÍZ R, GÓMEZ BARRERRA M, FRUTOS PÉREZ-SURIO A
CRP NTRA. SRA. DEL PILAR. DUQUESA VILLAHERMOSA 66-68. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Analizar el perfil de prescripción de los antipsicóticos inyectables de larga duración, así como el coste de su tratamiento, según el antipsicótico prescrito y el grupo de antipsicótico al que pertenece, típicos o atípicos, en un centro de rehabilitación psicosocial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal realizado con los pacientes ingresados en el centro el día 28 de noviembre de 2019. La información que se recopiló fue la siguiente: número de historia del paciente, sexo, edad, antipsicóticos inyectables de larga duración prescritos, coste diario de los tratamientos antipsicóticos (Se obtuvo sumando el coste del inyectable más el del tratamiento antipsicótico oral concomitante).

Los datos de las variables cuantitativas se presentaron como media \pm desviación estándar.

Para la comparación del coste de tratamiento antipsicótico según el inyectable prescrito se utilizó un Anova de un criterio (inyectable utilizado) y las pruebas a posteriori de Bonferroni.

Para la comparativa de típicos frente a atípicos en función de la edad se utilizó la prueba t de student. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$. Los cálculos se realizaron con el programa SPSS 25.0®.

RESULTADOS

En el estudio se incluyen los 151 pacientes ingresados en el centro, 89 hombres y 62 mujeres, con una edad de $58,72 \pm 16,18$ años.

De todos ellos, 66 tenían algún antipsicótico inyectable de larga duración prescrito, en ningún caso se utilizó más de un inyectable de forma concomitante.

Los pacientes con inyectables típicos prescritos tenían una edad de $65,50 \pm 13,75$ años. Las prescripciones se distribuyeron de la siguiente forma: 10 correspondían a zuclopentixol y las otras 10 a flufenazina.

Los pacientes con inyectables atípicos tenían una edad de $49,72 \pm 13,85$ años. Las prescripciones se distribuyeron de la siguiente forma: 10 paliperidona trimestral, 26 paliperidona mensual, 7 aripiprazol, 3 risperidona.

Si comparamos la edad de los pacientes según el tipo de antipsicótico prescrito los valores estadísticos obtenidos fueron: $t = 3,79$, $p = 0,0003$.

El coste de los tratamientos antipsicóticos fue de $9,28 \pm 6,38$ Euros/paciente día. En el grupo de los típicos de $2,29 \pm 2,86$ (flufenazina $2,90 \pm 3,96$, zuclopentixol $1,68 \pm 0,89$ euros). En los pacientes con inyectables atípicos fue de $12,32 \pm 4,93$ (paliperidona mensual $12,34 \pm 3,68$, paliperidona trimestral $12,32 \pm 2,49$, aripiprazol $12,52 \pm 10,11$, risperidona $10,08 \pm 6,45$).

Comparando el coste diario del tratamiento antipsicótico de cada paciente mediante un Anova, el valor de p obtenido fue $< 0,001$. Las comparativas 2 a 2 reflejaron diferencias significativas entre todos los antipsicóticos típicos con los atípicos. Dentro de los típicos entre sí y los atípicos entre sí no se observó diferencia intragrupo en ningún caso.

CONCLUSIONES

- Un 43,7 % de los pacientes llevaban prescrito un antipsicótico inyectable de larga duración.
- El antipsicótico inyectable de larga duración más prescrito era paliperidona mensual.
- La edad media de los pacientes tratados con antipsicóticos inyectables atípicos fue menor que la de los típicos.
- El coste diario de los tratamientos antipsicóticos de pacientes con inyectables de larga duración fue significativamente más caro en atípicos respecto de los típicos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1545. EXPERIENCIA TRAS EL SWITCH A INFLIXIMAB BIOSIMILAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

TEJADA MARÍN D, RODRÍGUEZ ESQUÍROZ A, ULACIA EPELDE L, ARRONDO VELASCO A, ILLODO BECERRA JA, CALVO ARBELOA M, LAMAS PILLO A, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. CALLE IRUNLARREA 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Analizar el mantenimiento de la eficacia y seguridad tras el cambio de infliximab original al biosimilar en pacientes diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, que incluye pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU) en tratamiento con infliximab biosimilar, que previamente habían sido tratados con el fármaco original. Los datos recogidos comprenden un periodo de tiempo de un año.

Los datos clínicos y analíticos se recogieron de historia clínica informatizada (HCI).

Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), diagnóstico, variables analíticas (Proteína c reactiva (PCR) y calprotectina), así como variables clínicas (síntomatología reportada por el paciente) antes y después del switch. También se registró la fecha de inicio del tratamiento con infliximab original, fecha de switch, las suspensiones del tratamiento y el motivo de las mismas.

Se analizó la efectividad del tratamiento tras el switch valorando tanto la respuesta analítica como la clínica.

RESULTADOS

Se incluyeron 67 pacientes, 40 de los cuales fueron hombres (60%) y 27 mujeres (40%), con una media de edad de 50 años (rango 19-89).

El 31% estaban diagnosticado de CU y el 69% de EC. Todos ellos habían recibido infliximab original durante un periodo medio de 6,1 años. Los switch se realizaron en un periodo de tiempo de un año (enero 2019-enero 2020).

La media de PCR y calprotectina previas al cambio a infliximab biosimilar fueron de 4,97 mg/l y 100,88 mg/kg, respectivamente. Tras el cambio a biosimilar, la PCR media fue de 5,01 mg/l y la calprotectina media 162,02 mg/kg.

De los 67 pacientes, 60 (89,55%) mantuvieron respuesta clínica tras el switch, mientras que tan solo 6 empeoraron. 4 pacientes (6%) suspendieron el tratamiento, dos de ellos debido a fracaso secundario (anticuerpos ANCA positivos, calprotectina alta), y los otros dos debido a infecciones del tracto urinario de repetición y abscesos perianales.

CONCLUSIONES

La experiencia en el cambio de tratamiento de infliximab original al fármaco biosimilar en pacientes diagnosticados de EI muestra un mantenimiento en los niveles de PCR y un ligero aumento de los niveles de calprotectina.

La respuesta clínica se mantuvo en la mayoría de los pacientes y no se mostraron problemas de tolerancia.

Estos datos apoyan, por tanto, la intercambiabilidad entre el biológico original y el biosimilar sin comprometer la eficacia ni la seguridad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1546. SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB EN PSORIASIS

AUTORES

FERNÁNDEZ VARELA AM, VALCARCE PARDEIRO N, LÓPEZ SANDOMINGO L, RODRÍGUEZ PENÍN I
HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE- PROFESOR NOVOA-SANTOS. AVENIDA DE LA RESIDENCIA, S/N A CORUÑA. A
CORUÑA

OBJETIVOS

Estudiar la supervivencia de secukinumab (definida como tiempo desde el inicio del fármaco hasta su suspensión definitiva) en una cohorte de pacientes con psoriasis. Analizar los motivos y factores de riesgo de la suspensión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes con psoriasis tratados con secukinumab en un hospital de segundo nivel entre Mayo de 2016 y Febrero de 2020 (ambos incluidos). De la historia clínica electrónica se recogieron variables demográficas, características y severidad de la psoriasis [evaluada por el índice de severidad del área de psoriasis (PASI), el área de superficie corporal afectada (BSA) y la escala de cinco puntos de evaluación por el médico (IGA)], peso, tabaquismo, duración de la enfermedad, tratamientos previos. Adicionalmente se recogió la proporción de pacientes que alcanzaron el 75, 90 o 100% de mejoría en PASI (PASI75, PASI90 Y PASI100, respectivamente) en semanas 14-16, duración del tratamiento y motivos de suspensión de secukinumab. La supervivencia se analizó con Kaplan Meier, se expresó como la incidencia acumulativa de la suspensión del tratamiento y se calcularon intervalos de confianza al 95% (IC95). Se analizó la influencia de factores como peso, tabaquismo, duración de la enfermedad, PASI basal y número de biológicos previos ajustando modelos de regresión de Cox univariantes.

RESULTADOS

Once pacientes [7 hombres: mediana de edad 51 años, rango intercuartílico (RIQ) 36-53,75 años] con psoriasis en placas moderada-severa (PASI 6,7-24) se trataron con secukinumab durante una media de 25 meses ($\pm 13,21$). El peso (mediana) fue de 95,75 kg (RIQ 76,25-101 kg). El 54 % (6 pacientes) eran fumadores. La mediana de duración de la enfermedad fue 18 años (RIQ 12-31,5 años). La media de tratamientos sistémicos previos (fototerapia, metotrexato, ciclosporina, acitretina) fue 3(± 1). Dos pacientes no habían recibido tratamiento biológico. Cuatro pacientes recibieron tres (2 pacientes: adalimumab, etanercept y ustekinumab; 1 paciente: adalimumab, infliximab y ustekinumab y 1 paciente: etanercept, adalimumab, infliximab). Cinco pacientes recibieron dos (2 pacientes: etanercept, infliximab; 1 paciente: adalimumab, infliximab; 1 paciente adalimumab, etanercept; 1 paciente: infliximab, ustekinumab). En semanas 14-16 el 73% (8 pacientes) alcanzó PASI90, 1 paciente PASI100, 1 paciente PASI75 y en 1 paciente no se dispuso del dato. Durante el período de seguimiento en 6 pacientes (54%) se suspendió secukinumab. La duración media del tratamiento en los pacientes que suspendieron y continuaron con secukinumab fue de 19 meses (± 14) y 32,4 meses ($\pm 8,50$), respectivamente. Las estimaciones de la incidencia acumulativa de suspensión a 12, 24 y 36 meses fueron 0,27 (0,09-0,59), 0,36 (0,14-0,66) y 0,49 (0,21-0,77), respectivamente. El motivo de discontinuación fue la pérdida de eficacia. Ninguno de los factores considerados mostró un efecto estadísticamente significativo (p -valor $> 0,2$).

CONCLUSIONES

Nuestra cohorte presentaba una psoriasis resistente que había fracasado a otros biológicos. La supervivencia de secukinumab fue similar a la reportada en la cohorte holandesa de Van den Reek y a la publicada para los fármacos anti-TNF. La mayoría de los pacientes que suspendieron secukinumab tuvieron una buena respuesta inicial y una posterior pérdida de eficacia. Los factores analizados no influyeron en la suspensión.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1554. AUTOADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA

AUTORES

LOSA LOPEZ L, PUEBLA VILLAESCUSA A, MURGADELLA SANCHO A, GRACIA GARCIA B, REY SANUY S, GARROTE PABLO RM, NAVIO CABANILLAS J, HIDALGO ALBERT E

HOSPITAL DE SANT JOAN DESPÍ MOISÈS BROGGI. CALLE JACINT VERDAGUER, 90, SANT JOAN DESPÍ, BARCELONA. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la satisfacción de la autoadministración domiciliaria, eficacia, seguridad y adherencia de omalizumab en pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE) en un hospital universitario de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y observacional. Se incluyeron todos los pacientes con UCE que recogieron omalizumab en la farmacia ambulatoria, entre marzo del 2019 y abril del 2020.

Los pacientes recibieron al menos 3 dosis de omalizumab en hospital de día y fueron entrenados por parte del profesional sanitario (enfermera y farmacéutico) de cómo autoinyectarse.

Variables poblacionales: sexo, edad.

Variable de satisfacción de la autoadministración: se utilizó el cuestionario SQAQ (Subcutaneous Administration Assessment Questionnaire) que consta de 12 preguntas que evalúan la facilidad del uso del dispositivo y la confianza del paciente a la autoadministración (puntuación máxima 7).

Variables de eficacia y adherencia: valoración de la Urticaria Activity Score Semanal (UAS7) (escala de 0 a 42: remisión completa UAS7=0; urticaria bien controlada UAS7 ≤ 6; urticaria leve UAS: 7-15; recaída UAS7 ≥ 16), grado de adherencia según registro de dispensaciones y test de Morinsky-Green. Se consideraron adherentes los pacientes que cumplían simultáneamente los criterios de adherencia en registros de dispensación (≥ 90%) i el test de Morinsky-Green de 4.

Variable de seguridad: efectos adversos (EA) reportados por el paciente.

Obtención de datos de las historias clínicas electrónicas y del programa de dispensación ambulatoria.

El cuestionario SQAQ y el test de Morinsky se realizaron durante la dispensación o por vía telemática debido a la pandemia del COVID-19.

Los datos se procesaron mediante Excel®

RESULTADOS

Se incluyeron 42 pacientes, 71% mujeres (n=30) y 29% hombres (n=12). La media de edad fue de 44 años (intervalo: 19-71 años). Las pautas posológicas fueron: 300mg/4 semanas en el 26% (n=11) de los pacientes; pauta optimizada en dosis o frecuencia en el 69 % (n=29) y pauta intensificada en el 5 % (n=1).

La puntuación de la satisfacción con la autoinyección según SQAQ fue de 6,7.

En cuanto a la eficacia, actualmente 74 % (n=31) están en remisión completa, con UAS7=0 y 26 % (n=11) con actividad de la enfermedad leve, con UAS7 medio de 9.

El 91% de los pacientes fueron adherentes según el test de Morinsky-Green y el 98 % según las dispensaciones. La adherencia total fue del 91%.

Entre los EA destacan 2 pacientes con cefalea, 2 de ellos con reacción leve en el punto de inyección, 1 paciente con hipotensión y 1 paciente con artralgia y mialgia.

Todos los pacientes continúan en tratamiento domiciliario.

CONCLUSIONES

El tratamiento domiciliario con omalizumab de los pacientes con UCE se mostró seguro y eficaz para el control de los síntomas.

Para los pacientes la autoadministración fue muy satisfactoria, valoraron positivamente la facilidad del uso del dispositivo, permitiéndoles mayor adaptación del tratamiento a sus vidas, reduciendo el número de visitas y de dispensaciones.

Los pacientes del estudio presentan una óptima adherencia.

Tras los buenos resultados de eficacia, seguridad y adherencia, se debería considerar el beneficio de ampliar la autoadministración domiciliaria de omalizumab a otras indicaciones.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1576. RESULTADOS EN SALUD DE IXEKIZUMAB EN PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE

AUTORES

BRICEÑO CASADO MDP, GIL SIERRA MD, SALMERÓN NAVAS FJ, MORENO RAMOS C, RÍOS SÁNCHEZ E
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CRTA. NACIONAL IV, KM.665.

OBJETIVOS

Ixekizumab es un anticuerpo monoclonal anti IL-17A utilizado para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada-grave. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de ixekizumab en psoriasis en placas moderada-grave en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes tratados con ixekizumab desde 01/04/2017 hasta 01/01/2020. Se utilizaron la Historia Clínica Digital (Diraya®) y el programa de prescripción de pacientes externos Dominion® para registrar los siguientes datos: sexo, edad, indicación, posología, duración del tratamiento y tratamiento previo. Para medir la efectividad se utilizó el Psoriasis Area Severity Index (PASI), que mide superficie afectada y gravedad; se puntúa de 0-72 con mayor puntuación indicando mayor gravedad; la psoriasis moderada-grave se define por PASI > 10. Como variable principal se utilizó PASI-75 (nº de pacientes con reducción ≥75% del PASI basal), y como variables secundarias PASI-90 (nº de pacientes con reducción ≥90%) y PASI-100 (nº de pacientes con aclaramiento total de las lesiones), medidos a la semana 12 y 36. No alcanzar PASI-75 se definió como ausencia de respuesta. Para

evaluar la seguridad se registraron las reacciones adversas (RA), comparándolas con las descritas en ficha técnica (FT), y discontinuaciones del tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 8 pacientes: 5 hombres (62,5%) y 3 mujeres (37,5%), con una media de edad de 52,6 años. Todos ellos fueron diagnosticados de psoriasis en placas moderada-grave. La dosis de ixekizumab utilizada en todos los pacientes fue 160 mg en semana 0, después 80 mg en semanas 2, 4, 6, 8, 10 y 12, seguido de una dosis de mantenimiento de 80 mg cada 4 semanas, vía subcutánea. La duración media del tratamiento fue 13 (3-25) meses. El tratamiento previo de los pacientes incluyó metotrexato (n=4), ciclosporina (n=3) y terapia biológica (n=8). Todos recibieron entre 2 y 5 fármacos biológicos previos (media 3,5), de los cuales al menos uno fue anti-TNF: etanercept (n=7), adalimumab (n=7), infliximab (n=2); anti-IL12-23 (ustekinumab, n=7) y anti-IL17A (secukinumab, n=5). El 100% de los pacientes presentaron un PASI basal ≥ 10 . A la semana 12 todos alcanzaron al menos PASI-75, consiguiendo además 3 de ellos PASI-90 y 4 PASI-100. A la semana 36 todos los pacientes mantuvieron la misma respuesta alcanzada en semana 12, a excepción de uno que perdió el PASI-100 alcanzado y la respuesta. Respecto a las RA registradas, un paciente presentó alopecia durante el tratamiento con ixekizumab, sin que ésta RA apareciera descrita en FT. No se produjo discontinuación del tratamiento en ningún paciente.

CONCLUSIONES

1) La efectividad de ixekizumab, en pacientes con psoriasis en placas moderada-grave refractarios a dos o más tratamientos biológicos, fue elevada a las 12 semanas de tratamiento, ya que se alcanzó al menos PASI-75 en todos ellos e incluso la mitad consiguió un aclaramiento total de las lesiones. A la semana 36 la mayoría de pacientes evaluados mantuvieron una respuesta adecuada. 2) Ixekizumab presentó buena tolerancia, encontrándose únicamente una RA en un paciente durante el tratamiento, que no apareció descrita en FT.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1585. USO DE ERENUMAB EN MIGRAÑA CRÓNICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

GIL SIERRA MD, BRICEÑO CASADO MDP, GARCÍA DE PAREDES ESTEBAN JC, PADRON GARCIA MDLA, MARTIN RODRIGUEZ S

HOSPITAL DOCTOR JOSE MOLINA OROSA. CRTA. ARRECIFE-SAN BARTOLOMÉ, KM 1, 3, 35500 ARRECIFE, LAS PALMAS. LAS PALMAS

OBJETIVOS

Erenumab es un anticuerpo indicado en la prevención de la migraña crónica (MC) que actúa sobre la vía del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Existe bibliografía que señala una posible pérdida de eficacia de anticuerpos anti-CGRP a medida que transcurre el tiempo de tratamiento. Un adecuado seguimiento podría evitar el mantenimiento de erenumab sin beneficio en determinados pacientes. El objetivo es describir las condiciones de uso de erenumab en MC en la práctica clínica comparándolas con los criterios de financiación del Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT), así como los resultados en salud y la disponibilidad de los mismos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con MC tratados con erenumab desde 26/07/2018 hasta 18/05/2020. Se usó la historia clínica digital para registrar: sexo, edad, tipo de migraña (aura/sin aura/menstrual), días mensuales con migraña, tratamientos previos y adherencia, duración del tratamiento con erenumab y número de dispensaciones. La adherencia se definió como la toma del 80% del tratamiento previo a erenumab. El IPT concluye que erenumab ha sido financiado en MC con ≥ 8 días de migraña/mes y ≥ 3 fracasos terapéuticos con adherencia de al menos 3 meses, siendo uno de los tratamientos la toxina botulínica. La efectividad se evaluó mediante la reducción $\geq 50\%$ de los días mensuales de migraña medidos a la semana 12 respecto al valor basal. La seguridad se midió con las reacciones adversas (RA) asociadas, interrupciones y suspensiones de tratamiento.

RESULTADOS

Fueron incluidos 11 pacientes: 10 (90,9%) mujeres y 1 (9,1%) varón. La mediana de edad fue 45 (29-74) años. El tipo de MC más frecuente fue sin aura, con 6 (54,5%) pacientes. La mediana basal de días mensuales con migraña fueron 15 (10-30). Los pacientes fueron tratados previamente a erenumab con una mediana de 5 (3-10) fármacos, con duración de tratamiento de al menos 3 meses. No existe información completa sobre el fracaso a tratamientos previos en 2 (18,2%) pacientes. Todos fueron tratados con toxina botulínica. Se cumplió la adherencia a tratamientos previos en 7 (63,6%) pacientes, mientras que en 4 (36,4%) no se dispone de datos. La mediana de duración del tratamiento con erenumab fue 4 (3-6) meses. La mediana de dispensaciones fue 5 (3-7). Se cumplieron los criterios de financiación del IPT en 7 (63,6%) pacientes, mientras que en 4 (36,4%) no se dispone de información sobre al menos uno de los criterios del IPT. Se observó una reducción $\geq 50\%$ de los días de migraña mensuales a la semana 12 en 1 (9,1%) paciente y no se alcanzó tal disminución en 4 (36,4%). Se desconoce la efectividad en 6 (54,5%) pacientes. No se registraron RA asociada a erenumab, ni se describieron interrupciones o suspensiones de tratamiento.

CONCLUSIONES

Casi dos tercios de los pacientes tratados con erenumab para MC cumplieron los criterios de financiación del IPT, desconociéndose en el resto de ellos. La información disponible sobre efectividad fue deficiente, mostrando pobres resultados. Erenumab presentó un buen perfil de seguridad sin RA, interrupciones ni suspensiones asociadas. Son necesarios estudios de mayor duración y población para valorar erenumab.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS**1593. PREVALENCIA DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN LA MEDICACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO NEURORREHABILITADOR****AUTORES**

MARTÍNEZ SANTANA V, PAMPÍN SANCHEZ R, SAURI RUIZ J, GARCIA MOLINA A, AMAR DEVILLENEUVE E, CASTAÑO MONSALVE B, VIDAL SAMSÓ J
 INSTITUT GUTTMANN. CAMI DE CAN RUTI S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar la exposición anticolinérgica global y por subgrupos de los pacientes neurológicos ingresados para rehabilitación intensiva, como medida del riesgo de deterioro cognitivo y funcional asociado a su tratamiento farmacológico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, realizado en el Servicio de Farmacia de un hospital monográfico de neurorrehabilitación. Se seleccionaron todos los pacientes ingresados el día que se realizó el análisis. Los pacientes que no tenían ninguna medicación prescrita fueron excluidos del estudio.

Se midió la carga anticolinérgica (CA) usando la escala Drug Bruden Index (DBI) y se comparó en función de la clasificación clínica de ingreso: lesión medular (LM), daño cerebral (DC) o deterioro cognitivo no traumático (DCNT) / enfermedades progresivas (EP), así como en función de la edad.

Los datos fueron analizados con el programa estadístico AcaStat versión 10.5.1. Los datos cualitativos fueron presentados como frecuencias absolutas y porcentajes. Los cuantitativos como media \pm desviación estándar. Aquellos valores de $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se incluyeron 100 pacientes en el estudio; 36 con LM, 25 con DC y 39 con DCNT/EP, con una edad media de 48,85 años \pm 18,28 años (3-95). La relación hombre:mujer aproximada fue 2:1 (68% hombres).

El 72% de los pacientes recibió alta CA, con una CA media según DBI de $\bar{x} = 1,49 \pm 0,99$ (alta carga). Recibieron alta CA el 72,2% de LM vs. 76,0% de DC vs. 66,7% DCNT/EP, $p=0,635$. En función de la edad, recibieron alta CA el 77,2% \leq 65 años vs. 52,4% $>$ 65 años, $p=0,02$.

CONCLUSIONES

- Existe un alto porcentaje de pacientes ingresados para rehabilitación intensiva con riesgo de sufrir eventos anticolinérgicos debido a su tratamiento
- Mientras que en el porcentaje de pacientes con alta CA según la clasificación clínica de ingreso no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sí se ha observado que el porcentaje de pacientes con alta CA fue estadísticamente inferior en los pacientes mayores de 65 años.
- Este estudio abre un nuevo campo de actuación del farmacéutico hospitalario en pacientes ingresados para tratamiento neurorrehabilitador, resultando de interés analizar la relación entre la CA y el estado cognitivo y funcional en este grupo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS**1616. HEPATOTOXICIDAD ASOCIADA AL USO DE TOLVAPTÁN EN LA NEFROPATÍA POLIQUÍSTICA AUTOSÓMICA DOMINANTE****AUTORES**

FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B, RODRÍGUEZ DE CASTRO B, GANDARA ANDE A, APARICIO CARREÑO C, TEMBRÁS MARTINEZ S, LABEAGA BERAMENDI Y, MARTINEZ-MUGICA BARBOSA C, TERROBA ALONSO PN
 HOSPITAL DE CABUEÑES. CALLE LOS PRADOS 395. ASTURIAS

OBJETIVOS

Evaluar seguridad y cumplimiento de las medidas para reducir el riesgo potencial de hepatotoxicidad de tolvaptán en pacientes con nefropatía poliquística autosómica dominante (PQRAD).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con PQRAD tratados con tolvaptán entre enero de 2018 y febrero de 2020. Se recogieron datos demográficos (sexo, edad), duración del tratamiento, diuresis, reposición hídrica, valores séricos alanina transaminasa (ALT), aspartato transaminasa (AST) y bilirrubina total (BT). La elevación de transaminasas se expresó en múltiplos por encima del límite superior normal (LSN). En nuestro centro el LSN es 41 para ALT, 35 UI/L para AST y 1.3 mg/dL para BT. Valores superiores a 5 veces el LSN durante más de 2 semanas; 8 veces el LSN; o 3 veces el LSN con BT mayor a 2 veces LSN se consideraron sugestivos de potencial de daño hepático, como indica la ley de Hy. La monitorización debía incluir una analítica con transaminasas hepáticas y bilirrubina antes de iniciar el tratamiento, así como cada mes durante 18 meses y cada 3 meses en adelante. Los datos se obtuvieron de los programas de historia clínica electrónica y dispensación a pacientes externos. Las reacciones adversas se notificaron al Centro Autonómico de Farmacovigilancia.

RESULTADOS

Se incluyeron 15 pacientes: 9 mujeres y 6 hombres. La edad media fue de 43 años (35-53) y la duración media del tratamiento 12 meses (1-25). En todos ellos se realizó seguimiento analítico mensual, como indican las recomendaciones, con el fin de reducir el riesgo de hepatotoxicidad. Un paciente decidió abandonar el tratamiento al primer mes por mala tolerancia con intensa poliuria y nicturia, siendo la tolerancia aceptable en el resto de casos con diuresis abundante y

una adecuada reposición hídrica oral. De los 14 pacientes restantes, 9 no presentaron alteraciones analíticas, ni a nivel de transaminasas ni a nivel de bilirrubina total (duración media de tratamiento 11 meses). En 3 pacientes se produjo la elevación de la ALT por debajo de 2 veces el LSN y con BT normal, manejándose en un caso con suspensión temporal y reescalada lenta del tratamiento (durante un año) y en los 2 restantes (duración media de tratamiento 11 meses) con reducción puntual de la dosis. En un paciente se produjo elevación significativa de ALT (5 veces por encima de LSN) sin elevación de BT, la reducción de la dosis no fue efectiva y finalmente tras 4 meses se suspendió el tratamiento. Se suspendió el tratamiento permanentemente en un paciente (5 meses de tratamiento) por significativa elevación de transaminasas con BT normal (ALT y AST x 5 veces LSN durante más de 2 semanas).

CONCLUSIONES

Tolvaptán es un fármaco con capacidad idiosincrásica de producir daño hepático significativo y/o irreversible. Las recomendaciones de monitorización se siguieron rigurosamente en todos los pacientes del estudio, y una alta proporción precisaron de alguna intervención. Esto resulta imprescindible para lograr un balance beneficio/riesgo favorable.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1626. UTILIZACIÓN DE USTEKINUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL PARA ENFERMEDAD DE CROHN

AUTORES

RODRÍGUEZ- MAURIZ R, SEGUÍ SOLANES C, DELGADO- GUILLENA P, MORALES J, ALMENDROS- ABAD N, SOSA- PONS A, PÉREZ- QUIRÓS MÁ, RUDI SOLA N
HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. CALLE FRANCESC RIBAS S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir el uso en práctica clínica habitual de ustekinumab en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y evaluar su efectividad y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con EC que iniciaron ustekinumab entre 2017 y 2020 en un hospital de segundo nivel. La pauta utilizada fue una dosis intravenosa dosificada en función del peso seguida de una dosis subcutánea (sc) de 90 mg en la semana 8 y posteriormente cada 8 semanas.

Variables recogidas: sexo, edad, IMC, años desde el diagnóstico, número de tratamientos biológicos (TB) previos, efectos adversos, motivo de discontinuación del biológico, uso de inmunosupresores concomitantes, proteína C reactiva (PCR) e índice de Harvey Bradshaw (HBI) en las semanas 0, 12 y 24.

La respuesta clínica se evaluó a la semana 12 y 24 mediante PCR y HBI, clasificando a los pacientes como remisión (≤ 4 puntos), afectación leve (5-7 puntos), moderada (8-16) o grave (> 16).

La seguridad se evaluó según los efectos adversos documentados, tipo de los mismos, suspensión del tratamiento y motivo.

Los datos se recogieron de la historia clínica electrónica (Savac®).

RESULTADOS

Se incluyeron 12 pacientes adultos y 2 pediátricos; 11 de ellos mujeres, con edad media 52 (DS 13) años en adultos y 16 (DS 1) en pediatría, IMC medio 25,5 (DS 5) kg/m². La media de años de duración de la enfermedad fue de 6 (DS 5).

Todos ellos habían recibido TB previa: 7 pacientes una línea, 3 pacientes dos y 4 pacientes tres. Todos los pacientes, salvo uno, habían recibido previamente uno o más anti-TNF α . El principal motivo de suspensión fue fallo secundario (7 pacientes) seguido de fallo primario (3 pacientes) y efectos adversos (2 pacientes).

De los 14 pacientes, 6 recibieron como medicación concomitante inmunomoduladores (azatioprina/metotrexato) y 3 pacientes corticoides (prednisona/budesonida), como tratamiento asociado a la inducción de la remisión.

En cuanto a efectividad, previa administración de ustekinumab la mediana de PCR fue 1,4 mg/L (RIQ 0,8-2,9) y del HBI 7 (RIQ 5,3-7,0). En semana 12, la mediana de PCR fue de 0,8 mg/L (RIQ 0,3-2,7) y del HBI 4 (RIQ 3-5). En semana 24, la mediana de PCR fue 0,5 mg/L (RIQ 0,4-1,2) y del HBI 3,5 (RIQ 2,5-4,3). Ocho pacientes estaban en remisión a la semana 12 y 9 pacientes en la 24.

Tres pacientes presentaron infecciones que requirieron ingreso hospitalario (una de ellas en unidad de cuidados intensivos). Hubo 2 discontinuaciones de tratamiento, 1 por infecciones de repetición que requirió ingreso y otra por decisión propia del paciente.

CONCLUSIONES

La principal limitación de nuestro estudio es el bajo número de pacientes incluidos, no obstante, los resultados de la inducción de la remisión son similares a los observados en los estudios pivotaes. El principal efecto adverso registrado fueron las infecciones, aunque en la mayoría de los casos no conllevó la suspensión del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1633. EVALUACIÓN DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE ALEMTUZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE

AUTORES

CANTARELLI . L, GONZALEZ DE LA FUENTE GA, DEL ROSARIO GARCÍA B, GARCÍA GIL S, NAZCO CASARIEGO GJ, GUTIERREZ NICOLAS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El empleo de alemtuzumab para el tratamiento de la esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR) ha sido relacionado con la aparición de casos graves de reacciones adversas cardiovasculares (CV), alteraciones inmunológicas (reacciones anafilácticas) y hepáticas. En 2019, la AEMPS inició una revisión del balance riesgo-beneficio con el uso de este fármaco. El objetivo del presente estudio ha consistido en analizar la aparición de reacciones adversas graves (RAG) por alemtuzumab, en un hospital de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y unicéntrico, de 6 años de duración (enero 2014-abril 2020), que incluyó a todos los pacientes con EMRR que recibieron la primera dosis de alemtuzumab entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2017. A partir de las historias clínicas en SAP® se registraron las siguientes variables demográficas y clínicas: edad, sexo, tiempo de seguimiento de la enfermedad, duración del tratamiento con alemtuzumab, terapias previas y necesidad de re-tratamiento (3ª dosis). Asimismo, se determinó si el paciente presentó reacciones de infusión, necesidad de corticoides y cambio de línea terapéutica. Se analizaron los parámetros analíticos correspondientes con la función hepática (enzimas GOT/AST y GPT/ALT) y recuento de linfocitos, antes y después de la infusión del fármaco. Además, en cada caso se determinó la manifestación de posibles reacciones adversas CV (ictus, infarto agudo de miocardio (IAM)) durante el periodo de infusión del fármaco. Para clasificar la gravedad de las RA, se siguieron los criterios de la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5.0.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, un total de 13 pacientes con EMRR fueron tratados con alemtuzumab (92,3% mujeres (n=12); edad media: 41,1 años [29-53]). La mediana de tiempo de seguimiento de la enfermedad fue de 12,5 años [4,8-22,5]. La media de duración de tratamiento con alemtuzumab fue de 16,5 meses [12-24]. Un 30,8% de los pacientes (n=4) recibieron tratamiento previo con natalizumab, 30,8% (n=4) fingolimod, 15,4% (n=2) dimetilfumarato, 15,4% (n=2) inmunoglobulinas y 7,7% (n=1) interferon 1-b. El 38,5% de los pacientes (n=5) recibió un tercer ciclo de alemtuzumab por falta de eficacia y actividad de la enfermedad. El 53,8% (n=7) requirió el uso de corticoides durante el tratamiento. Ningún paciente cambió de esquema terapéutico. Las RAG más comunes durante la administración del fármaco fueron: reacciones cutáneas (69,2%; n=9), trastornos gastrointestinales (23,1%; n=3), taquicardias (15,4%; n=2) y otras (15,4%; n=2). No se observó ninguna elevación grave de enzimas hepáticas ni de valores linfocitarios. Únicamente se observó un aumento leve y puntual de GPT/ALT en 3 pacientes tras la primera infusión del fármaco con posterior normalización. Un paciente presentó lesiones hepáticas sin alteración analítica. Además, no se observó ninguna RAG de tipo CV durante todo el periodo de seguimiento.

CONCLUSIONES

El presente trabajo realizado en nuestra población de pacientes, muestra como el alemtuzumab se comporta de manera segura en práctica clínica, sin detectarse ninguna RAG de tipo CV, inmunológica o hepática asociada al fármaco. Sin embargo, se necesitan más estudios con un tamaño muestral mayor para obtener una mayor evidencia y datos concluyentes sobre el riesgo asociado al tratamiento con alemtuzumab.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1634. PERFIL DE SEGURIDAD ASOCIADO AL RÉGIMEN INTENSIFICADO DE USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

AUTORES

CANTARELLI L, NAVARRO DAVILA MA, CALZADO GOMEZ G, DEL ROSARIO GARCÍA B, GUTIERREZ NICOLAS F, NAZCO CASARIEGO GJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El estudio publicado por Fumery M et al.1 demostró cómo la administración de un régimen intensificado de ustekinumab (90 mg/4 semanas) iba asociado a una mejoría en la respuesta clínica, sin afectar al perfil de seguridad, en pacientes con enfermedad de Crohn (EC). El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el perfil de seguridad asociado al régimen de intensificación de ustekinumab, en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, unicéntrico, de 3 años y 4 meses de duración (enero 2017-abril 2020) que incluyó a todos los pacientes con EC tratados con ustekinumab. Se recogieron las siguientes variables demográficas y clínicas: edad, sexo, pauta de intensificación, duración del tratamiento convencional e intensificado y líneas de tratamiento previas. Para evaluar el perfil de seguridad, se evaluaron las diferencias en la aparición de efectos adversos (EA) intestinales y extra-intestinales en el grupo intensificado vs grupo no intensificado, mediante el programa estadístico SPSS®. Se determinó la necesidad de hospitalización y/o intervención quirúrgica tras la aplicación del régimen de intensificación, así como la suspensión/cambio de línea de tratamiento. La clasificación de la gravedad de los EA descritos, se realizó siguiendo los criterios de la Common Toxicity Criteria v5.0.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio un total de 38 pacientes recibieron ustekinumab (52,6% hombres (n=20); edad media: 41,9 años [16-72]). La media de duración de tratamiento fue de 18,8 meses. Todos los pacientes recibieron terapia biológica previa: 26,3% (n=10) adalimumab (ADA), 10,5% (n=4) infliximab (IFX) y 63,2% (n=24) ambos. El 23,7% (n=9) recibió vedolizumab tras recibir tratamiento anti-TNF. En el 50% de los casos (n=19) se intensificó el tratamiento. La media de tiempo de tratamiento intensificado fue de 7,1 meses. En el 68,4% (n=26) de los pacientes se detectó la aparición de

EA. De estos, el 42,3% (n=11) estaba intensificado. Los EA más comunes en este grupo de pacientes fueron: diarrea (45,5%, n=5), astenia (27,2%, n=3), erupción/prurito (18,2%, n=2), náuseas (18,2%, n=2), dolor ocular (18,2%, n=2), infección respiratoria (18,2%, n=2), migraña (9,1%, n=1), hemorragias (9,1%, n=1), mareo (9,1%, n=1). No hubo diferencias significativas en el número de EA entre el grupo no intensificado y el intensificado ($p=0,85$; IC95% [0,21-3,59]). El 43,8% de los pacientes intensificados (n=7) requirió ingreso hospitalario tras la intensificación del fármaco. Ningún paciente requirió intervención quirúrgica. Ningún paciente interrumpió el tratamiento por toxicidad. No se aplicó cambio de línea de tratamiento en ningún caso.

CONCLUSIONES

A pesar de la escasa evidencia científica sobre el empleo de este tipo de régimen terapéutico, el estudio muestra como 1 de cada 2 pacientes se beneficia del régimen intensificado de ustekinumab. Los resultados muestran un perfil de seguridad similar con respecto al régimen convencional descrito en ficha técnica. Será necesaria la realización de ensayos clínicos aleatorizados para evaluar correctamente esta pauta de intensificación en un número adecuado de pacientes y evaluar tanto la eficacia como la seguridad del mismo.

BIBLIOGRAFIA

Fumery M et al. 2019. Effectiveness and safety of ustekinumab 90 mg every 4 weeks in Crohn's disease. Journal of Crohn's and Colitis.13(16)

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1692. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OCRELIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ I, CHICA MARCHAL AM, CONESA NICOLÁS E, NÚÑEZ BRACAMONTE S, JUEZ SANTAMARÍA C, DÍAZ JIMÉNEZ I

HOSPITAL SANTA LUCÍA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar efectividad y seguridad de ocrelizumab, un anticuerpo monoclonal humanizado IgG1 selectivo contra células B que expresan CD20, indicado en el tratamiento de pacientes adultos con formas recurrentes de esclerosis múltiple (EMR) y esclerosis múltiple primaria progresiva (EMPP) temprana (único fármaco autorizado para esta forma de EM).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, realizado en pacientes tratados con ocrelizumab desde febrero 2018 hasta marzo 2020. Se recogieron datos clínicos y analíticos a partir de historias clínicas (HC) obtenidas en Selene® y del programa de preparación de mezclas intravenosas Farmis-Oncofarm®. Se registraron en Excel2016® las variables: HC, diagnóstico, años desde diagnóstico, edad, sexo, tratamientos previos, fecha de inicio tratamiento, número de ciclos administrados, efectos adversos (EA) notificados, Expande Disability Status Scale (EDSS) y número de brotes antes y durante el tratamiento. Se realizó un análisis descriptivo, presentando las variables continuas como media y desviación estándar (SD) y las variables categóricas como número y frecuencia. Los EA registrados en HC se ordenaron por frecuencia. La efectividad se evaluó mediante el número de brotes en el año previo y posterior al tratamiento y valorando la progresión de la enfermedad a través de la EDSS.

RESULTADOS

Se incluyeron 26 pacientes (12 varones) que recibieron una media de $2,6 \pm 1,25$ ciclos de ocrelizumab. El 65,3% fueron diagnosticados de EMRR y un 32,4% de EMPP. La edad media fue $47,48 \pm 8,35$ años. El promedio de años diagnosticados de EM fue $7,5 \pm 4,7$. Los pacientes recibieron una media de $2,64 \pm 1,64$ tratamientos inmunomoduladores previos a ocrelizumab, siendo los más utilizados por orden de frecuencia: interferón beta1-a (18,9%), rituximab (15,3%), fingolimod (11,8%) y natalizumab (11,8%); seguidos de alemtuzumab (5,9%), acetato de glatirámico (4,7%), Interferón beta1-b (4,7%) y dimetilfumarato (2,4%). 38,25% (13) de los pacientes sufrieron algún EA, principalmente linfopenia moderada (21,7%); disminución de IgG (10,9%); disminución de IgM (6,5%); elevación de transaminasas (8,4%), fatiga (6,5%); cuadros catarrales (4,3%); cefaleas (4,3%), aftas orales (2,2%), herpes zoster (2,2%) y papilomas plantares (2,2%). Asimismo, en un 2,94% de pacientes se notificaron reacciones relacionadas con la perfusión, destacando: picor de garganta, febrícula, cefalea y náuseas. No se describieron EA graves. En ningún paciente se suspendió el tratamiento y un total de 12 (46,15%) completaron 4 ciclos de ocrelizumab. En cuanto a la efectividad, la prevalencia de pacientes libres de recidiva fue del 57,7%, siendo la media de brotes en el año anterior al tratamiento de $0,96 \pm 0,95$ y posterior de $0,46 \pm 0,58$. La puntuación media de la EDSS basal fue $4,11 \pm 2,27$ y posterior al tratamiento $4,01 \pm 2,34$, obteniéndose estabilizaciones, disminuciones o aumentos en el 68%, 16% y 16% de los pacientes tratados, respectivamente. Los incrementos en EDSS coincidieron con pacientes diagnosticados de EMPP con discapacidad basal elevada.

CONCLUSIONES

Ocrelizumab parece ser una alternativa efectiva al disminuir el número de brotes y conseguir una estabilización en el grado de discapacidad de la mayoría de los pacientes.

En cuanto al perfil de seguridad se muestra favorable, con baja incidencia de efectos adversos, siendo la mayoría RA leves

y descritas en ficha técnica.

No obstante, faltaría conocer los efectos a largo plazo al ser un fármaco de reciente comercialización.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1713. EFECTIVIDAD Y COSTE EFECTIVIDAD DE INHIBIDORES DE JANUS KINASA (BARICITINIB Y TOFACITINIB) EN ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES

CALVO GARCÍA A, GARCIA CASTAÑEDA N, VALERO C, GARCÍA PERALO A, RAMIREZ HERRAÍZ E, IBAÑEZ ZURRIAGA A, GARCÍA-VICUÑA R, MORELL BALADRÓN A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. CALLE DIEGO DE LEON, 62. MADRID

OBJETIVOS

Los inhibidores de Janus kinasas Baricitinib [(BAR), JAK1/JAK2] y Tofacitinib [(TOF), JAK1/JAK3], en monoterapia o asociados a metotrexato (MTX), están indicados en artritis reumatoide (AR) con respuesta inadecuada a fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) convencionales (c). Objetivos: Evaluar efectividad y coste-efectividad de BAR y TOF en pacientes con AR en práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional ambispectivo de pacientes con AR tratados con BAR y TOF entre septiembre-2017 y diciembre-2019, en un hospital universitario terciario. Variables: edad, sexo, factor reumatoide (FR), anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP), enfermedad erosiva, FAMEc concomitante, FAME biológicos previos, velocidad de sedimentación (VSG), proteína C reactiva (PCR), DAS28VSG, y duración de tratamiento. Efectividad medida por variación DAS28VSG. Para estimación de coste-efectividad se consideró remisión o baja actividad, precio de venta del laboratorio notificado. Análisis estadístico: Estadística descriptiva mostrada en proporciones, medianas y rangos intercuartiles. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon aplicada para diferencia de DAS28VSG y PCR, basal y final.

RESULTADOS

Se incluyeron 39 pacientes, 34 (87,2%) mujeres, mediana de edad de 62,9 (49,9-74,4) años. 9 (23,1%) recibieron FAMEc concomitante, 9 (23,1%) fueron naive a FAME biológico, 6 (15,4%) habían recibido 1 biológico previo, 18 (46,1%) 2, y 6 (15,4%) ≥ 3 biológicos. Las características sociodemográficas, clínicas y de efectividad por fármaco son las siguientes:

30 pacientes tratados con BAR, 26 (86,7%) mujeres, 23 (76,7%) FR positivo, 21 (70,0%) anti-CCP positivo, 16 (53,3%) con enfermedad erosiva, 26 (86,7%) con FAMEc concomitante y 7 (23,3%) naive a biológico. Mediana de edad 63,3 (49,7-74,8) años y de duración de tratamiento 8,4 (6,5-20,3) meses. 17 pacientes (56,6%) continúan tratamiento y 3 (10,0%) cambiaron a TOF. Diferencia entre DAS28VSG basal (5,5 (3,6-4,3)) y final (3,9 (2,2-2,8)) fue estadísticamente significativa ($p=0,000$), así como entre PCR inicial (2,2 (0,3-1,0)) mg/dl y final (0,9 (0,1-0,3)) mg/dl ($p=0,008$). 10 (33,3%) pacientes alcanzaron remisión por DAS28VSG y 8 (26,7%) baja actividad. El coste total por periodo analizado fue de 357.806 €. 18 pacientes (60,0%) alcanzaron remisión o baja actividad, siendo el coste-efectividad 8.543 €/año.

9 pacientes tratados con TOF, 8 (88,9%) mujeres, 9 (100,0%) FR positivo, 7 (77,8%) anti-CCP positivo, 6 (66,7%) con enfermedad erosiva, 8 (88,9%) con FAMEc concomitante y 2 (22,2%) naive a biológico. Mediana de edad 59,7 (49,8-68,6) años y de duración de tratamiento 13,2 (3,9-20,7) meses. 6 pacientes (66,6%) continúan tratamiento, ningún cambio a BAR. Ni la diferencia entre DAS28VSG basal (6,1 (3,8-5,3)) y final (5,5 (2,6-3,6)); ni entre PCR inicial (1,4 (0,3-1,0)) mg/dl y final (1,0 (0,1-0,4)) mg/dl fue estadísticamente significativa ($p=0,08$ y $p=0,735$, respectivamente). 3 (33,3%) pacientes alcanzaron remisión por DAS28VSG y 1 (11,1%) baja actividad. El coste total por periodo analizado fue de 90.201 €. 4 pacientes (44,4%) alcanzaron remisión o baja actividad, siendo el coste-efectividad 9.701 €/año.

Diferencia coste-efectividad entre ambos no fue estadísticamente significativa ($p=0,166$).

CONCLUSIONES

Nuestra población, mayoritariamente refractaria a uno o más FAME biológicos, recibió fundamentalmente BAR Y TOF en combinación con FAMEc. Aunque BAR demuestra ser más coste-efectivo que TOF, es necesario ampliar el estudio con mayor muestra y tiempo de seguimiento para confirmar dicha tendencia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1715. SEGURIDAD, CAUSAS DE SUSPENSIÓN Y ADHERENCIA DE INHIBIDORES DE JANUS KINASAS (BARICITINIB Y TOFACITINIB) EN ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES

CALVO GARCÍA A, GARCÍA CASTAÑEDA N, VALERO C, GARCÍA PERALO A, RAMIREZ HERRAÍZ E, PÉREZ ABÁNADES M, GARCÍA-VICUÑA R, MORELL BALADRÓN A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. CALLE DIEGO DE LEON, 62. MADRID

OBJETIVOS

Los inhibidores de Janus kinasas Baricitinib (BAR) y Tofacitinib (TOF) están indicados en artritis reumatoide (AR) activa con respuesta inadecuada a fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) convencionales (c), pudiendo estar asociado a metotrexato. Objetivos: Evaluar seguridad, causas de suspensión y adherencia de BAR y TOF en AR en práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional ambispectivo de pacientes con AR tratados con BAR y TOF entre septiembre-2017 y diciembre-2019. Variables: edad, sexo, factor reumatoide (FR), anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP), enfermedad erosiva, FAMEc concomitante, número de FAME biológicos previos, DAS28VSG, motivo suspensión, hemoglobina (Hb), recuento de neutrófilos (RAN), recuento de linfocitos (RAL), transaminasas, colesterolemia, y otros efectos adversos. Adherencia obtenida por Compliance Questionnaire on Rheumatology (CQR-5) y ratio medio de posesión (RMP) (días con tratamiento dispensado entre el total de días del periodo analizado, paciente adherente RMP $\geq 0,8$). Se definieron las alteraciones de laboratorio de acuerdo a valores límite de la normalidad (VLN) y especificaciones de ficha técnica. La estadística descriptiva está mostrada en proporciones, medianas y rangos intercuartílicos. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon aplicada para diferencia de DAS28VSG inicial y final.

RESULTADOS

39 pacientes (30 con BAR y 9 con TOF) incluidos, 34 (87,2%) mujeres, mediana de edad 62,9 (49,9-74,4) años. Anti-CCP y FR positivos en 28 (71,2%) y 32 (82,1%) respectivamente, enfermedad erosiva en 34 (87,2%) pacientes. 9 (23,1%) recibieron FAMEc concomitante, 9 (23,1%) naive a FAME biológico, 6 (15,4%) recibieron 1 biológico previo, 18 (46,1%) 2, y 6 (15,4%) ≥ 3 biológicos.

Tratamiento con BAR:

13 (43,4%) pacientes suspendieron tratamiento. Causas: 7 (53,8%) por ineficacia, duración 6,6 (5,8-7,7) meses; 4 (30,7%) por toxicidad (trombocitosis, herpes zoster, anemia, tubaritis de repetición), duración 6,6 (4,6-9,5) meses; y 2 (15,5%) abandonaron.

17 (56,6%) pacientes continúan tratamiento, duración 14,56 (7,3-24,6) meses, mediana DAS28VSG inicial 4,20 (2,95-5,72) y final 2,60 (1,70-2,77), ($p=0,01$).

Toxicidad: Anemia ($< 11\text{g/dl}$) en 7 (23,3%) pacientes, 2 (28,6%) recuperaron VLN; linfopenia ($< 1000/\text{mm}^3$) en 3 (10,0%), elevación plaquetas ($> 600 \times 10^3$) en 1 (3,3%), hipertransaminasemia (> 1 VLN) en 4 (13,3%), hipercolesterolemia (> 1 VLN) en 13 (43,3%) e infección en 13 (43,3%), 6 de los cuales 6 (20,0%) pacientes con herpes zoster (uno requirió suspender tratamiento).

Tratamiento con TOF:

3 (33,3%) pacientes suspendieron tratamiento. Causas: 2 (66,7%) por ineficacia, duración 4,2 (1,83-6,57) meses; 1 (33,3%) por toxicidad (linfopenia).

6 (66,7%) pacientes continúan tratamiento, duración 17,0 (13,2-22,1) meses, mediana DAS28VSG inicial 4,82 (3,28-6,20) y final 2,61 (2,45-3,70) ($p=0,046$).

Toxicidad: linfopenia ($< 1000/\text{mm}^3$) en 2 (22,2%) pacientes e hipercolesterolemia (> 1 VLN) en 5 (55,5%).

Todos los pacientes son adherentes según CQR5 (clase "HIGH" adherente) y RMP ($\geq 0,8$) (RMP=1,01 (IQR=0,93-1,06) para BAR y RMP=1,00 (IRQ=0,91-1,01) para TOF).

CONCLUSIONES

Más de la mitad de los pacientes mantienen tratamiento con inhibidores JAK, siendo la adherencia alta. El principal motivo de suspensión en ambos fue la ineficacia. Los efectos adversos más frecuentes en BAR fueron hipercolesterolemia e infecciones, con alta frecuencia de herpes zóster, motivando la suspensión en 1 paciente. La hipercolesterolemia fue más frecuente en TOF, sin registro de infecciones. Necesario validar los datos con continuación del estudio y ampliación del tamaño muestral.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1762. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BENRALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE EOSINOFÍLICO

AUTORES

CALVO ALBELOA M, LACALLE FABO E, FRESAN RESTITUTO D, TEJADA MARIN D, RODRIGUEZ ESQUIROZ A, PINILLA LEBRERO G, ULACIA EPELDE L, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. CALLE IRUNLARREA 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Se define asma grave no controlada, cuando ésta permanece mal controlada a pesar del tratamiento con glucocorticoides inhalados (GCI) y agonistas beta2 adrenérgicos (LABA) a dosis elevadas y/o glucocorticoides orales (GCO). El tratamiento de la misma se orienta según el fenotipo. En el asma grave eosinofílica (AGE) está indicado benralizumab, anticuerpo monoclonal anti IL-5.

El objetivo de este estudio fue analizar su efectividad y seguridad en condiciones de práctica clínica desde su inclusión en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio analítico observacional retrospectivo donde se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de asma grave eosinofílica (AGE) que iniciaron tratamiento con benralizumab entre marzo de 2019 y mayo de 2020.

Se recogieron las siguientes variables: Descriptivas (edad, sexo, IMC, consumo tabaco, servicio clínico, nivel de adherencia al tratamiento, tratamientos concomitantes y biológicos previos), de efectividad (variación de las exacerbaciones asmáticas graves anuales, de los niveles sanguíneos de eosinófilos y de IgE, cambio en los niveles de óxido nítrico exhalado (FeNO), del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV¹), de la puntuación en el test de control del

asma (ACT) y del uso de GCO) y de seguridad (efectos adversos notificados). Los datos se obtuvieron de la Historia Clínica Informatizada (HCI) y se analizaron con el programa estadístico SPSS v.25.0.

RESULTADOS

Se analizaron 20 pacientes. Edad media 56±10,88 años. Sexo: 12(60%) femenino. IMC medio: 24,87± 2,86 kg/m². Consumo de tabaco: 5%(1) fumadores.

La duración media (rango) del tratamiento fue de 43 (8-60) semanas. 50% de los pacientes estaban diagnosticados de AGE a cargo del Servicio de Neumología y 50% presentaban fenotipo mixto eosinofílico-alérgico a cargo de Alergología. Todos los pacientes recibían GCI+LABA a altas dosis. 7 (35%) pacientes llevaban montelukast y 5 GCO a dosis entre 5 y 30 mg/día. El 55 % (11) recibió tratamiento previo con otros biológicos: 54 % (6) mepolizumab y 45 % (5) omalizumab, retirados por falta de respuesta.

El nivel de adherencia medio, según el registro de dispensaciones, fue del 96,51± 4,39%.

En cuanto a la efectividad, las exacerbaciones asmáticas anuales se redujeron de 1,55 (0-4) a 0,56 (0-2) ($p < 0,0001$).

La eosinofilia descendió de 624,50±552,79 a 84,21 ± 214,12 células/ μ l ($p < 0,0001$) y la IgE pasó de 733,83 ± 601,81 a 678,43± 763,74 kU/L ($p < 0,15$). El FeNO disminuye en 23,45 ± 25,47ppb ($p < 0,02$), el VEF¹ aumenta en 0,07 ±0,26 ml ($p < 0,001$) y el ACT mejora en 4 (0-9) puntos ($p < 0,006$).

En cuanto a la reducción de los GCO, 2 pacientes pasaron de 10 a 5 mg diarios, 1 paciente de 7,5 a 5 mg diarios y otro de 30 a 15 mg diarios.

En relación a la seguridad, 3 pacientes (15%) desarrollaron infección del tracto respiratorio, 3 pacientes (15%) mialgias, 1 paciente (5%) diarrea, 1 paciente (5%) urticaria tras la tercera dosis y 1 (5%) paciente desarrolló infección por Entamoeba histolytica tras la primera dosis.

CONCLUSIONES

Como conclusión, en nuestra muestra, la terapia con benralizumab parece ser efectiva y segura. No obstante, se necesita un adecuado seguimiento con el fin de optimizarla.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1787. BARICITINIB Y TOFACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: RESULTADOS DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES

GONZÁLEZ FREIRE L, GIMÉNEZ CANDELA RM, VEIGA VILLAVERDE AB, BOULLOSA LALE S, BUSTELO PAZ F, BARCA DIEZ C, CRESPO DIZ C

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR. FUNDACIÓN BIOMÉDICA GALICIA SUR. AVENIDA MOURENTE S/N. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Evaluar si existen diferencias en práctica clínica habitual, en cuanto a efectividad y seguridad, del tratamiento con Baricitinib(BAR) y Tofacitinib(TOF) en pacientes con Artritis Reumatoide(AR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 2 años de duración (Enero2018-Diciembre2019) en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de AR que recibieron tratamiento con BAR y TOF.

Bases de datos: historia clínica electrónica(IANUS[®]) y aplicativo informático de dispensación a pacientes externos(SILICON[®]).

Variables recogidas: edad, sexo, factores de mal pronóstico -factor reumatoide(FR) y anticuerpos anticitrulina(ACCP)-, tratamiento previo con fármacos modificadores de la enfermedad convencionales(FAMEc) y biológicos(FAMEb), duración de tratamiento, tratamiento concomitante con corticoides, articulaciones inflamadas y dolorosas, escala visual analógica del dolor(EVA), escala de medida de la actividad de la enfermedad(DAS28) y reacciones adversas(RA).

La efectividad se evaluó mediante la disminución en el número de articulaciones inflamadas y dolorosas, disminución en la puntuación EVA y DAS28 a los 6 y 12 meses.

La seguridad se evaluó mediante la detección de RA.

Análisis estadístico: prueba t-student.

RESULTADOS

Se evaluaron 44 pacientes, 20(70% mujeres) recibieron tratamiento con BAR 4mg/24h y 24(95,8% mujeres) TOF 5mg/12h. Mediana de edad: pacientes con BAR 61(41-79) años y pacientes con TOF 56(38-79)años.

Factores de mal pronóstico: Presentaban FR y ACCP positivos el 85% y 80% de los pacientes con BAR y el 41,7% y 66,7% de los pacientes con TOF.

Tratamiento concomitante: Precisaron tratamiento concomitante con corticoides el 40% de los pacientes con BAR y el 62,5% con TOF ($p=0,17$).

Tratamiento previo con FAME: Todos los pacientes habían recibido tratamiento previo con FAMEc. Recibieron FAMEb el 75% de los pacientes con BAR y el 91,7% con TOF. La mediana de líneas de tratamiento de FAMEb fue 2(0-7) con BAR y 2(1-6) con TOF.

Los resultados sobre la efectividad del tratamiento fueron los siguientes (medianas):

- Articulaciones inflamadas inicial, 6 y 12 meses ($p=0,42$):
 - BAR: 7(2-10), 0(0-0), 0(0-0).
 - TOF: 4,5(0-12), 0(0-4), 0(0-1).
- Articulaciones dolorosas inicial, 6 y 12 meses ($p=0,67$):

- BAR: 7(2-12), 0(0-0), 0(0-0).
- TOF: 6(0-10), 0(0-1), 0(0-1).
- EVA inicial, 6 y 12 meses ($p=0,66$):
- BAR: 8,8(7-10), 1(0-5), 2(2-4).
- TOF: 8(3-10), 3(2-8), 2(1-10).
- DAS28 inicial, 6 y 12 meses ($p=0,074$):
- BAR: 4,4(2,7-6,3), 2,1(0,6-4,1), 2,7(1,1-3,5).
- TOF: 4,9 (3,6-6,2), 2,9(0,9-5,3), 3,0(1,3-5,3).

Duración de tratamiento (mediana): BAR 14(7-24) meses y TOF 14(7-27) meses.

Suspendieron el tratamiento por inefectivo el 10% de los pacientes con BAR y el 25% con TOF. La suspensión fue debida a RA en el 5% de los pacientes con BAR y en el 4,2% con TOF.

Los resultados obtenidos sobre la seguridad del tratamiento fueron los siguientes ($p=0,5$):

- BAR: El 10% de los pacientes presentaron RA: 50% aumento LDL y transaminasas y 50% trastornos gastrointestinales(TGI).
- TOF: El 12,5% de los pacientes sufrieron RA: 33,3% enfermedad pulmonar intersticial difusa, 33,3% astenia y 33,3% TGI.

CONCLUSIONES

No se encontraron diferencias en el tratamiento concomitante con corticoides entre ambos grupos de pacientes.

En la población a estudio, BAR y TOF resultaron similares en cuanto a su efectividad en el tratamiento de AR.

Aunque el perfil de RA resultó diferente para cada medicamento, no se encontraron diferencias en el número de pacientes que las experimentaron durante el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1814. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ALEMTUZUMAB.

AUTORES

GARCIA MATILLAS CN, CHICA MARCHAL AM, NÚÑEZ BRACAMONTE S, CONESA NICOLÁS E, FERNANDEZ MARTINEZ I, GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO MC
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. C/MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Alemtuzumab es un anticuerpo monoclonal dirigido frente al antígeno específico de superficie CD52, utilizado en tratamiento de esclerosis múltiple recurrente-remitente(EMRR).

Estudiar la evolución de los pacientes de EMRR tratados con Alemtuzumab, así como la seguridad y efectividad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes tratados con Alemtuzumab durante cinco años (octubre 2015-mayo 2020) en un hospital de tercer nivel.

Para el estudio se revisó la historia clínica en Selene® y SAVAC® y los tratamientos empleados mediante el programa de mezclas intravenosas FarmisOncofarm®.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tratamientos previos, datos analíticos previos a la infusión, al mes y a los seis meses de cada ciclo; fecha de administración, número de recaídas, "Expanded Disability Status Scale"(EDSS), motivo del cambio, tratamientos posteriores y números de ciclos de cada uno.

La efectividad se evaluó en función del número de recaídas y la EDSS, y la seguridad con el registro de reacciones adversas.

RESULTADOS

Se incluyeron 10 pacientes(40% hombres) con edad media de $46,3\pm 10,69$ años. La media de líneas de tratamiento previas fue $3\pm 1,07$ siendo interferón beta 1A(100%) el más utilizado; seguido de fingolimod(70%), natalizumab(60%), acetato de glatirámico(30%), rituximab(30%), azatioprina(30%) y mitoxantrona(20%).

Por otro lado, el recuento de linfocitos al inicio era $0,96\pm 0,91\times 10^9/L$ y plaquetas $258,82\pm 73,68\times 10^9/L$, al mes los linfocitos $0,71\pm 1,07\times 10^9/L$ y plaquetas $261,84\pm 67,24\times 10^9/L$ y al sexto mes los linfocitos $1,08\pm 0,38\times 10^9/L$ y plaquetas $262,82\pm 79,10\times 10^9/L$.

El 50% de los pacientes recibieron 2 ciclos de Alemtuzumab, de los cuales 2 siguen en tratamiento; el 20% 3 ciclos y el 30% 1 ciclo, uno de ellos continúa con él.

El 100% de los pacientes con Alemtuzumab presentaron brotes tratados con metilprednisolona. El número de recaídas fue $2,2\pm 2,04$; un 45% antes de la administración del segundo ciclo de Alemtuzumab.

La mediana en EDSS previa fue 3(P50) y la posterior al tratamiento 5,5(P50).

Los efectos adversos descritos: linfopenia prolongada(100%), proteinuria(100%), eritema(80%), prurito(80%), púrpura trombocitopénica inmune(PTI)(20%), hematomas(20%), disnea(20%), hipertiroidismo(10%), elevación de transaminasas(10%) y neutropenia(10%).

Actualmente el 50% de los pacientes han cambiado el tratamiento a Ocrelizumab, un 30% continúan con Alemtuzumab y el 20% restante con Rituximab. En referencia al número de ciclos que han recibido: Rituximab $4,6\pm 0,58$ ciclos, Ocrelizumab 2 ciclos el 100% de los pacientes.

Los pacientes en tratamiento con Rituximab($n=2$) no presentaron brotes, ni varió la escala EDSS.

Por su parte, los pacientes con Ocrelizumab($n=4$) solo el 50% desarrolló brotes y ninguno variaciones en la EDSS.

En cuanto a la seguridad ninguno manifestó reacciones adversas importantes.

CONCLUSIONES

Los pacientes con Alemtuzumab desarrollaron importantes reacciones adversas, destacando la PTI, aumentaron la EDSS y presentaron gran cantidad de brotes.

El cambio de tratamiento por Rituximab u Ocrelizumab que actúan frente el CD20 resultó ser efectivo y seguro, ya que no presentaron aumentos en la EDSS. El número de brotes disminuyó de manera importante con el Rituximab pero con el Ocrelizumab el 50% seguía presentando brotes.

Por otra parte, se observó que eran fármacos seguros, ya que las reacciones adversas no fueron importantes y no ha habido cambios a otros tratamientos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1821. FACTORES RELACIONADOS CON EL REINGRESO TEMPRANO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

AUTORES

VÁZQUEZ REAL M, FRANCO FERNÁNDEZ MD, CASTILLO MARTÍN C, TALERO BARRIENTOS E
HOSPITAL SANTA BÁRBARA. CALLE MALAGÓN S/N. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Los reingresos tempranos (entre 24 horas y 30 días tras el alta) pueden ser traumáticos para los pacientes psiquiátricos y sus familias, fomentando el estigma, la exclusión social y contribuyendo al aumento en los costes sanitarios. Determinar los factores que predisponen al reingreso es interesante desde el punto de vista clínico y económico, con el fin de conocer las características de la población e intentar disminuir este fenómeno. El objetivo de este trabajo es detectar factores de reingreso en una población de pacientes de salud mental.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio de casos y controles en un hospital de tercer nivel durante los años 2015 – 2017. Los pacientes incluidos designados como casos fueron aquellos con diagnósticos de esquizofrenia y afines, trastornos del humor y trastornos de personalidad, mayores de edad, que reingresaron en el periodo descrito. Para la selección de los controles, se emparejaron por diagnóstico, edad (+/- 10 años), sexo y fecha de ingreso (+/- 30 días). Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y farmacológicas. Se estudiaron las diferencias mediante el test estadístico chi cuadrado empleando el programa estadístico SPSS®.

RESULTADOS

Se identificaron 176 posibles casos en el periodo de estudio, de los cuales 14 fueron descartados al no tener un diagnóstico claro o estar en periodo de estudio. De los 161 reingresos restantes, 76 de ellos fueron descartados al no encontrar un control adecuado. La muestra final la conformaron 86 casos y 86 controles. La edad media de los casos fue de 44,23 ($\pm 1,14$) años y de 44,33 ($\pm 1,13$) para los controles. Un 70,9% fueron pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y afines, un 17,4% de trastornos del humor y un 10,5% de trastornos de personalidad. De las variables incluidas en el análisis, resultaron significativas las siguientes: entorno urbano / rural ($p=0,011$), empleo ($p=0,046$), red de apoyo ($p=0,0019$), adherencia farmacológica subjetiva ($p=0,048$), adherencia farmacológica objetiva ($p=0,023$), seguimiento ambulatorio ($p=0,021$) y el número de ingresos en el año previo ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

El habitar en un entorno urbano, una baja adherencia farmacológica, la ausencia de una red de apoyo, un seguimiento deficiente en consultas externas de psiquiatría, el no tener empleo y un alto número de reingresos en el año previo se relacionan de forma directa con el reingreso antes de 30 días en pacientes psiquiátricos. Sería interesante establecer estrategias desde la Farmacia Hospitalaria junto al Servicio de Psiquiatría orientadas a mejorar la adherencia farmacológica y el seguimiento terapéutico de dichos pacientes para intentar disminuir la tasa de reingreso. La comunicación y el trabajo conjunto de ambos Servicios es esencial para la mejora de la salud del paciente.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1822. EL REINGRESO EN SALUD MENTAL: CONSTRUYENDO UN MODELO PREDICTOR

AUTORES

VÁZQUEZ REAL M, TALERO BARRIENTOS E, CASTILLO MARTÍN C, FRANCO FERNÁNDEZ MD
HOSPITAL SANTA BÁRBARA. CALLE MALAGÓN S/N. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

El fenómeno del reingreso temprano (entre 24 horas y 30 días tras el alta) tiene efectos negativos en los resultados en salud y se puede asumir que no sólo es ir un paso atrás en el proceso terapéutico, sino que es una alternativa muy poco coste-efectiva al manejo como paciente ambulatorio. El objetivo del estudio es construir un modelo de reingreso a partir de variables sociodemográficas, clínicas y farmacológicas para intentar predecir la probabilidad de reingreso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio de casos y controles en un hospital de tercer nivel durante los años 2015 – 2017. Los pacientes incluidos designados como casos fueron aquellos con diagnósticos de esquizofrenia y afines, trastornos del humor y trastornos de personalidad, mayores de edad, que reingresaran en el periodo descrito. Para la selección de controles, se emparejaron por diagnóstico, edad (+/- 10 años), sexo y fecha de ingreso (+/- 30 días). Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y farmacológicas. Tras un primer análisis bivalente, posteriormente se realizó una regresión logística binaria empleando el programa estadístico SPSS®, para extraer los Odd Ratio (OR) y construir el modelo. Se emplearon el test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow y el test de Wald de significación estadística para regresión logística.

RESULTADOS

Partiendo de un estudio anterior (análisis bivalente), se conformó una muestra final de 86 casos y 86 controles. La edad media de los casos fue de 44,23 ($\pm 1,14$) años y de 44,33 ($\pm 1,13$) para los controles. Un 70,9% fueron pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y afines, un 17,4% de trastornos del humor y un 10,5% de trastornos de personalidad. El modelo obtenido consiguió una sensibilidad del 69,8% y una especificidad del 62,8%. El test de Hosmer-Lemeshow fue no significativo ($p=0,362$), lo cual indica que el modelo de reingreso es válido. Las variables empleadas en el modelo fueron la red de apoyo (OR: 0,443; IC95%: 0,228 – 0,862; $p = 0,17$), el seguimiento ambulatorio (OR: 0,464; IC95%: 0,237 – 0,908; $p = 0,25$), el entorno (OR: 2,791; IC95%: 1,017 – 07,663; $p = 0,46$) y el número de ingresos el año previo (OR: 1,536; IC95%: 1,174 – 2,009; $p = 0,02$). La ecuación de regresión logística final fue $y = - 0,472 - 0,813$ (red de apoyo) – 0,768 (seguimiento ambulatorio) + 0,429 (n° de ingresos el año previo) + 1,027 (entorno).

CONCLUSIONES

A partir de una población de casos y controles es posible establecer un modelo predictivo de reingreso en pacientes de salud mental mediante una regresión logística binaria. Su aplicación, mediante la colaboración entre los Servicios de Farmacia Hospitalaria y Psiquiatría de forma multidisciplinar, ayudaría a anticiparse a un posible reingreso y reforzar determinados aspectos del paciente, como la red de apoyo (social, familiar) o el seguimiento ambulatorio. De este modo, se podría reducir la tasa de reingresos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1849. IMPACTO TRAS 5 AÑOS DE PRÁCTICA CLÍNICA TREAT TO TARGET EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN TRATAMIENTO CON AGENTES BIOLÓGICOS.

AUTORES

VÁZQUEZ SÁNCHEZ R, ONTENIENTE GONZÁLEZ A, MARTÍNEZ NÚÑEZ ME, CASTRO PÉREZ P, ARAGÓN DÍEZ A, RODRIGUEZ HEREDIA JM, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARRETERA DE TOLEDO KM 12,5 28905. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la aplicación de la estrategia Treat to Target (T2T), en términos de efectividad y de ahorro económico, en los pacientes con enfermedades reumáticas (ER) en tratamiento con agentes biológicos (AB).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo, en el que se incluyen a todos los pacientes > 18 años con ER con dispensaciones activas de AB en el módulo de Pacientes Externos Farmatools® (PEX) desde Enero2015-Diciembre2019.

Variables relacionadas con la enfermedad:

- Tipo de ER: Artritis idiopática Juvenil y Artritis Reumatoide (AR), Espondiloartritis (EspA), Artritis Psoriásica (AP)

Variables de efectividad:

- Índices de actividad inflamatoria según tipo de artropatía: DAS28, BASDAI
- %Pacientes en respuesta terapéutica (RT): DAS-28 < 3,2. BASDAI < 4
- %Pacientes en remisión clínica (RC): DAS-28 < 2,6. BASDAI < 2
- %Pacientes con tratamiento optimizado: reducción de dosis o ampliación del intervalo de dosificación cuando un paciente alcanza RT o RC durante 6 meses-1 año.
- Persistencia de optimización: tiempo durante el cual el paciente mantienen su terapia optimizada: se asume que durante este tiempo se mantiene la RC o RT, pudiendo volver a la pauta anterior efectiva cuando se observa un empeoramiento en la respuesta.

La efectividad sólo se ha cuantificado en los pacientes con datos de actividad registrados entre los 3 meses anteriores o posteriores a la última dispensación analizada para cada año.

Variables económicas:

- Ahorro económico respecto al tratamiento estándar: coste teórico anual equivalente a la pauta estándar en el total de pacientes (consumo a precio medio contable/paciente/año) - coste real (consumo a precio medio contable/paciente/año).

El reumatólogo además de realizar la valoración rutinaria de estos pacientes, registra los parámetros de actividad de la enfermedad en PEX. El farmacéutico realiza el proceso de validación y atención farmacéutica, dispensación de medicación, seguimiento de adherencia/cumplimiento y análisis anual de resultados.

RESULTADOS

En estos 5 años se han analizado 562 pacientes que habían recibido 797 líneas de tratamiento diferentes. Un 33% de los pacientes habían recibido ≥ 2 líneas de AB. La patología más prevalente es AR con un 48% de pacientes, seguido de 29% AP y 23%EspA.

Efectividad:

Se realizó el registro de datos clínicos en PEX en el 70% de los pacientes. Se ha alcanzado la RT en un 68 % de los pacientes y la RC en un 52% de los pacientes. De todos los pacientes en respuesta terapéutica un 68% fueron optimizados.

En total 345 tratamientos (43% de todas las líneas de tratamiento) han sido optimizados a lo largo de este periodo. En

base al diagnóstico de todos los pacientes optimizados un 49% corresponde a AR, 27% AP y 24% EspA. La media de persistencia de optimización, hasta el momento actual, es 2,5 años.

Ahorro:

La optimización de la terapia biológica ha permitido una reducción global del coste de un 18% respecto al tratamiento con pautas estándar, lo que ha supuesto un ahorro total en 5 años de 3.500.000€.

CONCLUSIONES

La estrategia T2T aplicada al seguimiento de pacientes con ER ha permitido optimizar la utilización de los AB consiguiendo una mejor relación coste/efectividad y garantizando los resultados en salud del paciente.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1867. PERSISTENCIA INFLIXIMAB CT-P13 ARTRITIS REUMATOIDE, ARTROPATÍA PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN PACIENTES NAIVE Y SWITCHED TRAS 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

AUTORES

BORRAS BLASCO J, VALCUENDE ROSIQUE A
HOSPITAL DE SAGUNTO. AVDA. RAMON Y CAJAL, S/N. VALENCIA

OBJETIVOS

El 1 de junio de 2015, la Comisión Hospitalaria de Terapias Biológicas del Hospital estableció un procedimiento para utilizar INFLIXIMABCT-P13 en las nuevas prescripciones de Infiximab en pacientes con Artritis reumatoide (AR), Artropatía Psoriásica (PSA) y Espondilitis anquilosante (AS) y cambiar de Infiximab de marca a INFLIXIMABCT-P13 en pacientes con AR, PSA y AS.

Determinar la persistencia, el impacto clínico y económico del uso de INFLIXIMABCT-P13 en AR, PSA y AS en aquellos pacientes sin tratamiento previo y en aquellos pacientes que fueron inicialmente tratados con Infiximab de marca.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de pacientes tratados con INFLIXIMABCT-P13 durante más de 6 meses entre junio de 2015 y septiembre de 2019. Se recogió la edad, sexo, indicación, dosis y persistencia (en años) de pacientes sin tratamiento previo con Infiximab y en pacientes con Infiximab de marca que fueron cambiados a INFLIXIMABCT-P13. La eficacia fue medida a partir de los parámetros DAS28 y BASDAI. La seguridad también fue evaluada. Determinamos el coste real del tratamiento con INFLIXIMABCT-P13 para cada paciente a partir de la administración IV individualizada durante el período de estudio. Simulamos el coste real de estos pacientes si hubieran recibido Infiximab de marca. El ahorro de costes y el impacto económico se calcularon utilizando los precios oficiales de INFLIXIMABCT-P13 e Infiximab de marca en España (mayo de 2020).

RESULTADOS

Desde junio 2015 hasta septiembre 2019, 62 pacientes (31 AS, 18 RA, 13 PSA), (38% mujeres, edad 52 ± 20 años; peso 75 ± 27 kg) fueron tratados con INFLIXIMABCT-P13. 33 (53%) pacientes fueron pacientes sin tratamiento previo con Infiximab (15 AS, 13 RA, 5 PSA) y 29 (47%) fueron pacientes pretratados con Infiximab de marca (16 AS, 5 RA, 8 PSA). En septiembre de 2019, 33 (54%) pacientes continuaron con el tratamiento de INFLIXIMABCT-P13 (11 pacientes naive y 22 pacientes tratados anteriormente con Infiximab de marca) en remisión clínica ($DAS\ 28 < 2.6$ o $BASDAI < 2$). 29 pacientes interrumpieron el tratamiento; 24 debido a una recaída de su condición reumática y 5 pacientes por reacciones adversas (1 erupción cutánea, 3 infección respiratoria y 1 diarrea). El total de pacientes con INFLIXIMABCT-P13 presentó persistencia de 24.4 ± 7.4 meses (AS 22.7 ± 3.7 , AR 19.2 ± 5.4 , PSA 31.7 ± 6.7). En pacientes naive la persistencia fue 19.1 ± 4.4 meses (AS 19.1 ± 4.7 , AR 13.8 ± 3.2 , PSA 24.5 ± 10.4) y en pacientes pretratados con Infiximab de marca fue 29.7 ± 5.8 meses (AS 26.5 ± 6.5 , AR 24.6 ± 7.2 , PSA 37.9 ± 8.1). El coste total asociado al tratamiento con INFLIXIMABCT-P13 durante el período de observación fue 901.840 €. Si estos pacientes hubieran sido tratados con Infiximab de marca, el coste total de la terapia habría sido 1.099.803 €. La utilización de INFLIXIMABCT-P13 ahorró 197,964 € durante 5 años.

CONCLUSIONES

INFLIXIMABCT-P13 es un tratamiento eficaz, seguro, con una persistencia adecuada en pacientes naive con infiximab y en pacientes pretratados con Infiximab de marca. Además su empleo se asocia a un importante ahorro económico en pacientes con AR, AP y PSA.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1871. DIMETILFUMARATO Y TERIFLUNOMIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

GONZÁLEZ PÉREZ Y, NUÑEZ RODRÍGUEZ J, CALLEJA HERNÁNDEZ MÁ, NEBOT VILLACAMPA MJ, ZAFRA MORALES R, SANZ ALONSO V, LERALTA GONZÁLEZ C, CASO GONZÁLEZ A
HOSPITAL SAN PEDRO. C/PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Analizar si existen diferencias en pacientes de Esclerosis múltiple en tratamiento con Dimetilfumarato o Teriflunomida en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la presencia de síntomas relacionados con la Esclerosis Múltiple.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico de corte transversal realizado en abril de 2020 en pacientes con Esclerosis múltiple en tratamiento con Dimetilfumarato o Teriflunomida.

Se incluyeron pacientes que firmaron previamente el consentimiento informado. Se recogieron variables sociodemográficas (edad y sexo), clínicas (EDDS, número de brotes en el último año, síntomas relacionados con la enfermedad (fatiga, espasticidad, dolor, problemas en el control de la orina y alteración de la memoria) y relacionados con CVRS (se analizaron los dominios de salud física, salud mental y bienestar emocional).

La CVRS se midió, a través de cuestionario MSQOL-54. El resto de variables se recogieron de la historia clínica electrónica y durante la entrevista motivacional en las consultas externas de Farmacia Hospitalaria.

Los datos se trataron en una base de datos excel y se analizaron con el programa informático IBM SPSS versión 23.

RESULTADOS

Se incluyeron 71 pacientes con una edad media de 43,6±11,2 años (70,4% mujeres), de los cuales el 65,0% seguían en tratamiento con Dimetilfumarato y el 35,2% con Teriflunomida. En relación a las variables clínicas la media de EDDS fue 1,8±1,4 para dimetilfumarato y 2,5±2,1 para teriflunomida. El número de brotes anuales fue 0,2±0,4 para Dimetilfumarato y 0,3±0,6 para Teriflunomida. Los síntomas en los pacientes en tratamiento con Dimetilfumarato fueron: espasticidad 26,6%, fatiga 51,1%, alteración de la memoria 44,4%, dolor 53,3% y problemas de orina 33,3%. En el caso de teriflunomida: espasticidad 20,8% de los casos, fatiga 40,0%, alteración de la memoria 54,2%, dolor 62,5% y problemas en el control de la orina 62,5%.

No hubo diferencias con respecto a la espasticidad ($p=0,592$). Los pacientes con Dimetilfumarato tuvieron más fatiga pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p=0,372$). Teriflunomida mostró una mayor alteración de la memoria, pero sin diferencias estadísticas ($p=0,441$) al igual que el dolor ($p=0,464$), sin embargo los problemas urinarios fueron más frecuentes en Teriflunomida y si se hallaron diferencias ($p=0,024$).

Con respecto a la CVRS, la media de puntuación MSQOL-54 fue 66,4±16,5 para Dimetilfumarato y 53,3±22,0 para Teriflunomida hallándose diferencias ($p=0,013$).

La media de puntuación de los dominios analizados fueron: salud física 60,1±19,4 en el caso de Dimetilfumarato y 52,2±17,9 para Teriflunomida sin encontrar diferencias ($p=0,115$), el dominio de salud mental fue 71,6±17,7 para Dimetilfumarato y 67,5±22,7 en el caso de Teriflunomida, tampoco encontrando diferencias ($p=0,383$) y el bienestar emocional 69,6±19,1 Dimetilfumarato y 63,1±22,0 Teriflunomida sin hallar diferencias ($p=0,163$).

CONCLUSIONES

Se han encontrado diferencias en la presencia de síntomas relacionados con la Esclerosis Múltiple y la calidad de vida reportada por el paciente con Esclerosis Múltiple siendo más frecuente los problemas urinarios y una peor puntuación de la calidad de vida en los pacientes en tratamiento con Teriflunomida.

Necesitamos más estudios para comprobar si estos resultados son similares en otros centros.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1885. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE CANNABIDIOL EN EL MANEJO DEL SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT: A PROPÓSITO DE 4 CASOS

AUTORES

DIAZ RANGEL M, MARCO DEL RIO J, CASAS HIDALGO I, ALDAZ FRANCÉS R, SANCHEZ RUBIO F, VALLADOLID WALSH A COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE. CALLE HERMANOS FALCO, 6. ALBACETE

OBJETIVOS

El Síndrome de Lennox-Gastaut (SLG) es poco frecuente y uno de los síndromes epilépticos más graves de la infancia.

El tratamiento es complejo porque normalmente es resistente a la terapia convencional. Recientemente se puede obtener vía medicamentos extranjeros cannabidiol, un nuevo fármaco indicado como tratamiento complementario de convulsiones asociadas con el SLG en conjunto con clobazam.

El objetivo es presentar 4 casos en los que se está utilizando cannabidiol en el manejo del SLG en dos centros hospitalarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

La información se recopiló de la historia clínica electrónica (Mambrino XXI®). Datos recogidos: sexo, edad, diagnóstico, tratamiento para el manejo de SLG (terapia previa y concomitante con cannabidiol), fecha de inicio, dosis (inicio y mantenimiento), disminución de crisis y eventos adversos (EA) del cannabidiol.

RESULTADOS

Caso 1: Varón de 14 años con diagnóstico de encefalopatía epiléptica con evolución a SLG y polimicrogiria bilateral. Tratamiento previo para manejar el SLG: 16 fármacos antiepilépticos (FAEs), dieta cetogénica (DC) y corticoides. En la actualidad en tratamiento concomitante al cannabidiol: clobazam, rufinamida, perampanel y levetiracetam. Inició cannabidiol en mayo/2019 a 50 mg/12h, actualmente 150 mg/12h de mantenimiento. Las crisis desde el inicio del tratamiento son de menor duración y más espaciadas. Buena tolerancia al tratamiento.

Caso 2: Varón de 15 años con diagnóstico de encefalopatía epiléptica grave (inicialmente síndrome de West y después SLG) y parálisis cerebral infantil secundaria a meningitis por neumococo. Terapia previa utilizada: 3 FAEs. Actualmente en tratamiento con cannabidiol, clobazam, perampanel, lamotrigina y clonazepam. Inició cannabidiol en mayo/2019 a

50 mg/12h y ahora 100-0-150 mg de mantenimiento. Al mes de comenzar con cannabidiol las crisis desaparecieron y durante este año se ha simplificado la terapia concomitante consiguiendo crisis sólo ocasionales. Como EA ha presentado somnolencia, disminuida tras ajuste posológico.

Caso 3: Varón de 24 años diagnosticado de SLG criptogénico. Terapia anterior: 9 FAEs (clobazam entre otros) y DC. En la actualidad con cannabidiol, ácido valproico, etosuximida y fenobarbital. En diciembre/2019 inició cannabidiol a 200 mg/12h, de mantenimiento 350 mg/12h. Al inicio presentó una mejora de la reactividad, la cual se mantiene. En cuanto a EA: leve somnolencia.

Caso 4: Mujer de 38 años diagnosticada de epilepsia farmacorretractaria estructural: SLG vs epilepsia focal multifocal. Ha sido tratada con 9 FAEs, uno de ellos clobazam, y DC. Tratamiento actual: cannabidiol, perampanel, lamotrigina, lacosamida y brivaracetam. El inicio de cannabidiol fue en febrero/2020 a 150 mg/12h y de mantenimiento 450 mg/12h. Las crisis al inicio con cannabidiol disminuyeron, pero un mes después aumentaron y eran diarias, la paciente estaba más nerviosa y triste por el confinamiento debido a la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2. En cuanto a EA, aumentó hasta superar en 2,7 veces el límite superior de la normalidad (LSN) de la alanina-aminotransaminasa y la aspartato-aminotransaminasa 1,3 veces.

CONCLUSIONES

La utilización de cannabidiol se ajusta a ficha técnica, tanto en indicación como en posología (escalada de dosis según tolerancia). Y parece ser efectivo (por la disminución de la duración y número de crisis) y bien tolerado en nuestros pacientes, si bien sería necesario un mayor seguimiento para confirmar resultados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1946. EXPERIENCIA PERCIBIDA POR EL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INMUNOMEDIADA EN EL HOSPITAL DE DÍA

AUTORES

RAMIREZ HERRAIZ E, MORELL BALADRON A, LLAMAS VELASCO M, CHAPARRO SÁNCHEZ M, MECA LALLANA V, DAUDEN TELLO E, PEREZ GISBERT J, GARCÍA DE VICUÑA R
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA. DIEGO DE LEÓN 62. MADRID

OBJETIVOS

El análisis de los Patient Reported Experience measurements (PREM) es un indicador de calidad considerado fundamental en la actualidad. Es necesario disponer de herramientas validadas para medir los PREM y planificar actuaciones concretas de mejora por parte de la institución.

El objetivo principal fue evaluar los PREM en pacientes ambulatorios con al menos una enfermedad inflamatoria inmunomediada atendidos en la Unidad de Terapias Biológicas y Dirigidas (UTByD) en relación con la atención recibida del Sistema Sanitario. El objetivo secundario fue diseñar actuaciones sobre las áreas de mejora detectadas con la información aportada por el paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo multidisciplinar de tres meses de duración (noviembre 2019-enero 2020) en pacientes que padecen al menos una EIMI a los que se les administra medicación intravenosa. Para evaluar la experiencia del paciente con la atención recibida se utilizó IEXPAC, cuestionario validado, específico para enfermedades crónicas y que consta de 11 preguntas generales y otras 4 específicas que otorgan una puntuación del 1 al 10. Para facilitar el análisis, las preguntas fueron divididas en 5 bloques: información de internet, información social, información práctica, bienestar y atención sanitaria. Cualquier puntuación inferior a 10 se considera área de mejora.

Para el análisis estadístico se utilizaron los test paramétricos ANOVA y t-Student para muestras independientes.

RESULTADOS

Se ofreció participar a 185 pacientes, aceptando 160 (86,5%). De ellos, 80 (49%) pertenecían al servicio de reumatología, 40 (26%) al de neurología, 27 (17%) a digestivo y 13 (8%) a dermatología.

La media de puntuación global fue 6,16 (1,69), con una mediana de 3,75 (IQR=2,92-5,83) en los bloques de información y de 10 (IQR= 7,5-10) en bienestar y 9,16 (IQR= 6,67-10) en atención sanitaria.

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en:

- Información social (me informan de recursos sanitarios y sociales y me animan a hablar con otros pacientes) entre el sexo masculino/femenino (4,4/3,3) (p=0,023).
- Información de internet entre los distintos rangos de edad (< 45, 45-65 y > 65 años) (2,4/2,4/1,3) (p=0,029).
- Información social entre los distintos rangos de edad (< 45, 45-65 y > 65 años) (4,5/4,2/3,0) (p=0,006).
- Cuestionario global entre los diferentes servicios clínicos (dermatología, digestivo, neurología y reumatología) (p=0,001).
- Información de internet entre los diferentes servicios clínicos (0,9/2,5/3,6/1,1).
- Información social entre los diferentes servicios clínicos (3,6/3,9/3,5/2,8).
- Información práctica entre los diferentes servicios clínicos (5,5/6,8/7,9/7,0).

CONCLUSIONES

En nuestra población, el uso de IEXPAC ha demostrado utilidad para detectar áreas y acciones de mejora en la experiencia del cuidado de salud en el hospital de día. El apartado con mayor oportunidad de mejora es el correspondiente a información, donde los ítems peor puntuados fueron los relativos a la información obtenida a través de internet.

Los apartados mejor puntuados fueron los relacionados con el bienestar y la Atención Sanitaria A partir de los datos obtenidos, desde la UTByD se han propuesto actuaciones como facilitar el acceso de los pacientes a información

relevante y fiable en la web, bien específica de la UTByD o de otras fuentes seguras y validadas, así como crear escuelas de pacientes intrahospitalarias.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1949. ANÁLISIS DEL RIESGO ANTICOLINERGICO EN PACIENTES GERIÁTRICOS DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

AUTORES

MARTÍNEZ CRESPO A, GÓMEZ BARRERA M, AGUIRRE SEGURA G, LOZANO ORTÍZ R, FRUTOS PERÉZ-SURIO A
CRP NTRA. SRA. DEL PILAR. DUQUESA VILLAHERMOSA 66-68. ZARAGOZA

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es medir el riesgo anticolinérgico de los pacientes geriátricos ingresados en el centro, según los fármacos utilizados. Comparar los valores de riesgo obtenidos según las distintas escalas utilizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal realizado con los pacientes ingresados en el centro en noviembre de 2019. Se incluyeron todos los pacientes > 65 años.

Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad y los fármacos anticolinérgicos prescritos. Las variables cuantitativas se presentaron como media \pm error estándar.

Se calculó la carga anticolinérgica asociada a cada paciente utilizando 10 escalas diferentes, para ello se utilizó la herramienta online Anticholinergic Burden Calculator. Las escalas utilizadas fueron: Drug Burden Index (DBI), Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB), Anticholinergic Burden Classification (ABC), Anticholinergic Risk Scale (ARS), Anticholinergic Drug Scale (ADS), Clinician-Rated Anticholinergic Scale (CrAS), Anticholinergic Load Scale (ALS), Anticholinergic Activity Scala (AAS), escala de Duran y de Chew. Se clasificaron los pacientes según el riesgo de efectos adversos anticolinérgicos en: sin riesgo, bajo riesgo, riesgo medio y riesgo alto. La clasificación de los pacientes varía según la escala utilizada.

Se comparó el grado de concordancia de los valores de carga anticolinérgica obtenidos según la escala utilizada mediante el índice Kappa con nivel de error alpha menor a 0,05 para considerar que existía concordancia significativa entre las escalas. Se ha realizado con el software SPSS 25.0.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 58 pacientes, 31 hombres (53,45 %) y 27 mujeres (46,55 %) con una edad de $75 \pm 6,61$ años. El número de fármacos anticolinérgicos prescritos por paciente fue de $4,38 \pm 2,06$ (Total= 254). Con un mínimo de 1 y un máximo de 10.

Los grupos de fármacos anticolinérgicos más prescritos fueron: antipsicóticos 101 prescripciones (39,76 %), benzodiazepinas 48 (18,90 %), antidepresivos 26 (10,24 %), antiepilépticos 18 (7,09 %).

Se identificaron el siguiente número de pacientes con riesgo anticolinérgico alto, según la escala utilizada: ACB 48 (82,76 %), ARS 23 (39,66 %), Chew 24 (41,38 %), ADS 44 (75,86 %), AAS 20 (34,48 %), ALS 11 (18,97 %), CrAS 16 (27,59 %), Duran 39 (67,24 %), ABC 19 (32,76 %), DBI 47 (81,03 %).

55 de los 58 pacientes (94,83 %) fueron clasificados como de riesgo anticolinérgico alto según alguna de las escalas.

Se calculó el índice kappa entre las distintas escalas, se hicieron 45 comparativas, solamente en 14 de ellas se observó concordancia. La escala que tuvo más concordancia con el resto fue Duran con 7 coincidencias. La escala ABC no tuvo concordancia con ninguna de las restantes, DBI y CrAS con una de las restantes.

CONCLUSIONES

- Hay un gran número de pacientes con riesgo anticolinérgico alto.
- Los fármacos que afectan al Sistema Nervioso Central son los que en su mayoría provocan el riesgo anticolinérgico en los pacientes psicogerátricos.
- Hay una gran variabilidad en los datos, según la escala utilizada.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1965. ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE TOFACITINIB EN COLITIS ULCEROSA

AUTORES

RODRÍGUEZ ESQUIROZ A, PINILLA LEBRERO G, ARRONDO VELASCO A, ULACIA EPELDE L, TEJADA MARÍN D, ALDAVE COBOS P, ORTEGA BELIO I, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. IRUNLARREA, 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Tofacitinib es un fármaco de administración oral, inhibidor selectivo de las JAK quinasas, aprobado para el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU). El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de este fármaco en CU.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y observacional en el que se incluyó pacientes diagnosticados de CU que habían fracasado previamente a otras terapias dirigidas. Se recogieron datos entre abril de 2018 y abril de 2020.

Se recogieron diferentes variables de la historia clínica informatizada: edad y sexo, tratamientos previos, fecha de inicio

de tofacitinib, dosis en las semanas 8 y 16, síntomas al inicio del tratamiento y en la semana 16, proteína C reactiva (PCR) y calprotectina fecal (CPF) al inicio del tratamiento y en las semanas 8 y 16. La eficacia clínica se evaluó mediante la disminución de PCR, CPF y la mejoría de los síntomas.

RESULTADOS

Se incluyeron 16 pacientes (50% mujeres) con una media de edad de 53 años (18-79) diagnosticados de CU. Todos ellos habían fracasado a otros tratamientos dirigidos previos (vedolizumab, infliximab, golimumab y adalimumab): el 18.75% a 1 fármaco, el 37.5% a 2, el 25% a 3 y el 18.75% a 4 fármacos.

Todos los pacientes se trataron con una dosis de 10mg cada 12 horas durante 8 semanas, tras las cuales se disminuyó la dosis a 5mg cada 12 horas en el 56% de los pacientes por buena evolución clínica. En la semana 16, el 60% de los pacientes mantuvieron la dosis de 5mg cada 12 horas, mientras que el 40% continuó con 10mg cada 12 horas por respuesta insuficiente. Dos pacientes tuvieron que suspender el tratamiento: uno en la semana 8 por cirugía y el otro en la semana 16 por falta de respuesta.

La PCR media al inicio del tratamiento fue de 27 mg/l (0.7-142mg/l) y la CPF media 2655 mg/kg (323-6500 mg/kg). A las 8 semanas se observó una disminución de la PCR media de un 73% (PCR media 7.33mg/l, rango entre 0 y 20,8) y una disminución de la CPF del 79% (CPF media 556 mg/kg, rango 10-2190). En la semana 16 la disminución de la PCR con respecto a la inicial fue del 84.2% (PCR media 4.24, entre 0 y 12.6), sin embargo, la CPF media aumentó ligeramente hasta 804.6mg/kg (5-5146).

De los 14 pacientes que continuaron el tratamiento, 13 experimentaron una mejoría clínica (disminución del número de deposiciones, mejora del apetito y disminución de dolor abdominal).

CONCLUSIONES

Tofacitinib mejora los síntomas de la CU, observándose además una disminución de la PCR y la CPF desde la semana 8 de tratamiento.

Este fármaco puede ser una buena opción terapéutica debido a que su administración es oral. Sin embargo, su posología cada 12 horas exige una estrecha vigilancia de la adherencia al tratamiento para asegurar una óptima respuesta clínica. La falta de inmunogenicidad y el hecho de no tener que monitorizar niveles de fármaco ni anticuerpos anti-fármaco, supone una ventaja frente a otras alternativas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2067. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PROTOCOLOS DE DESENSIBILIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

AUTORES

GANFORNINA ANDRADES A, RODRIGUEZ MORETA C, CORRALES PAZ M, FERNANDEZ ANGUIA MJ, RODRIGUEZ MATEOS ME, LOMARES MANZANO I
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. AVD, ANA DE VIYA, 21. CÁDIZ

OBJETIVOS

La desensibilización consiste en reintroducir lenta y gradualmente pequeñas cantidades de fármaco hasta dosis terapéuticas completas en aquellos pacientes con alergia en los que la administración de un fármaco sea imprescindible. El objetivo fue evaluar la efectividad y seguridad de los protocolos de desensibilización (PD) administrados en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes con hipersensibilidad a algún fármaco que recibieron al menos un PD entre enero 2018 y mayo 2020. Los esquemas de desensibilización fueron elaborados por el Servicio de Farmacia, previa prescripción de la dosis y el número de pasos por el alergólogo responsable. Las diluciones para administración intravenosa fueron preparadas en el área de farmacotecnia en condiciones estériles, así como los papelillos en el caso de que la administración fuera oral. Las variables recogidas para determinar la efectividad y la seguridad a partir de la historia clínica digital fueron: edad, sexo, diagnóstico, número PD realizados, fármacos administrados en pauta de desensibilización, tolerancia (efectividad) y efectos adversos (seguridad). Se consideraron efectivos los protocolos finalizados con éxito sin necesidad de interrupción por anafilaxia y que permitieron continuar con el tratamiento indicado.

RESULTADOS

Se incluyeron 34 pacientes (edad media $57,5 \pm 17,2$ años; sexo: 67,6% mujeres). El diagnóstico principal fue en el 44,1% (n=15) tumor sólido o de tipo hematológico, mientras que el 17,6% (n=6) presentó una enfermedad de carácter inmunológico (artritis reumatoide y enfermedad de Crohn). El 38,2% (n=13) restante recibió PD para otras patologías. Se llevaron a cabo un total de 95 desensibilizaciones (mediana: 1 PD; rango: 1-3). Antes de iniciar el proceso, todos los pacientes recibieron premedicación estándar con corticoides, antihistamínicos, montelukast, ácido acetilsalicílico y/o ranitidina. Los principios activos administrados en pauta de desensibilización fueron: irinotecan 22,1% (21 desensibilizaciones), oxaliplatino 17,9% (17), ácido acetilsalicílico 12,6% (12), cisplatino 11,6% (11), carboplatino 7,4% (7), paclitaxel 6,3% (6), trastuzumab 5,3% (5), azitromicina 3,2% (3), etanercept 3,2% (3), infliximab 3,2% (3), cotrimoxazol 2,1% (2), brentuximab 1,1% (1), citarabina 1,1% (1), nomegestrol+estradiol 1,1% (1), cianocobalamina 1,1% (1) y bencilpenicilina 1,1% (1). El 94,1% (n=32) de los pacientes recibieron PD para un solo fármaco; al resto, se le

administraron dos fármacos. En cuanto a la efectividad, el 82,4% (n=28) completaron los PD sin incidencias y con buena tolerancia. El 17,6% (n=6) sufrió algún tipo de reacción adversa durante la administración de derivados de platinos (n=4), paclitaxel (n=1), citarabina (n=1) y azitromicina (n=1). De estos pacientes, el 8,8% (n=3) refirió prurito, eritema y disnea durante los primeros ciclos, decidiéndose continuar con el tratamiento al considerar mayor balance beneficio/riesgo. Se suspendió el proceso en el 8,8% (n=3) de los casos por reacción anafiláctica grave.

CONCLUSIONES

Los procedimientos de desensibilización a fármacos han demostrado elevada efectividad en nuestro centro, permitiendo reintroducir con éxito principios activos a pacientes alérgicos con buena tolerancia y relativa seguridad. Los fármacos que más reacciones anafilácticas producen, pese a su administración en pauta de desensibilización, son los derivados de platinos. Son necesarios más estudios que incluyan una muestra más amplia para verificar los resultados obtenidos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2071. ANÁLISIS DE LA PERSISTENCIA A TERAPIAS DIRIGIDAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, ARTRITIS PSORIASICA Y ESPONDILOARTRITIS

AUTORES

ONTENIENTE GONZÁLEZ A, PATIER RUIZ I, VÁZQUEZ SÁNCHEZ R, SÁNCHEZ-RUBIO FERRÁNDEZ J, MOLINA GARCÍA T, CASTRO PÉREZ P, ARAGÓN DÍEZ Á, RODRÍGUEZ HEREDIA JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CRTA. DE TOLEDO KM 12500. MADRID

OBJETIVOS

La cada vez más amplia variedad de fármacos biológicos/sintéticos dirigidos disponibles para la artritis reumatoide (AR), la Espondiloartritis (EspA) y la Artritis psoriásica (APs) hace que sea complicado seleccionar el tratamiento más adecuado para comenzar una vez que los pacientes han utilizado Fármacos Modificadores de la Enfermedad (FAME) tradicionales.

También es conocida la pérdida progresiva de respuesta al tratamiento, que eventualmente obliga a cambiar el fármaco biológico empleado.

Se define persistencia al periodo de tiempo comprendido desde el inicio del fármaco hasta el cambio y/o interrupción por pérdida de respuesta o toxicidad.

El objetivo es determinar cuál es el fármaco biológico/sintético que presenta una mayor persistencia global en pacientes con AR, EspA y APs.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento en nuestro centro con fármaco biológico/sintético para las enfermedades reumáticas estudiadas a partir de enero 2014 hasta marzo 2020.

Se registraron edad, sexo, diagnóstico, fármaco biológico/sintético y se clasificó por mecanismo de acción. Se extrajeron las fechas inicio y fecha fin siempre que el cambio de fármaco fuese debido a la pérdida de eficacia o toxicidad.

El cálculo de persistencia y factores relacionados, se llevó a cabo mediante análisis de Kaplan-Meier (Log-rank test) y regresión univariada de Cox. Se calculó la mediana de duración y su IC95% de cada uno de los fármacos utilizados clasificados por su mecanismo de acción: anti-TNF (anti Factor de Necrosis tumoral) como adalimumab, etanercept, certolizumab y golimumab, anti-IL6 (anti-interleukina 6) como sarilumab, anti-IL17 (anti-interleukina 17) como ixekizumab y secukinumab, anti-IL12/23 (anti-interleukina 12/23) como ustekinumab, Inh-PDE4 (inhibidor Fosfodiesterasa 4) como apremilast, Inh-JAK (Inhibidores de la quinasa Janus) como baricitinib y tofacitinib y anti-CD28 (modulación Linfocitos que expresan CD28) como abatacept.

RESULTADOS

Se incluyeron 538 episodios de tratamiento, con una edad media de 53,3 años, 64,4% hombres con una distribución por diagnóstico de 48,9% AR, 29,4% APs y 21,7% EspA. Al finalizar el estudio 206 líneas de tratamiento se interrumpieron y 332 continuaban.

La distribución por mecanismo de acción fue de: anti-TNF 53,7%, anti-IL6 13,4%, Inh-JAK 8,6%, anti-IL17 8,2%, Inh-PDE4 6,9%, anti-CD28 4,8% y anti IL12/23 4,4%.

La mediana de persistencia global fue de 1.626 días (4,45 años) con IC95% 1.423-1.828.

La mediana de persistencia global por mecanismo de acción en días fue: anti-TNF 1.721 IC95% 1.465-1.976, anti-IL6 1.624 IC95% 1.357-1.890, anti-CD28 509 IC95% 288-729 y antiIL12/23 1.475 IC95% 826-2.123. No se alcanzó la mediana en Inh-JAK, anti-L17 e Inh-PDE4 en el momento de finalización del estudio.

No existe diferencia significativa por edad, sexo, diagnóstico, ni por mecanismo de acción de los fármacos empleados.

Existe diferencia significativa en el análisis de persistencia dentro del grupo de fármacos anti-TNF con una mediana de duración en días de etanercept 819 IC95% 351-1.286 y golimumab 1.607 IC95% 794-2.419; p=0,002. No se alcanzó la mediana de duración en adalimumab y certolizumab.

CONCLUSIONES

La persistencia a terapias dirigidas en las enfermedades reumáticas consideradas fue en general elevada. No se encontró asociación directa entre la persistencia y el sexo, edad, diagnóstico o tipo de fármaco.

Dentro de los fármacos anti-TNF, etanercept mostró una baja persistencia significativa con respecto al resto.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2089. REMISIÓN LIBRE DE FÁRMACO BIOLÓGICO/SINTÉTICO DIRIGIDO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS. COHORTE DE PACIENTES TRATADOS POR OBJETIVOS DURANTE 6 AÑOS

AUTORES

ONTENIENTE GONZÁLEZ A, VÁZQUEZ SÁNCHEZ R, MARTÍNEZ NUÑEZ ME, MOLINA GARCÍA T, CASTRO PÉREZ P, ARAGÓN DÍEZ Á, RODRÍGUEZ HEREDIA JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CRTA. DE TOLEDO KM 12500. MADRID

OBJETIVOS

La estrategia actual del tratamiento con fármacos Biológicos/Sintéticos Dirigidos (FB/SD) consiste en la administración precoz durante la llamada ventana terapéutica de oportunidad, con el objetivo de inducir la remisión clínica (RC) sostenida de la enfermedad, optimizando las pautas de tratamiento FB/SD hasta la interrupción controlada del mismo, o también conocida como Remisión Libre de FB/SD (RLF).

El objetivo principal es evaluar la frecuencia y las características de los pacientes con artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (EspA) y artritis psoriásica (APs) que han alcanzado la RLF en una cohorte tratada por objetivos seguida durante 6 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo desde enero de 2014 hasta diciembre de 2019. Se incluyó una cohorte de pacientes con AR, EspA y APs tratados por objetivos con FB/SD que, tras la optimización posológica, mantuvo la RC de la enfermedad permitiendo la RLF.

Se excluyeron los pacientes en los que se interrumpió el tratamiento por deseo gestacional, por toxicidad y/o contraindicación de FB/SD.

Definición de las variables:

- Optimización posológica: reducción de dosis o ampliación del intervalo de dosificación cuando un paciente alcanza respuesta óptima (RO) o RC durante > 6 meses.

- RO: DAS-28 < 3,2 para la AR y APs y BASDAI < 4 para la EspA.

- RC: DAS28 < 2.6 para la AR y APs y BASDAI < 2 para la EspA.

Variable principal: porcentaje de paciente en RLF.

Variables secundarias:

- Tiempo de tratamiento hasta RLF.

- Persistencia de RLF: tiempo durante el cual el paciente mantiene su terapia interrumpido.

- Frecuencia de reintroducción de FB/SD tras la RLF.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 562 pacientes (48% AR, 23% EspA y 29% APs). El 49% (274 pacientes) fueron optimizados y el 5% (27 pacientes) alcanzó la RLF.

De los pacientes en RLF, el 55% eran mujeres y la distribución por patología fue 55% AR, 41% EspA y 4% APs. La mediana de tiempo de tratamiento hasta RLF fue de 4,1 (RIC 3,1) años.

En la actualidad, el 66,7% (18 pacientes) se mantienen en RLF y el 33,3% restante (9 pacientes) tuvieron que reanudar el tratamiento con FB/SD. La mediana de persistencia en RLF actualmente es de 1,1 años (RIC 1,5). El 89% de los pacientes (n=8) que tuvieron que reanudar el tratamiento, lo hicieron con el mismo FB/SD, de los cuales, el 50% ha alcanzado nuevamente la RO/RC encontrándose en la actualidad en optimización posológica.

CONCLUSIONES

La RLF es una práctica poco frecuente, siendo mayor en la AR que en el resto de enfermedades reumáticas. Parece una estrategia segura, siempre bajo un seguimiento estrecho del paciente, ya que se consigue mantener la RC durante periodos prolongados de tiempo sin tratamiento FB/SD, pudiendo volver incluso al FB/SD anterior cuando se observa un empeoramiento en la respuesta.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS**2128. FACTORES MODIFICADORES DE LA CINÉTICA DE CLOZAPINA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.****AUTORES**

GARCÍA CASANUEVA JC, LÓPEZ GONZALEZ AM, PEDRAZA NIETO L, SÁNCHEZ HERNANDEZ JG, VALVERDE MERINO MP, FERNÁNDEZ CABALLERO R, OTERO LÓPEZ MJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº SAN VICENTE, 58. SALAMANCA

OBJETIVOS

Dada la gran variabilidad interindividual en la cinética de clozapina, el objetivo de este trabajo fue identificar las características de los pacientes tratados con clozapina que pueden afectar su comportamiento cinético, y la posible asociación entre éstas y las concentraciones plasmáticas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo y prospectivo realizado entre abril 2017 y mayo 2019, en una cohorte de pacientes diagnosticados de esquizofrenia resistente, monitorizados en el Servicio de Farmacia a petición del Servicio de Psiquiatría del Hospital. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital.

Se recogieron las siguientes variables: edad, peso, género, índice de masa corporal (IMC), consumo de tabaco, dosis de clozapina por kilogramo de peso y concentraciones mínimas plasmáticas de clozapina (CPC).

Las muestras de sangre se obtuvieron previo a la toma de la dosis matinal y se procesaron por cromatografía líquida-tandem masas.

Para el análisis estadístico, se llevaron a cabo el análisis de varianza, el coeficiente de correlación de Pearson y la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y de Mann-Whitney. Se utilizaron los programas SPSS 15.0 y EPIDAT 3.1.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 29 pacientes con edad media de 50,3 años (DE=9,81), de los que 16 (55%) eran hombres. Sólo 6 pacientes se encontraban en normopeso (IMC < 25), mientras que 12 pacientes (44%) presentaban obesidad (IMC \geq 30). De los 29 pacientes, 15 eran no fumadores y 10 fumadores.

Las dosis media de clozapina prescrita fue de 4,0 mg/kg (DE=1,72) y las concentraciones plasmáticas medias obtenidas (ng/mL) fueron de 434,96 ng/mL (DE=301,42). La concentración plasmática y la dosis presentaron una relación lineal estadísticamente significativa ($p=0,0003$), de manera que al aumentar la dosis aumenta la concentración, con un coeficiente rho de 0,596 ($p=0,001$).

Las mujeres recibieron una dosis media por kilogramo de peso de 4,16 mg (DE=2,3) y los hombres de 3,88 mg (DE=1,12). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dosis media por kilogramo de peso en función del género ($p=0,671$). Tampoco se encontraron diferencias significativas ($p=0,380$) entre las concentraciones plasmáticas de clozapina medias obtenidas en mujeres 421,85 ng/mL (DE=328,52) y en los hombres 445,62 ng/mL (DE= 288,08).

Por otro lado, los pacientes no fumadores mostraron concentraciones plasmáticas medias de 566,57 ng/mL (DE=292,62) significativamente superiores ($p=0,023$) a las presentadas por los fumadores 307,60 ng/mL (DE= 222,32).

CONCLUSIONES

En nuestra muestra, no se encontraron diferencias significativas en función del género en las dosis por kilogramo de peso administradas ni en las concentraciones plasmáticas alcanzadas. Los factores que demostraron correlación con las concentraciones alcanzadas fueron la dosis por kilogramo de peso, relación directa, y el consumo de tabaco con relación inversa.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2148. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTES-TINAL

AUTORES

GIMÉNEZ CANDELA RM, GONZÁLEZ FREIRE L, VEIGA VILLAVERDE AB, BOULLOSA LALE S, BUSTELO PAZ F, BARCA DÍEZ C, CRESPO DIZ C

SERVICIO DE FARMACIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR. AVENIDA MOURENTE S/N. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno crónico que afecta fundamentalmente al intestino y que genera, principalmente, dolor abdominal y diarrea crónica. Mediante la realización de este estudio se pretende analizar la efectividad y la seguridad de Ustekinumab en pacientes afectados por EII en hospital universitario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 2 años de duración (Enero2018-Diciembre2019) en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de EII que estuvieron a tratamiento con Ustekinumab durante este periodo.

Criterios de exclusión: duración tratamiento menor de 5 meses.

Variables recogidas: edad, sexo, tipo de EII, tratamientos previos tanto inmunosupresores clásicos como biológicos, presencia de enfermedad perianal, comorbilidades; niveles de Proteína C Reactiva (PCR) y niveles de Calprotectina Fecal (CPF), a las 8, 16 y 24 semanas; duración del tratamiento, reacciones adversas (RA), suspensión de tratamiento y motivo.

Fuentes de datos: Sistema de Información de Dispensación de Medicamentos (Silicon®) y la Historia Clínica Electrónica (IANUS®).

Para analizar la efectividad del tratamiento se valoró la disminución de los parámetros PCR y CPF durante el periodo de estudio. Para evaluar la seguridad se consideró el hallazgo de RA.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 51 pacientes. Se excluyeron 12 pacientes por llevar menos de 5 meses a tratamiento. De los 39 pacientes incluidos, el 64,1% eran mujeres y la mediana de edad fue de 45(26-76) años.

El 97,4% de los pacientes presentaban enfermedad de Crohn, solamente un paciente presentaba colitis ulcerosa.

El 71,8% de los pacientes mostraba enfermedad perianal y el 30,8% alguna comorbilidad.

El tratamiento previo con inmunosupresores clásicos fue realizado en el 100% de los casos, en un 89,7% se utilizó azatioprina, en un 48,7% metotrexato y en un 20,5% mercaptopurina.

El tratamiento con otros biológicos previos fue efectuado por el 97,4% de los pacientes, en el 81,6% se usó infliximab, en el 81,6% adalimumab y en el 34,2% vedolizumab.

La mediana de los valores de PCR fue de 0,6(0-21,9) al inicio, 0,5(0,1-1,8) a las 8 semanas, 0,7(0,1-9,1) a las 16 semanas y 0,55(0,2-3,2) a las 24 semanas. En cuanto a la CPF fue de 387,5(16-5000) al inicio, 95,4(16-1404) a las 8 semanas, 220(16-3301) a las 16 semanas y 141,5(16-876) a las 24 semanas. El coeficiente de correlación de estas dos variables fue de 0,48.

La mediana de duración del tratamiento fue de 17(5-24) meses.

El 18,0% de los pacientes presentaron RA. El 42,9% presentaron reacciones cutáneas, el 28,6% trastornos gastrointestinales, el 14,3% neumonitis y el 14,3% mareo y dolor abdominal.

La suspensión del tratamiento se produjo en el 18,0% de los pacientes, debido a la ineficacia del fármaco en el 71,4%, embarazo en el 14,3%, y RA en el 14,3%.

CONCLUSIONES

El uso de ustekinumab en EII parece ser una alternativa efectiva para aquellos pacientes que han presentado complicaciones como enfermedad perianal y en los que han fracasado tratamientos inmunosupresores clásicos y otros biológicos.

Además, la disminución simultánea de las variables cuantitativas estudiadas parece mostrar una correlación positiva moderada reflejando un efecto favorable del ustekinumab en esta patología.

El perfil de seguridad parece ser tolerable con escasas RA que ocasionen la suspensión del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2150. EFECTO DE LAS PLUMAS DE 80 MG EN LA FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

AUTORES

MARTÍN GUTIÉRREZ N, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, PÉREZ BLANCO JS, REBOLLO DÍAZ N, PIÑERO PÉREZ MC, APARICIO PEÑACOBIA R, OTERO LÓPEZ MJ

COMPLEJO ASISTENCIA UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº. SAN VICENTE, 88-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

La presentación de adalimumab 80 mg (A80) se comercializó con el objetivo de facilitar la administración en pacientes con regímenes intensificados de adalimumab. Según su ficha técnica, la dosificación de 80 mg cada dos semanas equivale a la de 40 mg semanal. El objetivo de este estudio ha sido evaluar las diferencias en la farmacocinética de adalimumab de la presentación 80 mg con respecto a la de 40 mg en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, de 26 meses de duración (Febrero 2018-Mayo 2020), realizado por un equipo multidisciplinar integrado por los servicios de Digestivo y Farmacia. Se incluyeron pacientes con EII moderada o grave, tratados con la pluma de A80, tanto en inducción como en mantenimiento.

Se recogieron variables demográficas, bioquímicas, clínicas y de tratamiento. Las concentraciones séricas de adalimumab (CSA) fueron extraídas justo antes de la administración de la dosis y determinadas mediante enzoinmunoensayo (ELISA).

Se analizó la capacidad predictiva en pacientes tratados con A80 del modelo farmacocinético poblacional (PopPK), desarrollado en nuestro centro para la presentación de 40 mg (modelo original, Sánchez-Hernández y col.,2018). Se desarrolló un nuevo modelo PopPK, siguiendo una metodología de efectos mixtos no lineales en NONMEM v7.3, donde se incluyó el uso de A80 como covariable (modelo nuevo) y se estimó su efecto sobre el aclaramiento de adalimumab. Se evaluó la capacidad predictiva del modelo original y del modelo nuevo calculando la precisión (error medio, MPE) y la exactitud (error absoluto medio, RMSE). El nuevo modelo se comparó con un modelo existente en la literatura (Berends y col.,2018) que tiene en cuenta las dosis intensificadas.

RESULTADOS

Se incluyeron 17 pacientes (47,1% mujeres), con una mediana [rango] de edad de 51 [12-79] años, 6 pacientes diagnosticados de colitis ulcerosa y 11 de enfermedad de Crohn. Se determinaron un total de 38 muestras de CSA con una mediana de 12,24 [3,65-24,58] µg/mL.

Al usar el modelo original en pacientes que recibían A80, se observó una sobreestimación de las CSA predichas (precisión (MPE) = 0,59 (IC95%: -0,435-4,70) µg/mL y exactitud (RMSE) = 2,86 (IC95%: 0,07-28,80) µg/mL). El efecto A80 sobre la farmacocinética del fármaco se estimó en un aumento del aclaramiento del 33% respecto al obtenido en el modelo original.

La capacidad predictiva de este nuevo modelo desarrollado, en el que se incluía como covariable A80 (precisión = 0,08 (IC95%: -5,13-3,96) µg/mL y exactitud = 2,69 (IC95%: 0,15-27,39) µg/mL) fue superior que la del modelo de Berends y cols. (precisión = -1,19 (IC95%: -6,33-5,97) µg/mL y exactitud= 3,89 (IC95%: 0,22-52,50) µg/mL).

CONCLUSIONES

Se ha desarrollado un modelo PopPK preliminar para la optimización posológica de adalimumab en pacientes que necesitan dosis intensificadas que tiene en cuenta el dispositivo de administración. El uso de la presentación de adalimumab 80 mg podría influir sustancialmente en la farmacocinética del fármaco, aumentando su aclaramiento respecto a la presentación de 40 mg. Este modelo ha demostrado una mejor capacidad predictiva que el modelo de Berends y cols. Estudios adicionales, incluyendo su relevancia clínica, son necesarios para confirmar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2151. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE APREMILAST EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

RODRÍGUEZ CAMPOS E, GOMEZ LOBÓN A, SANTANDREU ESTELRICH MM, PÉREZ ALMAGRO MF, GÓMEZ ZAMORA M, ORTIZ GONZÁLEZ M, DO PAZO OUBIÑA F, DELGADO SANCHEZ O
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. CARRETERA DE VALLDEMOSSA, 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Las condiciones de uso de apremilast aprobadas por la Comisión Farmacoterapéutica Autonómica incluyen el tratamiento de pacientes con psoriasis en placa (PsP) moderada-grave y artritis psoriásica (APs) que no hayan respondido, tengan contraindicación o presenten intolerancia al tratamiento convencional, incluidos los biológicos en caso de PsP grave o APs de predominio axial.

Los motivos de discontinuación más frecuentes según la agencia europea del medicamento (EMA) son la falta de respuesta a las 24 semanas y los efectos secundarios (náuseas y diarreas).

El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de apremilast en pacientes con APs o PsP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes que iniciaron apremilast entre Junio de 2016 y Octubre de 2019 y se siguió su evolución hasta abril de 2020. Se recogieron las variables demográficas, clínicas y de tratamiento. La eficacia y seguridad se analizó basándose en la evaluación subjetiva general del médico. La fuente de información fue la historia clínica del paciente (Millenium-Cerner®) y los datos se analizaron mediante Microsoft Excel®.

RESULTADOS

Se incluyeron 29 pacientes (22 PsP y 7 APs). De los 22 pacientes con PsP (13 hombres, mediana de edad de 57,5 años (rango 22-82)), 10 habían recibido terapias sistémicas no biológicas, 10 tratamiento biológico, 1 tratamientos tópicos y 1 fototerapia. De los 7 pacientes con APs (5 mujeres, mediana de edad de 46 años (rango 28-70)), 6 habían recibido fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARMEs) y 1 terapia biológica.

Apremilast obtuvo una respuesta satisfactoria en 14 pacientes (10 PsP y 4 APs) a los 6 meses. De los pacientes con PsP, 6 alcanzaron blanqueamiento total y 4 blanqueamiento parcial. De los pacientes con APs, 3 consiguieron desaparición moderada del dolor y 1 desaparición leve. No alcanzaron respuesta a los 6 meses 10 pacientes (7 PsP y 3 APs). 5 pacientes discontinuaron antes de los 6 meses por efectos adversos.

A fecha fin de seguimiento continúan en tratamiento 7 pacientes (6 PsP y 1 APs), con una mediana de duración de 8,9 meses (rango 6,5-14,6) En 16 pacientes con PsP se interrumpió el fármaco tras una mediana de 2,5 meses (rango 0,7-19,7), 10 debido a falta de respuesta, 3 por vómitos, 2 por diarrea y 1 por pérdida de eficacia. En 6 pacientes con APs se interrumpió tras una mediana de 6,2 meses (rango 4,3-10,8), 3 debido a falta de respuesta, 2 por pérdida de eficacia y 1 por diarreas.

CONCLUSIONES

Apremilast ha sido efectivo en cerca de la mitad de los pacientes a los 6 meses, pero solo una cuarta parte continúa en tratamiento.

En cuanto al perfil de seguridad, un 20% de los pacientes discontinuaron el tratamiento por efectos adversos.

Sería necesario incluir un mayor número de casos para evaluar la efectividad y seguridad de apremilast en la práctica clínica real.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2152. DESCENTRALIZACIÓN DE LA ELABORACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

FERNÁNDEZ LÓPEZ EG, DE LEÓN GIL JA, VIÑA ROMERO MM, MERINO ALONSO J, MARTIN CONDE JA, PEREZ MARTIN CY, VERA CABRERA M, ALVAREZ TOSCO KI
HOSPITAL NTRA. SRA. DE CANDELARIA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Descentralizar la elaboración de terapias biológicas (TB) en un hospital universitario (HU) de tercer nivel mediante la implantación de éste servicio en un hospital comarcal (HC) adscrito al mismo.

MEJORAS ESPERADAS

Se espera mejorar la calidad de la asistencia facilitando el acceso de los pacientes a éstas terapias, evitando largos desplazamientos al HU, descongestión del centro de referencia y disminución de los tiempos de espera al ampliarse la capacidad en la prestación señalada.

DISEÑO

Se trata de un complejo hospitalario formado por un HU de tercer nivel que es de referencia para un hospital comarcal (HC) situado a 75 Km de distancia. Desde el punto de vista de farmacia hospitalaria éste centro está adscrito al mismo como depósito de medicamentos. En el año 2017 se crea una unidad de hospital de día polivalente (HDPO) dotada de una cabina de flujo laminar (CFL) bajo la tutela de un farmacéutico del HU con la finalidad de incluir la elaboración y administración de TB en la cartera de servicios del HC.

CIRCUITO Y ETAPAS

Para crear el nuevo circuito ha sido necesario adaptar los aplicativos informáticos de gestión de adquisiciones (SEFLOGIC, Farmatools®) y gestión integral de pacientes en tratamiento con TB (Farmis-Oncofarm®) desarrollando versiones multicentro con la finalidad de:

- Disponer de 2 almacenes diferenciados para la correcta emisión de pedidos a proveedor e imputación de consumos.
- Garantizar la correcta identificación y ubicación del paciente garantizando la trazabilidad intercentro y continuidad asistencial.

Etapas:

1. Pacientes en tratamiento con TB en HU podrán ser derivados por su medico responsable a HDPO en HC mediante solicitud a través de la historia clínica electrónica (HCE) DRAGO-AE® .
2. Farmacéutico en HC descarga semanalmente agenda de citación de HDPO y programa los pacientes en el aplicativo de gestión integral de pacientes en tratamiento con TB.
3. Enfermera realiza las preparaciones en CFL.
4. Enfermera de HDPO administra el tratamiento y asigna siguiente cita de acuerdo a pauta reflejada en la HCE por parte de su médico responsable.
5. El consumo de fármacos utilizados se imputa automáticamente al almacén de HC cuyo stock es repuesto en función de los puntos de pedido asignados.

IMPLANTACIÓN

Julio de 2018

RESULTADOS

Desde su puesta en marcha (Julio 2018-Mayo 2020) se han realizado un total de 1204 preparaciones de TB (Infliximab, Tocilizumab, Abatacept, Rituximab, Vedolizumab y Ustekinumab) de pacientes con patologías inmunomediadas en seguimiento por los servicios de digestivo, reumatología, dermatología y medicina interna, fundamentalmente. El grado de satisfacción de los pacientes ha sido muy alto destacando la atención recibida, excelente accesibilidad al centro y reducidos tiempos de espera.

LIMITACIONES

Fue necesario un seguimiento intenso en las fases iniciales para la detección y subsanación de incidencias relacionadas con la imputación de consumos.

El perfeccionamiento de las herramientas multicentro resulta fundamental para conseguir la total automatización del proceso.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Éste modelo es aplicable a servicios de farmacia de hospitales que sean de referencia para otros centros vinculados. En nuestro caso se suma la particularidad de la gran distancia existente entre ambos centros y el hecho de tratarse de un importante núcleo de población, circunstancias que motivan aún más la rentabilidad del servicio.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2188. DOSIS ALTAS DE USTEKINUMAB EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA Y FENOTIPO FISTULIZANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

MERINO BOHÓRQUEZ V, BALBOA VEGA MJ, CORDERO RAMOS J, CUADRADO CABALLERO C, CASTILLO MARTÍN C, RIVERO DE LA ROSA MC, CASTILLO REGUERA Y, RENDÓN DE LOPE L
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA MACARENA. AVDA. DR. FEDRIANI 3. SEVILLA

OBJETIVOS

Ustekinumab (UTK) está indicado en pacientes con enfermedad de Crohn activa de moderada-grave que presenten falta de respuesta a tratamiento convencional o anti-TNF y/o tengan alguna contraindicación. El objetivo es analizar una evolución clínica en la que se emplearon nuevas herramientas para la determinación de fármacos y anticuerpos anti-fármaco para optimizar la posología y alcanzar una respuesta adecuada para ustekinumab en un paciente refractario con enfermedad de Crohn activa fistulizante que no alcanza remisión clínica a pesar del tratamiento biológico con dosis según ficha técnica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los datos clínicos y de laboratorio se extrajeron de la historia clínica digitalizada del paciente (Diraya Especializada®) y de la base de datos de prescripción de Farmacia (Prisma Athos®). La medición de niveles de ustekinumab y anticuerpos anti-ustekinumab fueron medidos mediante un ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) (Promonitor®UTK kit and Promonitor®anti-UTK kit, Progenika Biopharma, Derio, España) en un aparato automatizado de análisis (Triturus®) de acuerdo a las instrucciones del fabricante (Grifols, Barcelona, Spain), ambas realizadas en la Unidad de Individualización de la Terapia del Servicio de Farmacia. La bibliografía establece que el punto de corte para la respuesta de UTK es mayor a 4.5 mcg/mL en adultos, no habiendo datos concretos de concentraciones óptimas en pacientes pediátricos y por tanto, se asumieron las del adulto.

RESULTADOS

Niño de 12 años con enfermedad de Crohn desde los 4 años (A1a L3 B1B3p G1) tratado previamente con infliximab, suspendido por falta de respuesta primaria, y posteriormente con adalimumab asociado a azatioprina, sin obtener control clínico-analítico de la enfermedad. En abril de 2018 se inicia tratamiento con ustekinumab a dosis estándar según su peso con primera dosis 260 mg iv seguido de segunda dosis 90 mg sc a las 8 semanas con mejoría clínica y analítica. Al año de seguimiento con la pauta de ustekinumab sc 90 mg cada 8 semanas se decidió reinducción IV ante empeoramiento clínico (wPCDAI 25.5) con extracción de niveles de UTK siendo estos indetectables al igual que los anticuerpos anti-UTK, por lo que se decide intensificar tratamiento acortando intervalo a 6 semanas persistiendo niveles indetectables y anticuerpos anti-UTK por lo que se cambia pauta a 90 mg IV cada 4 semanas sin éxito de nuevo, se aumentó dosis a 130 mg iv cada

4 semanas con resultado similar al previo y posteriormente a 260 mg iv cada 4 semanas alcanzando finalmente niveles con esta pauta 8.08 mcg/mL, a nivel clínico mejoría importante, con ausencia de dolor abdominal, mejor estado anímico, realizando 3-4 deposiciones, con sangre de forma intermitente y escasa, sin despertares nocturnos (wPCDAI 15). El paciente no presentó efectos adversos desde el inicio de UTK hasta la actualidad y sigue en monitorización estrecha por Unidad de Gastroenterología Pediátrica y el Servicio de Farmacia.

CONCLUSIONES

La optimización del tratamiento guiado por medición de niveles séricos de ustekinumab, ha permitido controlar a este paciente refractario a otros tratamientos biológicos, con un perfil de efectividad y seguridad aceptable a pesar de utilizar altas dosis de UTK.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2204. PERFIL DE UTILIZACIÓN, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OCRELIZUMAB EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

PINILLA RELLO A, VICENTE ITURBE C, MAGALLÓN MARTÍNEZ A, CASAJÚS NAVASAL A, ESCOLANO PUEYO Á, CAZORLA PODEROSO L, PÉREZ MORENO M, LÓPEZ PÉREZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Conocer el perfil de utilización de Ocrelizumab en esclerosis múltiple(EM) y describir su efectividad y seguridad en un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo de todos los pacientes tratados con Ocrelizumab desde mayo/2018-abril/2020. Variables: sexo, edad, diagnóstico, tiempo desde diagnóstico, grado de discapacidad funcional (escala Expanded Disability Status Scale (EDSS)) al inicio y post-Ocrelizumab, tratamientos previos modificadores de la enfermedad (FAME), motivo de inicio Ocrelizumab, línea de tratamiento, tiempo en tratamiento, dosis recibidas, efectividad radiológica por resonancia magnética (RM) y efectos adversos.

Fuente de datos: historia clínica y Farmatools®. Recogidos y tratados en Excel®.

RESULTADOS

39 pacientes recibieron Ocrelizumab (59,0% mujeres). La edad media al inicio del tratamiento fue 45(18-63). El tiempo medio desde el diagnóstico fue 11 años(1-34).

8 pacientes presentaban EM primaria progresiva (EMPP), 5 secundaria progresiva(EMSP) y 26 remitente-recurrente(EMRR). La mediana de EDSS al inicio del tratamiento fue 4,5(0-8), existiendo diferencias entre las formas progresivas (4,8(1,0-8,0)EMPP y 6,2(4,0-7,0)EMSP) y la recurrente (3,3(0,0-6,0))

Ocrelizumab se utilizó como primera línea en 5 pacientes (2 EMPP, 1 EMSP, 2 EMRR), en segunda línea 16 (4 EMPP, 2 EMSP, 10 EMRR) y tercera en 18 (2 EMPP, 2 EMSP, 14 EMRR). La mediana de tiempo en tratamiento fue 10,5 meses (2,7-24,7) siendo 14,7(6,1-24,3)EMPP, 12,1(2,7-24,3)EMSP y 7,7(2,8-14,2)EMRR.

Previo a Ocrelizumab, 6 pacientes no recibieron ningún FAME (3 EMPP, 1 EMSP, 2 EMRR), 12 un FAME (2 EMPP, 1 EMSP, 9 EMRR), 13 recibieron 2 FAME (3 EMPP, 1 EMSP, 9 EMRR) y 8 recibieron > 3(2 EMSP, 6 EMRR). Los tratamientos previos fueron: 17 interferon beta (2 EMPP, 4 EMSP, 11 EMRR), 14 natalizumab (2 EMSP, 12 EMRR), 11 acetato de glatirámico (3 EMPP, 1 EMSP, 7 EMRR), 11 fingolimod (1 EMPP, 1EMSP, 9 EMRR), 7 dimetilfumarato (2 EMPP, 5 EMRR), 5 teriflunomida (1 EMSP, 4 EMRR). 1 paciente con EMSP recibió mitoxantrona y 2 rituximab (1 EMPP, 1 EMRR)

El motivo de inicio de ocrelizumab fue la aparición de nuevas lesiones en T2 con actividad en RM en 22(56,4%) pacientes, en 3(7,7%) nuevas lesiones sin actividad, en 6(15,4%) por riesgo de leucoencefalopatía multifocal progresiva con natalizumab y en el resto por progresión clínica.

El 56,4% de los pacientes recibieron dosis de mantenimiento (81,8% una dosis y 18,2% dos)

En la RM de control post-ocrelizumab no se observaron nuevas lesiones en T2 ni actividad en 22 pacientes (10 en RM previa presentaban lesiones nuevas con actividad y 2 nuevas lesiones sin actividad) y en 4 se observan nuevas lesiones sin actividad. En el resto, pendiente.

La mediana de EDSS (n=27) post-Ocrelizumab fue 5,5 (0-7). En 18 pacientes se mantiene EDSS, en 3 disminuye y 6 empeora (máximo 1 punto en la escala). Resto pendiente

9 pacientes presentaron efectos adversos: 8 presentaron reacciones infusionales (todas ellas reacciones cutáneas, y además 1 paciente presentó náuseas y otro taquicardia), 1 paciente linfopenia durante 1 mes y otro paciente psoriasis en gotas (además de reacción infusional).

CONCLUSIONES

Ocrelizumab parece ser efectivo y bien tolerado por los pacientes. Sin embargo, sería necesario continuar el seguimiento de todos estos pacientes para confirmar los resultados obtenidos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2226. CONOCIMIENTO SOBRE LA MEDICACIÓN REPORTADO POR PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR LA INMUNIDAD EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS

AUTORES

MELGAREJO ORTUÑO A, ROMERO JIMÉNEZ MR, CHAMORRO DE VEGA E, AIS LARISGOITIA A, MATILA ELENA L, GARCÍA SÁNCHEZ S, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DOCTOR ESQUERDO Nº 46. MADRID

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es evaluar del conocimiento de pacientes con enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad (EIMI) sobre su medicación crónica y terapias biológicas (TB), así como de las fuentes de información utilizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, de pacientes con enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad (EIMI) tratados con TB durante el mes de febrero 2020. Se diseñó un cuestionario que incluía las siguientes variables: sexo, edad, nivel de estudios, tratamiento biológico, vía de administración, duración de tratamiento, cambio de fármaco biológico en el último año, número de medicamentos crónicos, quién se ocupa de la medicación, interés por medicación desde diagnóstico, fuente de información sobre medicación en el último año (respuesta múltiple) e interés por adquirir mayor información sobre la medicación. El cuestionario se realizaba en la consulta de atención farmacéutica en el centro de EIMI. Los resultados se expresaron como porcentajes, mediana y rango intercuartílico (RIC).

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 60 pacientes, el 53,3 % eran varones, con una mediana de edad de 53,4 años (RIC 36,1-70,7). El 50,0% tenían estudios universitarios, 26,7% secundarios y 23,3% primarios. Los diagnósticos fueron: enfermedad inflamatoria intestinal (46,7%), artritis reumatoide (25%), espondilitis anquilosante (11,7%), psoriasis (10%) y artritis psoriásica (6,7%) y las TB: infliximab (40%), adalimumab (10%), ustekinumab (10%), vedolizumab (10%), abatacept (5%), etanercept (5%), tocilizumab (5%), apremilast (3,3%), certolizumab (3,3%) y otros (8,5%). La vía principal de administración fue la intravenosa (61,7%), seguida de subcutánea (33,3%) y oral (5%). La mediana de duración de tratamiento fue de 2 años (RIC:0,4-5,9). El 16,7% de los pacientes habían tenido un cambio de TB en el último año. La mediana de número de tratamientos crónicos fue de 3 (RIC:2-6). El 93,1% se ocupaba de su medicación sin ayuda, el 5,2% por un familiar y el 1,7% con ayuda. Un 50,0% de los pacientes refirieron estar más interesados en su medicación desde el diagnóstico de su enfermedad. El 76,7% de los pacientes habían buscado algún tipo de información sobre su TB en el último año: internet (67,4%), profesionales sanitarios (63,0%), entorno (30,4%), noticias (17,4%), App (6,5%) y otras (2,2%). Respecto a la medicación crónica: internet (62,5%), profesionales sanitarios (46,9%), entorno (15,6%), noticias (15,6%), App (3,1%) y otros (3,1%). El 90,0% de los pacientes refería conocer por qué toma cada medicamento. La mediana en una escala del 0-10 sobre el conocimiento de la TB fue 7,0 (5,0-8,0) y del resto de tratamiento 6,0 (5,0-8,0). El 56,7% de los pacientes querría más información sobre su TB y el 45,0% sobre el resto de medicación.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes consideran que conocen los medicamentos que toman y refieren un aumento de interés desde el diagnóstico. Sin embargo, un alto porcentaje buscó información sobre sus tratamientos, lo que pone de manifiesto la alta demanda de información por parte de los pacientes. Internet fue la fuente de información más utilizada, lo que podría suponer un punto de intervención farmacéutica para mejorar esta búsqueda mediante un asesoramiento dirigido a la búsqueda de fuentes fiables.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2257. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB Y GALCANEZUMAB EN PROFILAXIS DE MIGRAÑA

AUTORES

SANTIUSTE ROMÁN A, MENGUAL SENDRA A, MONTESINOS ORTI S, BELLO CRESPO M, RUBIO ALONSO L, GEA NAVARRETE S, SOLER COMPANYY E
HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA-LLIRIA. CALLE SAN CLEMENTE 12. VALENCIA

OBJETIVOS

Estudiar la efectividad y seguridad de los anticuerpos monoclonales dirigidos al péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) y a su receptor en la profilaxis de migraña.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional, de 5 meses de duración (diciembre 2019 – abril 2020), en un hospital de 400 camas. Se revisaron las historias clínicas de pacientes en tratamiento con anticuerpos monoclonales bloqueantes del CGRP – galcanezumab, y del receptor del CGRP – erenumab. Fueron excluidos aquellos pacientes sobre los que no se tenían datos por ausencia de revisiones posteriores. Se recogieron las variables: edad, sexo, tipo de migraña, tratamientos previos y grupo farmacológico, días de migraña mensuales previo al inicio del tratamiento, tratamiento, posología, número de administraciones, días de migraña mensuales a los 3 meses del inicio del tratamiento y efectos adversos. La evaluación de efectividad se hizo en base a los resultados de los ensayos clínicos, la de seguridad en base a efectos adversos notificados.

RESULTADOS

15 pacientes cumplieron criterios de inclusión. La edad media fue 50,4 años (25-91) para erenumab, 51 años para galcanezumab (44-65). El 66,7 y 100% de los pacientes fueron mujeres para erenumab y galcanezumab respectivamente. Un 83,3% y 66,7% de los pacientes sufrían migraña crónica, el resto episódica. La media de tratamientos previos fue 6,1 para erenumab, 4,3 para galcanezumab. Pertenecían a los grupos farmacológicos: antiepilépticos (83,3% en el grupo de erenumab y 66,7% en el grupo de galcanezumab), antidepressivos tricíclicos (66,7% y 33,3%), inhibidores de la recaptación de serotonina y/o noradrenalina (50% y 66,7%), antagonistas del calcio (41,7% y 33,3%), betabloqueantes (66,7% y 100%). El 90% de pacientes con migraña crónica del grupo de erenumab y el 100% de galcanezumab recibieron previamente infiltraciones de bótox. La media de días con migraña al mes previo al inicio del tratamiento fue 15,3

para el grupo de erenumab y 12,7 para el grupo de galcanezumab. 12 pacientes fueron tratados con erenumab, 3 con galcanezumab. La posología fue de una inyección de 70 ó 140mg cada 28 días para erenumab; 2 inyecciones de 120mg en la primera dosis de galcanezumab seguido de 1 inyección cada 30 días. En 3 pacientes tratados con erenumab se aumentó la dosis a 140mg, mientras que en uno la dosis desde el inicio fue de 140mg. La media de administraciones fue de 4,3 para erenumab, frente a 5 para galcanezumab. La media de días con migraña al mes a los tres meses de tratamiento fue de 8 para el grupo de erenumab y de 3 para el grupo de galcanezumab. 1 paciente sufrió un infarto agudo de miocardio, y otro refirió prurito como efecto adverso, ambos durante su tratamiento con erenumab.

CONCLUSIONES

Los pacientes tratados con erenumab y galcanezumab han experimentado una disminución del 47,5% y 76,3% en el número de días de migraña mensuales respectivamente. Han demostrado ser tratamientos seguros, con únicamente 2 efectos adversos notificados, uno de ellos grave. Pese a la limitación del tamaño muestral, tras comparar los resultados con los ensayos clínicos, demuestran ser fármacos efectivos en la profilaxis de migraña.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2290. READMINISTRACIÓN DE USTEKINUMAB INTRAVENOSO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y PÉRDIDA SECUNDARIA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO SUBCUTÁNEO

AUTORES

CENTELLES ORIA M, BALLESTA LÓPEZ O, FERNÁNDEZ MEGÍA MJ, MARQUÉS MIÑANA MR, IGLESIAS GÓMEZ R, LÓPEZ BRIZ E, FONT NOGUERA I, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA. FDO ABRIL MATORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

La pauta aprobada de ustekinumab para el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC) consiste en una dosis de inducción intravenosa y, 8 semanas después, una dosis subcutánea de 90 mg cada 12 semanas. La pauta de mantenimiento se puede intensificar a 90mg cada 8 semanas en caso de pérdida de respuesta al tratamiento. En algunos casos, esta intensificación no es suficiente y, para lograr la remisión clínica, es necesario volver a recurrir a la vía intravenosa (IV). Objetivo: Evaluar la efectividad y la seguridad de ustekinumab readministrado IV tras pérdida de respuesta en pacientes tratados previamente con ustekinumab subcutáneo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes diagnosticados de EC que, a pesar de una pauta de intensificación de ustekinumab vía subcutánea, tuvieron un fallo secundario de respuesta en el periodo entre julio 2017 y septiembre 2019. Se recogieron las siguientes variables de la historia clínica: edad, sexo, peso, índice de masa corporal (IMC), cirugía previa, hábitos tabáquicos, antecedentes de uso de fármacos biológicos, tratamiento concomitante, niveles de ustekinumab en sangre (1,0-4,5 mcg/mL) y número de dosis recibidas antes del empleo IV. Las variables de efectividad recogidas fueron: índice de Harvey (IH), Proteína C reactiva (PCR; 0,0-5,0 mg/L) y calprotectina fecal (CF; < 50 mcg/g). Se consideró remisión clínica $IH \leq 4$. Los resultados se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIQ). Se utilizó el test de Wilcoxon para comparar IH, PCR y CF antes de la readministración IV y un mes después de ésta. Se recogieron las reacciones adversas durante el tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 6 pacientes, de los cuales 4 fueron mujeres (66,6%) con mediana de edad de 38,5 años (RIQ:23,8-47,3). El peso fue de 69,0 kg (RIQ:51,0-75,7) y el IMC 21,2 kg/m² (RIQ:18,2-27,3). Dos pacientes eran fumadores (33,3%) y cuatro (66,6%) habían sido sometidos a cirugía digestiva previamente. Todos ellos habían recibido fármacos anti factor de necrosis tumoral alfa con anterioridad y al menos la dosis de inducción de ustekinumab y dos dosis de mantenimiento subcutáneo. Como tratamiento concomitante, un 66,6% (4/6) tomaba azatioprina, 16,6% (1/6) metotrexato y 16,6% (1/6) ciclosporina. Cuatro pacientes lograron la remisión clínica. Los niveles de ustekinumab antes y después fueron 1,9 (RIQ:1,8-4,0) y 9,6 (RIQ:3,5-25,9) mcg/ml respectivamente. Tras una mediana de seguimiento de 51,0 días (RIQ:26,5-117,2), las variables de efectividad antes y después fueron: IH 8,0 (RIQ:4,5-8,5) y 2,50 (RIQ:1,75-5,25) ($p = 0,063$); PCR 4,9 (RIQ:3,2-39,8) y 2,7 (RIQ:1,2-7,2) mg/L ($p = 0,058$); CF 892,0 (RIQ:231,4-3918,5) y 330,6 (RIQ:94,1-1292,1) mcg/g ($p = 0,173$). Tras 10 meses de seguimiento se observó astenia en 3 pacientes (50%) y artralgias en 1 (16,6%). Tres pacientes con IMC de 18,3 kg/m² (RIQ:17,8-21,3), continuaron el tratamiento de mantenimiento IV debido a la sospecha de baja absorción subcutánea.

CONCLUSIONES

La readministración de ustekinumab IV podría mejorar las variables de efectividad, con un perfil de seguridad aceptable, en pacientes con EC con buena respuesta inicial pero con pérdida de respuesta al pasar a la vía subcutánea. El número reducido de pacientes hace necesario confirmar estos resultados con un mayor número de pacientes y más tiempo de seguimiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2306. PERSISTENCIA CON ESCOPOLAMINA TRANSDÉRMICA EN EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS

AUTORES

CUÉLLAR MONREAL MJ, MONTE BOQUET E, GARCÍA ROBLES A, PALANQUES PASTOR T, TARAZONA CASANY MV, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar la persistencia del tratamiento con escopolamina transdérmica (ET) en pacientes con sialorrea por enfermedades neurológicas crónicas y los factores relacionados con la suspensión del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes adultos y pediátricos de un hospital de tercer nivel que iniciaron tratamiento de la sialorrea por enfermedad neurológica crónica con ET desde 2018 como "medicamento en situaciones especiales". A partir de la historia clínica y de los registros de dispensación de la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos se obtienen: datos demográficos (edad al inicio del tratamiento, sexo, diagnóstico), datos de adherencia (si había más de dos dispensaciones), suspensión del tratamiento y causas, y persistencia en semanas. Se aplica la prueba de chi-cuadrado para la comparación de dos proporciones.

RESULTADOS

Se incluyen 56 pacientes, el 55,4 % hombres:

- 32 adultos con una edad media (\pm DE) de $65,1 \pm 8,5$ años, con diagnósticos de esclerosis lateral amiotrófica (n=31) y atrofia muscular espinal (n=1).

- 24 pediátricos con una edad media (\pm DE) de $9,7 \pm 5,4$ años, con diagnósticos de encefalopatía epiléptica (n=10), parálisis cerebral (n=7), retraso psicomotor (n=5) y enfermedad neurodegenerativa (n=2).

La dosis media fue de $1,2 \pm 0,3$ parches/72 h en adultos y de $0,6 \pm 0,3$ parches/72 h en los pacientes pediátricos. No hubo escalada de dosis.

Un 39,3% (n=22) de los pacientes presentaron una persistencia inferior a 12 semanas (40,6% de los pacientes adultos, 37,5% de los pediátricos), 3 pacientes por exitus y 19 por suspensión del tratamiento: 6 por falta de eficacia, 9 por reacciones adversas, y 4 por causa desconocida. El 47,4% de los tratamientos suspendidos en estos pacientes se debió a reacciones adversas: irritabilidad (n=1), agitación e insomnio (n=1), mayor intensidad de crisis epilépticas (n=1), sequedad de boca (n=1), midriasis bilateral (n=1) y movimientos distónicos (n=2).

El 60,7% (n=34) pacientes presentaron una persistencia superior a 12 semanas (59,4% de los pacientes adultos, 62,5% de los pediátricos), de ellos 2 suspendieron tratamiento posteriormente por falta de eficacia, 9 por exitus, 2 por reacciones adversas (estreñimiento [n=1], reacción cutánea [n=1]) y 5 por causa desconocida.

El 81,8% de todos los tratamientos suspendidos por reacciones adversas se interrumpieron en las primeras 8 semanas.

Un mayor porcentaje de hombres (77,4 %) suspendieron tratamiento respecto a las mujeres (64,0 %). Aunque la diferencia no es estadísticamente significativa $p=0,285$.

Solo se pudo determinar la adherencia en tres de los pacientes que suspendieron tratamiento en las primeras 12 semanas (número de dispensaciones > 2), con una adherencia media de $104,9 \pm 12,3$. Los pacientes con tratamiento durante más de 12 semanas presentaron una adherencia media de $87,6 \pm 19,9$ (n=29).

CONCLUSIONES

La persistencia al tratamiento con ET se ve condicionada por la aparición de reacciones adversas, que son frecuentes tanto en pacientes adultos como pediátricos. La interrupción del tratamiento por este motivo se produce fundamentalmente en las primeras 8 semanas.

Los pacientes que continúan en tratamiento después de 12 semanas mantienen una buena adherencia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2317. UTILIZACIÓN DE ERENUMAB Y GALCANEZUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA: EVALUACIÓN PRELIMINAR DE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO

AUTORES

PALANQUES PASTOR T, MONTE BOQUET E, CUÉLLAR MONREAL MJ, GARCÍA ROBLES A, TARAZONA CASANY MV, CARBÓ POLLÁN P, DÍAZ INSA S, POVEDA ANDRÉS JL

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITECNIC LA FE. AVDA. DE FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar de forma preliminar la satisfacción de los pacientes con migraña refractaria en tratamiento con los anticuerpos monoclonales frente al péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), erenumab y galcanezumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo realizado en un hospital terciario con los pacientes con migraña refractaria tratados con erenumab o galcanezumab en el primer trimestre del 2020. De cada paciente se recogieron las variables demográficas (sexo y edad) y clínicas (clasificación de migraña, edad al diagnóstico y tratamientos preventivos y sintomáticos). Los pacientes cumplimentaron el cuestionario "Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Treatment Satisfaction-General" (FACIT-TS-G) a las 4 semanas del inicio del tratamiento, previamente a la administración de la segunda dosis. FACIT-TS-G es una herramienta para evaluar la satisfacción de los pacientes acerca del tratamiento que consta de 8 ítems. Debido a que cada ítem tiene una puntuación diferente, los resultados se normalizaron en una escala de valoración de 0 a 10 puntos para facilitar la interpretación de los resultados. El estudio se enmarca dentro de un proyecto colaborativo con la Unidad de Cefaleas en el que el Servicio de Farmacia medirá la satisfacción y la adherencia de los pacientes a medio-largo plazo.

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes con una mediana de edad (rango) de 45 (19-69) años, siendo el 70% mujeres. El 95% fueron diagnosticados de migraña crónica y el 80% presentaban crisis sin aura, siendo la mediana de edad al diagnóstico (rango) de 14 (5-42) años. La media (\pm DE) de tratamientos preventivos utilizados fue de 10 (\pm 4) fármacos, destacando topiramato

(100%), toxina botulínica (95%) y flunarizina (80%); en el caso de los tratamientos sintomáticos fue de 6 (\pm 3) fármacos, predominando zolmitriptán (85%), dexketoprofeno (85%) y metamizol (55%). El 45% de los pacientes fue tratado con erenumab y el 55% con galcanezumab. Todos ellos cumplían los criterios de indicaciones financiadas según los informes de posicionamiento terapéutico. Además, el 35% de los pacientes habían participado previamente en ensayos clínicos con anticuerpos monoclonales frente al CGRP (eptinezumab, erenumab, fremanezumab y galcanezumab).

En relación a los resultados del cuestionario FACIT-TS-G, los pacientes valoraron la eficacia y la seguridad del tratamiento en comparación con sus expectativas con una media de 6.8 y 6.0, respectivamente. La ayuda de los médicos en la evaluación de los efectos del tratamiento y la idoneidad del tratamiento fue puntuada con una media de 7.7 y 7.0, respectivamente, siendo la satisfacción media otorgada a los efectos de la terapia de 5.3 puntos. La recomendación del tratamiento a otros pacientes y la elección de nuevo del fármaco fueron puntuadas con una media de 7.0. La calificación general media del tratamiento recibido fue de 5.8 puntos.

CONCLUSIONES

La satisfacción preliminar reportada por los pacientes al inicio del tratamiento es moderada. En el momento de la evaluación solo se había administrado una dosis de fármaco por lo que habrá que seguir midiendo los resultados de forma prospectiva en el tiempo a medio-largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2364. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE LA CARIPRAZINA EN LA RED DE SALUD MENTAL TRAS SU INCLUSIÓN EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA

AUTORES

CASTRESANA ELIZONDO M, SANCHEZ RUIZ DE GORDOA M, DOMINGUEZ ORTIZ D, MONFORTE GASQUE MP, GUTIERREZ VALENCIA M
CENTRO SAN FRANCISCO JAVIER. C/VILLAVA 53. NAVARRA

OBJETIVOS

La cariprazina es un antipsicótico atípico aprobado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos. El informe de posicionamiento terapéutico concluyó que se trata de una alternativa más, sin presentar ventajas ni valor añadido frente a aripiprazol y risperidona. La Comisión de Farmacia y Terapéutica de la Red de Salud Mental (RSM) consideró su inclusión en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) como una alternativa más para el arsenal terapéutico de la esquizofrenia, sin criterios de uso definidos.

El objetivo es analizar la utilización de cariprazina tras su inclusión en la GFT.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo desde 02/10/2019 hasta 22/05/2020 de los pacientes en tratamiento con cariprazina en la RSM.

Se recogieron variables demográficas (sexo, edad), clínicas (diagnóstico y evolución clínica) y farmacoterapéuticas (inicio y fin del tratamiento, recurso sanitario en el que se inicia, dosis mantenimiento alcanzada, uso en combinación o en monoterapia, reacciones adversas, ajustes de dosis e interrupción del tratamiento y sus causas).

Los datos fueron recogidos de: Historia Clínica Informatizada® y programa de prescripción Lamia®.

RESULTADOS

En total 109 pacientes recibieron cariprazina, de los cuales se excluyeron 21 por realizar el seguimiento en sanidad privada.

De los 88 pacientes incluidos 49(55%) eran hombres, con edad media de 45 años (14-77). De ellos, 49 pacientes (55%) estaban diagnosticados de esquizofrenia, 12(14%) de trastorno bipolar, 5(6%) de depresión y 22(25%) de otros trastornos (delirante persistentes, de adaptación, compulsivos o mixtos) con sintomatología negativa. Además, 16(18%) tenían asociado al diagnóstico una dependencia al consumo de tóxicos.

El recurso sanitario de la RSM donde se inició el tratamiento fueron los Centros de Salud Mental en 72 pacientes(82%), Hospitales de Día(HD) en 10(11%) y Unidades de Hospitalización en 6 (7%). El 40% de los atendidos en HD eran Centros de Drogodependencia.

El 50% de los pacientes recibieron cariprazina en combinación con otros antipsicóticos. La dosis de mantenimiento media alcanzada fue 3,5 mg (1,5-12) y la duración media(DE) del tratamiento fue 19,8 semanas(9,45).

La dosis se disminuyó en 7 pacientes (8%) por aparición de reacciones adversas. 5 continuaron tratamiento con buena tolerancia y 2 lo suspendieron. Los eventos adversos descritos con mayor frecuencia fueron insomnio, inquietud y acatisia.

La interrupción del tratamiento se produjo en 23 pacientes(26%). Los motivos fueron desconocidos en 6 pacientes (26%), abandono por iniciativa propia en 6(26%), mala tolerancia en 5(22%), ineficacia y mala tolerancia en 4(17%), ineficacia en 1(4%) e intento autolítico en 1(4%).

CONCLUSIONES

El uso de cariprazina en nuestra RSM no se ajusta a la indicación incluida en la GFT en el 45% de los pacientes, ya que se ha utilizado para el control de síntomas negativos en pacientes sin diagnóstico de esquizofrenia.

Su uso en pacientes con problemas de dependencia a tóxicos para el control del deseo de consumo es un área terapéutica que requiere de más estudios.

Las reacciones adversas han sido leves y manejables con ajustes de dosis y la tasa de abandono ha sido baja (6% pacientes).

Sería conveniente establecer un protocolo consensuado para posicionar este fármaco fuera de las indicaciones aprobadas y el estudio de la eficacia y seguridad a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2376. RESULTADOS EN SALUD DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR LA INMUNIDAD TRATADOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS

AUTORES

ROMERO JIMENEZ RM, CHAMORRO DE VEGA E, AIS LARISGOITIA MA, LOBATO MATILLA ME, MELGAREJO ORTUÑO A, GARCÍA SÁNCHEZ S, BANIANDRÉS RODRÍGUEZ O, HERRANZ ALONSO A
HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN. C/ DR. ESQUERDO, 47. MADRID

OBJETIVOS

La elevada complejidad de las terapias biológicas (TB), hacen necesaria la implantación de nuevos modelos de gestión clínica en los que el farmacéutico debe posicionarse como una pieza clave para optimizar los resultados en salud de los pacientes. El objetivo del estudio fue evaluar los resultados en salud de pacientes tratados con TB tras la implantación de un Programa de Atención integral para los pacientes con enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad (EIMI): artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (AP), espondiloartropatías (EA), enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y psoriasis.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo que incluyó a pacientes en tratamiento con TB desde el 15/01/2019 al 31/12/2019. En enero de 2019 se creó el Centro de Enfermedades Inflamatorias Mediadas por la Inmunidad (CEIMI), constituido por una unidad de atención integral a los pacientes en tratamiento con TB, de carácter multidisciplinar y de alta especialización. Los pacientes en el CEIMI son atendidos de forma multidisciplinar por médicos especialistas (reumatólogos, dermatólogos y digestivos), farmacéuticos especialistas y enfermeras de práctica avanzada, siguiendo un circuito programado con cita previa.

Para la monitorización de los resultados en salud de los pacientes, se definieron indicadores de efectividad (porcentaje de pacientes en remisión), seguridad [porcentaje de suspensiones de tratamiento por efectos adversos (EA)], adherencia (registro de dispensaciones) y calidad de vida [cuestionario HAD, WPAI (Work Productivity and Activity) y EUROQOL].

RESULTADOS

En el periodo de estudio, un total de 1.723 pacientes con EIMI en tratamiento con TB fueron atendidos en el CEIMI (50,3% con diagnóstico de artropatías, 37,8% con EII y 12,2% con Psoriasis). Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Porcentaje de pacientes en remisión: 52,7% en AR, 47,7% en EA, 59,6% en AP, 67,3% en EII y 78,4% en Psoriasis.
- Porcentaje de suspensiones de tratamiento por EA: 0,4% en artropatías, 0,8% en EII y 1,5% en Psoriasis.
- Porcentaje de pacientes con adherencia > 90%: 70,1% en artropatías, 92,3% en EII y 82,4% en Psoriasis.
- Calidad de vida: Cuestionario HAD: 11,8 (DE 7,8), 48% de los pacientes podrían tener ansiedad o depresión; WPAI: al 8% de los pacientes les afecta considerablemente su enfermedad en la productividad laboral; EUROQOL: Escala EVA= 71/100 (DE=17,4), 45% de pacientes refieren tener problemas moderados/graves en al menos 1 dimensión vs el 55% ausencia de problemas o problemas leves.

CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes en remisión es mayor en el caso de los pacientes de Psoriasis y EII. El porcentaje de pacientes con efectos adversos grado ≥ 3 es relativamente bajo en todas las patologías ($\leq 1\%$). La evaluación de la calidad de vida muestra un porcentaje considerable de pacientes a los que su enfermedad les afecta en su vida diaria.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2389. ANÁLISIS DE LA REACCIÓN ADVERSA FLUSHING DURANTE EL TRATAMIENTO CON DIMETILFUMARATO A PARTIR DE DATOS REPORTADOS POR PACIENTES:

AUTORES

VICENTE GONZALEZ B, DE FRUTOS DEL POZO M, ORTOLL POLO MV, REVILLA CUESTA N, HERRERA VARO N, INFANTE CAMARERO A, UBEIRA IGLESIAS M, ESPEJA MARTÍNEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO BURGOS (HUBU). AVDA. ISLAS BALEARES, 3. BURGOS

OBJETIVOS

Primario: Analizar la incidencia, frecuencia de aparición y duración de la reacción adversa “flushing” o rubefacción, en pacientes con esclerosis múltiple (EM) en tratamiento con dimetilfumarato (DMF) en la práctica clínica habitual. Secundario: Identificar factores demográficos y hábitos alimenticios asociados a un mayor riesgo de flushing.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, mediante cuestionario a pacientes, desde Enero 2020 hasta Abril 2020 en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con EM, en tratamiento con DMF, a los que se dispensa medicación en la unidad de atención farmacéutica de pacientes externos (UAF-PEX). El flushing se describió como rubefacción o sofocos, pudiendo incluir también: calor, enrojecimiento, picor y sensación de quemazón. Se realizó un cuestionario mediante entrevista personal o telefónica, que incluyó 17 preguntas. Se recogieron: datos demográficos, tiempo de tratamiento con DMF, zonas del cuerpo principalmente afectadas por la reacción, incidencia, frecuencia, duración del efecto flushing y hábitos alimenticios asociados a la administración.

RESULTADOS

Se incluyeron 18 pacientes, con una edad mediana de 38 años (17-56), el 83,30% fueron mujeres. El tiempo desde el inicio de tratamiento con DMF fue menor de 6 meses en el 22,2% de los pacientes, entre 6 meses y 1 año en el 11,11%, entre 1 y 2 años en el 16,67% y mayor de 2 años en el 50% de los pacientes.

La incidencia de flushing se estimó en un 94,44% (n= 17), muy superior a la reportada en la ficha técnica del medicamento (34%). Además, un 88,24% (n=15) de los pacientes manifestaron aparición no solo al inicio del tratamiento, sino también en meses y años posteriores. Únicamente, el 11,76% (n=2) refirió haberlo sufrido solo al inicio del tratamiento (uno de ellos había iniciado DMF hacía menos de 6 meses). Los pacientes reportaron como zonas del cuerpo más afectadas la cara, cuello y extremidades superiores.

Respecto a la frecuencia de aparición, del 88,80% (n=16) que describió flushing reciente, al 62,50% (n=10) le sucedía entre 1 vez a la semana y una vez al mes, al 25% (n=4) más de una vez por semana y al 12,50% (n=2) todos los días (ambos llevaban > 6 meses en tratamiento, uno de ellos > 2 años).

Un 94,40% (n=17) acompañaba DMF con la toma de alimentos. El 35,29% (n=6) intentaba acompañarlo de grasas saludables (yogur, leche o aceite de oliva) por recomendación facultativa. El 27,77% (n=5) de los pacientes estableció una duración de la reacción menor de 15 min, de los cuales 4 se correspondían con los pacientes que acompañaban las tomas preferiblemente con grasas saludables. En el resto de los casos las reacciones duraban entre 20 min y una hora.

CONCLUSIONES

- La incidencia de flushing en nuestra población es superior a los datos descritos en ficha técnica, además el efecto no solo se manifiesta al inicio del tratamiento, sino que continúa meses/años después.
- La administración de DMF con alimentos grasos parece reducir la duración de este efecto y podría ser una recomendación fundamental desde las consultas de UAF-PEX y Neurología.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2421. EVALUACIÓN DE LA PERSISTENCIA AL TRATAMIENTO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

NARRILLOS MORAZA Á, MARTÍN BARBERO ML, GARCÍA DOMÍNGUEZ JM, MARTINEZ GINÉS ML, GOICOCHEA BRICEÑO H, PABLO CUELLO J, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Ante la dificultad de medir los resultados en salud de los tratamientos modificadores de la enfermedad (TME), la persistencia a los TME podría constituir una buena medida indirecta. Nuestro objetivo es analizar la persistencia y porcentaje de pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) que continúan con TME al final del seguimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo en pacientes con EMRR que iniciaron TME con interferón- β (INF- β), acetato glatirámico (AG), teriflunomida, dimetilfumarato, fingolimod, natalizumab y alemtuzumab durante 2016. La persistencia al TME fue calculada hasta abril de 2020 y se definió como el tiempo transcurrido desde el inicio hasta la discontinuación del TME.

Las variables analizadas fueron: demográficas (sexo, edad), Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS) en el inicio, número de TME previos, persistencia global y por TME, porcentaje de pacientes que continúan TME y causas de discontinuación. Los datos se obtuvieron de la Historia Clínica Electrónica.

RESULTADOS

Se incluyeron 127 pacientes con EMRR. El 63,0% eran mujeres y la mediana de edad 42 años (21-68). El tiempo medio de seguimiento fue 47 meses. 69 pacientes eran naïve (54,3%) La distribución de los TME fue: 36 INF- β , 23 teriflunomida, 23 dimetilfumarato, 20 AG, 12 fingolimod, 8 natalizumab y 5 alemtuzumab. El 21,3 % de los pacientes había tenido un TME previo, el 13,4 % dos TME, el 9,5 % tres y el 1,5 % cuatro.

La mediana de EDSS en pacientes naïve fue 1 (0-4.5) y en pacientes pretratados 2 (0-7). La mediana de la persistencia global (meses (rango)) fue 21(1-43); 27(1-41) en los pacientes pretratados y 18(1-43) en los pacientes naïve y por fármaco: natalizumab 31(27-40); fingolimod 28(3-32); teriflunomida 27(2-41); INF- β 18(1-43); AG 13,5(1-27) y dimetilfumarato 11(1-38).

El porcentaje global de pacientes que continuaban tratamiento al final del seguimiento fue del 53,5% y por fármaco: 100% alemtuzumab; 70% AG; 69,6% dimetilfumarato; 58,3% fingolimod; 43,5% teriflunomida; 37,5% natalizumab y 36,1% INF- β .

Los motivos de discontinuación fueron: "intolerancia/efectos adversos"(40,7%), "falta de eficacia"(39%), "riesgo de leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP)"(8,4%), "embarazo/lactancia"(6,8%), "belenofobia"(3,4%) y decisión del paciente(1,7%).

Las suspensiones por intolerancia/efecto adversos fueron: INF- β 52,2%; dimetilfumarato 42,9%; fingolimod 40%; teriflunomida 38,5% y AG 33,3%.

Las suspensiones por ineficacia fueron: teriflunomida 61,5%; dimetilfumarato 42,9%, fingolimod 40% e INF- β 34,8%; AG 33,3%.

Las discontinuaciones de natalizumab fueron por riesgo elevado de LMP.

CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes de nuestra serie que continuaron TME es elevado, en comparación con la bibliografía revisada. Ningún paciente suspendió alemtuzumab. Los TME con menos discontinuaciones fueron AG y dimetilfumarato. El tiempo hasta la discontinuación fue mayor en los pacientes naïve que en pretratados. La persistencia más alta se registró con natalizumab y la más baja con dimetilfumarato. Las principales causas de discontinuación de fingolimod, AG y dimetilfumarato fueron intolerancia e ineficacia, de teriflunomida ineficacia, de interferón intolerancia y de natalizumab únicamente riesgo de LMP. Sería necesario hacer un análisis para confirmar si la persistencia está relacionada con el motivo de discontinuación.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2429. DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB PARA PSORIASIS MODERADA-GRAVE

AUTORES

GRACIA PIQUER R, GIMENO GRACIA M, GARCIA GIL MF, FESQUET MOLINA R, VINUESA HERNANDO JM, CAMPOS MONTELLANO FJ, VARELA MARTINEZ I, ALCÁCERA LÉPEZ MA
HOSPITAL CLINICO LOZANO BLES. AVDA. SAN JUAN BOSCO, 15. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Analizar el uso, la persistencia terapéutica y efectividad de pacientes diagnosticados de psoriasis moderada-grave, que iniciaron tratamiento con ustekinumab en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes con psoriasis moderada-grave, que iniciaron tratamiento con ustekinumab desde enero 2015 hasta diciembre de 2017, realizando un seguimiento hasta abril 2020. Se recogieron: variables demográficas (sexo, edad), antecedentes familiares, antecedentes médicos, artropatías y/o onicopatías, edad al inicio de tratamiento, peso al inicio del tratamiento y variables farmacoterapéuticas (terapias biológicas previas, dosis de inicio, semanas de tratamiento con ustekinumab, motivo de cambio/fin de tratamiento, existencia de optimización o intensificación). Para analizar la efectividad, se utilizó el PASI (Psoriasis Area Severity Index), BSA (Body Surface Área) y PGA (Physician Global Assessment) al inicio, a las 16 y a las 114 semanas. Las fuentes de información fueron la historia clínica electrónica y el programa de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia.

RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes, de los cuales se descartaron 13 por no disponer de información suficiente. Por lo que se analizaron 18 pacientes restantes, 72,2% hombres, media de edad de 49±17,7 años. El 44,4% tuvieron antecedentes familiares de psoriasis; el 22,2% presentaron dislipemia; el 27,8% artropatía y ninguno tuvo onicopatía. La media de edad al inicio del tratamiento fue de 47±17,6 años y la mediana de peso al inicio del tratamiento fue de 85 Kg (120-52). Ustekinumab fue 1ª línea de tratamiento en el 16,7% de pacientes (2 por contraindicación de anti-TNF), 2ª línea en 61,1%, 3ª en el 16,7% y 6ª en el 5,5%. Las terapias biológicas previas fueron: adalimumab 41,7%, etanercept 37,5%, apremilast 8,3% y 12,5% otras. Todos los pacientes iniciaron con 45 mg ustekinumab salvo 1 con 90 mg. La mediana de tratamiento fue de 130 semanas (40-228). 33,3% pacientes suspendieron ustekinumab por fallo terapéutico y 5,6% por reacción adversa. Se realizó intensificación de tratamiento en 61,1% de los pacientes: aumento de dosis en 3, disminución de frecuencia en 4 y ambas en 4. Ningún paciente tuvo optimización de tratamiento. La mediana del PASI al inicio del tratamiento fue de 13,9, a las 16 semanas de 2,35 y a las 114 semanas de 0,6; la mediana del BSA al inicio fue de 28%, a las 16 semanas de 5% y a las 114 semanas de 0%; la mediana del PGA al inicio fue de 4, a las 16 semanas de 1 y a las 114 semanas de 1.

CONCLUSIONES

La utilización de ustekinumab en nuestro centro en pacientes con psoriasis moderada-grave es principalmente en 2ª línea de terapia biológica tras anti-TNF. La persistencia con ustekinumab fue de más de 2 años y medio en más de la mitad de los pacientes. Siendo fallo terapéutico el principal motivo de suspensión de tratamiento. Ustekinumab ha mostrado un buen perfil de efectividad, puesto que a las 16 semanas ya ha reducido en gran medida los índices de PASI, BSA y PGA; consiguiendo mantenerse con niveles de PASI y BSA de 0,6 y 0%, respectivamente, a las 114 semanas de tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2432. EXPERIENCIA Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTES-TINAL CON SU TRATAMIENTO ADALIMUMAB ORIGINAL Y BIOSIMILARES

AUTORES

SALDAÑA NAVARRO R, SAVINI C
CONFEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ENFERMOS DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA DE ESPAÑA. CALLE ENRIQUE TROMPETA, 6. MADRID

OBJETIVOS

Actualmente en España se comercializan tanto el producto de referencia como los biosimilares de adalimumab (ADA), que difieren en las características del dispositivo de administración y en la formulación, como por la presencia del tampón citrato. Evidencias científicas han previamente relacionado el citrato con la percepción de dolor en la administración

subcutánea de ADA. Sin embargo, la experiencia y opinión de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en el uso de los diferentes tratamientos con ADA, no ha sido explorada.

El objetivo de ese estudio ha sido demostrar que la percepción del dolor, y su intensidad, varían en la administración de ADA con o sin citrato en pacientes con EII, y que esto impacta en su satisfacción con el tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Pacientes con EII, mayores de edad y bajo tratamiento con ADA han sido invitados a participar a una encuesta anónima publicada en la página web de la Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU) de España y en sus redes sociales. Además, se envió un correo con el enlace a la encuesta a los inscritos a la newsletter de ACCU. Los encuestados tenían que: 1) indicar que tratamiento de ADA estaban utilizando, 2) decir si percibían dolor, 3) cuantificarlo, y 4) reflejar su satisfacción con el tratamiento.

RESULTADOS

Un total de 360 pacientes respondieron a la encuesta. La mayoría tiene pautado el tratamiento de referencia (68%) o biosimilares sin citrato (14%). Sin embargo, el 20% utiliza biosimilares con citrato. El 66% de ellos afirma percibir dolor en la inyección, contra un 44% y un 37,6% de los que utilizan biosimilares sin citrato o el original, respectivamente. Igualmente, la intensidad del dolor percibida aumenta con la administración de tratamientos con citrato, siendo 1.8 y 1.5 veces superior a aquella percibida con el uso del original o de biosimilares sin citrato, respectivamente. Además, el 62,2% de los pacientes que reportan un cambio de tratamiento a biosimilares afirma percibir más dolor, y el porcentaje es más alto en aquellos que han cambiado a biosimilares con citrato (78,3%) en comparación con los que han recibido biosimilares sin citrato (21,7%). Finalmente, el 42,5% de los pacientes que tienen pautado biosimilares ADA con citrato no están satisfechos con su tratamiento, contra el 26% y el 19% de los que utilizan - y puntúan negativamente - biosimilares sin citrato y el original, respectivamente.

CONCLUSIONES

La EII no tiene cura: los tratamientos actualmente disponibles son crónicos y pretenden inducir y mantener la enfermedad en remisión. Adalimumab es un fármaco ampliamente utilizado en pacientes con EII. Sin embargo, la presencia de citrato en algunas de las formulaciones ADA actualmente disponibles: 1) aumenta la percepción de dolor, 2) su intensidad y 3) disminuye la satisfacción final con el tratamiento. La prescripción de estas formulaciones provoca dolor innecesario en pacientes con EII perjudicando su satisfacción con el tratamiento, la adherencia y el logro de los resultados terapéuticos esperados. Es por tanto necesario tener en cuenta la opinión y las preferencias de cada paciente en la prescripción de adalimumab.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2462. OPTIMIZACIÓN DEL USO DE SECUKINUMAB EN PSORIASIS: EFICACIA, SEGURIDAD Y EFICIENCIA.

AUTORES

LOMARES MANZANO I, HUERTAS FERNÁNDEZ MJ, RODRÍGUEZ MATEOS ME, JIMENEZ DE-JUAN C, GANFORNINA ANDRADES A, RODRIGUEZ MORETA C
HOSPITAL PUERTA DEL MAR. AVENIDA ANA DE VIYA, 21. CÁDIZ

OBJETIVOS

El tratamiento de la psoriasis tiene como objetivo alcanzar y mantener a largo plazo un blanqueamiento lo más amplio posible de las lesiones y el control de la inflamación sistémica.

Secukinumab está indicado en psoriasis moderada-grave con falta de respuesta a terapia sistémica convencional. La posología habitual es: inducción de 300 mg semanal (5 dosis) seguido de 300 mg cada 4 semanas, sin embargo, en pacientes con remisión sostenida, la optimización de dosis, ya sea por reducción o espaciamiento es una estrategia empleada en la práctica clínica para reducir el riesgo de toxicidad y optimizar los recursos. El objetivo del estudio es describir la eficacia y seguridad de secukinumab a dosis reducida (DR) sin inducción previa y medir el impacto económico de la optimización de dosis.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo y descriptivo desde enero de 2016 hasta mayo de 2020 en pacientes con psoriasis en tratamiento con secukinumab a DR. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, reducción del $\geq 75\%$ del PASI (Psoriasis Area and Severity Index) basal ; PASI75 a la semana 12 , mantenimiento del efecto a la semana 52, blanqueamiento de lesiones, efectos adversos (EA), número de pacientes que continúan con DR, que necesitaron intensificación u otro tratamiento, y que espaciaron la dosis en algún momento del tratamiento. Para evaluar la eficiencia se calculó el coste real del consumo de secukinumab a DR y se comparó con el que se habría generado si se hubiera empleado la dosis habitual. Los datos se obtuvieron de la historia clínica digital y de los registros de dispensación de la Unidad de Atención a Pacientes Externos.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se incluyeron 19 pacientes (12 hombres) con una mediana de edad de 48 años (rango:28-62). Todos los pacientes recibieron 150 mg cada 4 semanas sin inducción previa, aunque 5 (26,3%) espaciaron la dosis en algún momento del tratamiento. 11/19 pacientes (57,9%) consiguieron un blanqueamiento de las lesiones tras una mediana de 7,2 meses (rango:3-67). A la semana 12 del inicio de tratamiento: 10 pacientes (52,63%) alcanzaron un PASI 75 (7/10 mantuvieron la eficacia a la semana 52 del inicio de tratamiento). Al final del estudio: 8/19 (42,1%) continúan a DR, 8/19(42,1%) necesitaron intensificación tras una mediana de 7,3 meses (rango:1,6-22,1), 1/19 (5,3%) precisó cambio de tratamiento (guselkumab) y en 2/19(10,5%) se decidió realizar un descanso de tratamiento bien por remisión completa o bien por cirugía. En cuanto a la seguridad, 4/19(21%) asociaron algún EA al tratamiento (leucoplasia,

infecciones respiratorias y candidiasis oral) motivando el abandono en 1 paciente (5,3%). Al emplear la optimización de dosis en los pacientes incluidos, el coste de tratamiento fué de 147.448 € y el ahorro frente al caso hipotético de haber usado dosis plena fue de 228.292€.

CONCLUSIONES

El uso de secukinumab a DR sin inducción previa en nuestra población demostró ser una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de psoriasis. Además, la optimización de dosis (reducción y espaciamentos) supone una reducción del gasto con una mejor optimización de los recursos disponibles.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2474. EXPERIENCIA PRÁCTICA CON ERENUMAB Y GALCANEZUMAB EN MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA

AUTORES

MOLINERO MUÑOZ M, GONZALEZ PEREZ C, PEÑA PEDROSA JA, HERNANDO LLORENTE G, YBAÑEZ GARCIA L, SAENZ DE TEJADA LOPEZ M, BENITEZ GIMENEZ MT, MARTINEZ SESMERO JM
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. CALLE DEL PROFESOR MARTÍN LAGOS, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de erenumab y galcanezumab en pacientes con migraña crónica refractaria tras el primer mes de tratamiento, así como la calidad de atención farmacéutica prestada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, ambispectivo y analítico de pacientes con migraña crónica diagnosticada según los criterios International Classification of Headache Disorders-II (con ≥ 8 días con migraña/mes) refractaria (ausencia de respuesta a ≥ 3 tratamientos profilácticos) tratados con erenumab o galcanezumab durante al menos 4 semanas entre 01/01/2020 y 20/05/2020. Se recogieron las variables: número de días con migraña (tasa de respuesta (TR) $\geq 50\%$, $\geq 75\%$ y 100%), número de días con utilización de antimigrañosos en fase aguda, variación en intensidad del dolor y reacciones adversas (RA).

Dada la situación de pandemia actual, se dispensó la medicación a domicilio, realizando atención farmacéutica telemática y se evaluó la satisfacción del paciente con la telefarmacia.

RESULTADOS

Se incluyeron 52 pacientes, edad media 49 (29-72) y mediana 51 años, 82% mujeres, 50% presentan aura y 55,8% en tratamiento con fármacos profilácticos concomitantes. 30 pacientes se administran erenumab y 22 galcanezumab. El 7% menciona situación de estrés coincidente con el inicio del tratamiento que podría interferir en la valoración. 5 pacientes con erenumab y 1 con galcanezumab abandonaron el tratamiento por falta de efectividad o reacción adversa.

Tras el primer mes, el 23% de los tratados con erenumab mostraron TR $\geq 50\%$, el 20% TR $\geq 75\%$ y el 3% TR=100%. El 13% con galcanezumab presentaron TR $\geq 50\%$, el 22% TR $\geq 75\%$ y el 13% TR=100%. La proporción de TR agrupada ($\geq 50\%$, $\geq 75\%$ y 100%) no difiere según tratamiento ($X^2(1, N = 52) = 0.0565 p=0.81$).

El 60% refiere menor intensidad del dolor migrañoso con erenumab y el 45,4% con galcanezumab, sin diferencia estadísticamente significativa ($X^2(1, N = 52) = 1.08 p=0.29$). El 60% con erenumab empleó menos antimigrañosos en fase aguda y el 18% con galcanezumab, hallándose diferencia significativa ($X^2(1, N = 52) = 9.09 p=0.002$).

Las RA más frecuentes con erenumab: 46% estreñimiento, 13% mayor intensidad de migraña, 10% prurito, 10% reacciones en lugar de inyección, 10% cansancio, 6% mucosidad y 3% reacción de hipersensibilidad. RA con galcanezumab: 45% estreñimiento, 22% reacciones en lugar de inyección, 13% prurito, 9% vértigos, 9% cansancio, 4% mayor intensidad de migraña los primeros días tras la administración. No se encontró diferencia significativa respecto a estreñimiento ($X^2(1, N = 52) = 0.075 p=0.93$) y reacciones en lugar de inyección ($X^2(1, N = 52) = 1.57 p=0.21$).

Al 82% de pacientes se les atendió por medios telemáticos manifestando alto grado de satisfacción con este servicio.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra, no existe diferencia significativa entre ambos fármacos en cuanto a TR, intensidad del dolor, presencia de estreñimiento y reacciones en el lugar de inyección en el periodo estudiado. No obstante, en los pacientes incluidos se aprecia menor requerimiento de antimigrañosos de fase aguda con erenumab respecto al producido con galcanezumab.

La situación de confinamiento y el sesgo de recuerdo pueden constituir una limitación.

La telefarmacia tuvo muy buena aceptación, por lo que seguiremos trabajando en este modelo de atención de cara al futuro.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2500. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB: ESTUDIO EN VIDA REAL

AUTORES

MARTÍNEZ SUÁREZ A, MERINO BOHÓRQUEZ V, MESA JIMENEZ A, RENDÓN DE LOPE L, PORTAL RAMIREZ G, VIGUERA ROMERO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. AVENIDA DOCTOR FEDRIANI 3, 41009, SEVILLA. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad de erenumab en la profilaxis de migraña crónica (MC) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que incluye a pacientes diagnosticados de MC tratados con erenumab un mínimo de 6 meses. Los datos se recogieron de la historia clínica y del módulo de prescripción electrónica. Variables recogidas: edad, sexo, diagnóstico, años de evolución de migraña, tratamientos preventivos previos y abuso de medicación. Estado basal (V0), a los 6 (V6) y 9 (V9) meses de fármacos preventivos asociados, días de tratamiento con fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y triptanes al mes, días de visita a urgencias, días de falta al trabajo, número medio de días de migraña al mes (NMM).

Se evalúan aspectos de la enfermedad según las escalas: escala analógica visual (EVA), Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS), Headache Impact Test (HIT-6) y Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y Patient Global Impression of Change (PGIC).

La efectividad se evaluó comparando el NMM previo y posterior al tratamiento, la reducción del 50% de los días de migraña y la reducción del número de días de uso de medicación aguda al mes y la seguridad registrando los efectos adversos (EA). Como prueba estadística se utilizó la prueba "t" de student para muestras apareadas y se consideró una diferencia estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyen 10 pacientes. 10 (100%) mujeres; edad media $51,80 \pm 6,53$ años; $34,70 \pm 6,98$ años de evolución de migraña; $7,50 \pm 1,27$ tratamientos preventivos previos, todos incluyendo toxina botulínica y 6 pacientes (60%) que abusan de medicación.

V0: $1,9 \pm 0,31$; V6: 0 ± 0 ; V9: $0,13 \pm 0,35$ fármacos preventivos asociados; V0: $19,60 \pm 7,83$, V6: $7,6 \pm 8,70$, V9: $8,00 \pm 7,44$ días de tratamiento con AINES al mes y V0: $12,00 \pm 6,82$, V6: $5,90 \pm 5,32$, V9: $8,5 \pm 7,48$ con triptanes; V0: $1,80 \pm 2,04$, V6: 0 ± 0 , V9: 0 ± 0 días de visita a urgencias, V0: $10,10 \pm 11,41$, V6: $0,7 \pm 1,88$, V9: $1,25 \pm 2,12$ días de falta al trabajo y V:0 $10,20 \pm 2,86$, V6: $6,10 \pm 5,09$; V9: $7,38 \pm 6,86$ NMM.

Los valores de las escalas son los siguientes: EVA V0: $9,20 \pm 0,42$, V6: $7,00 \pm 0,94$, V9: $7,25 \pm 2,38$, MIDAS V0: $89,50 \pm 42,28$, V6: $45,7 \pm 80,78$, V9: $43,25 \pm 38,91$, HIT-6 V0: $69,80 \pm 9,93$, V6: $54,2 \pm 18,19$, V9: $61,00 \pm 8,57$, HAD V0: $19,30 \pm 8,97$, V6: $14,6 \pm 8,77$, V9: $15,25 \pm 7,28$ y PGIC V6: $3,5 \pm 2,22$, V9: $3,13 \pm 1,55$.

3 pacientes (30%) presentan estreñimiento (EA), 1 paciente (10%) suspende por falta de eficacia y 1 (10%) discontinúa tratamiento.

CONCLUSIONES

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los días medios de migraña al mes en el V0 y V6 ($p < 0,05$), el 50% de los pacientes reduce al 50% el número medio de días de migraña al mes y el 100% reduce la medicación aguda de migraña al mes. El 30% de los pacientes presenta un EA leve.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2517. MOTIVOS DE INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN ARTRITIS PSORIÁSICA

AUTORES

PASTOR MONDÉJAR C, INIESTA NAVALON C, GIL CANDEL M, MARTINEZ SOTO AM, SALAR VALVERDE I, ONTENIENTE CANDELA M, CABALLERO REQUEJO C, URBIETA SANZ E

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVENIDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS

La artritis psoriásica es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta al sistema musculoesquelético, y que generalmente está asociada a psoriasis. Los fármacos biológicos modificadores de la enfermedad (FAME) son un pilar importante en el tratamiento de esta patología. Nuestro objetivo fue analizar el motivo de suspensión del tratamiento biológico en pacientes diagnosticados de artritis psoriásica en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo donde se incluyeron todos aquellos pacientes diagnosticados de artritis psoriásica que hayan recibido tratamiento en algún momento con fármacos biológicos. Se recopiló todas las dispensaciones desde 2007 hasta diciembre de 2016 (punto de corte) a través del programa de gestión de farmacia (SAVAC®), correspondiendo la última dispensación a la fecha de suspensión del tratamiento. Los motivos de suspensión, así como las características demográficas (sexo, edad) se obtuvieron a través de las historias clínicas de los pacientes (Selene®). Los datos se recogieron y analizaron en hoja de cálculo Excel.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 62 pacientes (42,3% hombres y 57,7% mujeres) con una edad promedio de $53,65 \pm 12,46$ años. La media de fármacos biológicos por paciente fue de 1,9 (rango 1-6), correspondientes a 44 etanercept, 34 adalimumab, 17 infliximab, 11 certolizumab, 8 golimumab, y 6 ustekinumab. Del total de fármacos biológicos el porcentaje de interrupción por fármaco fue: 26 (59,1%) etanercept, 24 (70,6%) adalimumab, 14 (82,3%) infliximab, 9 (81,8%) certolizumab, 6 (75%) golimumab y 4 (66,6%) ustekinumab. La causa más frecuente de suspensión fue el fallo secundario al tratamiento (36,1%), de los cuales los más prevalentes fueron: 11 (36,6%) adalimumab, 10 (33,3%) etanercept y 3 (10%) certolizumab y ustekinumab, seguido de los eventos ocurridos por reacciones adversas con 26,5%, siendo más prevalente para adalimumab y etanercept con 6 eventos (27,3%) para cada fármaco. Concretamente, del total de las reacciones adversas que obligaron a la suspensión del tratamiento, un 38,1% correspondían a reacciones cutáneas o alergias, un 4,77% fueron debidas a algún proceso de tipo infeccioso y el porcentaje restante fue debido a reacciones adversas diversas como diarrea o cefalea. El fallo primario al tratamiento ocurrió en un 19,3% de los casos,

destacando 7 (43,7%) etanercept, 4 (25%) adalimumab y 3 (18,8%) para infliximab. Otros motivos de suspensión fueron: inmunogenicidad (2%), remisión (2%), pérdida de seguimiento (2%) o causas personales del paciente (2%). En un 8.3% de los casos no se pudo conocer el motivo de suspensión

CONCLUSIONES

En nuestra población de estudio, se observó que etanercept fue el fármaco con un menor porcentaje de suspensión. El principal motivo de interrupción del tratamiento de los fármacos biológico fue el fallo secundario al mismo, seguido de las reacciones adversas, siendo las más frecuente las reacciones de tipo cutáneo o alérgico.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2521. GUSELKUMAB EN PSORIASIS MODERADA-GRAVE: EVALUACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL MUNDO REAL

AUTORES

PORTILLO HARO S, TEJEDOR-TEJADA E, ALVAREZ-SANCHEZ R, CABEZA-BARRERA J
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO (PTS). AVENIDA DE INVESTIGACIÓN, S/N. GRANADA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de guselkumab en una cohorte de pacientes con psoriasis moderada-grave.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional multicéntrico y retrospectivo. Se reclutaron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con guselkumab para psoriasis moderada-grave entre el 01/04/2019 y el 28/02/2020.

Se evaluarán como variables de eficacia la evolución en el índice de severidad de área de psoriasis(PASI), en la superficie corporal afectada(BSA), en la evaluación global del investigador(IGA), y en la escala visual analógica del prurito(EVA-P).

También se medirá la calidad de vida mediante el cuestionario DLQI. Estas variables serán medidas al inicio del tratamiento, a los 3 meses, y a los 6 meses.

Se revisará la aparición de infecciones a cualquier intervalo temporal hasta el 22/05/2020.

RESULTADOS

Se obtiene una muestra de 13 pacientes, 7 hombres y 6 mujeres. 6 de los pacientes(46,1%) eran naive a fármacos biológicos, y 7 de ellos habían tenido fallo previo a fármacos biológicos(53,8%) entre los que estaban ustekinumab(4;30,8%), adalimumab(2;15,4%), infliximab(1;7,7%), brodalumab(1;7,7%) y secukinumab(1;7,7%). La mediana de edad de los pacientes era de 40 años con un rango de 27-60 años. Por el momento de inicio, no se tienen datos aún de un paciente a los 6 meses.

El PASI de inicio fue > 12(severo) en 4 pacientes(30,8%), 8-12(moderado) en 7 pacientes(53,8%), y 1-7(leve) en 2 pacientes(15,4%). A los 3 meses, no se registró ningún paciente con PASI > 12, y solo un paciente(7,7%) con PASI de 8-12. Hasta 5 pacientes(38,5%) alcanzaron el aclaramiento total (PASI=0). Estos valores se mantuvieron de forma parecida a los 6 meses, excepto por el paso de un paciente de PASI leve a aclaramiento total.

El BSA de inicio fue de 4-10%(moderado) en 7 pacientes(53,8%), y > 10%(grave) en 6 pacientes(46,1%). A los 3 meses 8 pacientes consiguieron aclaramiento total(BSA < 1%) y en 4 pacientes se registró un valor de 1-3%(leve). Estos valores se mantuvieron de forma parecida a los 6 meses, excepto por el paso de un paciente de BSA leve a aclaramiento total.

El IGA de inicio fue de 3-4(moderado-intenso) en 12 pacientes(92,3%) y 1-2(mínimo-ligero) en un paciente(7,7%). A los 3 meses, el 100% de los pacientes tenían un IGA≤2, 4 de ellos(33,3%) con aclaramiento total(IGA=0). Esta tendencia se mantuvo a los 6 meses.

La EVA-P fue de 8-10(grave) en 6 pacientes (46,1%) y 4-7(moderado) en 3 pacientes(23,1%). Todos los pacientes a los 3 meses tuvieron un valor ≤3. A los 6 meses solo se detectó un paciente con un valor de 4-7(moderado).

El DLQI mostró un valor al inicio de 21-30(extremo) en 4 pacientes(30,8%) y de 11-20(importante) en 8 pacientes(61,5%). A los 3 meses el DLQI tuvo valores de ≤5(leve) en 9 pacientes(69,2%). Ningún paciente obtuvo un valor extremo. A los 6 meses se mantuvo esta evolución.

No se registraron infecciones incidentes tras el inicio del tratamiento en ningún paciente.

CONCLUSIONES

Guselkumab parece una alternativa eficaz para producir la remisión clínica y mejorar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis moderada-grave. El tratamiento se ha mostrado seguro, ya que no se ha detectado nuevas infecciones ni ningún paciente ha tenido que abandonar el tratamiento por intolerancia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2526. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA EN PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA

AUTORES

PENA VILLANUEVA P, SABATE FRIAS N, GONZALEZ MARTINEZ J, RUIZ POZA D, MARIN DORADO C, VAZQUEZ VAZQUEZ A, OLIVARES HERNANDEZ B, MARTINEZ BERNABE EM
HOSPITAL COMARCAL DE BLANES. ACCÉS CALA SANT FRANCESC, 5. GIRONA

OBJETIVOS

Determinar la eficacia y seguridad del erenumab y galcanezumab en la prevención de las crisis de migrañas en dos hospitales comarcales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en dos hospitales comarcales pertenecientes a la misma corporación sanitaria, que atienden a una población de 195.000 habitantes. Se incluyó a todos los pacientes que iniciaron tratamiento con erenumab y galcanezumab desde 01/12/19 hasta 31/05/20.

Se recogieron de la Historia Clínica Electrónica los siguientes datos: sexo, edad, número de grupos terapéuticos a los que fracasó previamente al inicio del anticuerpo monoclonal (beta-bloqueantes, antidepresivos tricíclicos, antiepilépticos, antagonistas del calcio y toxina botulínica), el índice HIT-6 (escala que mide el impacto que tiene la migraña en actividades cotidianas) y la media de días con migraña al mes (DMM) en los 3 meses previos. Tanto el HIT-6 como el DMM se valoraron previos al inicio y a los 3 meses. Se registró también si el paciente discontinuó el tratamiento a los 3 meses y el motivo.

Se consideró que el tratamiento profiláctico era eficaz si se producía una reducción de al menos 50% de los DMM. En casos de migraña de alto impacto (HIT-6 > 55) también se consideró eficaz si existía una reducción de al menos el 30% de DMM asociado a una reducción del impacto en al menos una categoría de la escala HIT-6.

Para valorar la seguridad se tuvo en cuenta sólo aquellos efectos adversos graves o importantes para el paciente, que requirieron una consulta médica (incluidas las telefónicas).

RESULTADOS

De un total de 35 pacientes, iniciaron tratamiento 28 pacientes con erenumab y 7 con galcanezumab. Eran 8 hombres y 27 mujeres, con una media de edad de 51,6 años (32-73). El 8,57% había fracasado a 2 grupos terapéuticos (GT), 42,85% a 3 GT, 37,14% a 4 GT y el 11,43% a 5 GT. La media de DMM fue 18,42 días (rango 6-30) y todos los pacientes tuvieron una puntuación en la escala de HIT-6 > 55.

Se le hizo seguimiento a los 3 meses a un total de 24 pacientes, estableciendo que el tratamiento fue eficaz en el 83% de ellos (20 pacientes). De los 4 pacientes que no respondieron, a dos se le suspendió el tratamiento y los otros continuaron a la espera de una nueva re-evaluación a los 3 meses. Una paciente en el que estaba siendo eficaz el tratamiento, se le suspendió tras detectar que estaba embarazada.

Respecto a los efectos secundarios registrados en la historia clínica, no hubo ningún evento adverso grave o importante registrado en las Historias Clínicas. Un paciente experimentó vértigo, que finalmente se atribuyó a su patología de base y no al fármaco.

CONCLUSIONES

El tratamiento con erenumab y galcanezumab ha resultado eficaz y seguro en la mayoría de los pacientes tratados. Aunque serían necesarios más estudios y de mayor duración para poder establecer la utilidad de estos fármacos en condiciones de práctica clínica y su seguridad a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2636. ATENCIÓN FARMACÉUTICA DEL DOLOR A PACIENTES CON PATOLOGÍAS REUMÁTICAS EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS

AUTORES

MONFORTE GASQUE MP, BUSTOS MORELL C, LAZARO GALLARDO EM, CASTRESANA ELIZONDO M, GUTIERREZ VALENCIA M

HOSPITAL BARBASTRO. CARRETERA NACIONAL 240, S/N CP 22300. HUESCA

OBJETIVOS

En las enfermedades reumáticas el dolor es el síntoma principal y, en la mayoría de los casos, el más frecuente. La presencia de dolor en pacientes con patologías reumáticas supone una elevada comorbilidad asociada, la pérdida importante de la capacidad funcional y una disminución de la calidad de vida. Por ello, es fundamental la evaluación del dolor y establecer un tratamiento adecuado en estos pacientes. El objetivo de este estudio es evaluar el dolor en los pacientes con patologías reumáticas en tratamiento con terapia biológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, de los pacientes con enfermedades reumatológicas en tratamiento con terapia biológica, atendidos en la consulta de pacientes externos, desde febrero hasta abril de 2020. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, terapia biológica, tratamiento concomitante, presencia e intensidad del dolor mediante la escala visual analógica (EVA) y tratamiento analgésico utilizado. Las fuentes de información utilizadas fueron la entrevista clínica con el paciente en la consulta, historia clínica electrónica y el módulo de pacientes externos de Farmatools®. El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el programa IBM SPSS Statistics®. Los análisis descriptivos se realizaron calculando las medidas de tendencia central y dispersión de las variables cuantitativas y las frecuencias para las variables cualitativas.

RESULTADOS

Se incluyeron 48 pacientes, con una edad media de 56,7 años (DE=12,54; rango 28-85), 73% mujeres. El diagnóstico de enfermedad reumatológica fue: 44% espondilitis anquilosante, 29% artritis psoriásica y 27% artritis reumatoide.

Los fármacos biológicos utilizados fueron: 23% etanercept, 21% secukinumab, 19% adalimumab, 17% golimumab, 6% tofacitinib y el resto otras terapias biológicas. El 60% de los pacientes estaban, además, en tratamiento concomitante con fármacos antireumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no biológicos: metotrexato (n=15), leflunomida (n=9), salazopirina (n=4), hidroxicloroquina (n=3) y azatioprina (n=2). El 85% de los pacientes tenían dolor, con una intensidad media de 5,8 (DE=2,65) según la escala EVA, siendo severo (EVA 7-9) en el 54% de los casos. El 85% de los pacientes tomaban tratamiento antiálgico habitualmente, formado por opioides (46%) y/o antiinflamatorios no esteroideos (53%).

CONCLUSIONES

Un elevado porcentaje de pacientes en nuestro estudio tiene dolor, siendo éste severo en más de la mitad de los casos. El dolor en estos pacientes no está controlado pese a su tratamiento analgésico habitual. Estos datos ponen de manifiesto que, el tratamiento eficaz del dolor en los pacientes con enfermedades reumatológicas continúa siendo un desafío que debemos priorizar, debido a su efecto directo sobre la calidad de vida de estos pacientes.

El tratamiento del dolor es complejo y necesita una abordaje integral e individualizado. Es esencial la integración del farmacéutico de hospital en el circuito asistencial, siendo su objetivo principal asegurar la eficacia y seguridad del tratamiento, a través del seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2662. EVALUACIÓN DE USO Y SEGURIDAD DE APREMILAST

AUTORES

GARCIA MATILLAS CN, GARCÍA SIMÓN MS, NÚÑEZ BRACAMONTE S, FERNANDEZ MARTÍNEZ I, MONTOYA EGEA JM, DE GOROSTIZA FRIAS IF
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CALLE MINARETE, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Apremilast es un fármaco inhibidor de la fosfodiesterasa 4 indicado en el tratamiento de psoriasis y artritis psoriásica.

Evaluar las condiciones de uso y seguridad de Apremilast en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados con Apremilast durante 4 años en un hospital de tercer nivel.

Los datos se obtuvieron del programa de dispensación SAVAC® y de historia clínica electrónica Selene®.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, dosis de mantenimiento, cambio posológico, reacciones adversas, tratamientos previos, interrupciones de tratamiento, duración del tratamiento.

La seguridad se evaluó mediante el registro de las reacciones adversas.

RESULTADOS

Se incluyeron 52 pacientes (61,54% mujeres) con edad media de 53,34±11,92 años. El 73% (n=38) recibió tratamientos orales; 32,69% (n=17) tratamiento biológico; 26,92% (n=14) fototerapia y el mismo porcentaje tratamientos tópicos. El 73,08% de los pacientes fueron tratados con varios de ellos simultáneamente.

El 51,92% (n=27) presentaba psoriasis, el 42,30% (n=22) artritis psoriásica, el 3,85% (n=2) enfermedad de Behcet y 1,92% (n=1) espondiloartrosis.

Todos los pacientes iniciaron el tratamiento como figura en ficha técnica y lo continuaron a 30 mg cada 12 horas, a excepción de dos que recibieron dosis reducidas: uno recibía 30 mg al día porque presentaba insuficiencia renal y otro 30 mg cada 48 horas por aparición de reacciones adversas (RA).

Respecto a la seguridad, el 53,84% (n=28) de los pacientes desarrolló RA, siendo la más destacada la diarrea con un 26,92% (n=14), seguido de las molestias digestivas con un 15,38% (n=8); 11,52% (n=6) vómitos; 11,52% (n=6) jaquecas; 5,77% (n=3) prurito; 5,77% (n=3) depresión; 5,77% (n=3) astenia; 3,85% (n=2) artralgias; 3,85% (n=2) ansiedad; 3,85% (n=2) alopecia; 3,85% (n=2) náuseas; 1,92% (n=1) elevación de transaminasas; 1,92% (n=1) aftas; 1,92% (n=1) tos seca.

Actualmente solo el 36,54% (n=19) continúa con el tratamiento. El 38,46% (n=20) lo interrumpió por las reacciones adversas, el 23,07% (n=12) lo suspendió por falta de eficacia y un paciente controló la enfermedad.

La media de tiempo en tratamiento con Apremilast fue 9,45±6,49 meses.

CONCLUSIONES

Un alto porcentaje (53,84%) de los pacientes que recibieron tratamiento con apremilast desarrolló reacciones adversas, predominando las de tipo gastrointestinal, siendo la más frecuente las diarreas. Esto supuso la causa de interrupción del tratamiento en cerca del 40% de los pacientes. Estas cifras resaltan la importancia de una correcta evaluación del paciente que va a recibir el tratamiento y una estrecha vigilancia para el diagnóstico precoz de las posibles reacciones adversas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2666. CONCENTRACIONES SÉRICAS DE ANTI-TNF COMO FACTOR PREDICTOR DE RESPUESTA BIOQUÍMICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

SENDRA GARCÍA A, LLOPIS SALVIA P, GIMÉNEZ GINER S, SAEZ BELLO M, PAREDES ARQUIOLA JM, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR PESET. GASPAS AGUILAR. VALENCIA

OBJETIVOS

Establecer el valor de concentración sérica (Cs) que produce respuesta bioquímica al tratamiento con anti-TNF en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo entre 2016 y 2019 en pacientes con EII con determinación de Cs valle de adalimumab (ADA) e infliximab (IFX) en estado estacionario.

Variables: fármaco, diagnóstico [enfermedad de Chron (EC)/ colitis ulcerosa (CU)], sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), dosis e intervalo posológico (IP), tratamiento inmunosupresor (IS) concomitante, tiempo desde el inicio del tratamiento hasta la determinación de Cs, Cs de ADA e IFX (mcg/ml; ensayo ELISA inmunotolerante, Promonitor®, Grifols) y respuesta bioquímica, establecida como PCR \leq 5 mg/L.

Análisis estadístico: variables continuas no normales se expresan como mediana (RIQ), variables categóricas como porcentaje. Se realizó la curva Receiver Operating Characteristic (ROC) para identificar el punto de corte de la Cs que produce respuesta bioquímica. El área bajo la curva ROC (AUC) se calculó con el intervalo de confianza (IC) del 95%. Análisis estadístico: SPSSv17.

RESULTADOS

Se incluyeron 620 determinaciones (372 ADA, 248 IFX), correspondientes a 185 pacientes (75% con EC y 25% con CU), 49,7% mujeres, con mediana de edad 42 (18) años e IMC 24 (5).

Los pacientes presentaron 203 episodios de tratamiento con anti-TNF [mediana de dosis: 40 (0) mg y 5,2 mg/kg, IP: 14 (7) y 56 (4) días, para ADA e IFX, respectivamente]. Tratamiento IS concomitante: 40% (ADA 34%, IFX 47%). La mediana de duración desde el inicio del tratamiento hasta la última determinación de Cs fue de 30 (57) meses. El número de Cs por paciente fue de 1 (24,3%), 2 (15,1%) y \geq 3 (60,6%). La mediana de Cs fue 9,3 (6,2) mcg/ml para ADA y 4,9 (6,3) mcg/ml para IFX. Se obtuvo PCR \leq 5 en el 70% y 68% de las determinaciones, para ADA e IFX, respectivamente. La mediana de Cmin en el grupo PCR \leq 5 mg/L, respecto a PCR > 5 mg/L fue de 10,05 (4,6) mg/L versus 6,76 (7,7) mg/L ($p=0,002$) para ADA y 6,76 versus 2,78 ($p=0,571$) para IFX.

El valor de Cs que permite obtener respuesta bioquímica fue: 7,6 mcg/ml, AUC 0,70 (IC95% 0,63-0,76) (sensibilidad 73%; especificidad 61%) para ADA y 3,7 mcg/ml, AUC 0,68 (IC95% 0,60-0,76) (sensibilidad 76%; especificidad 62%) para IFX. Estas Cs son coherente con lo puntos de corte descritos previamente en bibliografía y se sitúan cerca del límite inferior del intervalo terapéutico normalmente aceptado para IFX (3-7 mcg/ml) y dentro del intervalo terapéutico aceptado para ADA (5-12 mcg/ml). Se obtuvo Cs 3-4 mcg/ml para IFX y 5-8 mcg/ml para ADA en el 19 y 11% de las determinaciones, respectivamente.

CONCLUSIONES

Las Cmin de adalimumab en pacientes con PCR \leq 5 mg/L son significativamente superiores a las de pacientes con PCR > 5 mg/L. Las Cmin de adalimumab e infliximab son un predictor modesto de respuesta bioquímica definido como PCR \leq 5 mg/L. Planteamos la posible conveniencia de monitorización más exhaustiva a los pacientes con Cs previa de 3-4 mcg/ml para infliximab y 5-8 mcg/ml para adalimumab, al estar en mayor riesgo de fracaso bioquímico.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2679. EFECTIVIDAD DEL USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

AUTORES

SUÁREZ GONZÁLEZ M, FERRER MACHÍN A, VERA CABRERA M, DÍAZ RUÍZ MP, FERNÁNDEZ LÓPEZ E, PÉREZ MARTÍN CY, MERINO ALONSO J

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 κ totalmente humano que ataca a dos citoquinas, la interleukina-12 y la 23. Es una nueva opción terapéutica para los pacientes con EC y CU que han tenido un fracaso terapéutico con las terapias biológicas convencionales como los anti-TNF alfa (Infliximab y Adalimumab) y agente anti-integrasa (Vedolizumab). El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad del Ustekinumab en pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU) en un hospital de tercer nivel desde enero de 2018 hasta mayo de 2020.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes con EC y CU tratados con ustekinumab en un hospital de tercer nivel desde enero de 2018 hasta mayo de 2020.

Se recogieron las siguientes variables clínicas: Tratamiento biológico previo, claproctina fecal (CF) antes del Ustekinumab y después de éste (semana 8), proteína C reactiva (PCR) antes del Ustekinumab y después de éste (semana 8) y la respuesta clínica alcanzada por los pacientes.

La información fue obtenida desde la historia clínica electrónica (SELENE®) y el Software del Servicio de Farmacia (FARMATOOLS®).

RESULTADOS

38 pacientes (51% hombres; mediana de edad de 43 años) fueron incluidos en este estudio. Todos fueron tratados con ustekinumab tras fracaso de adalimumab, infliximab y vedolizumab, excepto 2 pacientes que iniciaron directamente con ustekinumab.

13 pacientes fracasaron tras adalimumab, 8 tras infliximab/adalimumab, 7 tras infliximab, 5 tras infliximab/vedolizumab, 2 tras infliximab/vedolizumab/adalimumab y 1 tras vedolizumab.

Obtuvimos una media pretratamiento de CF de 272,9±59,2 µg/g fecal y de PCR de 2,6±3,4 mg/dL. Mientras que tras la inducción del Ustekinumab, estos valores descendieron a una media de CF de 176,4±113,2 µg/g fecal y de PCR de 0,7±0,7mg/dL.

Después de 6 meses con esta terapia biológica, los resultados fueron un descenso de los valores de CF en torno a un 37,1±30,4 % y de los de PCR en torno a un 47,4±60,7 % y, en la mayoría de los pacientes, se observó una mejoría de su estado general, sin dolor abdominal, buena tolerancia y con unas 2-4 deposiciones al día.

Los efectos adversos relativos al uso del ustekinumab fueron considerados tolerables y manejables.

CONCLUSIONES

FDA, EMA y AEMPS han aprobado el uso de ustekinumab para el tratamiento de la EC activa, de moderada a grave, en pacientes adultos que hayan tenido una respuesta inadecuada, presenten pérdida de respuesta o sean intolerantes al tratamiento convencional o a antagonistas de TNF alfa o presenten contraindicaciones médicas a esos tratamientos.

Parece que el Ustekinumab mejora la respuesta clínica en pacientes con EC activa.

Son necesarios más estudios para evaluar la eficacia y la seguridad del Ustekinumab en pacientes con EC.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2680. MEJORA DEL MANEJO FARMACOTERAPÉUTICO Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRASPLANTADO CARDÍACO MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN MULTINIVEL DE SALUD DIGITAL: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

AUTORES

GOMIS PASTOR M, DE DIOS LOPEZ A, MIRABET PEREZ S, BROSSA LOIDI V, LOPEZ LOPEZ L, ROS ABARCA S, MAS MALARRIGA N, MANGUES BAFALLUY M
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. SANT ANTONI MARIA CLARET, 167. BARCELONA

OBJETIVOS

Mejorar la adherencia a la medicación inmunosupresora y la experiencia frente a la terapia de la persona trasplantada cardíaca. Secundariamente, optimizar la atención farmacéutica presencial mediante la Salud Digital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Ensayo clínico prospectivo aleatorizado 1:1 llevado a cabo en consultas externas de una unidad de insuficiencia cardíaca de un hospital terciario. Se incluyeron receptores de un trasplante cardíaco de > 1.5 años desde el trasplante que dispusieran de dispositivo móvil. Se llevaron a cabo 3 entrevistas presenciales: 0, 6 y 12 meses. El grupo control (GC) recibió la atención habitual por el equipo de trasplante incluyendo las visitas presenciales por la farmacéutica. Los pacientes del grupo intervención (GI) fueron sometidos además a la estrategia de telemedicina. Esta estrategia, previamente validada en un estudio piloto, constaba de intervenciones individualizadas por una farmacéutica a través de una App para promover la interacción profesional-paciente y mejorar la efectividad y seguridad de la terapia. Se emplearon técnicas de cambio conductual para facilitar la implicación y compromiso del paciente.

La adherencia terapéutica fue medida mediante el Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) validado en trasplante y el coeficiente de variabilidad (CV < 30%=adherente) a partir de los niveles en rango de tacrolimus y ciclosporina según la International Society for Heart and Lung Transplantation. La experiencia del paciente sobre su terapia se midió mediante una encuesta diseñada para el estudio. Al final del estudio, se identificaron aquellos pacientes candidatos a recibir el alta del seguimiento presencial.

RESULTADOS

Se analizaron 134 receptores [GI N=71; GC N=63], media de edad de 57 (SD14) años. La cifra de abandono del estudio fue del 4%. El tiempo medio de seguimiento fue de 1.6 (SD0.6) años. Al final del estudio, el 86% seguía usando la App a diario. La adherencia basal al tratamiento inmunosupresor fue del 36% (SMAQ). Un 41% de los pacientes desconocían las consecuencias de no tomar su medicación inmunosupresora.

La mejora en la adherencia a la medicación inmunosupresora fue estadísticamente significativa para el GI (85%) versus el GC (46%) [SMAQ, OR=6.7 (2.9;15.8), P-valor=.000]. Los niveles de inmunosupresores en rango fueron significativamente mejores para el GI [P-valor=.000]. La mejora del CV < 30% no fue significativa [P-valor=.526].

En cuanto a la experiencia del paciente con su terapia, esta mejoró significativamente en GI versus GC: menor grado de incomodidad asociada con la toma de su medicación [P-valor=.002], conocimiento del número de fármacos [P-valor=.006], tomas [P-valor=.019], dosis [P-valor=.030] y indicaciones recordadas [P-valor=.003]. El conocimiento del paciente sobre las consecuencias de olvidos del tratamiento inmunosupresor [P-valor < .01] mejoró de forma significativa en ambos grupos. El número de efectos secundarios se redujo un 50% en ambos grupos [6 (SD2) - 3 (SD2), P-valor=.000]. Debido a la posibilidad de mantener un seguimiento telemático, 65% de los pacientes GI fueron dados de alta de visitas presenciales respecto al 35% GC [OR=3.4 (1.7;6.9), P-valor=.001].

CONCLUSIONES

Un programa multinivel basado en la Salud Digital y técnicas conductuales mejoró la adherencia y experiencia del receptor de un trasplante con su tratamiento inmunosupresor. Además, la nueva ruta asistencial condujo a la optimización de la práctica farmacéutica del equipo de trasplante cardíaco.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2688. ADALIMUMAB BIOSIMILAR: IMPACTO CLÍNICO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

PORTELA SOTELO A, FLOR GARCÍA A, MARTÍN NIÑO I, MARTÍNEZ VALDIVIESO L, CANALES UGARTE S, BARREDA HERNÁNDEZ D

HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ. HERMANDAD DE DONANTES DE SANGRE, 1. CUENCA

OBJETIVOS

Adalimumab, fármaco anti-TNF, se sitúa como terapia biológica (TB) de elección de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) moderada-grave, tras fracaso a tratamiento convencional. Los biosimilares irrumpen como alternativa sostenible ofreciendo las mismas garantías de eficacia, calidad y seguridad que el medicamento innovador de referencia, minimizando costes, y por ello, el Comité Clínico Hospitalario de TB de Digestivo aprobó por consenso, la inclusión de Adalimumab biosimilar (Ada-Bs) en nuestra Guía Farmacoterapéutica, conviviendo con Adalimumab innovador (Ada-Inn). El objetivo del estudio es analizar la efectividad y seguridad de Ada-Bs en EII.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, realizado en un hospital nivel-II. Se incluyeron pacientes diagnosticados de EII, que iniciaron TB con Ada-Bs o tras switching desde Ada-Inn (01/12/2018-30/04/2020). Los pacientes se seleccionaron a través del programa de pacientes externos Farmatools®, y se revisaron las historias clínicas informatizadas (HCI) con MambrinoXXI®.

La efectividad se valoró mediante las escalas Índice de Harvey Bradshaw (IHB), para enfermedad de Crohn (EC), e Índice de actividad de la Clínica Mayo (ICM), para colitis ulcerosa (CU). Se evaluó la respuesta a Ada-Bs con el estado basal al inicio/switching y se comparó con los últimos datos reflejados, considerando controlado score \leq basal y no controlado score $>$ basal. La seguridad se valoró mediante el registro de reacciones adversas (RAM) en HCI y Farmatools®.

Variables: demográficas (edad/sexo); diagnóstico (EC/CU); tiempo tratamiento desde inicio/switching; evaluación EII (IHB/ICM): controlado (sí/no); terapia Ada-Bs: intensificación, suspensión y RAM.

RESULTADOS

Se incluyeron 32 pacientes, con mediana de 46 años (16-66), 56% mujeres y 81% EC. Finalizado el estudio, la mediana de tiempo con Ada-Bs fue de 15,4 meses (4,3-17). Se realizó switching en 22 pacientes (69%), tras recibir Ada-Inn durante 4,6 años (0,9-7,7).

Pacientes controlados 16 (50%), sin datos por reinicio 1 (3%) y no controlados 15 (49%). Del total no controlados: 5 (33%) con sintomatología leve, añadieron budesonida, mesalazina y/o corticoides; 3 (20%) intensificaron; 4 (27%) reiniciaron Ada-Inn, por tanto continuaron con la misma TB. Suspendieron tratamiento 3 pacientes (20%) por fallo primario, secundario y RAM, en los cuales no fue efectiva. Es decir, se suspendió Ada-Bs en un 22% del total de pacientes del estudio.

Concretamente, considerando los 22 pacientes del switching, 10 (45%) presentaban mal control, de ellos 7 (70%) manifestaban sintomatología en el año previo con Ada-Inn y se suspendió 1 (10%) por fallo secundario, previamente mencionado. Por tanto, se relacionó mal control tras el cambio a Ada-Bs en 3 pacientes (13%).

Se registraron 9 RAM (28%): 3 pacientes (34%) malestar general, 2 (22%) cefalea, 2 (22%) problemas inyección y 2 (22%) eritema/urticaria, de los cuales 1 requirió suspender el tratamiento.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se objetivó el control de EII con Ada-Bs en la mayoría de los pacientes, tanto en pacientes que iniciaban con Ada-Bs, como tras switching desde Ada-Inn. Respecto a las RAM, se produjeron de forma leve y puntual mayoritariamente, y solo en un caso fue necesario suspender. Podemos concluir que Ada-Bs es una terapia eficaz y segura. No obstante, sería interesante realizar monitorización farmacocinética para su optimización y estudiar el switching específicamente.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2706. SUPERVIVENCIA DE ETANERCEPT EN REUMATOLOGÍA

AUTORES

PASTOR MONDÉJAR C, INIESTA NAVALON C, GIL CANDEL M, MARTINEZ SOTO AM, SALAR VALVERDE I, ONTENIENTE CANDELA M, CABALLERO REQUEJO C, URBIETA SANZ E

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVENIDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS

Etanercept es una proteína de fusión compuesta por el receptor p75 del factor de necrosis tumoral y la porción Fc de la inmunoglobulina (IgG1) humana, indicado en artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica. Por ello, nuestro objetivo es calcular la supervivencia de etanercept en el tratamiento de dichas enfermedades.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica que iniciaron tratamiento con etanercept desde enero de 2007 hasta diciembre de 2016. Del programa de gestión del Servicio de Farmacia (SAVAC©) se recogieron datos demográficos

(edad, sexo) y farmacoterapéuticos (diagnostico, fecha inicio y fin del tratamiento con etanercept, tratamiento con biológicos previos). De la histórica clínica (Selene©) se revisó el motivo de suspensión. Se consideró la fecha de fin de tratamiento como la última dispensación realizada. La persistencia se definió como el intervalo de tiempo, en meses, entre el inicio del tratamiento hasta la última dispensación. Se recogieron datos de las dispensaciones desde enero de 2007 hasta mayo de 2019 para poder calcular la persistencia hasta esa fecha. La supervivencia del fármaco se calculó con el método Kaplan-Meier y se utilizó el test de Log-Rank para comparar la supervivencia en cada patología. Para el análisis se utilizó el programa SPSS, considerándose diferenciación estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 188 pacientes, de los cuales el 60,1% eran mujeres. La edad media fue de 53,0 (± 132). Del total de pacientes el 45,2% con artritis reumatoide, 31,4% espondilitis anquilosante y el 23,4% con artritis psoriásica recibieron tratamiento con etanercept. El 73,4% fueron pacientes naive a fármacos biológicos, el 20,7% habían recibido un fármaco biológico y el 9,4% restante dos o más fármacos previos.

Tras el análisis por el método de Kaplan-Meier se obtuvo la supervivencia global de etanercept en cada patología, siendo esta superior en artritis psoriásica con 68,7 meses (95% IC 50,8-86,7), seguido de 47,9 meses (95% IC 36,1-59,2) para artritis reumatoide y de 42,9 meses (95% IC 29,5-56,4) en espondilitis anquilosante. La comparación por parejas muestra significación estadística de la persistencia de etanercept en artritis psoriásica respecto a artritis reumatoide ($p=0,041$) y espondilitis anquilosante ($p=0,020$).

CONCLUSIONES

Etanercept es un fármaco biológico con eficacia demostrada en el tratamiento de estas patologías. Según los datos de nuestro estudio, podemos concluir que la persistencia de etanercept fue superior en artritis psoriásica que en el resto de enfermedades.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2734. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN VIDA REAL DE ERENUMAB Y GALCANEZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA

AUTORES

CORTÉS SÁNCHEZ CJ, SÁNCHEZ GONZALEZ JL, HERMENEGILDO CAUDEVILLA M, RUIZ MILLO O, CLIMENTE MARTÍ M HOSPITAL UNIVERISTARIO DR. PESET. AVDA. GASPAS AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de los anticuerpos monoclonales -MAB- (erenumab y galcanezumab) en el tratamiento de pacientes con migraña crónica o episódica de alta frecuencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, longitudinal y prospectivo, realizado de diciembre 2019 a mayo 2020 en un hospital universitario terciario. Se incluyeron pacientes diagnosticados de migraña crónica (> 15 días migraña/mes) o episódica de alta frecuencia (≥ 8 días migraña/mes), con un mínimo de tres meses de tratamiento con MAB (erenumab o galcanezumab), y que cumplieron la escala de la evaluación de discapacidad por migraña (MIDAS) y el test de impacto funcional (HIT-6) validados para migraña.

VARIABLES recogidas relacionadas con: 1) Paciente: edad y sexo; 2) Tratamiento: previo con toxina botulínica, preventivo (beta-bloqueantes, flunarizina, amitriptilina, valproato, topiramato o melatonina), de rescate (triptanes, AINES u otros analgésicos) y MAB (erenumab/galcanezumab); 3) Enfermedad: días de migraña/mes y escalas MIDAS (0-21 puntos) y HIT-6 (36-78 puntos) basal y a los tres meses de tratamiento con MAB.

La efectividad se evaluó mediante: 1) reducción del número de días de migraña/mes (efectivo= reducción $\geq 50\%$ respecto al basal) y 2) mejoría de escalas MIDAS y/o HIT-6 (efectivo= reducción ≥ 5 puntos respecto al basal). La seguridad se midió como frecuencia de reacciones adversas a MAB. Se consultaron registros electrónicos de dispensación (SIA-Abucasis®) e historia clínica electrónica (Orion Clinic®).

Análisis estadístico (Stata v.15): variables categóricas: frecuencias (%). Variables cuantitativas: media \pm desviación estándar o mediana (rango) según prueba de normalidad Shapiro-Wilk. Comparación de medias según test Wilcoxon. Significativo: $p < 0,05$. Consistencia interna de escala HIT-6: coeficiente de fiabilidad α -Cronbach ($\alpha > 0,9$: excelente).

RESULTADOS

Se incluyeron 33 pacientes (94,3% del total de inicios con MAB), de edad media 52 (19-66) años y 72,7% mujeres. Un 84,9% (28/33) habían recibido previamente toxina botulínica y tratamiento preventivo más frecuente fue topiramato (78,8%; 26/33), beta-bloqueantes (66,7%; 22/33) y flunarizina (48,5%; 16/33). En el rescate se utilizaron triptanes (78,8%; 26/33) y AINES (60,6%; 20/33). El 57,6% (19/33) recibieron erenumab (70mg/4semanas) y el 42,4% (14/33) galcanezumab (240mg dosis de carga seguido de 120mg/mes).

Los pacientes presentaron previo al inicio vs. después de tres meses: 20 \pm 6,7 vs. 10,4 \pm 6,7 días de migraña/mes ($p < 0,001$); escala MIDAS: 19,0 \pm 4,1 vs. 10,6 \pm 6,7 ($p < 0,001$) y escala HIT-6: 68,1 \pm 7,1 (α -Cronbach: 0,8) vs. 53,7 \pm 10,9 (α -Cronbach: 0,9) ($p < 0,001$), sin detectar diferencias entre ambos tratamientos.

El 60,6% (20/33) de los pacientes presentaron una reducción $\geq 50\%$ de días de migraña/mes y el 66,7% (22/33) y 78,8% (26/33) obtuvieron una reducción ≥ 5 puntos en escalas MIDAS y HIT-6, respectivamente; con una reducción de ambas escalas en el 57,6% (19/33). Un 27,3% (9/33) obtuvo mejoría en las escalas de valoración de discapacidad o impacto

funcional aun sin reducción $\geq 50\%$ de días de migraña/mes y un 12,1%(4/33) no cumplió ningún criterio de efectividad. El 33,3% de los pacientes presentó alguna reacción adversa durante el periodo de seguimiento, siendo las más frecuentes estreñimiento (12,2%;4/33) y fatiga (6,1%;2/33).

CONCLUSIONES

Según datos evaluados a 3 meses de tratamiento, el 61% de los pacientes que inician erenumab o galcanezumab presentan una reducción $\geq 50\%$ de días de migraña/mes y una mejoría en la percepción de la discapacidad (MIDAS) o impacto funcional de la migraña (HIT-6) en las actividades de la vida diaria con una buena tolerancia al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2747. RESULTADOS DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE MONITORIZACIÓN PROACTIVA DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIANAL FISTULIZANTE

AUTORES

APARICIO PEÑACOBRA R, GARCÍA CASANUEVA JC, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, PRIETO VICENTE V, MARTÍN GUTIÉRREZ N, OTERO LÓPEZ MJ

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO DE SAN VICENTE, 182. SALAMANCA

OBJETIVOS

La enfermedad perianal (EPA) es una complicación asociada a la enfermedad de Crohn con impacto en la morbilidad y calidad de vida de los pacientes. La aparición de infliximab supuso un gran cambio en el pronóstico de la enfermedad. La monitorización farmacocinética (TDM) de las concentraciones séricas mínimas de infliximab (CSI) puede ser una herramienta útil en el manejo de la EPA. El objetivo del estudio fue analizar la eficacia de un programa multidisciplinar de TDM proactiva en pacientes con EPA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado por un equipo multidisciplinar integrado por los servicios de Digestivo y Farmacia en pacientes adultos con EPA caracterizada por la presencia de fístulas y/o abscesos, en tratamiento con infliximab. Se estableció un grupo control, en el que se incluyeron todos los pacientes tratados desde 2005 con infliximab con ajuste de dosis según respuesta (sin TDM), y un grupo TDM que incluyó a los pacientes en los que desde 2015 se ajustó la dosis mediante TDM.

El periodo de seguimiento se acotó a un máximo de 4 años desde el inicio del tratamiento con infliximab. Se recopilaron variables demográficas, tipo de EPA, clínicas, cirugías (drenaje de abscesos y colocación de setones), y motivos de retirada de tratamiento. Las CSI se determinaron por ELISA y los ajustes posológicos se realizaron mediante estimación bayesiana utilizando un modelo farmacocinético poblacional propio.

La eficacia de la TDM se evaluó comparando la probabilidad de fracaso del tratamiento (PFT) por cualquier motivo y la probabilidad de cirugía entre los dos grupos, mediante análisis de supervivencia, utilizando curvas de Kaplan-Meier y regresión de Cox.

RESULTADOS

Se incluyeron 23 pacientes (8 mujeres) en el grupo TDM, con una mediana (rango intercuartílico) de edad al inicio de 39 (27) años, y 23 pacientes (11 mujeres) en el grupo control, con una edad de 32 (22) años. La mediana de seguimiento por paciente fue de 204 (114) semanas en el grupo TDM y 104 (213) en el grupo control.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la PFT ($p=0,03$) en el grupo de TDM respecto al grupo control, con un Hazard Ratio= 0,29 (95% intervalo de confianza: 0,11-0,75; $p=0,01$). Siete (30,4%) pacientes suspendieron el tratamiento en el grupo TDM, por efectos adversos ($n=3$), presencia de anticuerpos ($n=2$) o falta de eficacia ($n=2$). Quince (65,2%) pacientes suspendieron el tratamiento en el grupo control, principalmente por falta de eficacia ($n=10$) y aparición de efectos adversos ($n=4$).

No hubo diferencias en la probabilidad de cirugía entre los dos grupos ($p=0,30$). Sin embargo, la reducción absoluta del riesgo a cuatro años tendió a ser menor (35%) entre los pacientes que alcanzaron $CSI > 8 \mu\text{g/mL}$, aunque no llegó a ser estadísticamente significativa, debido a la falta de potencia estadística por el escaso número de pacientes ($n=9$) con $CSI > 8 \mu\text{g/mL}$.

CONCLUSIONES

La TDM mejora la eficacia y persistencia a largo plazo del tratamiento con infliximab en EPA. Son necesarios estudios adicionales que evalúen la posible reducción de necesidad de cirugía con CSI superiores a las habitualmente recomendadas para infliximab.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2767. EXPERIENCIA DE USO DE CLADRIBINA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

AUTORES

FERRIS VILLANUEVA M, RIVAS GALAN MD, REDONDO GALAN C, GONZALEZ VAQUERO D, RANGEL MAYORAL JF
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. AVDA. DE ELVAS, S/N. BADAJOZ

OBJETIVOS

La cladribina es un profármaco, análogo nucleósido de la desoxiadenosina, indicado en el tratamiento de la esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR). Se administra de forma oral, ajustado por peso en dos tomas anuales durante

dos años. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la eficacia, seguridad y tolerabilidad de cladribina en pacientes con EMRR.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo.

Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de EMRR que iniciaron tratamiento con cladribina desde Septiembre de 2018 hasta Mayo de 2020.

Criterios de exclusión: pacientes que no completaron un año tras la administración de la primera dosis de cladribina en dicho periodo.

La variable principal de eficacia fue determinada a partir del número de brotes anuales previos y posteriores al inicio de cladribina. Estos datos se compararon mediante la T de Student para muestras apareadas tras confirmar normalidad. Se consideraron estadísticamente significativos los resultados con una $p < 0,05$. El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 22.0®.

El perfil de seguridad del medicamento se estableció recogiendo datos sobre efectos adversos así como su gravedad según criterios del NCI Common Terminology Criteria for Adverse Events 4.0.

Además, a partir de la historia clínica electrónica y del programa de dispensación de pacientes externos (Dominion®), se obtuvieron los siguientes datos: sexo, edad, tiempo desde diagnóstico de la enfermedad, líneas de tratamiento previas, dosis de cladribina administradas y discapacidad neurológica según la escala Kurtzke Expanded Disability Status Scale (EDSS), tolerabilidad y adherencia.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio 16 pacientes (69% mujeres) completaron un año tras la administración de la primera dosis de cladribina. Presentaban mediana de edad de 42 años (20-63 años), tiempo medio desde el diagnóstico de la enfermedad de 8.7 años (1-19 años) y la mediana de EDSS fue de 2.5 (0-6). El 82% de los pacientes recibieron previamente diferentes líneas de tratamiento.

Las medias del número de brotes anuales presentados antes y después de iniciar cladribina fueron respectivamente: 2.12 (SD: 1.48) y 0.43 (SD: 0.51). Se observó una disminución en el número de brotes anuales de 1.69. El resultado fue estadísticamente significativo ($p < 0.05$).

Respecto a la seguridad del fármaco, la única reacción adversa registrada fue linfopenia: linfopenia grado 1 en el 43.47%, linfopenia grado 2 en el 26% y linfopenia grado 3 en el 8%. El 87.5% de los pacientes recuperaron los niveles normales de linfocitos en un plazo de 8 meses.

Todos los pacientes presentaron excelente tolerancia y adherencia al fármaco.

CONCLUSIONES

El tratamiento con cladribina se asoció a una disminución del número de brotes anuales. Se confirmó un buen perfil de seguridad. Los pacientes presentaron excelente adherencia y tolerabilidad al fármaco. Debido a la limitación del tamaño muestral y la reciente incorporación del fármaco, se necesitarían próximos estudios que confirmen estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2773. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OCRELIZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

MADRID PAREDES A, PORTILLO HARO S, SÁNCHEZ ÁLVAREZ R
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. AVDA. DE LA INNOVACIÓN. GRANADA

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es describir la eficacia y seguridad de ocrelizumab en pacientes con esclerosis múltiple (EM).

MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que habían recibido tratamiento con ocrelizumab desde su uso como acceso expandido hasta el 1 de Enero de 2020. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de EM, valor en la escala de grado de discapacidad (EDSS), tratamiento concomitante, valores de la prueba cronometrada de la marcha de 25 pies (T25FW) antes y tras evolución del tratamiento, número de ciclos y reacciones adversas. La efectividad se definió como: respuesta mantenida si se obtenía una mejora $\geq 20\%$ del valor de T25FW inicial y si la mejora alcanzada continuaba o aumentaba a los 3 meses y también en el test 9-HTP. Se recogió la efectividad desde un punto de vista clínico según la valoración del neurólogo. La seguridad se valoró según la aparición de reacciones adversas en general y las relacionadas con la perfusión (RRP) potencialmente mortales, graves y de leve a moderadas. Los datos fueron obtenidos de la Historia Clínica Digital y del módulo de prescripción APD-ATHOS-Prisma®.

RESULTADOS

Se incluyeron 32 pacientes, el 53.1% de ellos fueron mujeres (17/32; 53.1%), con una media de edad de 46.5 años (25-61). La media de EDSS fue de 5.55 (1.5-7). Tres pacientes presentaron EDSS=7. El 62.5% (20/32) de los pacientes presentaron EM primaria progresiva, el 25.0% (8/32) recurrente recidivante y el 12.5% (4/32) secundaria progresiva. Diez pacientes (10/32; 31.2%) tenían fampridina como tratamiento concomitante, un paciente sativex, uno fingolimod y otro corticoides.

Los pacientes recibieron una media de 3.2 ciclos (1-6). Desde un punto de vista clínico, tras recibir ocrelizumab, doce pacientes (12/27; 44.4%) se encontraban mejor, nueve peor (9/27; 33.3%) y seis igual (6/27; 22.2%). Hasta la fecha disponemos de datos del T25FW en 16 pacientes. Siete (7/16; 43.7%) presentaron un empeoramiento en el test, 5 (5/16;

31.2%) presentaron mejoría, dos (2/16; 12.5%) presentaron similitud en los resultados y en dos (2/16; 12.5%) no se pudo realizar el test porque no caminaban. Diez pacientes (10/17; 58.8%) presentaron mejoría en el 9-HTP test, 4 pacientes (4/17; 23.5%) realizaron peor el test y tres pacientes (3/17; 17.6%) igual.

Diez pacientes (21/32; 65.6%) no presentaron RRP y once pacientes (10/32; 31.2%) presentaron RRP de leves a moderadas (6 reacciones cutáneas, 2 disnea, 2 picor garganta). Un paciente presentó un síndrome pseudogripal. Todas las reacciones adversas fueron resueltas disminuyendo el ritmo de infusión y con medicación de soporte.

Por la pandemia mundial del coronavirus, once pacientes han sufrido una demora en la administración de la dosis de mantenimiento.

CONCLUSIONES

Los datos disponibles actualmente de ocrelizumab son escasos en cuanto a efectividad y por tanto difíciles de interpretar. Sin embargo, el perfil de seguridad ha sido bueno en nuestra experiencia con reacciones adversas de carácter leve. El efecto en la enfermedad por no haber administrado la dosis de mantenimiento es fundamental determinarlo en unos meses.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2791. ANÁLISIS DE TOLERANCIA AL TRATAMIENTO CON TOFACITINIB Y BARICITINIB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

AUTORES

PÉREZ MORENO M, NAVARRO AZNAREZ H, CAZORLA PODEROSO L, ABAD BAÑUELOS B, PASCUAL MARTÍNEZ O, LÓPEZ PÉREZ A, PERALES PASCUAL J, PINILLA RELLO A

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA, 1-3, 50009. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Analizar las discontinuaciones y reducciones de dosis en pacientes tratados con tofacitinib y baricitinib y el motivo de éstas en la práctica clínica habitual. Analizar la existencia de desviaciones analíticas e interacciones farmacológicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, así como estudio de supervivencia al abandono de tratamiento, en el que se incluyeron todos los pacientes en tratamiento activo con tofacitinib y baricitinib en marzo de 2020 en un hospital de tercer nivel. Se analizaron variables demográficas (sexo, edad), clínicas (diagnóstico), farmacológicas (tratamiento previo, dosis actual, periodo de tratamiento, tratamiento en combinación con metotrexato (MTX), reducción de dosis o discontinuación del tratamiento y causas, tratamiento concomitante y posibles interacciones); y analíticas (linfocitos, neutrófilos, AST, ALT, colesterol total) para las que se analizan diferencias tras el tratamiento mediante pruebas no paramétricas para datos apareados (Wilcoxon). Los datos se recogieron a partir de la historia clínica y del módulo de pacientes externos de Farmatools®. Se realizó un análisis de supervivencia a la discontinuación del tratamiento mediante curvas Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Se incluyeron 81 pacientes (43 con tofacitinib y 38 con baricitinib), de los cuales 79,01% mujeres. La media de edad fue de 57,94 años [39-82]. Las indicaciones de tofacitinib fueron: 81% artritis reumatoide (AR), 9,3% artritis psoriásica (AP) y 9,3% colitis ulcerosa (CU). Las indicaciones de baricitinib fueron: 95% AR, 2,6% AP, 2,6% reumatismo palindrómico. Un 86,75% habían llevado terapia biológica. La media de líneas de tratamiento anteriores fue de 3,05±1,17 para tofacitinib y de 2,47±0,91 para baricitinib. Un 17,14% de los pacientes con tofacitinib lo recibían en combinación con MTX, un 18,72% en el caso de baricitinib.

Un 60,47% de los pacientes discontinuó el tratamiento con tofacitinib debido a: ineficacia (61,54%), reacciones adversas (19,23%), ineficacia más reacciones adversas (7,69%) y causa desconocida (11,54%). La estimación de la media de supervivencia fue de 385,8±56,9 días (mediana 219±175,4). Las discontinuaciones con baricitinib fueron de un 21,05%, siendo los motivos: ineficacia (37,50%), reacciones adversas (37,50%), y causa desconocida (25%). La estimación de la media de supervivencia fue de 695,1±60,5 días (mediana no reportable). Del total de pacientes un 9,30% experimentó una reducción de dosis de tofacitinib y un 10,53% de baricitinib, los motivos más frecuentes fueron intolerancia al fármaco e infecciones.

Se estudió la medicación concomitante durante el tratamiento con tofacitinib (presente en un 86,05%) y baricitinib (89,47%), siendo ésta de una media de 7 fármacos. Se analizaron las interacciones, registrándose en un 53,49% de los pacientes con tofacitinib (8,11% graves, 48,65% moderadas); un 48,84% con baricitinib (8,82% graves, 61,76% moderadas).

74 pacientes (91,36%) disponían de valores analíticos. Únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de linfocitos y ALT tras el tratamiento con tofacitinib ($p=0,011$ y $0,041$ respectivamente), y de AST ($p=0,016$) tras baricitinib, no siendo ninguna clínicamente significativa.

CONCLUSIONES

La frecuencia y las causas de discontinuación de tratamiento, así como las reducciones de dosis hacen evidente la importancia de una estrecha monitorización a nivel de eficacia pero también de efectos adversos, englobando tanto control analítico como a nivel de interacciones farmacológicas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2793. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS FUERA DE INDICACIÓN EN NEUROPATÍAS.

AUTORES

MORONA MINGUEZ I, GARRIDO PEÑO N, SOLIS OLIVARES J, SOTO BASELGA I, SOLLANO SANCHO I, BERTRAN DE LIS BARTOLOME B, GOMEZ CABALLERO EP, MORIEL SANCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. CALLE DOCTOR LUIS MONTES, S/N. MADRID

OBJETIVOS

El uso de inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) fuera de indicación (FI) es habitual en enfermedades neurológicas, en las que el arsenal terapéutico es escaso o poco efectivo. Esto añadido a que su coste es elevado y su suministro limitado, hace necesario determinar la efectividad y seguridad de su uso en la práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con enfermedades neurológicas en tratamiento FI con IgIV de 01/01/2017 a 26/05/2020.

Las variables demográficas (edad, sexo) y el número de ciclos se obtuvieron del programa de dispensación a pacientes ambulatorios de Farmatools®. El diagnóstico y las variables relacionadas con la seguridad (efectos adversos) y efectividad se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Selene®), historia clínica unificada de atención primaria y especializada (Horus®) y consulta con el neurólogo responsable del paciente.

La efectividad se clasificó como mejoría (clínica, subjetiva, cuestionable), estabilidad o no mejoría; a corto (hasta 28 días después de recibir la primera dosis de IgIV) y largo plazo (mejor estadio alcanzado después del segundo ciclo).

Los datos obtenidos se compararon con la guía clínica para el uso de inmunoglobulinas de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, actualización de 2011.

RESULTADOS

Recibieron tratamiento 66 pacientes: 37 mujeres (56,06 %) y 29 hombres (43,94%), su mediana de edad al inicio del tratamiento fue 62 años [22-87]. Los diagnósticos fueron: miastenia gravis (MG) (n=18; 27,27%), miopatía inflamatoria (MI) (n=11; 16,67%), esclerosis múltiple (EM) (n=5; 7,58%), enfermedad de segunda motoneurona (n=4; 6,06%), esclerosis lateral amiotrófica (ELA) (n=3; 4,55%), síndrome de Lambert-Eaton (n=2; 3,03%), mononeuritis múltiple (n=2; 3,03%), plexopatía autoinmune (n=2; 3,03%), encefalitis autoinmune (n=2; 3,03%) y otros diagnósticos (n=17; 25,76%).

Presentaron mejoría clínica a corto plazo (n=66): 8 de 34 patologías no recogidas en la guía (23,53%), 13 de 20 indicaciones azules (65,00%) y ninguna de las 8 indicaciones negras ni de las 4 indicaciones grises. Todas las indicaciones grises recibieron un ciclo. Las patologías con mayor mejoría clínica a corto plazo fueron atrofia muscular bilateral (n=1; 100%), síndrome post-polio (n=1; 100%), meningoencefalitis subaguda (n=1; 100%) y MG (n=13; 72,22%).

Presentaron mejoría clínica a largo plazo (n=29): 8 de 15 patologías no recogidas en la guía (61,54%), 4 de 8 indicaciones azules (50,00%) y 1 de 6 indicaciones negras (16,67%). Las patologías con mayor mejoría clínica a largo plazo fueron enfermedad de segunda motoneurona (n=1; 100%), plexopatía autoinmune (n=1; 100%) y MG (n=6; 85,71%).

De las enfermedades con indicación negra, EM y ELA (n=8), 5 pacientes presentaron estabilidad clínica a largo plazo, recibiendo 13 o más ciclos. 9 pacientes (13,64%) experimentaron reacciones adversas (RA), siendo mayoritaria la cefalea (n=6, 66,67% de las RA). 2 pacientes (22,22% de las RA) suspendieron su tratamiento por RA (reacción vagal n=1, hipertensión arterial con vómitos n=1).

CONCLUSIONES

La seguridad del tratamiento con IgIV FI es elevada, y su efectividad variable en función de la patología, poniendo de manifiesto la necesidad de crear un comité multidisciplinar para evaluar su uso en indicaciones con baja o nula evidencia, así como monitorizar la efectividad del tratamiento a largo plazo individualizadamente.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS**2802. INTENSIFICACIÓN EN EL TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN****AUTORES**

PINTADO ALVAREZ A, ASENSI DIEZ R, LINARES ALARCON A
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA. AVENIDA CARLOS HAYA. MÁLAGA

OBJETIVOS

El tratamiento con fármacos biológicos ha mejorado las posibilidades terapéuticas de la enfermedad de Crohn (EC), mostrando una elevada eficacia clínica. Sin embargo, un porcentaje considerable de pacientes no responden inicialmente al tratamiento o pierden la respuesta conseguida a lo largo del tiempo. Para resolver el fracaso del tratamiento, se han empleado varias estrategias, entre ellas intensificación del tratamiento.

El objetivo es analizar el uso de fármacos biológicos en pacientes con EC y las estrategias empleadas en la intensificación de dichos tratamientos en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó aquellos pacientes con EC que recibieron tratamiento biológico en el periodo de estudio (año 2018).

Variables recogidas: sexo, edad, nº de años diagnosticado, marcador de inflamación intestinal (calprotectina: CF) y proteína C reactiva (PCR) antes y después del tratamiento, fármaco biológico recibido en el periodo de estudio, utilización de intensificación y estrategia empleada: aumento de dosis o acortamiento del intervalo posológico y realización de niveles de fármaco.

Se definió pérdida de respuesta si no se conseguía el objetivo de alcanzar niveles terapéuticos en el caso de infliximab

(IFX) y adalimumab (ADA).

Los datos fueron obtenidos del programa de dispensación a pacientes externos y de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se incluyeron 120 pacientes: 60% hombres; mediana de edad de 37,5 años (rango 18-79). La mediana del número de años diagnosticado fue de 9 años (rango 1-39).

La mediana de CF y PCR antes de iniciar el tratamiento fue 452 (rango 27-3066) y 10,65 (rango 1-250) respectivamente y después del tratamiento biológico fue de 124,5 (rango 10-3396) y 2,9 (0,5-95,2) respectivamente.

Los fármacos biológicos prescritos fueron: IFX en el 61,67% de los pacientes (n=74); ADA en el 24,17% (n=29); ustekinumab (UST) en el 12,5%(n=15), vedolizumab (VDZ) en el 0,83% (n=1) y golimumab (GOL) en otro 0,83% (n=1) (indicación fuera de ficha técnica).

En el 41,67% de los pacientes se intensificó el tratamiento (IFX n=28; ADA n=12;UST n=8; VDZ n=1 y GOL n=1) debido a pérdida de respuesta. La estrategia de intensificación fue: acortar el intervalo posológico en el 70% de los pacientes (IFX n=20;ADA n=6;UST n=8 y VDZ n=1), aumentar la dosis en el 22% de los pacientes (IFX n=4, ADA n=6 y GOL n=1) y ambas estrategias en el 8% de los pacientes (IFX n=4).

Las estrategias de intensificación en los pacientes con IFX y ADA fueron llevadas a cabo según los niveles de fármaco obtenidos mientras que en el caso del UST,VDZ y GOL se realizó según signos de actividad clínica y marcadores de inflamación intestinal como CF.

CONCLUSIONES

Los fármacos biológicos representan una opción eficaz y segura en los pacientes con EC, sin embargo, en aproximadamente un 40% de los pacientes en el periodo de estudio se les tuvo que intensificar el tratamiento. Por ello, se hace imprescindible la introducción en la práctica clínica de la monitorización de los niveles séricos del fármaco biológico para una correcta estrategia de intensificación.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2807. BENRALIZUMAB EN ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD.

AUTORES

CANALEJO FUENTES MJ, GARCÍA REBOLLEDO E, FERNÁNDEZ ROMÁN AB, GARCÍA GIL M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. CALLE CAMINO DEL MOLINO, 2, 28942. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de benralizumab en pacientes con asma eosinofílica refractaria grave.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo, de grupos apareados llevado a cabo en un hospital de segundo nivel desde febrero 2019 hasta abril 2020. Se incluyeron pacientes diagnosticados de asma eosinofílica refractaria grave en tratamiento con benralizumab durante al menos 6 meses. Para iniciar tratamiento los pacientes debían encontrarse en el Escalón 5 de tratamiento de la Guía Española para Manejo de Asma (GEMA) con un control inadecuado. El Escalón 5 incluye tratamiento previo con glucocorticoides inhalados a dosis elevadas más agonistas-β2 de acción prolongada (LABA), tiotropio y anti-leucotrienos, ajustándose al protocolo terapéutico del hospital.

La variable principal de efectividad medida fue la diferencia de exacerbaciones presentadas durante 12 meses antes de iniciar benralizumab y la tasa anualizada de exacerbaciones durante el tratamiento.

El resto de variables de efectividad medidas fueron la variación antes y durante el tratamiento del Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo (FEV1), eosinofilia, la puntuación del Test Control Asma (TCA) y la dosis diaria de corticoides orales (CO), tomando la medición previa al inicio del tratamiento y la última medición registrada en la historia clínica.

Para la evaluación de seguridad se registraron efectos adversos relacionados con el tratamiento.

Los datos se obtuvieron de la Historia Clínica Electrónica y del aplicativo para Farmacia.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba t-Student para grupos apareados asumiendo un error alfa del 5% bilateral.

RESULTADOS

Se trataron 8 pacientes, 87,5% fueron mujeres, mediana de edad 57,9 años (40,7-65,5), peso medio 89,71 kg, 75% tenía sobrepeso, 62,5% tenía enfermedad por reflujo gastroesofágico y 25% tenía poliposis nasal. 75% había sido previamente tratado con otro fármaco biológico sin respuesta adecuada. La media de duración de tratamiento fue 14 meses (SD:2,84).

La media de exacerbaciones un año antes del tratamiento fue 4,71 (SD:2,87) y la media de la tasa anualizada durante tratamiento fue 0,41 (SD:0,58), siendo la variación -4,30 (IC95%(-1,65)-(-6,96); p < 0,05).

La media de dosis diaria de CO pre-tratamiento fue 18 mg (SD:16,17) y durante el tratamiento fue 8 mg (SD:8,04), siendo la diferencia -10 mg (IC95%(-18,44)-(-1,58); p < 0,05).

La FEV1 media pre-tratamiento fue 71,71% (SD:22,21) y la última disponible 78,36% (SD:22,48), con una variación de 6,64%(IC95% (-2,06)-(-15,34); p=0,11).

La media de eosinófilos pre-tratamiento fue 0,79 (SD:0,58) y con benralizumab fue 0,06 (SD:0,27), siendo la diferencia de medias -0,73 (IC95%(-1,25)-(0,22); $p < 0,05$).

La media en la puntuación de TCA pre-tratamiento fue de 8,71 (SD:2,36) y la media de la última puntuación registrada 19,86 (SD:2,48), la diferencia fue 11,14 (IC95% (8,50)-(13,78); $p < 0,05$).

Ningún paciente suspendió el tratamiento por falta de efectividad. Una paciente abandonó el tratamiento tras dos dosis por aparición de efectos adversos no descritos en ficha técnica.

CONCLUSIONES

El tratamiento con benralizumab disminuye número de exacerbaciones, número de eosinófilos en sangre y dosis diaria de CO y aumenta el FEV1 y puntuación del TCA. A excepción de la FEV1, los resultados fueron significativos. El tratamiento con benralizumab es seguro. La limitación de nuestro estudio es el tamaño muestral, sin potencia suficiente para extraer conclusiones de efectividad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2825. USTEKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

AUTORES

BECERRA INGERTO L, FRA YAÑEZ J, MARTIN CARRO C, ORALLO LUNA C, FERNANDEZ GONZALEZ A, LAMAS LOPEZ M, GONZALEZ SANCHEZ N, PUENTE MARTINEZ P
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HEROS, 6. ASTURIAS

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de ustekinumab intravenoso (IV) y subcutáneo (SC) como tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes con EC que recibieron ustekinumab durante el periodo 2017-2019, tras el fracaso al tratamiento convencional (inmunosupresores y corticoides) y a anti-TNF α . Se excluyeron los pacientes que pudiesen requerir cirugía, presentasen infecciones o cáncer.

Se recogieron, a través de la historia clínica electrónica, los siguientes datos sociodemográficos, clínicos y relacionados con el tratamiento: sexo, edad, peso y talla, años desde diagnóstico, tratamientos previos recibidos, dosis de inducción y de mantenimiento.

La eficacia del tratamiento se evaluó analizando la variación de proteína C reactiva (PCR), de velocidad de sedimentación globular (VSG) y del Crohn Disease Activity Index (CDAI) a la semana 16 tras comenzar con ustekinumab IV.

El perfil de seguridad se analizó a través de las reacciones adversas registradas.

El análisis de los resultados se realizó con los programas de Microsoft Excel® y SPSS Statistics®.

RESULTADOS

Un total de 17 pacientes recibieron ustekinumab para EC. De ellos, uno fue excluido por requerir cirugía y otro por abandonar el tratamiento antes de la semana 16. De los 15 pacientes incluidos en el estudio, la mediana de edad fue de 44 años [20 - 68] y el 53,3% fueron hombres. La mediana de años desde el diagnóstico fue de 11 [1 - 32].

En lo referente a tratamientos previos a ustekinumab, 9 pacientes (60%) habían recibido infliximab y adalimumab, 4 (26,7%) habían recibido adalimumab y 2 (13,3%) infliximab.

Un 40% de los pacientes recibió dosis inicial de ustekinumab IV de 520 mg, un 40% de 390 mg y un 20% de 260 mg. El intervalo de mantenimiento fue de 8 semanas, excepto cuatro pacientes que necesitaron intensificación de tratamiento: dos pacientes a cada 7 semanas (de los cuales uno necesitó nueva intensificación a cada 4 semanas) y otros dos pacientes a cada 6 semanas.

La media de variación de PCR fue de 0,399 mg/L y la media de variación de VSG fue de 1,867 mm/h. Utilizando la escala CDAI, antes de iniciar ustekinumab 8 pacientes (53,3%) estaban asintomáticos, 4 (26,7%) presentaban enfermedad activa leve-moderada y 3 (20%) enfermedad activa moderada-grave. A las 16 semanas, 12 (80%) pacientes se mantenían asintomáticos, 3 (20%) con actividad leve-moderada y ninguno con actividad moderada-grave. La media de disminución de la CDAI fue de 53 puntos (IC 95%, 23,56 a 82,97, $p=0,002$).

En cuanto a la seguridad, un 26,7% de los pacientes sufrió reacciones adversas no graves, las cuales fueron: reacción infusional, diarrea, astenia, dolores articulares y agudización de rosácea.

Al final de este estudio, un paciente cambió de tratamiento por falta de respuesta y otro por respuesta parcial, mientras que 13 pacientes (86,7%) continúan a tratamiento con ustekinumab SC.

CONCLUSIONES

El tratamiento con ustekinumab en pacientes con EC demostró ser eficaz en la disminución de la CDAI y de los valores de PCR y VSG.

Las reacciones adversas relacionadas con el tratamiento no fueron graves y no supusieron la suspensión del mismo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2859. EVALUACION DE RESULTADO EN SALUD CON DATOS DE VIDA REAL DE OMALIZUMAB Y MEPOLIZUMAB EN ASMA GRAVE

AUTORES

LEON VILLAR J, CARREÑO DATO I, NAJERA PEREZ MD, MEROÑO SAURA A, CLAVIJOS BAUTISTA S, IBAÑEZ CATURLA J
HOSPITAL MORALES MESSEGUER. MARQUÉS DE LOS VÉLEZ S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad, en condiciones de práctica clínica habitual de dos anticuerpos monoclonales indicados en asma grave, en una población de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio observacional retrospectivo de evaluación de datos de vida real en una población de 50 pacientes diagnosticados de asma grave y en tratamiento con los anticuerpos monoclonales Omalizumab y Mepolizumab, en 2018. El estudio ha sido avalado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del hospital (C.P. - C.I. EST: 20/19 de 17 de abril de 2019) y los datos clínicos han sido obtenidos del programa de gestión de historias.

La eficacia se valoró en función de la reducción de la dosis de corticoides orales, los niveles de Inmunoglobulina E y eosinófilos y mejoría de la capacidad pulmonar y clínica y la seguridad se demostró en función de la presencia de efectos adversos. Los resultados se expresaron en términos de mediana y rango para las variables cuantitativas discretas y frecuencia absoluta para variables cualitativas.

RESULTADOS

La muestra de estudio estaba formada por 50 pacientes, 33 eran mujeres (66%) y 17 hombres (34%), siendo la mediana de edad de 51.5 años (rango de 18 a 82 años), 46 pacientes estuvieron en tratamiento con Omalizumab, 4 con Mepolizumab y 10 con ambos medicamentos secuencialmente. 36 fueron asmáticos de fenotipo alérgico (72%), 3 de tipo eosinofílico (6%), 9 de tipo intrínseco (18%) y 2 pacientes (4%) fueron diagnosticados en primer lugar de asma de tipo alérgico, y por tanto se administraron Omalizumab, y posteriormente fueron diagnosticados de fenotipo eosinofílico y se les administró Mepolizumab.

La mayoría de los pacientes respondieron adecuadamente a ambos agentes biológicos con buena tolerancia y poca toxicidad. Al 57% de los pacientes cuyo agente biológico era Omalizumab y el 72.72% de los pacientes con Mepolizumab experimentaron una disminución de la dosis de corticoides orales. Así mismo el descenso de eosinófilos ocurrió en un 54.17% de los pacientes para Omalizumab y el 77.77% para Mepolizumab.

La evaluación de la capacidad pulmonar fue realizada en función del Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo, considerando mejoría si aumenta el valor en la medida de control en relación a la de inicio, el 55.55% de los pacientes en tratamiento con Omalizumab y el 80% con Mepolizumab experimentaron mejoría.

Aunque en el estudio descriptivo, ambos medicamentos producen beneficios, siendo mayor el porcentaje con el anticuerpo monoclonal Mepolizumab. En el análisis estadístico estas diferencias no se muestran.

CONCLUSIONES

1. Omalizumab y Mepolizumab son una buena opción terapéutica al tratamiento de asma grave, ambos han documentado tener un buen perfil de seguridad y tolerabilidad a largo plazo.
2. Es importante continuar con estudios de uso de medicamentos con datos de vida real al objeto de encontrar el perfil de paciente más idóneo para cada una de las diferentes opciones terapéuticas al objeto de avanzar en la medicina personalizada y obtener el máximo beneficio clínico con el menor riesgo y efectos tóxicos para los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2898. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIDAS POR EL SISTEMA INMUNOLÓGICO

AUTORES

CHAMORRO DE VEGA E, ROMERO JIMÉNEZ RM, AIS LARISGOITIA A, LOBATO MATILLA E, MELGAREJO ORTUÑO A, GARCÍA SÁNCHEZ S, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M
H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN. C/ DOCTOR ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Describir el desarrollo, implantación y resultados de un Programa de Atención Farmacéutica Especializada (PAFE) para los pacientes con enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad (EIMI) en tratamiento con terapias biológicas.

MEJORAS ESPERADAS

- Integración y coordinación del farmacéutico en el equipo asistencial multidisciplinar y aumento de su visibilidad en el hospital, en el sistema sanitario y con los pacientes
- Sistematización de la atención y reducción de la variabilidad en la práctica asistencial
- Enfoque clínico centrado en el paciente
- Garantizar una asistencia segura y mejorar los resultados en salud de los pacientes
- Monitorización sistemática y optimización de los resultados en salud

DISEÑO

Se constituyó un equipo formado por 4 farmacéuticos especializados en EIMI, que diseñaron e implantaron el PAFE, que incluía:

- Protocolo de validación farmacéutica, entrevista clínica y documentación en la historia clínica electrónica
- Protocolo de educación al paciente con EIMI mediante información oral y escrita
- Metodología para la detección y clasificación de interacciones farmacológicas y eventos adversos
- Desarrollo de una aplicación móvil (App) para la mejora del seguimiento de los pacientes
- Protocolo de evaluación de la calidad de vida y satisfacción específicos para cada EIMI

Para realizar un seguimiento farmacoterapéutico más exhaustivo y adaptado a las necesidades de los pacientes, así como para reducir las visitas al centro, se incorporó un sistema de telefarmacia.

Se definieron indicadores de resultados de accesibilidad, actividad, efectividad, seguridad, eficiencia, calidad asistencial y calidad percibida, que se organizaron por procesos (ISO 9001).

Para la evaluación de la calidad de vida, se incorporaron Patients Reported Outcomes específicos de cada EIMI.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se estableció un circuito coordinado con el resto de servicios clínicos implicados, de manera que los pacientes eran atendidos el mismo día de forma multidisciplinar por farmacéuticos, médicos y enfermeras de práctica avanzada, siguiendo un calendario integrado y adaptado a las distintas patologías EIMI.

Etapas:

1. Identificación de las necesidades de los pacientes y de los recursos necesarios
2. Diseño del PAFE
3. Integración del PAFE en el hospital
4. Coordinación con el resto de profesionales implicados- constitución del equipo multidisciplinar
5. Definición de indicadores de resultados
6. Diseño de un cuadro de mando
7. Diseño de una base de datos
8. Implantación de un sistema de cita previa
9. Integración de distintas modalidades asistenciales, incluyendo telefarmacia
10. Inicio de la actividad asistencial. Preparación para la acreditación ISO 9001.

IMPLANTACIÓN

El 15/01/2019 se inició la actividad del PAFE, integrando las áreas de conocimiento de artropatías, enfermedad inflamatoria intestinal y psoriasis.

RESULTADOS

Durante el año 2019 fueron atendidos un total de 1.723 pacientes (50,2% artropatías, 37,7% enfermedad inflamatoria intestinal y 12,1% psoriasis). Se realizaron 1.325 consultas de atención farmacéutica y 3.343 dispensaciones de tratamiento.

Los resultados se incorporaron a un Cuadro de Mando multidisciplinar, con reporte trimestral a la Dirección del Hospital. Se obtuvo la acreditación por la Norma ISO 9001 en marzo de 2020.

LIMITACIONES

- Horario de atención limitado (8:00-15:00)
- Dificultad para la incorporación de nuevas tecnologías que faciliten el seguimiento farmacoterapéutico continuo y exhaustivo de los pacientes
- Dificultad para la integración de las herramientas de seguimiento farmacoterapéutico con la historia clínica electrónica

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este programa ofrece un diseño y una metodología de implantación fácilmente exportable a otros Servicios de Farmacia Hospitalaria. Todas las fases del diseño e implantación están sistematizadas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2921. PERSISTENCIA DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS ANTI-TNF EN ARTRITIS PSORIASICA.

AUTORES

PASTOR MONDÉJAR C, INIESTA NAVALON C, GIL CANDEL M, MARTINEZ SOTO AM, SALAR VALVERDE I, ONTENIENTE CANDELA M, CABALLERO REQUEJO C, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVENIDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS

Los fármacos biológicos cuyo mecanismo de acción es el bloqueo del factor de necrosis tumoral (TNF), son una opción de tratamiento ampliamente utilizada en artritis psoriásica. Nuestro objetivo fue analizar la supervivencia de los fármacos biológicos inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF) utilizados en el tratamiento de la artritis psoriásica

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo desde enero de 2007 hasta diciembre de 2016, donde se incluyeron todos aquellos pacientes diagnosticados de artritis psoriásica que habían recibido tratamiento con fármacos biológicos anti-TNF en un hospital de referencia de área. Las dispensaciones se recopilaron a través del programa de gestión de farmacia (SAVAC) y las características demográficas (sexo, edad, diagnóstico) se obtuvieron a través de las historias clínicas de los pacientes (Selene®). La persistencia se definió como el intervalo de tiempo, en meses, desde el inicio del tratamiento hasta la última dispensación (mayo de 2019). La supervivencia del fármaco se calculó con el método Kaplan-Meier y se utilizó el test de Log-Rank para comparar los fármacos entre sí, considerando significación estadística un valor de $p < 0,05$. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS®.

RESULTADOS

RESULTADOS: Un total de 62 pacientes recibieron tratamiento con fármacos biológicos durante el periodo de estudio de los cuales, el 96,7% habían recibido tratamiento con anti-TNF en algún momento. El 42,3% fueron hombres y 57,7% mujeres con una edad promedio de $53,7 \pm 12,4$ años. Los fármacos anti-TNF utilizados fueron: 44/60 (73,3%) etanercept, 34/60 (56,6%) adalimumab, 17/60 (28,3%) infliximab, 11/60 (18,3%) certolizumab y 8/60 (13,3%) golimumab. La persistencia global de los fármacos anti-TNF en artritis psoriásica fue de 56,7 meses (95% IC 45,5-70,0). Etanercept y

adalimumab fueron los fármacos más persistentes, superando la persistencia global. La persistencia de etanercept superó en 12 meses a la media global, con 68,7 meses (95% IC 50,8-86,7), siendo este el fármaco biológico con una mayor persistencia en artritis psoriásica. En el caso de adalimumab esta fue de 59,8 meses (95% IC 39,6-80,2). La persistencia para el resto de fármacos biológicos anti-TNF fue de 37,4 meses (95% IC 13,8-60,9) para infliximab, de 24,4 meses (95% IC 9,12-39,6) para certolizumab y de 23,1 meses (95% IC 1,95-44,3) golimumab. Cuando se analizaron los diferentes fármacos anti-TNF por parejas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre etanercept y certolizumab ($p=0,032$), golimumab ($p=0,047$) e infliximab ($p=0,037$).

CONCLUSIONES

Etanercept fue el fármaco más persistente, superando la media global en 12 meses, mostrando diferencias estadísticamente significativas con el resto de fármacos, a excepción de adalimumab.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

2926. CAMBIO DE BIOLÓGICO ORIGINAL A BIOSIMILAR EN PACIENTES EXTERNOS CON ARTRITIS REUMATOIDE Y PSORIASIS: ¿SE REVIERTEN LOS CAMBIOS?

AUTORES

GRACIA MOYA A, CARDONA PASCUAL I, DEL RÍO GUTIERREZ JM, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALLE DE HEBRÓN. Pº VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Adalimumab (ADA) (original: Humira®, biosimilar: Hyrimoz®) y etanercept (ETA) (original: Enbrel®, biosimilares: Erelzi®, Benepali®) son anticuerpos monoclonales de dispensación hospitalaria que se utilizan por vía subcutánea para el tratamiento de artritis reumatoide y psoriasis. Actualmente en nuestro hospital los inicios de tratamiento se hacen directamente con biosimilar, pero para los que iniciaron con el biológico original se tiende a mantener este tratamiento, ya que existe cierta controversia sobre el cambio. El objetivo de este estudio es evaluar cuantos de los pacientes que han hecho un cambio a biosimilar han vuelto posteriormente al biológico original (marca) y analizar sus causas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluye a todos los pacientes externos en tratamiento con ADA y ETA durante un período de seguimiento de 3 años. Los datos se han extraído del programa de prescripción y dispensación del hospital. Se contabilizó los pacientes que hicieron un cambio de tratamiento durante el período de estudio. Se definió como switch el cambio de biológico original a biológico biosimilar. Se consideró switch revertido si se volvió al biológico original inicialmente prescrito y switch no revertido si se mantuvo en biosimilar en las dispensaciones posteriores. Se han considerado cambios no valorables: pacientes que solo han recibido una dispensación después del cambio, los cambios de principio activo y los cambios de un biosimilar a otro biosimilar del mismo principio activo.

RESULTADOS

Entre enero del 2017 y enero del 2020 recibieron tratamiento con ETA o ADA un total de 1.063 pacientes. De estos, 206 pacientes (19,4%) hicieron un cambio de tratamiento: 102 (49,51%) cambios no valorables y 104 (50,48%) cambios valorables. De estos últimos, 101 (97,11%) se consideraron switch no revertido: 81 (80,19%) pasaron de Enbrel® a Erelzi® (un 43% recibieron de 2 a 5 dispensaciones del biosimilar después del cambio durante el estudio, y un 57% de 6 a 11 dispensaciones), 17 (16,83%) de Humira® a Hyrimoz® (el 100% recibieron 2 o más dispensaciones del biosimilar), y 3 (2,97%) de Enbrel® a Benepali® (2 con 10 dispensaciones y 1 con 4 dispensaciones de biosimilar). Los 3 restantes (2,88%) reversionaron el switch (Enbrel®-Erelzi®-Enbrel®): 2 por reacción en la zona de punción, argumentando además uno de ellos reactivación de la enfermedad, y el tercero por lesiones dermatológicas. Uno hizo el cambio al original después de 3 dispensaciones del biosimilar, el segundo después de 2 dispensaciones y el último después de 8. En los tres casos el cambio se hizo por petición del paciente.

CONCLUSIONES

Los cambios de tratamiento del biológico original a biosimilar raramente (2,88%) han requerido revertir el cambio para volver al biológico original. Cuando esto se produce, la opinión subjetiva del paciente parece ser determinante. Dado estos resultados, se podría alentar a promover cada vez más dicho cambio en la práctica clínica habitual.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1552. EXPERIENCIA DE USO EN PRÁCTICA CLÍNICA DE BUROSUMAB EN HIPOFOSFATEMIA LIGADA AL CROMOSOMA X

AUTORES

ROSAS ESPINOZA C, GARCIA MUÑOZ C, ARRIETA LOITEGUI M, SANCHEZ SANZ B, BRUNI MONTERO MA, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVENIDA DE CORDOBA S/N. MADRID

OBJETIVOS

La hipofosfatemia ligada al cromosoma X (HLX) es la forma más frecuente de raquitismo hipofosfatémico hereditario. El tratamiento crónico con aportes de fósforo y vitamina D puede provocar hiperparatiroidismo, hipercalciuria o

nefrocálcinosis. Burosumab es la primera terapia dirigida para esta enfermedad, actuando contra la mutación del gen PHEX. Al ser un medicamento extranjero con poca experiencia de uso en España, es interesante reunir información sobre su uso en práctica clínica habitual. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad y seguridad de burosumab en nuestros pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron los pacientes en tratamiento activo con burosumab desde el inicio de este hasta completar un año de tratamiento. Las variables recogidas fueron: sexo, edad al diagnóstico de HLX y al inicio de tratamiento. Se recogieron en cada visita la dosis administrada y los siguientes valores analíticos: fósforo (P) [rango de normalidad 3,3-5,3mg/dl] y calcio (Ca) sérico [8,8-10,8mg/dl], fosfatasa alcalina (FA) [40-300U], hormona paratiroidea (PTH) [20-40pg/ml], vitamina D (25-OH-VitD) [20-40ng/ml] y reabsorción tubular renal de fosfato (RTP) [2,9-6,5mg/dl].

A pesar de que en los ensayos clínicos se utilizó la valoración radiográfica como variable de eficacia, en la práctica habitual el principal control de la respuesta es analítico. Por ello, la variable de efectividad elegida fue la normalización analítica de P y RTP al año de tratamiento. Para evaluar la seguridad se revisó la tolerancia al tratamiento y la ecografía renal anual de control (ER).

RESULTADOS

Se incluyeron dos pacientes mujeres. La edad al diagnóstico del paciente-1 fue de 2 años, iniciando tratamiento a los 9 años y medio, mientras que en el paciente-2 fueron a los 4 y 11 años y medio respectivamente. El paciente-1 inició tratamiento con burosumab a 0,4mg/kg (10mg), requiriendo aumento progresivo de dosis por falta de eficacia hasta 1,4mg/kg (40mg) al año. El paciente-2 mantuvo la dosis de 0.4mg/kg (20mg) durante todo el tratamiento.

Los datos analíticos basales fueron:

- Paciente-1: P=1,8; Ca=10; FA=428; PTH=42,8; 25-OH-VitD=29,6; RTP=1,26.
- Paciente-2: P=2,6; Ca=10; FA=388; PTH=36,8; 25-OH-VitD=21,4; RTP=2,18.

Los datos analíticos tras un año de tratamiento fueron:

- Paciente-1: P=3; Ca=9,9; FA=311; PTH=54,3; 25-OH-VitD=23,3; RTP=2,61.
- Paciente-2: P=4; Ca=10; FA=192; PTH=34,7; 25-OH-VitD=25,8; RTP=3,95.

Se evaluó la seguridad según los siguientes datos:

- Paciente-1: presentó intermitentemente eritema en el lugar de inyección desde el quinto mes de tratamiento, cediendo espontáneamente. En la ER se determinó persistencia de nefrocálcinosis previa al tratamiento con burosumab.
- Paciente-2: desde el inicio del tratamiento manifiesta dolor articular coincidiendo con la administración, cediendo pocos días después. Se observó hiperemia conjuntival desde la segunda dosis, requiriendo tratamiento sintomático. Desde el sexto mes de tratamiento presentó, intermitentemente, eritema en lugar de inyección, cediendo espontáneamente. No se encontraron hallazgos significativos en la ER.

CONCLUSIONES

En ambos pacientes los valores de P y RTP tendieron a la normalización analítica, pero alcanzándose sólo en uno de ellos. La misma tendencia se observó con los valores de FA. El tratamiento fue bien tolerado, observándose síntomas menores que respondieron a tratamiento sintomático. No se observó empeoramiento en la ER.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1815. TRATAMIENTO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA LEVE-MODERADA CON RESORCINA 15% CREMA: RESULTADOS PRELIMINARES ESTUDIO FIS-RES-2018/01

AUTORES

CORDERO RAMOS J, CASTILLO MARTIN C, MARTÍNEZ SUAREZ A, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ-CABALLOS JA, BARROS TORNAY R

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. DOCTOR FEDRIANI S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

La hidradenitis supurativa(HS) es una enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por la aparición de nódulos/ abscesos dolorosos en zonas intertriginosas. Es una enfermedad rara, con una prevalencia aproximada del 0,1%, que produce un deterioro importante en la calidad de vida del paciente debido al dolor, olor y supuración de las lesiones. Debuta generalmente con la pubertad y afecta mayoritariamente a mujeres. La sobreinfección bacteriana de las lesiones produce un estímulo proinflamatorio que agrava la enfermedad. La resorcina 15% tópica no se encuentra comercializada, solo disponible su elaboración mediante formulación magistral y podría resultar una alternativa a la antibioterapia, actualmente considerada primera línea.

Con este estudio se pretende valorar la respuesta, seguridad y el impacto en la calidad de vida de la resorcina tópica 15%(RES15) para el control de la HS leve-moderada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Corte del estudio postautorización de seguimiento prospectivo observacional (EPA-SP) multidisciplinar de un año de duración. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de HS leve-moderada que presentaran al menos 1 o más nódulos/abscesos, que tuvieran una ecografía de la zona lesionada, que iniciaran tratamiento con RES15, no estuvieran en tratamiento concomitante con antibióticos o inmunomoduladores y firmaran el consentimiento informado antes del inicio del estudio. Se realizó un seguimiento a 16 semanas.

La variable principal de respuesta fue definida como la disminución mayor o igual al 50% de nódulos/abscesos inflamados (mínimo de 1) y sin aumento del número de fístulas drenantes y/o número de abscesos de la zona tratada. Otras variables medidas fueron la variación absoluta en la escala de Sartorius (0-infinito), y actividad doppler ecográfica (+ ó -), variación en la puntuación del Dermatology Life Quality Index (DLQI) (0-30) y escalas de valoración analógicas (EVA) (0-10) de dolor, olor y supuración a las 16 semanas.

Para valorar la seguridad se registraron los eventos adversos (EA) ocurridos y el número de discontinuaciones y abandonos por EA durante el tratamiento.

RESULTADOS

Desde abril del 2019 a marzo 2020, 18/33 pacientes han completado las 16 semanas de estudio. El 58% son mujeres, 73% fumadoras, de 39±12 años de media, con HS de 9±8 años de evolución, un IMC medio de 30,3±6,8 kg/m². Las lesiones se localizan mayoritariamente en ingle (40%) y axila (46%).

Se obtuvo una disminución mayor o igual al 50% de nódulos/abscesos inflamados en el 69% de los casos con una reducción media de 6,01 puntos en la escala de Sartorius. DLQI pasó de 7,5±6 a 4,7±4,1. En la escala EVA de dolor pasaron de 7,5±2,8 a 2,6±2,1; la de supuración de 6,1±3,2 a 3,4±3,1, y de olor de 4,7±3,1 a 2,1±1,6.

El 80% de los pacientes con actividad doppler positiva pasó a doppler negativo a las 16 semanas.

3 pacientes fueron retirados del estudio, 2 por sufrir brotes de HS que requirieron de antibioterapia oral y 1 por pérdida de seguimiento.

Los EA más frecuentes fueron la descamación los primeros días de aplicación (20%), picor (13,2%) y oscurecimiento transitorio de la piel (6,6%).

CONCLUSIONES

El primer corte de pacientes parece indicar que la resorcina 15% tópica permite controlar de los nódulos/abscesos en la HS leve-moderada, mejorando la calidad de vida, con un perfil de seguridad aceptable.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1948. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y LA SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ÁCIDO OBETICÓLICO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

AUTORES

JIMÉNEZ NÚÑEZ C, ÁLVAREZ CRIADO J, MORENO RAMOS F, ARANCON PARDO AB, GARCIA-TREVIJANO CABETAS M, ESCARIO GÓMEZ M, AYLÓN MORALES M, HERRERO AMBROSIO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. PASEO DE LA CASTELLANA, 261. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con ácido obeticólico (OCA) en pacientes con Colangitis Biliar primaria (CBP)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron pacientes que iniciaron tratamiento con OCA para la indicación de CBP entre noviembre 2017 y febrero 2020. Se recogieron datos demográficos y clínicos: edad, sexo, tiempo desde diagnóstico, tratamiento con ácido ursodesoxicólico (AUDC); datos analíticos: fosfatasa alcalina (FA), bilirrubina total (BT), aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT) y gamma glutamiltransferasa (GGT) al inicio y tras 6 y 12 meses de tratamiento con ácido obeticólico; datos de seguridad: efectos adversos y continuidad del tratamiento. Para ello se utilizaron los programas informáticos de prescripción y dispensación a pacientes externos (Dominion Farmatools®), y la Historia clínica electrónica (HCIS®). Para el análisis de datos se utilizó una hoja de cálculo Excel®.

RESULTADOS

Se incluyeron 15 pacientes, 12 mujeres y 3 hombres, con una mediana de edad de 63 años (41-74), y de tiempo desde el diagnóstico de CBP de 3 años (0-16). Todos estaban en tratamiento con AUDC al inicio. Para el análisis de efectividad, se incluyen datos de 9 pacientes que cumplieron un mínimo de 6 meses de tratamiento con OCA y de 5 pacientes que llegaron a 12 meses, y se eliminó 1 paciente que sólo cumplió 10 días de terapia.

De los 9 pacientes que alcanzaron los 6 meses de tratamiento: la FA se redujo en el 66,66%, con una disminución del 17,7%±12,3, un 88,8% de los pacientes redujeron la BT en un 27,3%±17,42. El 77,7% de los pacientes bajó sus valores de AST, ALT y GGT en un 29,1%±10,5; 25,4%±16,7 y 48,8%±16,5 respectivamente.

A los 12 meses, se obtuvieron valores de 5 pacientes: la FA se redujo en el 80%, con una disminución del 30,8%±12,2, el 60% de los pacientes redujeron la BT en un 41,3%±10,8. El 60% de los pacientes redujo ALT en 28%±19,2 y GGT en 55,23%±8, y un 80% disminuyó la AST en 18,3%±9,2.

La variable de eficacia incluida en el ensayo pivotal POISE es una variable compuesta: FA < 1,67 límite superior normal (LSN), disminución FA ≥15% y BT en rango de normalidad. Esta variable se alcanzó a los 6 meses en 2 pacientes (22%), los cuales no han llegado a los 12 meses de tratamiento. A los 12 meses desde el inicio, cumplieron la variable 2 pacientes (40%).

Respecto a la seguridad, de los 15 pacientes iniciales discontinuaron el tratamiento 2, uno de ellos por efectos adversos (prurito) y otro por decisión del paciente. El 40% reportaron efectos adversos: prurito (66%), estreñimiento (32%), astenia (32%) y eritema (16%).

CONCLUSIONES

El OCA ha mostrado en este estudio mejorar los datos analíticos en aproximadamente la mitad de los pacientes, obteniéndose un beneficio clínico que es superior en los pacientes que cumplieron 12 meses de tratamiento. Es conveniente vigilar la respuesta para suspender aquellos tratamientos que no son efectivos. Es importante señalar a su vez la elevada proporción de efectos adversos, principalmente el prurito.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

2115. EFICACIA Y SEGURIDAD EN PACIENTES A TRATAMIENTO CON TOLVAPTAN EN POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSOMICA DOMINANTE

AUTORES

MISA GARCIA A, TOJA CAMBA FJ, LOIS ALVAREZ V, GRANDIO LEIVAS L, PADRON RODRIGUEZ B, GONZALEZ PEREIRA ME

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE. RAMON PUGA 52. OURENSE

OBJETIVOS

Evaluar los principales efectos adversos y la eficacia en el tratamiento a largo plazo de la poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) con tolvaptan.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal observacional realizado entre Marzo y Mayo del 2020.

Criterios de inclusión: Pacientes a tratamiento con tolvaptan para la PQRAD durante al menos 1 año. Variables a estudio: demográficas, clínicas y analíticas.

Para valorar la eficacia se utilizó la variación del filtrado glomerular estimado (FGe) estableciendo como criterio de eficacia una disminución de la tasa de filtrado glomerular inferior a 5 ml/min en un año de tratamiento.

En cuanto a la seguridad, se valoraron los niveles de ácido úrico y transaminasas, estableciendo como seguros los que no superasen más de tres veces el límite superior de los valores normales ($> 3xULN$). Además se estudiaron las modificaciones en los tratamientos antihipertensivos.

RESULTADOS

Se incluyeron 5 pacientes (60% varones), con una media de edad al inicio del tratamiento de 40,6 años (31-43) y con un tiempo medio de tratamiento de 1,85 años (1,1-2,41). El 80% iniciaron el tratamiento con una ERC (enfermedad renal crónica) en estadio 3a y un paciente con en estadio 1.

En cuanto a la dosis, 4 pacientes (80%) iniciaron con dosis de tolvaptan 45+15mg, aumentando a 60+30mg al mes y alcanzando la dosis máxima 90+30 en un tiempo medio de 2,25 meses (1-4). Un paciente (20%) inició directamente con la dosis máxima 90+30 la cual tuvo que reducirse a los 19 meses por efectos adversos.

Valorando la eficacia, la media de la disminución del FGe fue de 7,2 ml/min (3-13). De los 5 pacientes, solo 2 (40%) consiguieron resultados favorables.

Un paciente experimentó de manera puntual un aumento de los niveles $> 3xULN$ de transaminasas normalizándose las cifras a los pocos meses. Los niveles de ácido úrico aumentaron de media 1 mg/dl (0.4-1.4) y todos experimentaron nicturia, polaquiuria, polidipsia con ingestas hídricas de hasta 8L/día y poliurias de 7L/día. Al inicio del tratamiento 4 pacientes (80%) eran hipertensos, 3 de ellos necesitaron un aumento de dosis y/o fármacos antihipertensivos para su control. El único paciente no hipertenso al inicio del tratamiento necesitó al cabo de 4 meses iniciar tratamiento antihipertensivo.

CONCLUSIONES

Tolvaptan resultó eficaz en el 40% de nuestros pacientes. Todos ellos experimentaron un aumento en el nivel de ácido úrico y un paciente (20%) llegó a niveles $> 3xULN$ de transaminasas. Destaca que el 80% de los pacientes necesitaron un reajuste de su tratamiento antihipertensivo. Los cambios en balances hídricos siguen siendo el principal inconveniente para los pacientes a la hora de compatibilizarlo con la vida diaria.

Por último, señalar la necesidad de un tratamiento precoz para un mayor beneficio en los resultados. En el estudio se observó que cuanto menor era el estadio de ERC al inicio del tratamiento, mejor su evolución.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

2116. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA EN VIDA REAL EN ENFERMEDAD DE FABRY

AUTORES

CANO MOLINA J, DE LA CRUZ MURIE P, DÍAZ RAMÓN M, RUIZ GÓMEZ A, SÁEZ GARRIDO M, LAORDEN CARRASCO A, GOLNABI DOWLATSHAHI F, MARTINEZ IBÁÑEZ MÁ

HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CARRETERA MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar la respuesta en la práctica clínica al tratamiento con terapia enzimática sustitutiva (TES) y migalastat en enfermedad de Fabry.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se analizaron diversas variables clínicas en todos los pacientes tratados con TES (agalsidasa beta) y migalastat en un hospital de tercer nivel.

Las variables propuestas y analizadas, obtenidas de las historias clínicas, como indicadores de evolución y resultados en salud fueron: oftalmológicas (córnea verticillata, agudeza visual), cardíacas (ecocardiograma, alteraciones electrocardiograma (ECG), fibrosis cardíaca), renales (microalbuminuria, proteinuria, hipertensión arterial (HTA), estadio

enfermedad renal), dermatológicas (angioqueratomas), neurológicas (acroparestesias, eventos cerebrovasculares), reumatológicas (artralgias). Además se registró la aparición de eventos adversos o reacciones infusionales.

RESULTADOS

Se incluyeron 8 pacientes (4 mujeres y 4 hombres), mediana de edad: 53 años (25-72). La mediana de edad al diagnóstico era de 47 años (mujeres: 56 y hombres: 46). Solo 2 de los pacientes tenían unión familiar (madre-hijo).

Un paciente estaba en tratamiento con migalastat (mutación susceptible: A143T), y los otros siete recibían tratamiento con TES. La mediana de duración del tratamiento era de 4,5 años (3 meses-9 años). El rango de dosis de TES fue: 0,5 mg/kg – 1 mg/kg.

El paciente tratado con migalastat únicamente presentaba hipertrofia ventricular izquierda (HVI), sin empeoramiento o aparición de otras afecciones durante los dos años de tratamiento. En cuanto a los pacientes tratados con TES (7), al diagnóstico presentaban los siguientes síntomas que permanecieron estables durante el tratamiento: córnea verticillata (6/7), pérdida de agudeza visual (1/7), HVI (5/7), disfunción diastólica grado I (1/7), ECG patológico (6/7) y fibrosis cardíaca (1/7).

En cuanto a las variables renales al diagnóstico apareció: microalbuminuria (5/7), proteinuria grave (1/7), enfermedad renal crónica (ERC; estadios 2 y 4) (2/7). Durante el tratamiento, la microalbuminuria desapareció en 3/5 pacientes. Al inicio 5 pacientes presentaban HTA (leve-moderada) que se controló durante el tratamiento, sin precisar ajuste de dosis de medicación concomitante. Además, 2/7 pacientes presentaron angioqueratomas umbilicales, que se mantuvieron durante el tratamiento.

Antes de iniciar la TES, 4/7 pacientes manifestaban acroparestesias que mejoraron en 3 de ellos. Uno de los pacientes tuvo un accidente isquémico transitorio (AIT) durante el segundo año de tratamiento. En cuanto a variables reumatológicas, 2/7 pacientes presentaban artralgias generalizadas que mejoraban los días post-tratamiento.

Respecto a la seguridad, un paciente presentó una reacción infusional (cuadro vasovagal) durante la administración, que no volvió a suceder posteriormente.

CONCLUSIONES

Tratándose de una entidad con baja prevalencia e incurable, en nuestra población, en los pacientes tratados con TES y migalastat se ha conseguido el control mayoritario de complicaciones graves, crónicas y debilitantes, como las complicaciones renales, de riesgo cardiovascular (HTA) y comorbilidades con un impacto significativo en múltiples ámbitos de la calidad de vida y del bienestar psicológico de los pacientes como el dolor neuropático, abdominal, articular y trastornos gastrointestinales.

A pesar de que los hallazgos ecocardiográficos han constatado un progreso del rango de HVI de leve a grave en la mayoría de los casos, la función sistólica es normal, y no se ha descrito insuficiencia cardíaca con el progreso de la enfermedad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

2123. SEGURIDAD Y EFICACIA DE PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES

MAGRANER MARTINEZ A, LAGUÍA SÁNCHEZ R, GIL GÓMEZ I, ORTEGA GARCÍA MP, ZARAGOZÁ GONZÁLEZ M, PÉREZ VILLALON P, PEREZ GARCIA R, BLASCO SEGURA P
CONSORCIO HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA. AV TRES CREUS, 2. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y la seguridad del tratamiento con pirfenidona en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática durante tres años en un hospital de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes que recibieron tratamiento con pirfenidona entre 2016 y 2019. Para el análisis de la medicación concomitante y búsqueda de interacciones se consideraron los pacientes que continuaban en tratamiento a 31 de diciembre de 2019.

Se recuperaron las dispensaciones ambulatorias del programa de prescripción electrónica SIVSA®. Se revisaron las historias clínicas en PANGEA®. Se revisó la medicación prescrita en el programa de receta electrónica ABUCASIS® para prescripción de oficina de farmacia. Se revisaron las interacciones entre medicamentos con la base de datos iDoctus® y se clasificaron según su relevancia clínica entre leves, moderadas y graves.

El análisis estadístico se realizó en R v4.0.1. Se confirmó la distribución normal de la edad con el test de Shapiro-Wilk. Se realizó estadística descriptiva. Se calculó la supervivencia desde el inicio del tratamiento de los pacientes y la persistencia del tratamiento mediante el método de Kaplan-Meier. Se analizó la proporción de pacientes que abandonaron el tratamiento y la causa.

RESULTADOS

Se analizaron 49 pacientes de los cuales 79,6% fueron varones. La edad media de inicio fue de 74,3 años (SD=7,2).

De los 49 pacientes, 47 eran naïve y dos habían sido tratados anteriormente con nintedanib.

La mediana de persistencia del tratamiento fue de 2,5 años IC 95% (2,1-4,2). En la fecha de finalización del estudio, habían interrumpido el tratamiento 35 pacientes. Las causas de interrupción del tratamiento fueron las siguientes: exitus N=20 (57,1%), reacciones adversas N=6 (17,1%), progresión de la enfermedad N=5 (14,3%) abandono del tratamiento por parte del paciente N=3 (8,6%) y trasplante de pulmón N=1 (2,9%).

Se registraron reacciones adversas en 11 pacientes: digestivas N=5 (45,5%), cutáneas N=3 (27,3%), anorexia N=2 (18,2%), astenia N=1 (9,1%). Las reacciones adversas digestivas fueron motivo de retirada de la medicación en 4 pacientes, en una se cambió a nintedanib y en 3 se retiró el tratamiento. Las reacciones adversas cutáneas motivaron el cambio a nintedanib en 1 ocasión y en otra se retiró el tratamiento.

A 31 de diciembre de 2019, continuaban en tratamiento con pirfenidona 14 pacientes. Los tratamientos concomitantes fueron: Inhibidores bomba de protones 14/14 (100,0%), antidiabéticos orales 8/14 (58,1%), los hipocolesterolemiantes 8/14 (57,1%), antihipertensivos 3/14 (21,4%), antiagregantes 2/14 (14,3%) pacientes, diuréticos 2/14 (14,3%), corticoides 2/14 (14,3%), β -bloqueantes 2/14 (14,3%), colinérgicos 1/14 (7,1%) e inhibidores de la fosfodiesterasa V 1/14 (7,1%).

Se detectaron 12 potenciales interacciones en 5/14 pacientes, en 3 pacientes de carácter leve y en 2 de carácter moderado, no relacionadas con pirfenidona.

La mediana de supervivencia de los pacientes fue de 3,4 años IC 95% (2,5-5,4).

CONCLUSIONES

-La mediana de persistencia del tratamiento fue de 2,5 años, superior a la observada en otros estudios.

-La principal causa de suspensión de tratamiento fueron las reacciones adversas, tanto digestivas como cutáneas al igual que en otros trabajos.

-No se detectaron interacciones relacionadas con pirfenidona.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

2158. EXPERIENCIA DE USO DE TEDUGLUTIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME DE INTESTINO CORTO

AUTORES

PÉREZ ROBLES T, AYLLÓN MORALES M, ESCARIO GÓMEZ M, HERRERO AMBROSIO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. P^ª DE LA CASTELLANA, 261. MADRID

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad de teduglutida en pacientes pediátricos con Síndrome de Intestino Corto (SIC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y observacional que incluyó todos los pacientes pediátricos con SIC tratados con teduglutida desde enero de 2018 a marzo de 2020 con una duración de tratamiento de al menos 6 meses.

Se recogieron las siguientes variables de la historia clínica electrónica: sexo, edad, peso, motivo de resección, longitud residual de intestino, estoma, albúmina, tiempo con nutrición parenteral (NP) o fluidoterapia intravenosa (FIV), volumen semanal de NP/FIV, días de NP/FIV a la semana, número y consistencia de las deposiciones, pérdidas por ostomía, tiempo en tratamiento con teduglutida hasta fin de seguimiento y eventos adversos.

Para la evaluación de la efectividad se analizó el cambio en los requerimientos de NP/FIV; reducción del volumen y/o días de NP/FIV. Estas reducciones se basaron en la ganancia ponderal, aumento de diuresis, disminución de pérdidas por ostomía y heces con estabilidad clínica y mantenimiento del estado nutricional.

RESULTADOS

Se incluyeron 5 pacientes (4 varones y 1 mujer) con un rango de edad entre 1,5-9 años tratados con teduglutida a 0,05mg/kg/día vía subcutánea. Las causas del SIC fueron; gastrosquisis, enfermedad de Hirschsprung, linfangioma quístico y enteritis necrotizante (2 pacientes). El rango de longitud de intestino remanente de los pacientes fue entre 17 y 100 cm. Tres de los 5 pacientes presentaban ostomía. Al inicio del tratamiento 3 pacientes recibían 7 infusiones de NP/ semana, un paciente 3 infusiones de NP/semana y otro requería FIV/48horas. Cuatro de los 5 pacientes eran dependientes de NP/FIV desde la edad neonatal. El tiempo en tratamiento con teduglutida hasta el final del estudio fue 6 meses(1 paciente), 12 meses(2 pacientes) y 24 meses(2 pacientes).

Tres de los 5 pacientes consiguieron la independencia del soporte parenteral durante el estudio. Dos de los 3 pacientes que alcanzaron la independencia lo hicieron en el mes 6 de tratamiento y un paciente en el mes 12. Los 3 pacientes mantienen actualmente la autonomía enteral con una duración de tratamiento de teduglutida de 12 meses (1 paciente) y 24 meses (2 pacientes). En 2 de estos 3 pacientes se procedió a la retirada del catéter central y un paciente se excluyó de la lista de trasplante intestinal.

Los otros dos pacientes del estudio presentaron mínimos cambios en el volumen semanal de NP sin disminución de días de infusión hasta el final del estudio con una duración de tratamiento de 6 y 12 meses respectivamente.

Los efectos adversos observados fueron efectos relacionados con el estoma (1 paciente), dolor abdominal (1 paciente) y colecistitis (1 paciente).

CONCLUSIONES

Tres de los 5 pacientes del estudio consiguieron la autonomía enteral con teduglutida. La magnitud y la rapidez de la respuesta fue variable en nuestros pacientes. Desconocemos si otros factores como el crecimiento del paciente, desarrollo de la mucosa intestinal, etc pudieron influir en los buenos resultados obtenidos en estos 3 pacientes. Teduglutida es un medicamento huérfano de alto impacto económico, por lo que es necesario conocer factores predictivos de respuesta que nos permitan diferenciar pacientes respondedores tardíos de pacientes no respondedores y valorar en éstos últimos la discontinuación del fármaco.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

2259. REAL-WORLD CLINICAL EXPERIENCE WITH ELIGLUSTAT IN PATIENTS WITH GAUCHER'S DISEASE TYPE 1.

AUTORES

MORENO PALOMINO M, GARCÍA-TREVIJANO CABETAS M, PÉREZ ROBLES T, HERRERO AMBROSIO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. PASEO DE LA CASTELLANA, 261, 28046. MADRID

OBJETIVOS

To analyse the effectiveness and safety of substrate reduction therapy (SRT) with eliglustat in patients with type 1 Gaucher Disease (GD1) in the real-world clinical practice setting.

MATERIALES Y MÉTODOS

Observational retrospective study performed in a tertiary hospital that included all patients with GD1 treated with eliglustat until May 2020. Patients demographic, clinical and treatment characteristics were obtained from the electronic medical record using HCIS. Collected variables were sex, age, haemoglobin, platelet count, spleen and liver size, chitotriosidase activity, CYP2D6 metabolizer status, dose and treatment duration and adverse events. Haematological, visceral and bone response was evaluated at 12 months

RESULTADOS

Four patients (3 males and 1 female) aged from 29 to 52 years were included. Two, had been switched from previous enzyme replacement therapy (ERT) with imiglucerase and were already stabilized, the other two were treatment naïve. Dose of eliglustat was 84 mg/12 hours in three patients (two CYP2D6 extensive metabolizers and one intermediate) and 84 mg/24 hours in one (poor metabolizer).

At data cut-off, all patients were still on treatment. Duration on eliglustat ranged from 11 to 30 months. Three patients had completed at least one year on eliglustat.

Haematological response values at 12 months were available for almost all patients, only one had not completed one year of treatment (available 6 months data). Patients who switched from previous ERT, maintained both haemoglobin levels: 15.7 (basal) to 16.8 g/dl (12 months) and 15.6 (basal) to 15 g/dl (6 months) and platelet counts: 269 (basal) to 249 x 10⁹/l (12 months) and 160 (basal) to 222 x 10⁹/l (6 months). Naïve patients had improved haemoglobin levels: 16.1 (basal) to 16.6 g/dl (12 months) and 13.2 (basal) to 14.1 g/dl (12 months), although platelet count was only improved in one: 135 (basal) to 214 x 10⁹/l (12 months) versus 31 (basal) to 30 x 10⁹/l (12 months).

Visceral and bone endpoints at 12 months were available in one patient (previously treated with ERT): spleen and liver size did not increase over time and no changes in bone marrow were observed. This patient had reported hip pain several times. No patient had bone crisis during SRT.

Plasma chitotriosidase had decreased in the three patients in which this parameter was available. After 6 months in both treatment naïve patients (from 2511.9 to 1055 nmol/ml/h and 4427.9 to 2053 nmol/ml/h) and at 12 months in the patient that switched from ERT (from 173 to 139 nmol/ml/h).

Only mild adverse events were reported by some patients including headache, myalgia, gastroesophageal reflux and constipation.

CONCLUSIONES

Eliglustat was globally well tolerated and, based on our preliminary data, seems to be an effective option in maintaining stability in GD1 patients. However, long term monitoring remains necessary to see if these responses are maintained over time. Regarding the patient who initiated treatment with severe thrombocytopenia and did not raise her platelet count, further evaluation is necessary to conclude whether it is due to treatment inefficacy or lead by any other cause.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

2485. EFICACIA DE TOLVAPTAN EN POLIQUISTOSIS HEPATO RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE TRAS DOS AÑOS DE USO.

AUTORES

CASAS FERNANDEZ X, RODRIGUEZ FERNANDEZ Z, VELEZ BLANCO A, MARTINEZ ALVAREZ E, ALVAREZ NUÑEZ N,
ORTEGA VALIN L, ORTIZ DE URBINA JJ, SAEZ VILLAFÁNE M
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON. ALTOS DE NAVA S/N. LEÓN

OBJETIVOS

La PQHRAD es un trastorno hereditario caracterizado por la formación de quistes en los riñones, provocando aumento del tamaño renal y una alteración progresiva de la función renal que deriva en una insuficiencia renal terminal. El tolvaptán tiene como objetivo el enlentecimiento del deterioro renal, con el fin de retrasar el tratamiento renal sustitutivo.

El objetivo de este trabajo es valorar la eficacia de tolvaptán en pacientes con poliquistosis hepato renal autosómica dominante (PQHRAD) tras 2 años de uso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en el que se recogen a través de la historia clínica informatizada, variables demográficas, variación de volumen renal medido en mL y valores de la función renal ajustada por superficie corporal (filtrado glomerular = FG) mL/min/1,73m².

La variable principal de eficacia, es el % de variación del volumen renal total (%ΔVRT) tras dos años de tratamiento. Como variable secundaria, se toman valores del filtrado glomerular recogidos cada 6 meses.

Consideramos tratamiento eficaz, aquel que consigue aumento del VRT inferior a 9,6% y una disminución del FG < 2,5 mL/min/1,73m² respecto al comienzo del estudio.

RESULTADOS

10 pacientes en tratamiento con tolvaptán (4 varones), mediana de edad al inicio de tratamiento de 41,5 años (22-56). De ellos 3 se encuentran en estadio 1D y 7 en estadio 1E de la clasificación Mayo al inicio del tratamiento, quedando al final de este estudio 4 pacientes en estadio 1D y 6 en estadio 1E.

Todos los pacientes, excepto 1, consiguen dosis máximas de mantenimiento con tolvaptán (90+30mg).

Los valores de VRT (mL) al inicio y al final de este estudio son respectivamente (n1=1364; 1307), (n2=1279; 1424), (n3=3956;3892), (n4=4433), (n5=1233;1189), (n6=2986;2361), (n7=1850), (n8=1059;893), (n9=1865;1727), (n10=1660;1382).

El %ΔVRT observado es (n1=-4%, n2=+11,3%, n3=-2%, n5=-3%, n6=-21%, n8=-16%, n9=-7%, n10=-17%) con una mediana -7%. Los valores extremos muestran un incremento del VRT del 11,3%, frente a -21%.

Los FG fueron: (n1= 82-72-67-72-73); (n2=90-94-100-107-82); (n3=60-57-55-56-58); (n4=63-56-48); (n5=72-63-57-61); (n6=36-39-40-35-31); (n7=40-39-40); (n8=97-105-95-114-101); (n9=99-103-90-81-98) y (n10=78-61-74) mL/min/1,73 m². Al valorar la función renal, tras 1 año de tratamiento, se observa que 7 pacientes empeoran ligeramente el valor de FG, 1 mantiene el mismo valor y 2 mejoran ligeramente el FG.

A los 24 meses se observa que en 5 pacientes empeora el FG mientras que sólo en uno de ellos mejora ligeramente este valor.

En cuanto a la afectación hepática, secundaria a una fibrosis del parénquima hepático, no hemos observado afectación de enzimas hepáticas de ninguno de nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

La reducción global del %VRT (7%) es superior al establecido como criterio de eficacia. Solo en 1 de los 10 pacientes no se cumple.

Respecto al FG, 4 de los 10 pacientes presentan valores de FG por debajo del establecido como criterio de eficacia (FG < 2,5mL/min/1,73m²) al final del estudio.

A pesar del bajo tamaño de la población a estudio (n=10), y del corto período del mismo, la tendencia observada parece indicar que Tolvaptán podría ser eficaz para la mayoría de pacientes.

Únicamente un paciente de los diez, no cumple el criterio de eficacia fijado respecto al VRT.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

2511. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA

AUTORES

HIJAZI VEGA M, MARTÍN BLAS C, CAVADA CARRANZA I, IBÁÑEZ HERAS N, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM.12'5. MADRID

OBJETIVOS

El ácido zoledrónico es un bifosfonato intravenoso utilizado para el tratamiento de la Osteogénesis Imperfecta (OI) en pacientes pediátricos. Los bifosfonatos disminuyen la resorción ósea y en tratamientos prolongados podrían originar una alteración de la mineralización, dando lugar a un hueso frágil, por lo que se debe administrar la menor dosis efectiva. La optimización del tratamiento pretende mantener, con la menor dosis acumulada por paciente, el efecto terapéutico sobre la densidad mineral ósea (DMO) y sobre la reducción de las fracturas óseas.

El objetivo es evaluar la efectividad de la pauta optimizada con ácido zoledrónico sobre la DMO y las fracturas óseas en niños con OI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de niños diagnosticados de OI en tratamiento con ácido zoledrónico con una pauta optimizada desde enero de 2016 hasta mayo de 2020. La optimización se define como la administración de una dosis de 0,025mg/kg cada 6 meses frente a la dosis de 0,05mg/kg cada 6 meses empleada tradicionalmente para el tratamiento de estos niños.

De los pacientes analizados se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, dosis y pauta de administración de ácido zoledrónico, número de ciclos hasta la optimización, tiempo medio hasta la optimización, DMO expresada en Z-score corregido por edad (Z-score CE) pre-optimización y post-optimización, número de fracturas pre-optimización y post-

optimización. Se excluyeron aquellos pacientes que no disponían de datos de densitometría.

Se comparó el Z-score CE y el número de fracturas pre-optimización y post-optimización mediante el test de Wilcoxon. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® V15.0.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 32 pacientes (59,4% varones) con una edad media de $6,19 \pm 2,3$ años al inicio de tratamiento con ácido zoledrónico. El tiempo medio hasta la optimización del tratamiento fue de $3,62 \pm 1,29$ años, habiendo recibido una media de $7,97 \pm 2,55$ ciclos de ácido zoledrónico.

La mediana del Z-score CE previo a la optimización de la dosis fue de $-0,02$ [IC95% $-0,93 - 0,60$] y tras la optimización de $0,06$ [IC95% $-0,70 - 0,66$]. Se observó una tendencia a la mejoría del Z-score CE de los pacientes optimizados, aunque no se encontraron diferencias significativas ($p=0,068$). En cuanto a las fracturas óseas, se observó una disminución estadísticamente significativa del número de fracturas ($p < 0,05$), pasando de una media de $1,06 \pm 1,39$ en el periodo pre-optimización a $0,44 \pm 0,62$ en el periodo post-optimización.

CONCLUSIONES

La optimización del tratamiento con ácido zoledrónico en pacientes pediátricos consigue disminuir el número de fracturas óseas sin empeorar los valores de densitometrías. Se trata de una estrategia efectiva con la que se disminuye la exposición acumulada al fármaco y su consecuente efecto negativo en la mineralización y estructura del hueso.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

2516. EFECTIVIDAD A LARGO PLAZO DEL ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA

AUTORES

HIJAZI VEGA M, MARTÍN BLAS C, CAVADA CARRANZA I, IBÁÑEZ HERAS N, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM.12'5. MADRID

OBJETIVOS

El tratamiento habitual de los niños diagnosticados de osteogénesis imperfecta (OI) se basa en la administración periódica de ácido zoledrónico con el objetivo de mejorar la densidad mineral ósea (DMO) y consecuentemente reducir el riesgo de fracturas óseas de repetición. El ácido zoledrónico ha demostrado ser una opción efectiva y segura para el tratamiento de OI, sin embargo, según la literatura, su efectividad es dudosa tras 3 años de tratamiento. El objetivo es evaluar la efectividad de ácido zoledrónico tras 3 años de tratamiento en pacientes pediátricos diagnosticados de OI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional de pacientes pediátricos diagnosticados de OI en tratamiento con ácido zoledrónico durante más de 3 años. Se analizaron todos los niños tratados con ácido zoledrónico, desde el inicio de su uso en OI en 2013 hasta mayo de 2020.

Se recogieron los siguientes datos de la historia clínica: sexo, edad, dosis y pauta de administración de ácido zoledrónico, número de ciclos, DMO expresada en Z-score corregido por edad (Z-score CE) anual, número de fracturas anuales desde el inicio de ácido zoledrónico. En el caso de suspender el tratamiento se recoge el motivo por el cual se suspende. Se excluyeron aquellos pacientes que no disponían de datos de DMO.

Se compararon los Z-score CE anuales a partir del tercer año de tratamiento con ácido zoledrónico. Se compararon el número de fracturas durante los tres primeros años frente al número de fracturas hasta finalización de tratamiento. Los datos de DMO y de fracturas se analizaron con el test de Wilcoxon. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® V15.0.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 39 pacientes (53,8% varones) con una edad media de $6,8 \pm 2,4$ años al inicio de tratamiento. La dosis osciló entre $0,05-0,025$ mg/kg administrados cada 6-12 meses. El 69,3% de los pacientes se dosificaron a $0,025$ mg/kg. El número de ciclos recibidos osciló entre 6 y 15 con una duración media del tratamiento de 62 ± 14 meses. Un 59% de los pacientes finalizaron el tratamiento antiresortivo durante el periodo del estudio, en la mayor parte de los casos por alcanzar el desarrollo puberal (87%).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la DMO de manera interanual, con una mediana al tercer año de $-0,2$ [IC95% $-1,3 - 0,6$], al cuarto de $-0,11$ [IC95% $-1,1 - 0,84$], al quinto de $0,17$ [IC95% $-1,0 - 1,25$], y al sexto $-0,42$ [IC95% $-2,1 - 0,64$]. En cuanto a las fracturas, a partir del tercer año de tratamiento, un 46,1% mantuvieron el mismo número de fracturas, en el 33,3% se disminuyeron y en un 20,6% aumentaron respecto a los años anteriores, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,2$).

CONCLUSIONES

No se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mejora de la DMO y disminución del número de fracturas con ácido zoledrónico como tratamiento de la OI en pacientes pediátricos a partir del tercer año de tratamiento. Esto abre un horizonte de estudio sobre la duración óptima de dicho tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

2540. ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES AFECTOS DE TOXICODERMIS GRAVES DE ORIGEN FARMACOLÓGICO INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE QUEMADOS

AUTORES

GÓMEZ GANDA L, SÁNCHEZ SANCHO P, ARÉVALO BERNABÉ Á, LALUEZA BROTO P, BAENA CAPARRÓS J, JUÁREZ GIMÉNEZ JC, GORGAS TORNER MQ, SERRACANTA DOMÉNECH J
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y la necrolisis epidérmica tóxica (NET) son reacciones mucocutáneas graves causadas por apoptosis y necrosis desreguladas de los queratinocitos. En la mayoría de casos, esta reacción tiene un origen iatrogénico.

El objetivo de este estudio es analizar las características de una cohorte de pacientes diagnosticados de SSJ, SSJ/NET o NET iatrogénicos, así como su pronóstico, su mortalidad y la causalidad atribuible a los fármacos potencialmente implicados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado en un hospital terciario que incluye a pacientes adultos ingresados en la Unidad de Quemados con SSJ, SSJ/NET o NET de origen iatrogénico entre enero de 2010 y diciembre de 2019.

De acuerdo con el consenso actual, si la superficie corporal total afectada (SCT) es inferior al 10% se considera SSJ, si SCT 10-30% SSJ/NET y si SCT > 30% NET.

Para determinar el pronóstico de estos pacientes, se emplea la escala SCORTEN (SCORE of Toxic Epidermal Necrosis), que va de 0-7 puntos (probabilidad de muerte-PM-: 1-99%) en función de edad, SCT, malignidad, frecuencia cardíaca y valores séricos de glucosa, urea y bicarbonato.

Para estudiar la causalidad del fármaco potencialmente implicado, se emplea el algoritmo de ALDEN (AA): muy improbable < 0 ; improbable 0-1; posible 2-3; probable 4-5; muy probable ≥6.

Se recogen datos biodemográficos, analíticos y clínicos, realizando un análisis univariante descriptivo con medianas y rangos intercuartílicos.

RESULTADOS

Se incluyen 27 pacientes (66,7 % hombres), con una edad mediana de 67,0 (45,6-75,0) años. En seis (22,2%), el filtrado glomerular al ingreso es < 30 ml/min. Como antecedentes patológicos significativos, tres presentan enfermedades autoinmunes, tres neoplasia de órgano sólido, uno neoplasia hematológica, uno infección por VIH y ninguno infección reciente por herpes simple o Mycoplasma pneumoniae.

Tres pacientes se diagnostican como SSJ, 5 como SSJ/NET y 19 como NET.

El porcentaje mediano de SCT máxima afectada durante el ingreso es del 35,0 (17,5-55,5)%, presentando afectación de mucosas 22 (81,5 %) pacientes.

La estancia hospitalaria mediana es 14 (8-20) días.

Trece pacientes (48,2%) presentan un SCORTEN de 3 (PM: 35%) y otro paciente (3,7%) un SCORTEN de 5 (PM: 90%). El resto tienen índices de 1-2 (PM: 3-12%). La mortalidad es del 18,5%: cuatro pacientes con NET (21,1%) y uno con SSJ/NET (20%).

Los antibióticos beta-lactámicos constituyen la causa más frecuente (29,6%: aminopenicilinas, 4 pacientes; cefalosporinas, 4 pacientes), seguidos de alopurinol (4 pacientes, 14,8%), otros antibióticos (4 pacientes, 14,8%), anticomiciales (3 pacientes, 11,1%) y AINEs (3 pacientes, 11,1%).

En 20 (74,1%) pacientes, el AA indica causalidad probable (10) o muy probable (10).

CONCLUSIONES

- La mortalidad de nuestra población coincide con el pronóstico esperado según la escala SCORTEN y es inferior a la descrita en la literatura (> 30%)
- Los agentes causales más frecuentes de nuestra cohorte (betalactámicos, alopurinol y anticomiciales) son fármacos conocidos por ser potencialmente causantes de toxicodermias graves
- Según el AA, en al menos tres cuartas partes de los casos es esperable que los fármacos estudiados sean los responsables reales (probables o muy probables) de las reacciones mucocutáneas originadas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

2718. ISAVUCONAZOL: ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DEL ANTIFÚNGICO HUÉRFANO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES

FERNÁNDEZ LAGUNA CL, MACÍA RIVAS L, VELASCO ROCES L, ARIAS MARTÍNEZ A, ÁLVAREZ ASTEINZA C, PIERAS LÓPEZ Á, ZÁRATE TAMAMES B, LOZANO BLÁZQUEZ A

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVDA. ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Estudiar la utilización de isavuconazol en el hospital, adecuación a las indicaciones aprobadas en ficha técnica y a las condiciones de financiación.

Cálculo del coste incremental respecto a las alternativas terapéuticas disponibles.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo del uso de isavuconazol en el hospital desde septiembre de 2018 hasta mayo de 2020. De la historia clínica electrónica se recogieron: edad, sexo, indicación, posología, duración del tratamiento, interacciones, efectos adversos (RAMs), vía de administración, microorganismo aislado, parámetros de función renal y hepática, patología de base, tratamiento previo y motivo del cambio, antifúngico alternativo y motivo de suspensión de isavuconazol. Para calcular el coste incremental se utilizó el PVL menos descuentos más IVA y se consideraron los costes asociados a la administración en hospital de día.

RESULTADOS

Se prescribió isavuconazol a nueve pacientes, cinco hombres con una mediana de edad de 45 años (63-15). Seis pacientes tenían patologías oncohematológicas (enfermedad injerto contra huésped por alotrasplante, leucemia linfática crónica, leucemia mieloide crónica y/o síndrome mielodisplásico), dos eran trasplantados pulmonares y uno tenía infección de material protésico por artroplastia de cadera. Las indicaciones de uso fueron: aspergilosis invasiva(4) y fuera de ficha técnica(9) (sospecha de infección fúngica invasora (IFI) no confirmada por cultivo(2), profilaxis de IFI(2) y un tratamiento de infección protésica por *Candida tropicalis*). Todos recibieron la pauta vía oral recogida en ficha técnica y solo uno necesitó la vía intravenosa con posterior terapia secuencial.

Isavuconazol fue tratamiento de primera línea en un paciente por prescripción iniciada en otro centro. Seis pacientes recibieron previamente anfotericina B en monoterapia(4) o en combinación(2) con otros azoles, siendo los motivos del cambio a isavuconazol: insuficiencia renal o hepática, alargamiento del intervalo QT, mala evolución o ausencia de alternativa oral. Un paciente recibió voriconazol sufriendo toxicidad hepática. Un paciente recibió previamente anidulafungina siendo isavuconazol la única alternativa oral al alta.

La mediana de duración de los tratamientos finalizados fue 21 semanas (3-79). Tres pacientes continúan a tratamiento con una duración de diez semanas (6-28). Los motivos de suspensión fueron: éxitus(3), finalización de la profilaxis(1), resolución de la infección activa(1) y mala tolerancia e interacción con otros fármacos(1). Se registraron dos interacciones importantes durante el estudio, una con apixaban precisando cambio de anticoagulación y otra con ibrutinib que motivó la suspensión de isavuconazol.

De los pacientes estudiados cuatro podían haber utilizado otro antifúngico: voriconazol (n=2) suponiendo un coste incremental de -2.724€, posaconazol (n=1) con un coste de -4.827€ y anfotericina B (n=1) en hospital de día +16.684€. El tratamiento con isavuconazol frente a las alternativas terapéuticas supuso un ahorro total de 1.602€.

CONCLUSIONES

Isavuconazol, catalogado como huérfano, alternativa a voriconazol para el tratamiento de aspergilosis invasiva o a anfotericina B en mucormicosis, se utilizó cumpliendo indicaciones y condiciones de financiación en cuatro pacientes, indicándose frente a otras alternativas en el resto en base a un supuesto mejor perfil de seguridad aun no confirmado.

El coste incremental de la utilización de isavuconazol se ve amortiguado por la necesidad de administrar anfotericina B en hospital de día a un paciente, dada la ausencia de alternativas orales.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

2728. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE TOLVAPTAN EN EL TRATAMIENTO DE LA POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE

AUTORES

CASTILLO MARTÍN C, MARTÍNEZ SUÁREZ A, CASTILLEJO GARCÍA R, RENDÓN DE LOPE L, CORDERO-RAMOS J, MURILLO IZQUIERDO M

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. AVDA DOCTOR FEDRIANI. SEVILLA

OBJETIVOS

La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) es una enfermedad monogénica multisistémica caracterizada por la aparición de quistes renales bilaterales, lo que desemboca en una enfermedad renal crónica progresiva (ERC) que va a precisar, con el tiempo, de tratamiento renal sustitutivo. Aunque el tratamiento tradicional ha sido el manejo de los síntomas y complicaciones de la enfermedad, recientemente se ha aprobado al tolvaptán, un antagonista de la vasopresina, como el primer fármaco que ha mostrado eficacia ralentizando la progresión de la ERC en pacientes con PQRAD. El objetivo del estudio es la obtención de datos en vida real sobre la eficacia y seguridad de dicho fármaco en el tratamiento de la PQRAD.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo con los pacientes con diagnóstico de PQRAD que recogieron tolvaptán (Jinarc®) en nuestras consultas externas desde su inclusión en la guía farmacoterapéutica del hospital (enero de 2018) hasta hoy

(mayo de 2020). Como criterio de exclusión se estableció el uso del fármaco para tratar cualquier otra patología. Los datos fueron obtenidos a partir del programa de prescripción electrónica Athos® y de la historia clínica informatizada Diraya® y recogidos y procesados en una hoja de Excel®. Los datos recogidos fueron: variables demográficas, fecha de diagnóstico, dosis final de tolvaptán, fecha inicio y fin del fármaco, estadio de la ERC, tiempo total en tratamiento, niveles de creatinina sérica al inicio y al año, efectos adversos, razones para discontinuación o cambio de dosis, y tratamiento antihipertensivo.

RESULTADOS

Fueron evaluados 18 pacientes diagnosticados de PQRAD, con una distribución similar entre hombres y mujeres (55.6%), y con una media de edad de 40.7±9.5 años. Casi todos los pacientes manifestaban ya ERC en estadio leve a moderado (94.4%), siendo en el 50% de los pacientes de estadio 3. Un 88.8% también presentaban hipertensión arterial, tratada con fármacos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, y un 50% en combinación con otros fármacos. La mediana de tratamiento con tolvaptán fue de 13.5 meses (media 13.7±8.1), siendo la posología más frecuente de 60mg+30mg (50%). A fecha de cierre del estudio, todos continúan el tratamiento, salvo un paciente debido a falta de eficacia.

La media de la tasa de filtración glomerular basal de la población, estimada mediante CKD-EPI, fue de 64.31±31.10 mL/min/1.73m². Al cabo de un año, descendió una media de -5.78±4.94 mL/min/1.73m² en aquellos pacientes con tiempo de tratamiento superior a un año (77.7%).

En general, el fármaco fue bien tolerado, reportándose efectos adversos leves en un 38.9% de los pacientes. Los más frecuentes fueron astenia (11.1%), transaminasemia (11.1%), insomnio (11.1%), nicturia (11.1%) y polidipsia (11.1%).

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos aportan unos resultados modestos de eficacia en comparación con los obtenidos en los diferentes ensayos realizados con tolvaptán. Sin embargo, la imposibilidad de monitorizar la evolución del volumen renal total por falta de datos, el tamaño muestral reducido y por ende, la amplia dispersión de los datos, no permiten sacar conclusiones definitivas en cuanto a su eficacia, y ponen en relieve la necesidad de realizar más estudios en vida real de este tipo de tratamientos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

2764. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TOLVAPTAN EN EL TRATAMIENTO DE LA POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE

AUTORES

MAJUELOS AICART L, LOPEZ BOUZO L, GOITIA BARRENETXEA L, QUESADA MARQUES V, DAMAS FUENTES RM, OTERO VILLALUSTRE C, VARELA GONZALEZ M, MORALES LEON MV
HOSPITAL DR. NEGRIN. BARRANCO DE LA BALLENA, S/N. LAS PALMAS

OBJETIVOS

Analizar la eficacia y seguridad de tolvaptán en el tratamiento de la poliquistosis renal autosómica dominante tras al menos un año de tratamiento y comparar los resultados con los del estudio TEMPO

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pacientes en tratamiento con tolvaptán. Período de estudio: agosto 2017-mayo 2020. Variables recogidas: demográficas (sexo y edad), volumen renal total (VRT) inicial, parámetros analíticos (creatinina, potasio y sodio séricos, transaminasas, proteinuria). Se registraron las reacciones adversas relacionadas con la acuarexis y las alteraciones analíticas. Como medida de la eficacia se tuvo en cuenta disminución de la tasa de filtración glomerular (eFGR) según la ecuación CDK-EPI a los 12, 18 y 24 meses. Los datos fueron obtenidos de la Historia Clínica electrónica y las entrevistas realizadas en la recogida del fármaco en la consulta de atención farmacéutica. Las variables continuas se presentan como mediana (rango) y las frecuencias como porcentaje.

RESULTADOS

Se incluyeron 26 pacientes (69% hombres) con una mediana de edad al inicio de 46 años (26-63). Al inicio del estudio, la mediana de VRT era de 2030 ml (1230-4780) y la de eFGR de 48,19 ml/min/1.73m² (26,2-102,31). Dos pacientes presentaban enfermedad renal crónica (ERC) estadio 1, tres estadio 2, diez estadio 3A, nueve estadio 3B y dos estadio 4. Todos los pacientes sufrieron deterioro de la función renal siendo la mediana de disminución de eFGR de 7,30 ml/min/1.73m² (2,29- 18,10) a los 12 meses tras el inicio del tratamiento, 7,31 ml/min/1.73m² (6,82-19,29) a los 18 meses (n=11) y 16,1 ml/min/1.73m² (9-27) a los 24 meses (n=7). Todos empezaron con dosis 45-15 mg, realizándose escalada en todos ellos; 19 alcanzaron la dosis máxima 90-30 mg. Por problemas de tolerancia, el 34 % de los pacientes tuvieron que disminuir dosis en algún momento del tratamiento. En la actualidad, 12 pacientes continúan con dosis 90-30 mg, 10 con 60-30 mg y 1 con 45-15 mg, mientras que tres pacientes suspendieron el tratamiento a los 22, 15 y 12 meses respectivamente por deterioro de función renal alcanzando estadio 5 de ERC. En cuanto a los efectos adversos, todos los pacientes presentaron nicturia, polidipsia y poliuria (superior a 5L/día). Ningún paciente sufrió alteraciones electrolíticas ni de la función hepática clínicamente relevantes.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados, comparados con los del estudio TEMPO, muestran una mayor tasa de deterioro de la función renal al año de tratamiento (7,30ml/min/1.73m² vs 2,7 ml/min/1.73m²), probablemente en relación al peor estado basal de los pacientes incluidos en nuestro estudio.

En cuanto a los efectos adversos, fueron los esperados por el propio mecanismo de acción del fármaco (acuarexis), sin embargo, no hubo alteraciones hepáticas relevantes, a diferencia de lo observado en el estudio pivotal.

Por todo ello, resulta imprescindible la selección óptima de los pacientes candidatos a recibir el fármaco, priorizando aquellos con un FG > 45 ml/min/1.73m² y alto riesgo de progresión rápida de la enfermedad, así como estudios de una mayor duración que nos permitan evaluar la eficacia en la práctica real de tolvaptán en el retraso en la aparición de enfermedad renal terminal

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

2783. EXPERIENCIA CON TOLVAPTÁN PARA POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE EN PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

HERRERO MUÑOZ N, POU ALONSO A, GARCÍA GIL M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. C/ CAMINO DEL MOLINO, 2 CP 28942. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia, seguridad y tolerancia en práctica clínica real del tratamiento con tolvaptán para el enlentecimiento de la progresión de quistes y de la insuficiencia renal en pacientes con poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) como único medicamento autorizado específico para esta enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes que iniciaron tratamiento con tolvaptán para el tratamiento de la PQRAD en estadio 1-4 de la enfermedad renal crónica (ERC) al inicio del tratamiento y con evidencia de evolución rápida de la enfermedad (deterioro función renal $\geq 2,5$ ml/año durante 5 años o aumento volumen renal total $\geq 3\%$ durante 3 años) desde mayo de 2017 hasta mayo de 2020.

La eficacia se evaluó con la monitorización de la función renal y la seguridad con el registro de efectos adversos, con seguimiento mensual durante los primeros 18 meses y después trimestral. Se hizo seguimiento de la tolerancia del paciente a trastornos urinarios .

También se recogieron las variables edad, sexo, volumen renal al inicio de tratamiento, fecha inicio de tratamiento y de aumento/reajuste de dosis.

RESULTADOS

De los 12 pacientes que se incluyeron, el 75% eran varones. La mediana de edad al inicio de tratamiento fue 53,5 años (38-63). El 33,33% de los pacientes llevaba una duración de tratamiento ≥ 6 meses, el 33,33% ≥ 12 meses y el 33,3% ≥ 30 meses.

Los pacientes iniciaron con dosis de 45+15mg con una mediana de tiempo para el aumento de dosis a 60+30mg de 1,84 meses (0,82-5,72). Siete pacientes alcanzaron la dosis máxima 90+30mg con una mediana de tiempo desde el inicio de 5,95 meses (1,74-12,52) aunque cuatro de ellos tuvieron que disminuir a dosis 60+30mg por deterioro renal funcional y mala tolerancia a la dosis máxima.

El volumen renal medio al inicio de tratamiento fue de 1318cc (309-2190) y la mediana de filtrado glomerular estimado CDK-EPI al inicio de tratamiento fue 45,25ml/min (25,1-88,6) presentando un estadio 2 el 16,7% de los pacientes, estadio 3a el 33,3%, estadio 3b el 41,7% y estadio 4 el 8,3% según clasificación ERC de la clínica Mayo.

A los 6 meses la mediana de filtrado glomerular fue 40,90ml/min, a los 12 meses 38,80ml/min, a los 24 meses 38,25ml/min y a los 30 meses 38,90ml/min.

En cuanto a los efectos adversos, el 100% de pacientes presentó poliuria (4-6 litros), polidipsia (4-6 litros) y nicturia (2-4 veces) y ninguno presentó toxicidad hepática. Ningún paciente discontinuó tratamiento por deshidratación ni por ningún otro efecto adverso asociado al fármaco. La tolerancia a trastornos urinarios mejoró tras los 6 primeros meses de tratamiento y el reajuste de dosis.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, a pesar de que durante los primeros 6 meses desde el inicio del tratamiento con tolvaptán continúa el rápido deterioro de la función renal, se produce una estabilización a partir de ese momento mantenida en el tiempo. Los efectos adversos manifestados en todos los pacientes son los esperados para el fármaco, con una tolerancia progresiva del paciente a trastornos urinarios asociados sin poder alcanzar la dosis máxima en todos los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

2809. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS FÁRMACOS MODULADORES DE LA PROTEÍNA CFTR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

AUTORES

RANZ ORTEGA P, DEBEN TISCAR E, POZAS DEL RIO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO NIÑO JESUS. AVENIDA MENÉNDEZ PELAYO 65. MADRID

OBJETIVOS

La fibrosis quística es una enfermedad rara, causada por mutaciones en el gen que codifica para la proteína CFTR, alterando el transporte de cloro y sodio en distintos órganos. El abordaje terapéutico consiste en el control sintomático, fundamentalmente pulmonar y pancreático.

La reciente comercialización de ivacaftor, lumacaftor/ivacaftor, tezacaftor/ivacaftor ha supuesto un cambio en el abordaje terapéutico , modulando directamente la actividad de la proteína CFTR anómala.

El objetivo es evaluar la efectividad y seguridad en práctica clínica de los fármacos moduladores de la proteína CFTR.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo. Se incluyeron los pacientes en tratamiento con ivacaftor, tezacaftor/ivacaftor, lumacaftor/ivacaftor hasta mayo 2020.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, volumen espirado forzado en el primer segundo (FEV1) e índice de masa corporal (IMC) al inicio del tratamiento y en la semana 12, y tipo de acontecimiento adverso (AA). La información se obtuvo a través de la historia clínica electrónica HCIS®.

Se evaluó la diferencia observada de FEV1 e IMC al inicio del tratamiento y en la semana 12 y se comparó con la diferencia observada en los ensayos pivotales de fase 3 con una prueba no paramétrica T de Wilcoxon.

Para el tratamiento de los datos perdidos, se descartaron del análisis aquellos sujetos con un dato perdido en la variable relevante analizada. El análisis estadístico se realizó con Stata 16.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 16 pacientes cuya edad media fue de 13,9 años (SD=2,9), de los cuales 93.7% eran homocigotos para la mutación F508del y 6.3% eran heterocigotos. La distribución de los tratamientos fue: 75% lumacaftor/ivacaftor, 18,8% tezacaftor/ivacaftor y 6.25% ivacaftor.

Efectividad

Se observó un incremento en el valor de FEV1 desde el inicio del tratamiento a la semana 12 de +6,4 puntos (SD=7,4) para tezacaftor/ivacaftor (n=8), mientras que para lumacaftor/ivacaftor descendió -9 puntos (n=1). En el 62.5% pacientes con tezacaftor/ivacaftor se observó un cambio relativo en FEV1 > 5%.

El cambio medio en el IMC desde el inicio del tratamiento a la semana 12 fue +0.60 (SD=0.68) para tezacaftor/ivacaftor (n=8), +1.24 para lumacaftor/ivacaftor (n=1) y +0.58 para ivacaftor.

Las diferencias medias observadas para tezacaftor/ivacaftor son similares a las encontradas en el ensayo pivotal: FEV1 (p=0.0352) e IMC (p=0.0578). Mientras que para lumacaftor/ivacaftor e ivacaftor, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables.

Seguridad

El porcentaje de acontecimiento adversos (AA) fue de 54.5% para tezacaftor/ivacaftor (n=11); 33% para lumacaftor/ivacaftor (n=3) y no hubo AA para ivacaftor. Ningún paciente discontinuó el tratamiento por AA. Los AA reportados para lumacaftor/ivacaftor fueron de tipo gastrointestinal y neurológico. Para tezacaftor/ivacaftor, el empeoramiento de la función hepática fue el AA más frecuente (27%), todos ellos con alteración hepática previa. También se observaron AA de tipo gastrointestinal, neurológicos y respiratorio (18%).

CONCLUSIONES

Todos los fármacos moduladores de la proteína CFTR presentan un perfil de seguridad favorable y han demostrado un incremento en el IMC. Sin embargo, sólo tezacaftor/ivacaftor aumentó el FEV1 con resultados similares a los ensayos pivotales. La principal limitación fue el reducido número de pacientes, por lo que se requieren estudios adicionales a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

2917. ADECUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE USO DE PIRFENIDONA Y NINTEDANIB EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES

RODRÍGUEZ RINCÓN RM, VENTAYOL BOSCH P, GÓMEZ LOBÓN A, OLIVER NOGUERA A, MAESTRE FULLANA MA, ANOZ JIMÉNEZ L, MERCADAL ORFILA G, SERRANO LÓPEZ DE LAS HAZAS JI
HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES. CTRA. VALLDEMOSSA 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Evaluar el cumplimiento de las condiciones de uso de pirfenidona y nintedanib, aprobadas por la Comisión Farmacoterapéutica Autónoma (CFTA), en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI).

Los criterios de uso son: inicio en pacientes con FPI leve-moderada con capacidad vital forzada (CVF) > 50%, evaluación de la función respiratoria a los 6-12 meses y suspensión del tratamiento si intolerancia o disminución de la CVF > 10% respecto al valor previo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico, que incluyó a los pacientes con FPI, en tratamiento con pirfenidona o nintedanib entre enero 2017 y marzo 2019. Se excluyeron pacientes en tratamiento para indicaciones diferentes a FPI o usos compasivos.

Se recogieron variables demográficas y clínicas (diagnóstico, fármaco inicial y actual, dosis, fecha de inicio y fin de tratamiento, efectos adversos, interrupción o cambio de tratamiento o dosis, CVF basal y controles, éxito y fecha de éxito) a partir de la historia clínica electrónica y del sistema de receta electrónica.

Se realizó un análisis descriptivo, presentando las variables continuas como media y desviación estándar (DE) y las variables categóricas como número y frecuencia (N;%), mediante Microsoft Excel.

RESULTADOS

Se identificaron 81 pacientes en tratamiento antifibrótico en el periodo evaluado, de los que se excluyeron 11 (8 por indicación diferente a FPI y 3 por solicitud de uso compasivo). Se incluyeron 70 pacientes, edad media al inicio del tratamiento 69.3±6.0 años, 74.3% hombres. Iniciaron tratamiento con pirfenidona 39 pacientes (55.7%) y con nintedanib 31 pacientes (44.3%). La distribución actual de tratamientos es: pirfenidona, 22 pacientes (31.4%); nintedanib, 21

pacientes (30.0%); sin tratamiento, 8 pacientes (11.4%) y éxitos, 19 pacientes (27.1%). La duración media del tratamiento ha sido de 2.4±1.3 años.

Los parámetros al inicio del tratamiento fueron CVF > 50% 65 pacientes (92.9%); CVF=50%, 4 pacientes (5.7%) y CVF < 50%, 1 paciente (1.4%).

Cincuenta y siete pacientes (81.4%) presentaron controles periódicos de CVF durante el tratamiento, en 8 (14.0%) el tiempo entre controles excedía los 12 meses y 14 (24.5%) presentaron una caída de la CVF > 10% respecto al valor previo en algún momento de su tratamiento, en ninguno se suspendió el tratamiento por estos motivos.

Requirieron cambio de tratamiento y/o reducción de dosis 16 pacientes (22.9%) debido a efectos adversos o interacciones y en 6 pacientes (8.6%) se suspendió el tratamiento por intolerancia.

CONCLUSIONES

En la mayoría de pacientes se siguen las recomendaciones establecidas por la CFTA, sin embargo, la falta de cumplimiento estricto de algunas justifica la presencia del farmacéutico en el Comité multidisciplinar de patología intersticial pulmonar, tanto para evaluar los inicios de tratamiento como para asegurar el cumplimiento de las recomendaciones.

La suspensión del tratamiento en estos pacientes plantea cuestiones éticas que en la práctica clínica real hace que no se sigan siempre las recomendaciones establecidas.

No obstante, cuando se reduce o anula la efectividad, no deben obviarse los posibles efectos secundarios, en ocasiones severos, asociados a las terapias antifibróticas, así como las consideraciones asociadas a la sostenibilidad del sistema.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

1590. REETIQUETADO DE LA MEDICACIÓN DE ENSAYO CLÍNICO DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA: UNA ACCIÓN DE MEJORA

AUTORES

BADÀS MORENO M, FARRÉ CABRERIZO N, GARCIA DEU G, PRATS JIMENEZ J, BLEDA PEREZ C, LOZANO ANDREU T, MIQUEL ZURITA ME, PERAYRE BADIA M

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA - HOSPITAL DURAN I REYNALS. AV. GRANVIA DE L'HOSPITALET 199-203. BARCELONA

OBJETIVOS

El registro adecuado de las dispensaciones de medicación ambulatoria de ensayo clínico (MA de EC) es un punto esencial para garantizar la trazabilidad exigida en los EC. Cualquier proceso de registro manual se asocia aun mayor riesgo de errores de transcripción de datos, respecto a su versión automatizada.

Tras la evaluación de las incidencias de registro de la MA de EC realizada en 2017 en la Unidad de EC, como acción de mejora, se procedió a automatizar el proceso de dispensación mediante el reetiquetado de toda MA de EC, con un código QR con la siguiente información: presentación, lote, caducidad y número de EC.

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de la acción de mejora tomada, mediante la comparativa pre-intervención (2017) y post-intervención (2020).

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante un período de 36 días se evaluaron de manera prospectiva los registros de dispensación de la MA de EC, obtenidos diariamente del aplicativo integral de quimioterapia, donde se registran todas las dispensaciones. Se analizaron los errores detectados en los registros, en términos de: presentación, lote, caducidad, cantidad, números de kit. Para el posterior análisis, se diferenció entre entre medicación EC numerada/asignada (N/A) y medicación EC no N/A.

RESULTADOS

En el período evaluado se revisaron 442 actos de dispensación (AD, entendido como paciente atendido por día, independientemente del número de fármacos que lleve) respecto a los 351 evaluados en 2017 en un periodo de tiempo similar.

De los 442 AD, 165 (37.3%) correspondían a pacientes con medicación de EC no N/A, frente a los 145 (41,3%) de 2017; 277 (62.7%) eran pacientes con medicación EC N/A, 206 (58,7%) en 2017.

En 2020, se detectaron errores de registro en 33 de los 442 AD evaluados (7.5%): 3 de medicación de EC no N/A y 30 de medicación EC N/A (1.8% y 10.8% respectivamente). En 2017 se habían detectado errores de registro en 31 de los 351 AD revisados (8,8%): 8 de medicación EC no N/A y 23 de medicación EC N/A (5.5% y 11.2 respectivamente).

CONCLUSIONES

A pesar del aumento en el número de dispensaciones realizadas, el % de discrepancias detectadas en el registro de dispensación de la medicación de EC no N/A ha disminuido significativamente, quedando solamente aquellas que son de transcripción manual (cantidad de comprimidos). En el caso de la medicación N/A, no ha habido un cambio importante respecto a 2017, ya que son varios los datos del registro de dispensación que se mantienen de forma manual: cantidad comprimidos y número de kits.

Sin embargo, y a pesar de que el reetiquetaje de la MA de EC implica un aumento de actividad para el técnico de la Unidad de EC, la automatización del proceso de dispensación supone una mejora de calidad y de dinámica de trabajo para el técnico de Dispensación Ambulatoria.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

1591. IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE MONITORIZACIONES REMOTAS DE ENSAYO CLÍNICO EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS SANITARIA POR LA COVID-19

AUTORES

FARRÉ CABRERIZO N, BADÀS MORENO M, GARCIA DEU G, GOMEZ CARRASCO R, LOZANO ANDREU T, MIQUEL ZURITA ME, PERAYRE BADIA M

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA- HOSPITAL DURAN I REYNALS. AV. GRANVIA DE L'HOSPITALET 199-203. BARCELONA

OBJETIVOS

Ante la situación de excepcionalidad causada por la emergencia sanitaria por la COVID-19 y ante la imposibilidad de recibir personal externo al centro, la Unidad de Ensayos Clínicos (EC) del Servicio de Farmacia (SF) se planteó una reestructuración de las visitas de monitorización (VM), para adaptarse a la nueva situación.

El objetivo fue mantener las VM de EC en la medida de lo posible, de manera remota, en base a las citas agendadas previamente, para poder continuar con la actividad habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

De acuerdo a las recomendaciones del Gobierno y las directrices del centro, desde el 11/03/2020 se bloqueó el acceso de personal externo al hospital. En ese mismo momento se valoró, de manera multidisciplinar, la posibilidad de realizar un cambio inmediato de rutina en el proceso de monitorización de EC. Se decidió transformar las monitorizaciones presenciales previamente agendadas en monitorizaciones realizadas de manera remota, a partir del 13/03/2020, para ofrecer una atención virtual a los monitores y facilitar el buen funcionamiento de los EC durante la crisis.

RESULTADOS

Tras el análisis con todo el personal implicado, se activó el siguiente circuito de monitorizaciones remotas:

- La semana anterior a la cita: envío de correo electrónico como recordatorio de visita a cada monitor, informando del cambio a VM remota, facilitando un link para acceder al registro de temperaturas de las áreas donde se almacena la medicación de EC y un teléfono al cual llamar el día de la visita a la hora concertada.
- Dos días antes de cada VM, envío al monitor de los siguientes registros: dispensación por paciente, entradas de medicación, inventario disponible en el centro y registro de la medicación caducada o devuelta por los pacientes pendiente de destruir. Todos los registros enviados contienen la anotación de "provisional".
- En caso de observar cualquier discrepancia, el monitor la comunica al equipo de la Unidad de EC del SF para su análisis y solución, mediante correo electrónico, o telefónicamente el día y la hora acordados.

Este procedimiento se activó el 13/3/20 y se mantuvo durante todo el estado de alarma, en el que a pesar de no poder atender a los monitores de manera presencial, se pudo trabajar con ellos en remoto manteniendo esta actividad de la Unidad de EC del SF.

Desde el 16/3/20 al 26/4/20 se llevaron a cabo 98 VM remotas, cifra similar a las realizadas presencialmente en el mismo periodo del año anterior (100 VM presenciales en 2019). Así pues el número de VM no se vio afectado por la crisis por la COVID-19.

CONCLUSIONES

La restricción de movilidad debido a la situación causada por la pandemia requirió de una reestructuración urgente de la actividad de monitorización, pero la implementación de su realización remota permitió que no se viese afectado el volumen de VM realizadas. Los cambios introducidos en la gestión remota de las visitas recibieron una respuesta muy positiva por parte de los monitores de los EC, que pudieron mantener el contacto con el centro y su actividad.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

1628. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO INTERDISCIPLINAR DE GESTIÓN DE MUESTRAS DE ENSAYO CLINICO EN PACIENTES INGRESADOS CON COVID-19

AUTORES

NIEVES SEDANO M, FERNÁNDEZ AGUADO S, LOZANO CAMPOS E, FERNÁNDEZ VÁZQUEZ A, HERRAIZ ROBLES P, SÁNCHEZ SANZ B, GOYACHE GOÑI MP, FERRARI PIQUERO JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVDA. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Diseñar un procedimiento de rápida implantación en unidades de hospitalización e integrarlo a un proceso consolidado de gestión de muestras de ensayo clínico onco-hematológicos, para dar asistencia técnica y clínica a investigadores y pacientes de ensayos con COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

Favorecer la comunicación verbal entre el equipo del Área de ensayos clínicos onco-hematológicos (AECOH) e investigadores. Dar soporte al equipo asistencial y seguridad a los pacientes en contexto de sobrecarga asistencial. Adaptar el procedimiento elaborado a ensayos que cumplan criterios similares.

DISEÑO

En marzo de 2020 se encomendó al AECOH la gestión de un ensayo para el tratamiento de pacientes ingresados por SARS-COV-2. El equipo del Área, vio necesario instaurar un circuito que facilitara la prescripción y administración del fármaco, diferente a las establecidas en nuestro proceso, pero adaptable a nuestros procedimientos internos. Para ello se formó un grupo de trabajo interdisciplinar compuesto por médicos, farmacéuticos, enfermeras y coordinadores del ensayo.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Revisión en Farmacia del protocolo, identificando los puntos críticos (gestión técnica del fármaco, prescripción y administración) y posterior aclaración con el promotor.
2. Reunión con co-investigador principal y coordinadores, revisión de problemas previstos, acuerdo consensuado del circuito a implantar y visita de inicio conjunta con el promotor.
3. Diseño del circuito, estableciendo las actividades a realizar por el equipo de farmacia y el equipo investigador mediante una descripción gráfica del mismo (infografía), destacando: recepción, disponibilidad de medicación, selección de pacientes, firma del consentimiento informado, randomización, prescripción con protocolos de autoayuda, notas predefinidas informativas, transcripción, elaboración, dispensación y administración.
4. Aprobación del procedimiento acordado y difusión de la infografía.
5. Desarrollo de actividades en Farmacia diferentes a las habituales:
 - Protocolización en el programa de prescripción electrónica HCIS (herramienta no habitual), revisión y validación de la prescripción en este sistema y transcripción al programa habitual (FARMIS).
 - Separación de los viales por pacientes tras la randomización para cubrir todo el tratamiento.
 - Revisión de los cambios en la ubicación de los pacientes y aviso a los servicios para recogida del tratamiento.
 - Confirmación diaria en IWRS, doble sistema de contabilidad e información al monitor de la misma.

IMPLANTACIÓN

Abril 2020.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 33 pacientes. En el 18,18% (n=6) el médico requirió la ayuda de Farmacia para prescribir. Se detectaron errores en 3 prescripciones: en 2 de ellas el médico obvió el documento de autoayuda y en 1, el farmacéutico detectó problemas en el periodo de lavado.

Se elaboraron 237 preparaciones, de las cuales el 1,27% (n=3) se hicieron tras la suspensión del tratamiento. En el 100% de ellas se avisó a Farmacia más tarde de la hora preestablecida.

Con respecto a la contabilidad, se encontraron 3 tipos de discrepancias entre las bases de datos: el 46,15% (n=6) en el lote y caducidad registrada, el 38,46% (n=5) por dispensaciones no registradas y el 15,38% restante (n=2) en el número de viales empleados.

LIMITACIONES

Coexistencia de sistemas informáticos no integrados, teletrabajo y poca disponibilidad del fármaco.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Exportable a otras Farmacias.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

1754. OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE RECUENTO DE MEDICACIÓN ORAL DEVUELTA POR LOS PACIENTES EN EL CONTEXTO DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES

MULLERA MARTÍ M, SOLÉ FABRE N, LÓPEZ MARTÍNEZ R, MONCLÚS VILARROIG L
FUNDACIÓ PUIGVERT. CARRER CARTAGENA 340-350. BARCELONA

OBJETIVOS

La peligrosidad que supone la medicación en investigación para el personal que la manipula acostumbra a ser desconocida. Según la United States Pharmacopeia capítulo 800, la medicación en investigación debería considerarse como peligrosa si la información disponible es insuficiente para tomar una decisión al respecto. La mayoría de promotores de ensayos clínicos solicitan a los Servicios de Farmacia el recuento de la medicación oral devuelta por los pacientes. Durante las visitas de monitorización el monitor realiza un doble recuento de la medicación en un área no acondicionada para esta actividad. Ante este escenario se plantea evaluar la peligrosidad de la medicación oral en investigación (MOI) para posteriormente implementar un nuevo circuito para la gestión de la MOI devuelta por los pacientes en el Servicio de Farmacia.

MEJORAS ESPERADAS

Eliminación del proceso del recuento de MOI en áreas no destinadas a ello. Protección del personal frente a la exposición de medicación potencialmente peligrosa.

DISEÑO

Se identificó la MOI y se evaluó su peligrosidad. Posteriormente, se modificó el protocolo normalizado de trabajo (PNT) de recuento de la MOI devuelta por los pacientes, sustituyéndose el doble recuento realizado por el monitor por el de un farmacéutico y un técnico.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Identificación de la MOI.
2. Petición a los promotores o a sus representantes del documento Material Safety Data Sheet (MSDS) (incluye información sobre la seguridad y los potenciales peligros asociados a un producto) de cada medicamento en investigación.
3. Evaluación de la peligrosidad de los MOI según el método propuesto por McLeod et al. (AJHP, Volume 77, Issue 9, 1 May 2020) que considera peligrosos a los medicamentos que presentan estructura similar a fármacos de la lista NIOSH 1,2,3 o a las terapias génicas/biológicamente activas o investigacionales first- in class o que requieren manipulación

especial.

4. Realización de un PNT para el recuento de la MOI devuelta por los pacientes.

5. Formación del personal técnico.

IMPLANTACIÓN

El nuevo circuito se implantó en noviembre de 2019, tras notificar el cambio a los monitores de los ensayos clínicos afectados.

RESULTADOS

Se identificaron 8 MOI y se recibieron 5 MSDS. Seis de los MOI se consideraron peligrosos al tratarse de medicamentos en investigación first-in-class o requerir de manipulación especial. Dada la peligrosidad de la mayoría de MOI, se decidió eliminar el doble recuento realizado por los monitores. Se elaboró un PNT que incluyó el proceso basado en un primer recuento por parte del personal técnico y un segundo recuento por un farmacéutico, ambos en cabina de flujo laminar vertical.

LIMITACIONES

Es necesario solicitar el MSDS antes de cada visita de inicio porque habitualmente los promotores, por defecto, no lo aportan. La información que contiene no siempre es concluyente para determinar la peligrosidad del medicamento.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El recuento manual de la MOI resultaría poco factible en Servicios de Farmacia con elevada actividad en investigación.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

1891. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PROCESO MULTIDISCIPLINAR DE INCLUSIÓN DE PACIENTES EN ENSAYOS CLÍNICOS FASE I: REVISIÓN DE MEDICACIÓN CRÓNICA

AUTORES

LOZANO ANDREU T, SANTULARIO VERDÚ L, MIQUEL ZURITA ME, FIGUEROLA SANS M, CARBONELL MIRABENT L, HERNANDEZ VIDAL A, MUNIESA RUBIO J, PERAYRE BADIA M
INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA - HOSPITAL DURAN I REYNALS. AVINGUDA DE LA GRAN VIA DE L'HOSPITALET, 199-203. BARCELONA

OBJETIVOS

Participación del farmacéutico de ensayos clínicos (FEC) en la evaluación de la idoneidad de los pacientes previa a su inclusión en EC fase 1, mediante la revisión de medicación crónica (MC) para: 1) descartar criterios de exclusión (CDE) relativos a medicación concomitante, 2) identificar MC prohibida por protocolo, 3) detectar prospectivamente interacciones PK/PD con medicación de EC (MEC) que pudieran afectar la seguridad y/o eficacia de MEC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde abril 2019, el FEC revisa prospectivamente, 7-14 días antes del inicio de tratamiento, la MC recogida en historia clínica y plan de medicación de atención primaria de pacientes candidatos a iniciar tratamiento en EC fase I. Con MEC de dispensación ambulatoria, durante la visita de inicio en la consulta de atención farmacéutica (AF), FEC confirma la toma de la MC evaluada.

Se comprueba con protocolos específicos de EC, si se cumple algún CDE, si la medicación se considera prohibida o si existe interacción PK/PD con MEC. Esta revisión, previa inclusión, se comparte con el equipo y se registra en el programa de gestión de EC (GesFarmAC).

Análisis descriptivo de la actividad de AF 04/2019-04/2020, mediante evaluación de los siguientes datos: edad, sexo, patología, vía de administración de MEC, MC, cumplimiento de CDE, interacción detectada y tipo de intervención farmacéutica (IF) realizada.

RESULTADOS

Se incluyeron 131 paciente, de los cuales 58 (44,3%) mujeres, con una edad mediana de 64 años (rango intercuartílico (RI) 56-71). El número medio de fármacos de MC fue 5 (RI 3-7). La distribución por neoplasias fue: Cabeza y cuello (27; 20,6%), Mama (24; 18,3%), Vejiga (17; 13,0%), Linfoma no Hodgkin (17; 13,0%), Colorrectal (12; 9,2%), Pulmón (12; 9,2%), Glioblastoma (7; 5,3%), Linfoma Hodgkin (4; 3,1%) y Otros (11; 8,4%).

Del total de pacientes, 27 (20,6%) fueron fallo de screening, de los cuales 2 (7,4%) lo fueron por cumplir CDE relacionados con MC, sin margen para aplicar el tiempo de lavado necesario para empezar tratamiento.

En 30 (22,9%) pacientes se realizó una IF en la revisión de MC: 24 (80%) recibieron MEC vía oral, 6 (20%) recibieron MEC vía intravenosa. Tipos de IF realizada: 15 (50,0%) recomendación de monitorización, 12 (40,0%) cambio de fármaco, 2 (6,7%) suspensión, 1 (3,3%) disminución de dosis.

Principales motivos de IF: 19 (63,3%) interacción por alteración de CYP450, 10 (33,3%) riesgo de alargamiento de intervalo QT y 1 (3,3%) hepatotoxicidad acumulativa.

Tipo de fármacos implicados: 9 (30,0%) inhibidores de bomba de protones, 6 (20,0%) inhibidores de recaptación de serotonina, 4 (13,3%) opioides, 3 (10,0%) analgésicos/antiinflamatorios, 2 (6,7%) hipolipemiantes, 2 (6,7%) antieméticos, 2 (6,7%) antagonistas de receptores de angiotensina II y 2 (6,7%) otros.

CONCLUSIONES

La revisión de MC permite detectar posible cumplimiento de CDE, MC concomitante prohibida e interacción entre MC y MEC, con trascendencia para la seguridad y eficacia de tratamientos de EC. La actividad del FEC integrado en el equipo multidisciplinar de fase 1 puede evitar retrasos en el inicio de tratamientos, minimizar posibles toxicidades y contribuir al beneficio de los pacientes con su terapia, garantizando la calidad en los resultados obtenidos.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

1935. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS DEL PROCESO DE MIGRACIÓN A UN NUEVO SOFTWARE DE GESTIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES

GONZÁLEZ PÉREZ C, CIDONCHA MUÑOZ I, HERRANZ CUESTA I, PEÑA PEDROSA JA, GONZÁLEZ MARTÍN C, DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD MAQUEDA A, CLEMENTE CAMPO Ó, MARTÍNEZ SESMERO JM
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. C/ PROFESOR MARTÍN LAGOS S/N. MADRID

OBJETIVOS

Elaborar mapa de riesgos de la etapa de migración de datos dentro del proceso de implantación de nuevo software de gestión de Ensayos Clínicos (EECC) y desarrollar acciones preventivas para minimizar su impacto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por 4 farmacéuticos especialistas, 1 técnico de farmacia, 1 administrativa y 1 consultor informático. Comunicación vía telemática.

Se emplea la metodología de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) en la etapa de la migración de datos del proceso de cambio de software de gestión de EECC desde el anterior programa. Se valoran las dimensiones de gravedad, frecuencia y detectabilidad, siendo 1 el mínimo y 10 el máximo. Se calcula el Índice de Prioridad de Riesgo (IPR) multiplicando los valores. Se priorizan acciones de mejora a partir de un IPR=100.

RESULTADOS

Se elaboró el mapa de riesgos, a través del cual se identificaron 12 posibles modos de fallo en el proceso de migración, asociados a 20 causas y 18 efectos. El IPR medio fue de 82,8 (rango 210-4). La dimensión con mayor aporte al IPR es la frecuencia (8-2), seguida de la detectabilidad (6-2) y gravedad (7-1). Por orden de criticidad según el índice sintético:

- Mayor probabilidad de confusión por identificación de paciente mediante un único registro (IPR = 210)
- Incorrecta identificación de EECC que requieren reabastecimiento de MEI no automático. (IPR = 144)
- Migración incorrecta de las ubicaciones de la MEI (IPR = 120)
- Migración incorrecta del stock actual (IPR = 120)
- Correlación incorrecta de los EECC heredados del anterior software y los incluidos previamente en el nuevo software por la Fundación de Investigación y/o el Comité Ético de Investigación (IPR = 80)
- Migración incompleta o incorrecta de la información de MEI (IPR = 72)
- Incorrecta identificación del cegamiento de Farmacia en los EECC (IPR = 72)
- Posible confusión de ensayos por identificación de las ventanas del programa por título abreviado (IPR = 72)
- Migración incompleta de las características generales del ensayo (IPR = 60)
- Migración incompleta de las instrucciones de dispensación y preparación (IPR = 24)
- Migración incompleta de los EECC activos en el nuevo software (IPR = 16)
- Migración incompleta de datos de monitores de EECC (IPR = 4)

Se determinaron 4 modos de fallo con puntuación IPR superior a 100 (33,3%). Por consenso del grupo de trabajo, se propusieron medidas preventivas para la minimización del índice de riesgo: adición de identificadores adicionales, revisiones manuales e inventarios inmediatamente después de la migración, uso de la descarga más actualizada de base de datos y certificación del software.

CONCLUSIONES

La aplicación del AMFE permitió identificar los riesgos con mayor repercusión para el área, empleándose como hoja de ruta para establecer sobre ellos medidas preventivas. Los fallos potenciales son de naturaleza operativa y de identificación.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

2038. DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA PARA CALCULAR LOS COSTES EVITADOS EN MEDICAMENTOS CON LOS ENSAYOS CLÍNICOS ONCOLÓGICOS

AUTORES

GARCÍA SÁNCHEZ S, COLLADO BORRELL R, GONZÁLEZ-HABA PEÑA E, SÁNCHEZ FRESNEDA MN, REVUELTA HERRERO JL, ESCUDERO VILAPLANA V, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DEL DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Los ensayos clínicos (EECC) representan un porcentaje elevado de la actividad de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH). Estos EECC pueden suponer una oportunidad de evitar costes en medicamentos para los centros. Sin embargo, no existe una herramienta estandarizada para analizar el beneficio económico obtenido.

Nuestro objetivo fue diseñar una herramienta de fácil implantación para calcular los costes evitados en medicamentos (CEM) con los EECC oncológicos.

MEJORAS ESPERADAS

-Obtener información sobre el beneficio económico derivado del uso de medicamentos oncológicos en fase de investigación.

-Aportar una herramienta para calcular de una forma estructurada, reproducible y sencilla este beneficio.

DISEÑO

Se diseñó un algoritmo para determinar si un ensayo clínico permite evitar costes en medicación. El algoritmo se estructuró en función de la terapia estándar (TE), brazo experimental (BE), presencia de brazo control (BC) (placebo Sí/ No) y de la medicación aportada por el promotor.

Una vez diseñado, se desarrolló una aplicación en Excel para analizar los costes evitados y una interfaz con los principales resultados. El cálculo se realiza a partir del coste de la medicación aportada por el promotor y de la TE.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Creación de un grupo de trabajo (farmacéuticos, oncólogos y personal de investigación).

2. Diseño del algoritmo.

3. Selección de las variables a registrar:

-Características del ensayo: nombre, BE, BC.

-Características de la TE y de la medicación aportada por el promotor: pauta posológica, número de ciclos, coste.

4. Estandarización de los datos a analizar:

-Se considera una única TE por ensayo.

-Duración: se considera el número de ciclos recibidos o la mediana de la supervivencia libre de progresión de la TE definida en las guías NCCN.

-Cálculo de dosis: se utilizan datos estándar de superficie corporal (1,70 m²) y peso (70 kg). No se consideran reducciones ni interrupciones de tratamiento.

-Medicación aportada por el promotor: se puede realizar en producto o reembolsando el precio.

-Se consideran los costes/mg a PVL - descuento Real Decreto-ley 8/2010 + IVA.

IMPLANTACIÓN

Desde enero de 2019 se ha implantado en la práctica habitual de nuestro SFH para la toma de decisiones y la evaluación de los EECC.

RESULTADOS

Se analizaron los 140 EECC oncológicos activos en nuestro centro durante 2019. El 80,7% permite evitar costes en medicación.

Los CEM ascienden a 3.216.455€ (media por paciente: 16.245€). Las áreas con mayor CEM/paciente son: melanoma (40.901€/paciente), genitourinario (18.073€/paciente) y mama (17.868€/paciente).

LIMITACIONES

El diseño podría ser una limitación al estar influenciado por el criterio de los autores. Para evitar el sesgo de elección al considerar la TE, el grupo se basó en la bibliografía existente. Por otro lado, solo se incluyeron los costes en medicación, sin considerar otros tipos (pruebas diagnósticas, consultas médicas, etc.).

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La herramienta está diseñada para ser aplicable a otros SFH, aportando información sobre cómo emplearla de una forma estructurada, reproducible y sencilla. Asimismo, aunque esta metodología se aplica a los EECC oncológicos, está diseñada para ser aplicada al resto de patologías. El enfoque multidisciplinar utilizado ha sido un factor decisivo para la elaboración de esta herramienta.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

2567. IMPLEMENTACIÓN DE RECETA EN FORMATO ELECTRÓNICO PARA PACIENTES DE ENSAYOS CLÍNICOS DURANTE LA CRISIS COVID-19

AUTORES

PERALTA ÁLVAREZ J, SOCORÓ YUSTE N, TENA MESTRE S, BOILLOS FERNÁNDEZ M, GÓMEZ PÉREZ B, SOY MUNER D HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA. CALLE VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Debido a la situación de emergencia vivida en estos últimos meses se tuvieron que tomar medidas para aquellos pacientes que tras la visita con el especialista acudían al Servicio de Farmacia (SF) para la dispensación de medicamentos en Ensayos Clínicos (EECC). En este estado excepcional, se implementó un circuito en el que el SF tenía acceso a la receta de EECC en formato electrónico después de la visita remota médico-paciente, y antes de que éste viniera a buscar la medicación. El objetivo fue disminuir el tiempo de espera del paciente en la dispensación de fármacos de EECC de manera ambulatoria tras revisión de las prescripciones con antelación.

MEJORAS ESPERADAS

Disminuir el tiempo de espera de los pacientes mediante la preparación anticipada de la medicación y con el fin de evitar al máximo los riesgos potenciales de contagio. También se esperaba disminuir los errores derivados de las prescripciones.

DISEÑO

Se diseña una receta electrónica específica para EECC con los siguientes campos: código del protocolo, investigador principal, identificación del paciente, medicación prescrita, número de kits asignados, firma electrónica del prescriptor y registro de dispensación por Farmacia.

CIRCUITO Y ETAPAS

Tras la visita remota, el médico prescriptor completa la receta y la envía al farmacéutico. Éste la valida y el equipo de técnicos prepara la dispensación indicando: nombre del paciente, medicación (lote, caducidad y número de envases), y una copia de la receta. El farmacéutico revisa la medicación y la deja lista para la dispensación al paciente.

IMPLANTACIÓN

El Servicio de Farmacia hizo difusión de este nuevo circuito y se implementó en los servicios con ensayos clínicos activos durante la pandemia.

RESULTADOS

La implementación del circuito electrónico consiguió reducir el tiempo de espera de los pacientes en la Farmacia Ambulatoria, hasta valores medios de reducción del 50%. Además, mejoró la comunicación entre farmacéutico y equipo investigador: las prescripciones se revisaron con antelación, disponiendo de más tiempo y pudiendo revisar procedimientos de Farmacia ajustados a cada protocolo. Este tiempo podía variar según las características del protocolo, desde el día anterior, hasta minutos antes de acudir el paciente. En este periodo se atendieron alrededor de 200 pacientes con receta electrónica, siendo el número de dispensaciones totales de 392. También facilitaba las consultas en caso de duda o error con el equipo pudiéndose corregir la receta por parte del médico prescriptor de forma previa a la llegada del paciente a la Farmacia.

LIMITACIONES

Debido a que la medicación se prepara de manera anticipada necesita una nueva ubicación bien señalizada. Se habilitó una zona para la medicación preparada.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Dado el alto grado de informatización de los Servicios de Farmacia, implementar un circuito de este tipo sería factible en muchas Áreas de Ensayos Clínicos.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

2700. EXCLUSIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS ¿SOLO INFLUYE LA EDAD?

AUTORES

ORTONOBES ROIG S, SOLER BLANCO N, LÓPEZ-RICO I, MORENO ITURRIAGA M, FERNÁNDEZ MOLINA S, GÓMEZ-VALENT M

CONSORCI CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. PARC TAULÍ, Nº1. BARCELONA

OBJETIVOS

- Describir los motivos de exclusión de los pacientes geriátricos candidatos a participar en un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA).
- Analizar si el alto grado de exclusión está relacionado con características socio-demográficas, fragilidad y mortalidad de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se planteó un ECA para comparar la seguridad y efectividad de metamizol, ibuprofeno y tramadol añadidos a una pauta fija de paracetamol, en el tratamiento de dolor post-quirúrgico después de una intervención por fractura del tercio proximal de fémur en pacientes de > 70 años ingresados en la Unidad de Convalecencia. Código EudraCT: 2015-004482-88. Después de 18 meses, no se alcanzó el reclutamiento esperado y se finalizó el ECA. Se decidió estimar la prevalencia de todos los motivos de exclusión de cada uno de los pacientes potencialmente elegibles, clasificar los pacientes en función el número de criterios que cumplieran y analizar su relación con variables socio-demográficas, comorbilidad, funcionalidad y mortalidad.

Datos registrados: edad, sexo, índice de Charlson (IC), índice de Barthel pre-cirugía (IBpre), criterios de exclusión del ECA y mortalidad al alta.

VARIABLES CUANTITATIVAS REPRESENTADAS CON MEDIANA (RANGO INTERCUARTIL) Y LAS CUALITATIVAS CON VALOR ABSOLUTO (RELATIVO). LA COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES CUALITATIVAS SE REALIZÓ MEDIANTE LA PRUEBA DE CHI-CUADRADO Y LAS CUANTITATIVAS MEDIANTE EL TEST DE KURSKAL-WALLIS.

RESULTADOS

Durante los 18 meses del estudio hubo 329 pacientes potencialmente elegibles. Edad de 88 (84-92) años y 236 (71,7%) fueron mujeres. El IC era de 2 (1-3) y el IBpre de 80 (65-95) puntos. Distribución de los criterios de exclusión: 131 (39,8%) pacientes con aclaramiento de creatinina < 50 ml/min; 102 (31,0%) no capaces de otorgar su consentimiento por alteraciones neurológicas o dificultad para valorar el dolor; 68 (20,7%) en tratamiento crónico con correcta adherencia a AINEs, metamizol u opioides; 41 (12,5%) con hipotensión severa; 41 (12,5%) en los que su participación en el ECA suponía un perjuicio clínico; 32 (6,7%) con contraindicaciones a los fármacos del estudio según ficha técnica; 22 (6,4%) con discrasias hematológicas; 16 (4,9%) con dolor crónico y 15 (4,6%) con cirrosis hepática o antecedentes de hemorragia digestiva alta. La mortalidad al alta fue de 30 (9,1%) pacientes.

Clasificación en función el número de criterios de exclusión: 68 (20,7%) no tenían ninguno; 126 (38,3%) tenían 1 y 114 (41,0%) tenían ≥2. Hubo diferencias estadísticamente significativas con la edad: 86,5 (81,5-88,5) años vs 87,5 (84-92) vs 89 (85-92), p=0,004; el IC: 1 (0-3) puntos vs 1,5 (1-3) vs 2 (1-3), p≤0,001 y el IBpre: 90 (75-100) puntos vs 80 (65-100) vs 75 (65-90), p=0,001. No hubo diferencias estadísticamente significativas con el sexo: 50 (73,5%) mujeres vs 91 (72,2%) vs 95 (70,4%), p=0,884; ni con la mortalidad 3 (4,4%) exitus vs 11 (8,7%) vs 16 (11,9%), p=0,217.

CONCLUSIONES

- La elevada prevalencia de los criterios de exclusión refleja la baja inclusión de los pacientes geriátricos. En nuestro ECA los pacientes fueron excluidos mayoritariamente por deterioro cognitivo e insuficiencia renal.
- La edad avanzada y la fragilidad, medida por una mayor comorbilidad y una menor funcionalidad, dificultan la inclusión de los pacientes geriátricos en ECA.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

2727. ADAPTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE FARMACIA A LAS MEDIDAS EXCEPCIONALES APLICABLES A ENSAYOS CLÍNICOS DURANTE LA EMERGENCIA POR COVID-19

AUTORES

RODRÍGUEZ PEREZ A, MONTECATINE ALONSO E, BLANCO RIVAS ME, ACOSTA GARCÍA H, DESONGLES CORRALES T
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Asegurar el acceso al tratamiento de los pacientes incluidos en ensayos clínicos (EC), minimizando trayectos intrahospitalarios o evitando visitas al hospital durante la situación de emergencia provocada por la COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

Dispensar medicación a pacientes de EC con mayor seguridad y sin generación de desvíos en el protocolo del estudio. Minimizar tiempos de espera en la dispensación de medicación oral a pacientes. Evitar la aglomeración de pacientes en la sala de espera de consultas de pacientes externos de farmacia. Favorecer la seguridad de los farmacéuticos de ensayos evitando su exposición.

DISEÑO

En respuesta a las medidas excepcionales aplicables para los EC en la emergencia por COVID-19 publicadas por la AEMPS, se diseñó un plan de contingencia. Éste, además de otros aspectos orientados a favorecer las monitorizaciones remotas de los estudios, concretaba las siguientes medidas: envío de medicación a domicilio, integración de la dispensación de fármacos orales en el circuito de dispensación de tratamientos intravenosos, adaptación de protocolos oncológicos para espaciar ciclos de tratamiento e implantación de prescripción telemática de medicación oral.

CIRCUITO Y ETAPAS

1) Difusión: Envío del plan a los study coordinator (SC) de los distintos servicios del hospital, y a los monitores de I. 2) Creación de procedimiento normalizado de trabajo de envíos a domicilio de medicación de EC. 3) Gestión de traslado de pacientes a otros centros durante el confinamiento. 4) Implantación de procesos de prescripción telemática: eliminación de las recetas en papel y establecimiento de un circuito de información diaria con los SC con la planificación de visitas de pacientes que requerían dispensación de medicación. 5) Elaboración de una hoja de información a pacientes de los fármacos a dispensar para su entrega los inicios de tratamiento. 6) Búsqueda de protocolos de terapia intravenosa en los que fuese posible espaciar los ciclos y/o simultanear la dispensación de medicación oral e intravenosa. 7) Registro de control de las dispensaciones realizadas siguiendo las nuevas medidas implantadas.

IMPLANTACIÓN

Se implantó en la unidad de EC de farmacia a partir de Marzo 2020, al inicio del estado de alarma.

RESULTADOS

Se facilitó el cumplimiento de las visitas programadas, evitando desviaciones de protocolo. Se realizaron 52 envíos a domicilio, 4 a través del circuito interno del hospital y 48 a expensas del promotor. Fueron identificados 14 ensayos con dispensación concomitante de medicación oral e intravenosa, en las que se procedió con dispensación coordinada. Se adaptó la dosis y periodicidad de dos protocolos de inmunoterapia para espaciar las visitas al centro y se gestionó el traslado de dos pacientes a otros centros. El tiempo de espera de los pacientes en consulta se redujo en un 90%

LIMITACIONES

Debido al elevado número de EC activos en el centro, de distintas unidades de investigación, el desarrollo del plan ha implicado un alto grado de coordinación que ha exigido una inversión de tiempo considerable, no siempre posible cuando todas las tareas habituales estén reanudadas. También, las limitaciones propias de la atención farmacéutica sin entrevista con el paciente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El plan es aplicable en cualquier servicio de farmacia que cuente con una unidad propia de EC.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1376. EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

AUTORES

URRUTIA LOSADA A, DOMINGO ECHABURU S, ARTECHE EGUIZABAL L, MAR MEDINA J, IBARRONDO OLAGUENAGA O
HOSPITAL ALTO DEBA. AVENIDA NAFARROA, 16. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

El elevado coste de los antivirales de acción directa (AAD) impulsó en 2015 el Plan para el abordaje de la hepatitis C que se ha desarrollado en todas las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) de Osakidetza. El objetivo de este estudio es la evaluación económica de la aplicación del plan en la OSI Alto Deba en sus cuatro primeros años de funcionamiento, mediante la estimación de la razón coste-efectividad y el análisis de impacto presupuestario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyó al conjunto de pacientes con infección crónica por el virus de hepatitis C (VHC) tratados en la OSI Alto Deba AAD entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2018 y se recogió la edad, sexo, genotipo, grado de fibrosis, tratamiento farmacológico y carga viral (CV) al inicio, a las 12 semanas y al final del tratamiento. Mediante simulación de eventos discretos se midió desde la perspectiva del sistema sanitario el coste-efectividad de los pacientes tratados. Se recogió para cada paciente el coste real del esquema terapéutico.

RESULTADOS

Se incluyó a 159 pacientes tratados con AAD entre el 1 de abril de 2015 y el 31 de marzo de 2019. Un 52% tenía entre 50 y 59 años y el 63% eran mujeres. El 66% presentaba infección por genotipo 1 y ningún paciente presentaba coinfección con el VIH. El 22% de los pacientes tenían fibrosis grado F0-F1, el 40% F2-F3, y el 37% tenían diagnóstico de cirrosis sin antecedente de descompensación. La tasa respuesta viral sostenida fue del 100%.

La razón coste-efectividad incremental (RCEI) media con descuento del conjunto de la cohorte fue coste-efectiva en los grados de fibrosis F0-F3, y dominante en la fibrosis grado F4. Las estimaciones de la RCEI en el modelo probabilístico se situaron en el cuadrante con costes y efectividades incrementales positivas del plano coste-efectividad y todas las RCEI-s se encontraron lejos del umbral de eficiencia de 20.000 euros/AVAC. El resultado sin descuento fue en la misma línea, aunque los menores costes incrementales indican que es a largo plazo donde se esperan los ahorros en los costes de la enfermedad hepática avanzada.

El coste total de los tratamientos en el período de estudio fue 1.901.322€.

CONCLUSIONES

La aplicación del Plan para el abordaje de la hepatitis C en sus cuatro primeros años ha sido una intervención coste-efectiva con una RCEI muy por debajo del umbral de aceptabilidad para nuestro entorno sanitario. Los costes asociados a la enfermedad van disminuyendo a medida que se va expresando el beneficio del tratamiento y, en consecuencia, aumenta el ahorro debido a los casos evitados de cirrosis descompensada, hepatocarcinoma y trasplante hepático. Este resultado se debe a la compensación del coste del tratamiento por el consumo de recursos sanitarios evitados a medio y largo plazo, debido a la reducción de eventos relacionados con las complicaciones de la enfermedad hepática avanzada.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1388. EVALUACIÓN DEL USO DE DURVALUMAB TRAS QUIMIORRADIOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

GIL SIERRA MD, BRICEÑO CASADO MDP, SANCHEZ HIDALGO M, ALARCON DE LA LASTRA ROMERO C, PADRÓN GARCÍA MDLÁ

HOSPITAL DOCTOR JOSE MOLINA OROSA. CRTA. ARRECIFE-SAN BARTOLOMÉ, KM 1, 3, 35500 ARRECIFE, LAS PALMAS. LAS PALMAS

OBJETIVOS

Existe bibliografía que concluye que durvalumab prolonga 11 meses la supervivencia global (SG) en todos los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico irreseccable (CPNM) estadio III sin progresión de enfermedad tras recibir quimiorradioterapia, independientemente de la expresión del ligando 1 de muerte programada (en inglés, programmed death ligand 1: PD-L1). La pre-especificación de los subgrupos, test de interacción, plausibilidad biológica del efecto observado y consistencia entre los resultados de los estudios deben evaluarse para valorar la validez del análisis de subgrupos. El objetivo de este estudio es evaluar el uso de durvalumab en CPNM estadio III mediante el análisis por subgrupos según expresión de PD-L1.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se valoró la eficacia descrita en la bibliografía del uso de durvalumab en pacientes con CPNM estadio III sin progresión de enfermedad tras recibir quimiorradioterapia, en función de la expresión de PD-L1. La variable evaluada fue SG. El análisis de subgrupos se interpretó usando los criterios de pre-especificación de los subgrupos, test de interacción, plausibilidad que justifique el efecto y consistencia entre los análisis de subgrupos según PD-L1 de los estudios disponibles en el contexto clínico abordado (o similar). Se analizaron las limitaciones del análisis por subgrupos. Se evaluó la seguridad de las alternativas terapéuticas en el escenario clínico.

RESULTADOS

Se usaron los datos de un ensayo clínico aleatorizado doble ciego. El análisis por subgrupos según el estado de expresión de PD-L1 fue pre-especificado para niveles de expresión de $\geq 25\%$ y $< 25\%$, pero no para $\geq 1\%$ y $< 1\%$. El forest plot según la expresión de PD-L1 para SG muestra escasa superposición de los intervalos de confianza al 95% (IC 95%) entre los subgrupos con expresión de PD-L1 $\geq 25\%$ y $< 25\%$. Se calculó la heterogeneidad entre el subgrupo con expresión de PD-L1 $\geq 25\%$ y el subgrupo con PD-L1 $< 25\%$ ($P=0.037$, IC 95% subgrupo PD-L1 $< 25\%$ incluyendo el valor neutro). Asimismo, el test de interacción entre los subgrupos de PD-L1 $\geq 1\%$ y $< 1\%$ demostró diferencia estadísticamente significativa ($P=0,005$).

Se observó mayor eficacia en aquellos subgrupos con mayor expresión de PD-L1 (gradación de efecto, IC 95% PD-L1 < 1% incluyendo valor neutral). Existe plausibilidad biológica, ya que el mecanismo de acción de durvalumab (unión a PD-L1) justifica una peor eficacia en pacientes con pobre expresión de PD-L1. Se cumple el criterio de consistencia al observarse comportamientos similares de los subgrupos en otras inmunoterapias (nivolumab y pembrolizumab) para CPNM. Teniendo en cuenta la naturaleza irreversible de SG, se consideró razonable administrar durvalumab a pacientes con PD-L1 entre 1-24%. La principal limitación del análisis por subgrupos fue el carácter post-hoc de los dinteles PD-L1 $\geq 1\%$ y < 1% (sin ajuste estadístico pre-especificado). La inmunoterapia presentó peor perfil de seguridad que el estándar de tratamiento (placebo/observación hasta progresión).

CONCLUSIONES

1. A tenor del análisis por subgrupos, se recomienda el uso de durvalumab después de quimiorradioterapia en pacientes con CPNM estadio III, irresecable y expresión de PD-L1 $\geq 1\%$. 2. Las desventajas de seguridad y la ausencia de beneficio de SG indican que no se debería usar durvalumab en pacientes con expresión de PD-L1 < 1%.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1406. COSTE ANUAL DEL TRATAMIENTO PROLONGADO CON ALBÚMINA HUMANA EN PACIENTES CON CIRROSIS Y ASCITIS NO COMPLICADA

AUTORES

ACEITUNO MATA S, FERNÁNDEZ GÓMEZ J, DAVIS A, SIMÓ BAS P, SOLER MARTÍNEZ M
OUTCOMES'10. UNIVERSITAT JAUME I PARC CIENTIFIC TECNOLÒGIC I EMPRESARIAL EDIFICIO ESPAITEC 2, AVDA. SOS BAYNAT S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

El estudio ANSWER mostró que la administración prolongada de albúmina humana (AH), junto al tratamiento médico estándar (TME), mejora la supervivencia y reduce las complicaciones en pacientes con cirrosis y ascitis no complicada. El presente análisis comparó el coste potencial anual del tratamiento con AH + TME, respecto al TME solamente, en pacientes con cirrosis descompensada, desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud Español.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis basado en los datos del estudio ANSWER para determinar la incidencia de eventos a los 12 meses. Posteriormente, se desarrolló una herramienta de Excel para estimar el coste anual del tratamiento farmacológico (y su administración) y el coste del manejo de las complicaciones. El primero se calculó considerando la pauta del protocolo del estudio. Para el coste del manejo de las complicaciones se tuvieron en cuenta las incidencias anteriormente mencionadas. Los costes unitarios se obtuvieron de bases de datos oficiales (€, 2019). Se realizó un análisis de sensibilidad (AS) univariante.

RESULTADOS

El coste anual del tratamiento y del manejo de las complicaciones se estimó en 26.160,44 €/paciente en el brazo con AH+ TME, frente a 27.537,21 €/paciente, en el tratado solamente con TME, suponiendo unos costes evitados de 1.376,77 €/paciente. El AS demostró la robustez de los resultados.

CONCLUSIONES

La albúmina humana + TME resultó menos costoso por paciente y año respecto al TME solamente, en pacientes cirróticos con ascitis no complicada. La administración prolongada de AH podría reducir el coste sanitario asociado al manejo de esta población.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1417. IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL RÉGIMEN POSOLÓGICO DE PEMBROLIZUMAB A DOSIS FIJAS VERSUS DOSIS EN FUNCIÓN DEL PESO CORPORAL

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, MORALES BARRIOS JA, VIÑA ROMERO MM, RAMOS SANTANA E, CANTARELLI L, ORAMAS RODRÍGUEZ J, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Freshwater T et al.(1) mostraron la equivalencia entre el régimen de dosificación para el pembrolizumab ajustado a peso corporal del paciente (DPC: 2 mg/kg/3 semana) y la dosis fija (DF) de 200 mg/3 semanas. El objetivo del presente trabajo ha consistido en estimar el ahorro que se lograría al emplear la DPC en lugar de la DF en el tratamiento con pembrolizumab en un servicio de oncología médica de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha desarrollado un modelo matemático que incluye el coste del pembrolizumab, así como las características antropométricas de los pacientes, para estimar el impacto económico mediante un análisis de minimización de costes, que tendría la administración de este fármaco a DF (escenario actual) frente al que tendría el uso de una pauta de DCP (escenario hipotético) para los pacientes oncológicos.

Se incluyeron en el estudio todos aquellos pacientes con neoplasias oncológicas que han recibido pembrolizumab durante dos años (abril 2018-abril 2020).

El coste farmacológico se calculó en función del PVL (precio venta laboratorio) notificado de los medicamentos considerados.

Se obtuvieron los datos de peso corporal de los individuos, así como las dosis recibidas, a partir de sus historias clínicas y se asumió un aprovechamiento máximo de los viales.

RESULTADOS

En el estudio fueron incluidos 29 (peso medio: 69,6 kg [40-94]). El 89,6% (n=26) de ellos recibieron pembrolizumab para el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico y el 10,3% (n=3) para el cáncer de tipo urotelial. El número medio de ciclos recibidos durante el tiempo de estudio fue de 11,5 [2-32].

El coste total del tratamiento con pembrolizumab a DF para este periodo de estudio fue de 2.374.956 € (1.187.478 €/anuales) mientras que la pauta de DCP hubiera supuesto un gasto total de 1.625.739 € (812.869 €/anuales), lo que se traduce en un ahorro anual de 374.608 €.

El coste promedio por paciente fue de 81.895 € para el uso de DF y 56.060 € para DPC.

CONCLUSIONES

La incorporación de los inmune checkpoints al arsenal terapéutico antineoplásico ha supuesto una mejora sustancial en la supervivencia de los pacientes, pero también ha tenido un impacto presupuestario de relevancia. La búsqueda de estrategias que ayuden a amortiguar este impacto, podrían ayudar a optimizar los recursos sanitarios sin perjuicios en la efectividad de los tratamientos. Con el presente trabajo hemos querido mostrar una de estas estrategias que permitirían un ahorro superior al 30% en el gasto asociado al pembrolizumab.

Bibliografía:

1. Journal for ImmunoTherapy of Cancer (2017) 5:43

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1418. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE RITUXIMAB BIOSIMILAR INTRAVENOSO VERSUS RITUXIMAB DE REFERENCIA SUBCUTÁNEO EN EL ÁMBITO ONCOHEMATOLÓGICO

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, GONZÁLEZ DE LA FUENTE GA, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, VIÑA ROMERO MM, GONZÁLEZ GARCÍA J, CANTARELLI L, GARCÍA CAIRÓS J, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

La aparición de los biosimilares en el área de la oncohematología se ha mostrado como una oportunidad para mejorar la eficiencia de nuestro sistema sanitario.

El objetivo del presente trabajo ha consistido en analizar el impacto presupuestario del cambio de rituximab de referencia subcutáneo (RTX-sc) por el rituximab intravenoso biosimilar (RTX-biosimilar) en aquellos pacientes con neoplasias hematológicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha desarrollado un modelo matemático que incorpora el coste de los fármacos, así como las características antropométricas de los pacientes, para estimar el impacto económico mediante una minimización de costes, que tiene la utilización de RTX-sc (escenario actual) frente al que tendría el uso de RTX-biosimilar en las diferentes neoplasias hematológicas (escenario hipotético).

Se incluyeron en el estudio todos aquellos pacientes con neoplasias hematológicas que se encontraban en tratamiento activo con RTX-sc desde la introducción de RTX-biosimilar en la guía farmacoterapéutica del hospital (octubre 2019) hasta abril 2020.

El coste farmacológico se calculó en función del PVL (precio venta laboratorio) notificado de los medicamentos considerados. Para calcular el coste derivado del uso de RTX-sc, se tuvo en cuenta el número de ciclos recibidos durante el tiempo de estudio (6 meses).

Para todas las neoplasias observadas, RTX-sc se administra a dosis fijas (1.400 mg/ciclo) y RTX-biosimilar a una dosis de 375 mg/m²/ciclo. Para este cálculo, se obtuvieron los datos de superficie corporal de los individuos a partir de sus historias clínicas y se asumió un aprovechamiento máximo de los viales.

RESULTADOS

El número total de pacientes incorporados en el estudio ha sido de 50. El 58% (n=29) presentaba linfoma folicular, el 18% (n=9) linfoma del manto, el 16% (n=8) linfoma difuso de células B grandes y el 8% (n=4) otro tipo de linfoma. El número medio de ciclos recibidos de RTX-sc durante el tiempo de estudio fue de 2,2 [1-4].

El coste total del tratamiento con RTX-sc para este periodo de estudio ha sido de 196.137 €, mientras que el uso de RTX-biosimilar hubiera supuesto un gasto de 71.311 €.

El coste promedio por paciente fue de 3.922,74 € para RTX-sc y 1.426,22 € para RTX-biosimilar.

CONCLUSIONES

Según el modelo de minimización de costes, la incorporación del RTX-biosimilar en todos nuestros pacientes hubiese supuesto un ahorro de 124.825,98 € (2.496,52 €/paciente) en 6 meses, unos 250.000 €/año.

No se ha incluido el gasto económico relacionado con su administración en el hospital de día en el presente estudio, puesto que en nuestra comunidad el coste del mismo no está estratificado por tiempo de uso, por lo que se imputaría el mismo coste a ambos tratamientos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1448. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA ALÉRGICO GRAVE PERSISTENTE

AUTORES

SERRANO GIMÉNEZ R, GALVÁN BANQUERI M, GUTIÉRREZ PIZARRAYA A, GARCIA LLORET P, LAO DOMÍNGUEZ FÁ
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. AVDA. BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Describir y analizar la optimización del tratamiento con omalizumab en pacientes con asma alérgico grave persistente realizada por el Servicio de Alergología en un Área de Gestión Sanitaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes (adultos y pediátricos) de un Área de Gestión Sanitaria, diagnosticados de asma alérgico grave persistente en tratamiento con omalizumab, desde inclusión del medicamento en Guía Farmacoterapéutica del hospital hasta fecha 28 de febrero 2020 y en los que se hubiera seguido una estrategia de optimización de dicho tratamiento. La optimización del tratamiento se consideró como: reducción de dosis o aumento del intervalo de administración y/o suspensión del tratamiento por buen control de la enfermedad. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), farmacoterapéuticas (posología de inicio/optimizada y tipo de optimización) y clínicas post-optimización (frecuencia de exacerbaciones, control del asma, dosis de glucocorticoide). También, tiempo hasta optimización, intolerancia a la optimización, tiempo total de tratamiento y acontecimientos adversos. Datos obtenidos a partir de historia clínica del paciente y programa de prescripción de pacientes externos, procesados mediante estadística descriptiva en Microsoft Excel® 2019.

RESULTADOS

Se incluyeron 17 pacientes, con una mediana de edad de 53 años (RIQ=34-64). Nueve pacientes (52,9%) eran hombres. La posología de inicio fue 300 mg/4 semanas en 12 pacientes (70,6%), 300 mg/2 semanas en cuatro (23,5%) y 150 mg/4 semanas en uno (5,9%). La posología optimizada fue 300 mg/8 semanas en ocho pacientes (47,1%), 300 mg/4 semanas en tres (17,6%), 150 mg/4 semanas en dos (11,8%) y 300 mg/6 semanas en uno (5,9%). En los tres pacientes restantes (17,6%) la optimización consistió en la suspensión del tratamiento por buen control de la enfermedad. En 12 pacientes (70,6%) se aumentó el intervalo de administración y en dos (11,8%) se disminuyó la dosis. En un total de 14 (82,3%) se suspendió el tratamiento por buen control (en 11 de estos pacientes se había optimizado previamente la dosis/intervalo posológico). Quince pacientes (88,2%) presentaron estabilidad de exacerbaciones y buen control del asma post-optimización. Catorce pacientes (82,3%) mantuvieron estable la dosis de corticoide y tres (17,7%) redujeron la dosis, tras optimización. La mediana de tiempo hasta optimización fue de 28 meses (RIQ=12-46). De 14 pacientes con optimización de dosis/intervalo, dos (14,3%) fueron intolerantes a la optimización, debiendo regresar a posología de inicio. La mediana de tiempo total de tratamiento fue de cinco años (RIQ=5-6). Dos pacientes (11,8%) continuaban en tratamiento a fecha fin de estudio. Hubo pérdida de seguimiento tras cinco años de tratamiento en un paciente (5,9%). No se registraron acontecimientos adversos atribuidos a omalizumab en ningún paciente.

CONCLUSIONES

La estrategia de optimización del tratamiento de larga duración con omalizumab en pacientes con asma grave persistente seguida en nuestro hospital ha resultado ser efectiva y segura. No obstante, serán necesarios más estudios que confirmen estos resultados.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1513. TIEMPO Y COSTE DE HOSPITALIZACIÓN PARA TERAPIA DE RESCATE EN ADULTOS CON LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EN RECAÍDA O REFRACTARIA

AUTORES

SOLANA ALTABELLA A, BALLESTA LOPEZ O, MEGIAS VERICAT JE, BOLUDA PASCUAL B, RODRIGUEZ VEIGA R, MARTINEZ CUADRON D, SANZ ALONSO MA, MONTESINOS FERNANDEZ P
HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar el tiempo y coste de hospitalización de pacientes con Leucemia Mieloide Aguda en recaída o refractaria (LMA R/R) y FLT3+ en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional, en colaboración con el Servicio de Hematología, que incluyó de 1998 a 2019 a todos los pacientes adultos con LMA R/R FLT3+. Se recogieron variables clínicas y terapéuticas incluyendo los ingresos (coste, tiempo y frecuencia) en unidades de hospitalización (UH), número de visitas a Hospital de Día (HDD) y visitas a Consultas Externas (CCEE). Para el cálculo de los costes de hospitalización se emplearon los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) de 2016 y para HDD y CCEE las tarifas de la Comunidad Autónoma.

Se realizó un análisis descriptivo, expresando las variables continuas con media y desviación estándar (SD), y las variables categóricas con la frecuencia (%). El análisis estadístico se hizo con Stata 14.2.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 39 pacientes, con media de edad 54 (SD:15) años, siendo el 55% mujeres. El total de líneas de tratamiento fue de 80, incluyendo los 38 pacientes con primera línea, los 30 con una segunda y 12 con una tercera línea. El esquema terapéutico más empleado fue FLAG-IDA (63% de los pacientes). Siete (18%) pacientes recibieron TPH durante la LMA R/R.

En total, se realizaron 150 ingresos hospitalarios, los códigos GRD asignados fueron GRD576(€27.274) a 51 ingresos, GRD577(€12.444) a 43 ingresos, D876(€4.475) a 36 ingresos Y GRD803(€60.599) a 20 ingresos. Los ingresos por recaída fueron: 75 en primera, 36 en segunda y 39 en tercera. Los costes de hospitalización por paciente fue de €89.834(SD:€60.797), los de visitas a HDD fue de €15.572(SD:€19.669) y de CCEE €3.905(SD:€4.319); la media del coste total por paciente fue de €108.293 (SD:€74.767). Por ingreso el coste de hospitalización fue de €22.576(SD:€19.492). En función de la recaída, el coste de hospitalización por paciente fue de €49.063(SD:€43.902) en la primera, €29.034(SD:€33.260) en la segunda y €56.524(SD:€56.776) en la tercera.

La media de seguimiento por paciente fue de 374 días (total acumulado de tiempo de exposición:14.225 días). En total, se realizaron 150 ingresos hospitalarios, con un tiempo acumulado total de 3.177 días. La proporción media de tiempo pasado en el hospital fue del 22%. La mayoría de los pacientes (82%) falleció durante el periodo de estudio. La media de ingresos en UH fue 3 (SD:4), con una media por paciente de 84 (SD:68) días de ingreso. Además, hubo una media por paciente de 35 (SD:40) visitas a CCEE y 36 (SD:55) visitas a HDD.

CONCLUSIONES

Los tiempos y gastos asociados de hospitalización son elevados en pacientes con LMA en recaída o refractaria y mutación FLT3 positiva. Los nuevos tratamientos dirigidos a dianas moleculares pueden limitar la progresión de la enfermedad, permitiendo una reducción de los tiempos y costes asociados a las hospitalizaciones. Es necesario estudios prospectivos que comparen la quimioterapia estándar frente a los nuevos inhibidores de FLT3 para analizar su coste-efectividad en LMA R/R.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1550. COMPARACIÓN INDIRECTA DE PEMBROLIZUMAB-AXITINIB Y AVELUMAB-AXITINIB EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE CÉLULAS RENALES AVANZADO O METASTÁSICO.

AUTORES

MUÑOZ CID CL, SÁNCHEZ RUIZ A, CLARAMUNT GARCÍA R, LÓPEZ LÓPEZ AM, JIMÉNEZ LÓPEZ Y, PEREZ CANO E, GARCÍA GÓMEZ N, ALEGRE DE REY E
CENTRO HOSPITALARIO DE JAÉN. AV. DEL EJÉRCITO ESPAÑOL. JAÉN

OBJETIVOS

Ante la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) comparativos de las combinaciones de pembrolizumab con axitinib y avelumab con axitinib, el objetivo de este estudio fue establecer si estas combinaciones son alternativas equivalentes terapéuticas (ATE) en primera línea de cáncer de células renales (CCR) avanzado o metastásico, a través de una comparación indirecta frente a un comparador común (sunitinib).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron los ECAs KEYNOTE-426 y JAVELIN Renal-101 donde se comparan pembrolizumab con axitinib y avelumab con axitinib frente a sunitinib, respectivamente. Se escogieron como variable principal para la comparación la Supervivencia Global (SG) y como variable secundaria, la Supervivencia Libre de Progresión(SLP). Se realizó una comparación indirecta entre ambos ECAs aplicando el método de Bucher con la calculadora ITC (Indirect Treatment Comparisons) de la Agencia canadiense de medicamentos y tecnologías en salud. Tomamos como valor delta (Δ), es la máxima diferencia clínica irrelevante) el valor utilizado en el cálculo de muestra en el ensayo pivotal de pembrolizumab-axitinib ya que eran el valor más conservador. Para SG un Δ :0,75 y para SLP, Δ :0,69. Primero se comparó pembrolizumab-axitinib frente a avelumab-axitinib en SG y se evaluó observando si el Intervalo de confianza(IC) 95% estaba dentro del intervalo $\pm \Delta$, y lo mismo se hizo con la variable de SLP. Los resultados de la comparación indirecta se evaluaron aplicando la metodología de la guía ATE1.

RESULTADOS

Incluimos dos ECAs frente a un comparador común. Las poblaciones de ambos ensayos son muy similares en cuanto a metodología y población. Tras aplicar el método Bucher, obtenemos para SG una HR:0,69 (IC95%: 0,42;1,09, $p > 0,05$). Al evaluarlo gráficamente y considerando un Δ :0,75, se observa que el HR de SG se sitúa debajo del valor Δ y su IC95% sobrepasa el valor neutro por un extremo y por el otro excede del margen de equivalencia. Aplicando la guía ATE, presentó un posicionamiento tipo E con una diferencia potencialmente relevante pero estadísticamente no significativa, es un resultado con una gran incertidumbre y no podemos considerarlo como una ATE. Se realiza un nuevo análisis con SLP, asumiendo que se trata de una variable débil. Tras aplicar el método Bucher obtenemos HR:1,00 (IC95%:0,75;1,32). Mostró con un posicionamiento tipo A en la guía ATE con ausencia de diferencia estadística y clínicamente relevante, sin embargo, debido a la debilidad de la variable y a los sesgos asumidos en la CI, no nos permite afirmar que pembrolizumab-axitinib y avelumab-axitinib sean alternativas terapéuticas equivalentes.

CONCLUSIONES

Ambas combinaciones no podemos afirmar que sean ATE en eficacia. Por tanto, pembrolizumab combinado con axitinib y avelumab más axitinib no se pueden considerar son ATEs en primera línea del tratamiento en adultos de CCR avanzado o metastásico en eficacia, pero tampoco se puede afirmar que una terapia sea mejor que la otra. Habría que esperar a obtener datos maduros de ambos ensayos o se podría realizar una comparación directa entre ambas combinaciones.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1551. COMPARACIÓN INDIRECTA DE PEMBROLIZUMAB-AXITINIB Y NIVOLUMAB-IPILIMUMAB EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE CÉLULAS RENALES AVANZADO O METASTÁSICO DE RIESGO INTERMEDIO/ALTO.

AUTORES

MUÑOZ CID CL, SÁNCHEZ RUIZ A, LÓPEZ LÓPEZ AM, CLARAMUNT GARCÍA R, GARCÍA GÓMEZ N, PEREZ CANO E, JIMENEZ LÓPEZ Y
CENTRO HOSPITALARIO DE JAÉN. AV. DEL EJÉRCITO ESPAÑOL.

OBJETIVOS

Según las guías clínica para el cáncer de células renales (CCR) avanzado o metastásico en pacientes con riesgo intermedio/alto, las combinaciones recomendadas para su tratamiento son pembrolizumab-axitinib y nivolumab-ipilimumab, entre otras terapias.

El objetivo de este estudio fue establecer si estas combinaciones son alternativas equivalentes terapéuticas (ATE), a través de una comparación indirecta frente a un comparador común (sunitinib).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) KEYNOTE-426 y CheckMate 214 en los cuales se compararon pembrolizumab con axitinib y nivolumab con ipilimumab frente a sunitinib, respectivamente. La población en estudio incluida eran los pacientes con un riesgo intermedio/alto, para ellos incluimos a la población del ECA CheckMate 214 completa, mientras que del ECA KEYNOTE-426 solo cogimos al subgrupo de riesgo intermedio/alto. Se estableció como variable principal para la comparación indirecta la Supervivencia Global (SG) y como variable secundaria, la Supervivencia Libre de Progresión (SLP). Se aplicó el método de Bucher con la calculadora ITC (Indirect Treatment Comparisons) de la Agencia canadiense de medicamentos y tecnologías en salud para llevar a cabo la comparación indirecta entre ambos ECAs. Como valor delta (Δ , es la máxima diferencia clínicamente irrelevante) se tomó el valor utilizado en el cálculo de muestra en el ensayo pivotal de nivolumab-ipilimumab ya que eran el valor más conservador. Para SG un Δ :0,77 y para SLP, Δ :0,60. Se comparó pembrolizumab-axitinib frente a nivolumab-ipilimumab en SG y se evaluó observando si el Intervalo de confianza(IC) 95% estaba dentro del intervalo $\pm \Delta$, y lo mismo se hizo con la variable de SLP.

RESULTADOS

Las poblaciones son similares al tener el mismo tipo de pacientes, aunque se diferenciaban en el tamaño de la muestra y en el tiempo de seguimiento, muy diferente entre ambos. Tras aplicar el método Bucher, obtenemos para SG una HR: 0.794 (IC95%: 0,48;1,3, $p > 0.01$). Al evaluarlo gráficamente y considerando un Δ :0,77, se observa que el HR de SG se sitúa por encima del valor Δ y su IC95% sobrepasa el valor neutro por un extremo y por el otro excede del margen de equivalencia. Aplicando la guía ATE, presentó un posicionamiento tipo A en la que no había diferencias estadísticamente significativas. Se repitió la misma metodología con la SLP, tras aplicar el método Bucher obtenemos HR: 0,817 (IC95%:0,58;1,15). Mostró, también, un posicionamiento tipo A en la guía ATE con ausencia de diferencia estadística y clínicamente relevante, por tanto, serían consideradas como ATE.

CONCLUSIONES

Según los resultados de esta comparación indirecta se puede concluir que estadísticamente no hay diferencias de SLP ni de SG entre Pembrolizumab-axitinib y Nivolumab-ipilimumab y, por tanto, se pueden considerar como alternativas terapéuticas en eficacia en el subgrupo de riesgo intermedio/alto. Para confirmar la equivalencia, habría que esperar a obtener datos maduros de ambos ensayos o se podría realizar una comparación directa entre ambas combinaciones.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA**1565. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LOS TRATAMIENTOS COMERCIALIZADOS PARA PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE EN FUNCIÓN DE LA ÚLTIMA EVIDENCIA DISPONIBLE.****AUTORES**

VILLALOBOS TORRES L, ALVARADO FERNÁNDEZ MD, ZAMORA ARDOY MA
HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR DE ANDÚJAR. AVDA. BLAS INFANTE S/N. GRANADA

OBJETIVOS

Evaluar la eficiencia de los tratamientos para psoriasis en placas moderada-grave en función de los resultados de los últimos metanálisis comparativos publicados y el coste de dichos tratamientos, sean o no alternativas terapéuticas equivalentes (ATEs).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, en el que se utilizará un metanálisis publicado por la sección de dermatología de la Journal American Medical Association (JAMA), en el que, mediante el análisis conjunto de 60 estudios, se describe la eficacia de los distintos fármacos biológicos e inmunosupresores selectivos orales en el tratamiento de dicha patología a la hora de alcanzar los PASI (índice de severidad del área de psoriasis) 75, 90 y 100, valorando el NNT (número necesario a tratar) de cada fármaco para obtener dicho PASI. Como fuente de información para obtener los precios de los medicamentos, se utilizará el PVP+IVA en plataforma BOTPLUS®. La eficiencia se medirá relacionando el coste del primer año de tratamiento con el NNT, es decir, el coste por cada paciente que alcanza un objetivo determinado de PASI. Para los cálculos de costes, se tendrán en cuenta las pautas de inducción de ficha técnica, y se estimará un peso de 80Kg para aquellos que se dosifiquen por peso. No se aplicará el 7,5% de descuento del RD8/2010 en aquellos fármacos en los que pudiese hacerse, para que los resultados obtenidos sean extensibles a entidades sanitarias privadas. También realizaremos un análisis de sensibilidad de aquellos fármacos con biosimilar comercializado, en el que supondremos un descuento del 50%.

RESULTADOS

Se analizaron 13 fármacos comercializados indicados en psoriasis en placas moderada-grave, con los siguientes NNT para alcanzar los PASI 75-90-100, y coste anual:

Risankizumab (1,19-1,42-2,48), 24.269,64€; Ixekizumab (1,20-1,43-2,54), 19.722,24€; Brodalumab (1,20-1,44-2,56), 16.104,34€; Guselkumab (1,23-1,51-2,81), 21.565,62€; Secukinumab (1,29-1,66-3,36), 13.716,18€; Infliximab (1,33-1,78-3,79), 21.555,8€; Adalimumab (1,56-2,35-6,10), 15.785,98€; Certolizumab (1,52-2,25-5,68), 15.661,05€; Ustekinumab (1,55-2,34-6,02), 17.492,4€; Tildrakizumab 100mg (1,74-2,80-8,06), 22.188,9€; Etanercept (2,87-5,95-24,39), 9.899,24€; Apremilast (3,92-9,09-43,48), 11.842,35€; Dimetilfumarato (4,12-9,71,47,62), 5.240,52€.

Con dichos datos, el coste para que un paciente alcance el PASI 75,90 y 100 en cada medicamento es el siguiente:

Risankizumab (28.881,16€, 34.463,23€, 60.189,30€); Ixekizumab (23.666,69€, 28.202,80€, 50.094,49€); Brodalumab (19.325,21 €, 23.190,25 €, 41.227,11€); Guselkumab; (26.525,59€, 32.563,94€, 60.599,11€); Secukinumab (17.694,65€, 22.769,85 €, 46.088,38 €); Infliximab (28.669,21€, 38.369,32€, 81.696,48€); Infliximab biosimilar (14.334,60€, 19.184,66€, 40.848,24€); Adalimumab (24.626,13€, 37.097,05 €, 96.294,48€); Adalimumab biosimilar (12.313,06€, 18.548,52€, 48.147,24€); Certolizumab (23.804,80€, 35.237,36€, 88.954,76€); Ustekinumab (27.113,22€, 40.932,22€; 105.304,25€); Tildrakizumab 100mg (37.277,35€, 58.800,59€, 164.419,75€); Etanercept (28.410,82€, 58.900,48€, 241.442,46€); Etanercept biosimilar (14.205,41€, 29.450,24€, 120.721,23€); Apremilast (46.422,01€, 107.646,96€, 514.905,38€); Dimetilfumarato (21.590,94€, 50.885,45€, 249.553,56€).

CONCLUSIONES

Secukinumab, Brodalumab e Ixekizumab, se perfilan como los medicamentos más eficientes en todos los objetivos de PASI (75,90 Y 100). Por el contrario, apremilast y tildrakizumab parecen ser los menos eficientes, pese a ser tildrakizumab el más eficaz. Aplicando análisis de sensibilidad, los medicamentos biosimilares, (adalimumab en PASI75 y 90, e infliximab en PASI100), se posicionan como las alternativas más eficientes. Curiosamente, el fármaco menos eficaz (Dimetilfumarato), es el tercero más eficiente para obtener un paciente con PASI 75 dado su bajo coste. Cabe destacar que estando los fármacos anti-interleukinas indicados generalmente tras fracaso a anti-TNF, el posicionamiento económico debería coincidir con el clínico.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1575. EVALUACIÓN DE EFICACIA DE LAS COMBINACIONES PEMBROLIZUMAB-QUIMIOTERAPIA Y ATEZOLIZUMAB-QUIMIOTERAPIA COMO POSIBLES ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO ESCAMOSO

AUTORES

BRICEÑO CASADO MDP, FÉNIX CABALLERO S, GIL SIERRA MD, BARREIRO FERNANDEZ EM, ALEGRE DEL REY EJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CRTA. NACIONAL IV, KM.665. SEVILLA

OBJETIVOS

La combinación de pembrolizumab y quimioterapia (Pb-QT) mostró en su ensayo clínico un beneficio significativo en supervivencia global (SG) frente a la quimioterapia (QT) en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) escamoso metastásico no tratado previamente, independientemente de la expresión de PD-L1. La combinación de quimioterapia con atezolizumab (At-QT) también mostró un beneficio significativo en la SG sobre la QT en pacientes con CPNM escamoso metastásico no tratado con expresión PD-L1 \geq 50%. No se dispone de ensayos clínicos que comparen directamente Pb-QT frente a At-QT. El objetivo de este estudio es evaluar si Pb-QT y At-QT podrían declararse alternativas terapéuticas equivalentes (ATE) en eficacia en CPNM escamoso metastásico en función de los distintos niveles de PD-L1, a través del desarrollo de una comparación indirecta ajustada (CIA).

MATERIALES Y MÉTODOS

A fecha de 19/01/2020, se realizó una búsqueda en Pubmed para seleccionar ensayos clínicos aleatorizados de fase III con Pb-QT y At-QT en CPNM escamoso metastásico con similar población (sin mutaciones EGFR o ALK), duración del estudio y tratamiento control. Se seleccionó la SG como variable primaria para la comparación. La CIA se elaboró utilizando el método de Bucher, considerando la población global y tres subgrupos: PD-L1 \geq 50%, PD-L1 = 1-49% y PD-L1 < 1%. Posteriormente se aplicaron los criterios establecidos en la guía ATE. El valor delta (Δ , máxima diferencia aceptable como criterio clínico de no inferioridad) se estableció en 0,70 (y su inverso 1,43), valor utilizado para el cálculo del tamaño de muestra en el ensayo Pb-QT.

RESULTADOS

Se encontraron dos ensayos, uno de cada combinación. Las limitaciones encontradas entre los estudios Pb-QT y At-QT fueron: diferencias en el tratamiento control (carboplatino + paclitaxel/nab-paclitaxel frente a carboplatino + nab-paclitaxel respectivamente para cada combinación) y el número de ciclos de QT (4 frente a 4-6). Los resultados de la CIA se muestran a continuación, en términos de Hazard Ratio (HR) y su intervalo de confianza del 95% (IC95%) para la variable SG: población global = 0,67 (0,47 a 0,94), PD-L1 \geq 50% = 1,14 (0,52 a 2,50), PD-L1 = 1-49% = 0,46 (0,23 a 0,76), PD-L1 < 1% = 0,71 (0,41 a 1,23). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la SG favorable a Pb-QT frente a At-QT para la población global y el subgrupo PD-L1 = 1-49%. En cuanto a la relevancia clínica, el IC95% para el subgrupo PD-L1 \geq 50% fue demasiado amplio (alto nivel de incertidumbre) y excedía el margen delta por ambos lados. En el resto de los subgrupos PD-L1 y en la población global, una gran parte del IC95% se encontró fuera del margen delta.

CONCLUSIONES

La CIA mostró beneficio estadísticamente significativo de Pb-QT sobre At-QT en SG para la población global y el subgrupo PD-L1 = 1-49%. Podrían existir diferencias clínicamente relevantes entre Pb-QT y At-QT tanto en la población general

como en los diferentes subgrupos de PD-L1, por lo tanto, no pueden considerarse ATE en SG en CPNM escamoso metastásico no tratado previamente.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1619. COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE RUCAPARIB Y NIRAPARIB EN CÁNCER DE OVARIO CON MUTACIÓN BRCA

AUTORES

MUÑOZ CID CL, CLARAMUNT GARCÍA R, LÓPEZ LÓPEZ AM, PÉREZ CANO E, JIMENEZ LÓPEZ Y, GARCÍA GÓMEZ N
CENTRO HOSPITALARIO DE JAÉN. AV. DEL EJÉRCITO ESPAÑOL. JAÉN

OBJETIVOS

Establecer, a través de una comparación indirecta (CI) frente a placebo, si rucaparib y niraparib pueden considerarse alternativas terapéuticas equivalentes (ATE) en eficacia en el tratamiento de mantenimiento en pacientes adultas con cáncer de ovario epitelial, de trompa de Falopio o peritoneal primario; de alto grado, con BRCA mutado, en recidiva, sensible al platino, que responde completa o parcialmente a la quimioterapia con platino.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en Pubmed de los ensayos clínicos (EC) pivotaes responsables de la autorización de niraparib y rucaparib. Como variable principal para la comparación se tomaron los resultados de supervivencia libre progresión (SLP). Se realizó una CI de rucaparib y niraparib mediante el método de Bucher (calculadora ITC, Indirect Treatment Comparisons, de la Agencia Canadiense de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) de los subgrupos de pacientes con BRCA mutado de ambos ensayos. Se fija como valor de mayor relevancia clínica un delta (Δ) de 0,5, valor de referencia utilizado para el cálculo de muestra en ambos ensayos. Con este valor, se comparó rucaparib frente a niraparib en SLP y se analizaron los resultados, viendo si los intervalos de confianza (IC95%) se situaban dentro del intervalo $\pm\Delta$. Se aplicó la metodología de las alternativas terapéuticas (ATE).

RESULTADOS

Se encontraron dos EC, uno con rucaparib y otro con niraparib, ambos frente a placebo como comparador común. Ambos estudios presentaron una metodología similar (diseño, población a estudio, criterios de inclusión, variable principal). Sin embargo, en el ensayo pivotal de rucaparib se excluyeron los pacientes con metástasis del sistema nervioso central, a diferencia de en el estudio de niraparib que sí los incluyó (14,5% de los pacientes presentaban estadio IV). Finalmente se aceptó esta limitación para la CI.

Tras la aplicación del método Bucher, se obtuvo un HR 0,741 (IC 95% 0,395 – 1,391) de rucaparib frente a niraparib. De acuerdo con la Guía ATE, en la eficacia comparada de ambos medicamentos se obtuvo un posicionamiento B (clínicamente equivalente). Gráficamente, el IC95% se posicionó completamente dentro del intervalo $\pm\Delta$ mostrando la equivalencia clínica de ambos fármacos.

CONCLUSIONES

Según los criterios ATE, rucaparib y niraparib podrían considerarse alternativas terapéuticas equivalentes, a pesar de la diferencia en los criterios de exclusión, anteriormente descrita. Además, al tratarse de dos fármacos con el mismo mecanismo de acción podría considerarse que son equivalentes en términos de seguridad. De acuerdo a nuestros resultados, en la elección de uno de los dos fármacos, debería tenerse en cuenta criterios de eficiencia. No obstante, sería de especial interés disponer de una comparación directa de ambos fármacos para confirmar la equivalencia.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1650. VIABILIDAD E IMPACTO ECONÓMICO DE LA REALIZACIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES

LOPEZ RICO I, VIVES VILAGUT R, MORON BESOLI A, RUIZ DOMINGO MA, CRUEL NIEBLA M, CERDAN GONZALEZ C, DE PEDRO AMBROSIO V, GÓMEZ VALENT M
CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAULÍ. AVDA. PARC TAULI Nº1. BARCELONA

OBJETIVOS

Estimar el coste de la actividad realizada por el servicio de farmacia (SF) durante un ensayo clínico(EC) y compararlo con el sistema actual de facturación a promotor (basado en una retribución por paciente incluido en el ensayo).

Analizar el impacto económico de los EC que inician y finalizan sin inclusión de pacientes y cuya gestión se ha realizado sin compensación económica por parte del promotor.

Proponer un sistema de pago al SF por la actividad generada por cada EC en particular en base a los resultados obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 5 años para estimar el impacto económico de los EC en un SF de un hospital universitario de segundo nivel, que da cobertura a 493.382 habitantes.

Se estableció un protocolo de asignación de costes basados en la actividad directa (recepción, y mantenimiento de la medicación, preparación, devolución y destrucción y visitas de monitorización) y actividad indirecta (instalaciones, recursos del área de EC y coste del personal de soporte). Este protocolo se asignó a todos los EC iniciados entre 2014 y 2018 y finalizados a 31 de diciembre de 2019 independientemente del tipo de promotor, especialidad y número de pacientes incluidos.

RESULTADOS

A partir de la elaboración del protocolo de estimación de costes descrito en la metodología, se obtuvo una cartera de servicios donde se estableció un coste para cada una de las actividades definidas (directas e indirectas). Se revisaron un total de 279 EC en el periodo temporal fijado, de los cuales 134 EC cumplían criterios de inclusión y a los cuales se le aplicó el protocolo descrito.

El coste resultante de toda la actividad, tanto directa como indirecta para los 134 EC, fue de 207.372,95 € y el importe total facturado al promotor por estos EC fue de 149.128,93 €, lo cual supuso una diferencia negativa de 58.244,02€ para el SF. De dicha diferencia, los EC finalizados sin pacientes, un 33,6% (45/134), no generaron percepción económica y fueron responsables del 57,45% del déficit.

El coste promedio de un EC finalizado sin pacientes fue de 875€. Este importe se consideró de referencia para establecer el pago inicial de apertura de EC para el SF. En caso de los EC realizados por oncología, debido al alto porcentaje hallado de EC finalizados sin pacientes (38%) y el elevado número de EC de promotor de grupos cooperativos sin compensación económica al centro (20%), se calculó un pago inicial para oncología de 1.100€ para compensar los costes generados por este servicio.

CONCLUSIONES

El sistema actual en el que se basa la remuneración del SF no cubre los costes generados. En cambio, un pago basado en los costes directos e indirectos generados por cada ensayo clínico según unas tarifas establecidas, si lo haría.

Un pago inicial de apertura para el SF acorde al gasto calculado en este estudio, cubriría los costes generados por los EC finalizados sin inclusión de pacientes.

El presente estudio ha servido para establecer una cartera de servicios y crear un programa de facturación específico para el SF.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1710. EFICACIA COMPARADA DE LOS ESQUEMAS EN PRIMERA LÍNEA DE MIELOMA MÚLTIPLE EN PACIENTES NO CANDIDATOS A TRASPLANTE

AUTORES

CLARAMUNT GARCÍA R, SORIA MARTÍN A, SÁNCHEZ RUIZ A, FÉNIX CABALLERO S, ALEGRE DEL REY EJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN. AVENIDA DEL EJÉRCITO ESPAÑOL, 10.

OBJETIVOS

La aparición de nuevos esquemas en primera línea en mieloma múltiple (MM) en pacientes no candidatos para el trasplante autólogo (MMnT), y la ausencia de estudios que comparen su eficacia, hace necesario un posicionamiento de los mismos para optimizar los resultados en la práctica clínica. Por tanto, el objetivo del presente trabajo es analizar la eficacia comparada de los esquemas en primera línea de MM y establecer si pueden declararse alternativas terapéuticas equivalentes (ATEs).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática en Pubmed y Embase de los ensayos clínicos pivotaes que dieron indicación a los esquemas utilizados primera línea de MM. Se evaluó el grado de heretogeneidad entre ellos comparando: diseño del estudio, mediana de seguimiento, criterios de inclusión, resultados en supervivencia libre de progresión (SLP) y posología utilizada. Se realizó una comparación indirecta (CI) de los esquemas encontrados tomando como referencia el esquema daratumumab/lenalidomida/dexametasona (DRd), por ser el de la indicación de más reciente aprobación. Como comparador común a todos los esquemas se utilizó el esquema lenalidomida/dexametasona (Rd), excluyendo de la búsqueda los estudios que no tuvieran este esquema en ninguno de sus brazos. Para las CI se utilizó el método Bucher y con los resultados obtenidos se hizo un análisis de ATEs, estableciendo un Hazard Ratio (HR) 0,73 como valor delta de relevancia clínica.

RESULTADOS

Al aplicar los criterios descritos se obtuvieron 4 estudios, que incluyeron: SLP como objetivo principal (4), medianas de seguimiento de 28 a 55 meses, pacientes candidatos y no candidatos a trasplante (1) o únicamente no candidatos (3), y al menos una rama con el esquema Rd (4). Los esquemas candidatos al estudio comparativo fueron: DRd, bortezomib/lenalidomida/dexametasona (VRd), ciclofosfamida/lenalidomida/prednisona (CRp), melfalán/lenalidomida/prednisona (MRp), melfalán/talidomida/prednisona (MTp) y lenalidomida/dexametasona 18 ciclos (Rd18).

Las diferencias más destacables entre los 4 estudios fueron las diferentes medianas de seguimiento, la inclusión y/o exclusión de pacientes candidatos a trasplante y las dosis de lenalidomida utilizadas. Estas fueron: VRd (25mg/día, 14 días), MRp y CRp (10mg/día 21 días), Rd18(25mg/día 21 días) y DRd (25mg/día 21 días). Finalmente se aceptaron estas limitaciones para la CI.

Con los HR en SLP obtenidos en los estudios publicados de estos esquemas se hizo la CI tomando como referente a DRd. Se obtuvieron los siguientes HR en SLP: DRd vs VRd 0,787 (0,55 – 1,125), DRd vs MTp 0,403 (0,295 – 0,551), DRd vs Rd18 0,392 (0,288 – 0,533), DRd vs MRp 0,70 (0,49 – 1,00), DRd vs CRp 0,56 (0,41 – 0,76).

Al aplicar el algoritmo de la Guía ATE, ninguna de las alternativas puede considerarse equivalente en eficacia respecto al esquema DRd.

CONCLUSIONES

Según las CI realizadas, el esquema DRd es superior a CRp, MTp y Rd18 mientras que en VRd y MPR la diferencia no es estadísticamente significativa. No obstante este resultado está sesgado debido a las limitaciones mencionadas, por lo que se debe tener precaución a la hora de su aplicabilidad en la práctica clínica. La falta de un comparador común hace

difícil realizar estimaciones con otros esquemas en primera línea de MMnT, como daratumumab/bortezomib/melfalán/prednisona.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1779. ANÁLISIS E IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL USO DE BIOSIMILARES ANTI-TNF EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

GONZÁLEZ FRANCO RM, ALONSO PERALTA CÁ, PÉREZ-PERIAÑEZ ORILLO L, GÓMEZ GÓMEZ D, VALERO DOMÍNGUEZ M

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA.VALDECILLA S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Describir la entrada de los biosimilares anti-TNF (adalimumab, infliximab y etanercept) en un hospital de tercer nivel y su impacto presupuestario en el centro, dentro de un protocolo de uso obligatorio en inicios de tratamiento y posibilidad de switching bajo criterio médico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y observacional desde febrero 2018 hasta diciembre 2019. Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con marca y biosimilar, desde la inclusión de cada biosimilar en el hospital. El primer biosimilar anti-TNF en incluirse fue infliximab (abril 2015), después etanercept (febrero 2018) y, por último, adalimumab (febrero 2019). Se clasificaron según principio activo y servicio prescriptor (Dermatología, Digestivo, Reumatología). Todos los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica asistida, se calculó el % de uso de biosimilar por principio activo y servicio, el incremento porcentual mensual de uso de fármaco biosimilar y el impacto presupuestario.

RESULTADOS

A fecha final de seguimiento, un total de 835 pacientes estaban en tratamiento con estos anti-TNF. Con infliximab (n=171), el % de uso de biosimilar era un 51,46%, siendo Digestivo el servicio con más prescripciones de biosimilar (61,46%). Para etanercept (n=137), el % de uso de biosimilar era un 28,46%, siendo Dermatología el servicio con más prescripciones de biosimilar (37,03%). Por último, adalimumab (n=534) presentaba un % de uso de biosimilar del 21,72%, siendo Dermatología el servicio con más prescripciones de biosimilar (38,09%). Adalimumab presenta el mayor % incremental mensual medio de prescripciones de fármaco biosimilar con un 2,06% mientras que etanercept alcanza un 0,61% por un 0,18% de infliximab. Los mayores porcentajes históricos de prescripciones de biosimilares respecto al total del principio activo fueron de 56,47% para infliximab, 29,28% para etanercept y 21,72% para adalimumab. El porcentaje por especialidades de biosimilares prescritos, a fecha final de seguimiento, fue: Dermatología (adalimumab 22,39%, etanercept 35,65% e infliximab 68,75%), Digestivo (adalimumab 13,16% e infliximab 59,38%) y Reumatología (adalimumab 7,73%, etanercept 22,79% e infliximab 21,02%).

Respecto al impacto presupuestario, el uso de estos fármacos anti-TNF biosimilares, por parte de estos 3 servicios, ha supuesto un ahorro, en el período de estudio, de 1.124.679 € (678.989 € infliximab/272.831 € adalimumab/172.859 € etanercept).

CONCLUSIONES

El % de uso de cada biosimilar anti-TNF refleja claramente el cumplimiento del protocolo establecido, utilizándose en los pacientes naïve pero sin realizar switch, ya que las cifras de uso actual son consecuentes con el tiempo de existencia de cada biosimilar en el hospital. Adalimumab presenta el mayor incremento en % mensual medio de prescripciones, probablemente debido al mayor número de pacientes candidatos a recibir este fármaco. Dermatología es el servicio con más prescripciones de biosimilar lo que muestra una mayor frecuencia en cambios de línea de tratamiento que Digestivo o Reumatología. El % de incremento mensual medio de etanercept es considerablemente bajo. El ahorro económico es significativo y permite generar un fondo económico útil para las innovaciones terapéuticas disponibles para estas especialidades. Sería interesante que estos datos por C.C.A.A se fuesen comparando públicamente mes a mes de una forma más dinámica.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1798. ANÁLISIS DE DECISION MULTICRITERIO MULTIDECISOR EN ENFERMEDADES RARAS: CRITERIOS DE FINANCIACIÓN DE MEDICAMENTOS HUÉRFANOS EN ESPAÑA (ESTUDIO FINMHU-MCDA)

AUTORES

DE ANDRÉS-NOGALES . F, CALLEJA HERNÁNDEZ MÁ, DELGADO SÁNCHEZ O, GORGAS TORNER MQ, DOMÍNGUEZ HERNÁNDEZ R, CASADO GÓMEZ MÁ, ARCE DELGADO R, GRUPO DE TRABAJO FINMHU-MCDA .

PHARMACOECONOMICS & OUTCOMES RESEARCH IBERIA. PASEO JOAQUÍN RODRIGO, 4 LETRA I. MADRID

OBJETIVOS

Los análisis de decisión multicriterio (ADMC) son un conjunto de técnicas que permiten sistematizar la toma de decisiones de manera estructurada y transparente, especialmente en entornos de decisión complejos. Se desarrolló un ADCM para establecer los criterios más relevantes para la financiación de medicamentos huérfanos en España, según las preferencias de múltiples agentes decisores.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el estudio participó un equipo multidisciplinar formado por 28 participantes: 6 clínicos especialistas en enfermedades raras, 5 farmacéuticos hospitalarios, 7 economistas de la salud, 4 representantes de asociaciones de pacientes y 6

miembros de administraciones sanitarias nacionales y regionales. El estudio se desarrolló en tres fases. En la fase A, se identificaron criterios de financiación mediante una búsqueda bibliográfica de estudios orientados a la toma de decisiones y financiación de medicamentos huérfanos que utilizaban metodologías ADMC. Un panel de 8 expertos propuso, seleccionó y definió los criterios potencialmente relevantes. En la fase B, se desarrolló un Experimento de Elecciones Discretas (EED) mediante un cuestionario online que comparaba escenarios de financiación hipotéticos por pares, formados por los criterios previamente seleccionados. Se ajustó un modelo logit multinomial para analizar las respuestas del cuestionario. A partir de las preferencias declaradas de los participantes, los criterios se priorizaron y ponderaron según su importancia relativa. Finalmente, en la fase C el panel de expertos discutió los resultados y se establecieron las conclusiones del estudio mediante un proceso deliberativo.

RESULTADOS

Se definió un total de 13 criterios clasificados en 4 categorías: población, enfermedad, tratamiento y evaluación económica. A partir de ellos, se generaron 36 pares de escenarios de financiación hipotéticos para el cuestionario del EED. Para el conjunto de agentes decisores participantes (n=28), 9 de los 13 criterios considerados resultaron relevantes durante la toma de decisiones. Los criterios más importantes según importancia relativa fueron: Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (23,53%), Eficacia (14,64%), Existencia de alternativas terapéuticas (13,51%), Gravedad de la enfermedad (12,62%), Costes evitados (11,21%), Edad de la población diana (7,75%), Seguridad (gravedad de acontecimientos adversos) (4,72%), Calidad de la evidencia (3,82%), Población diana (3,12%), Carga económica de la enfermedad (2,50%), Coste del tratamiento (1,73%), Coste-efectividad (0,83%) y Seguridad (frecuencia de acontecimientos adversos) (0,03%). Para el grupo de Farmacia Hospitalaria (n=5), seis criterios fueron relevantes en la toma de decisiones comprendiendo casi el 83% de la importancia relativa: CVRS (22,35%), Eficacia (17,70%), Existencia de alternativas terapéuticas (16,43%), Costes evitados (9,27%), Gravedad de la enfermedad (8,89%) y Edad de la población diana (8,22%).

CONCLUSIONES

La financiación de un medicamento huérfano vendrá condicionada principalmente por su efecto sobre la CVRS, el alcance de su beneficio terapéutico según eficacia y la existencia de alternativas terapéuticas, considerándose además la gravedad de la enfermedad rara para la que está indicado y su capacidad para evitar los costes asociados.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1850. IMPACTO EN EL PRESUPUESTO DEL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS TRAS LA INCORPORACIÓN DE FARMACOS BIOSIMILARES

AUTORES

LINARES ALARCON A, FERNANDEZ CUERVA C, FERNANDEZ NEBRO A
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA. AV/CARLOS HAYA 82. SOTANO PABELLON A. MÁLAGA

OBJETIVOS

Evaluar el impacto económico que ha supuesto la estrategia de uso de biosimilares en el tratamiento de enfermedades reumáticas. La incorporación de fármacos biológicos en el tratamiento de enfermedades reumáticas supone un gran avance terapéutico, que implica un elevado presupuesto.

Valorar las estrategias conjuntas farmacia-reumatología creadas con el fin de ofrecer tratamiento al creciente número de pacientes haciendo un uso eficiente de los recursos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de la utilización de biosimilares destinado al tratamiento de enfermedades reumáticas: artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante y artritis idiopática juvenil, desde Enero 2016-Diciembre 2019. Se realiza mediante el cálculo del porcentaje (%) de utilización de los mismos, el cálculo del coste paciente/mes y el presupuesto farmacéutico. Variables recogidas: presupuesto, tratamiento biológico prescrito y número de pacientes tratados.

Los datos fueron obtenidos de los programas de gestión y prescripción electrónica.

RESULTADOS

En el periodo de estudio 1.452 pacientes con patologías reumatológicas recibieron tratamiento biológico en nuestra consulta de Atención Farmacéutica, lo que supuso un gasto total de 13.904.349,46€. Las moléculas mayoritariamente prescritas fueron: etanercept 29,68%, adalimumab 20,59%, golimumab 11,57%, tocilizumab 10,33%, infliximab 8,54%, rituximab 4,61%, y < 4% secukinumab, abatacept, certolizumab, tofacitinib, ustekinumab, ixekizumab, sarilumab, anakinra, apremilast y baricitinib.

Mediante la colaboración del equipo multidisciplinar farmacia-reumatología creado en 2016 comenzó a implantarse una política de potenciación de uso de biosimilares y alternativas más eficientes, por la cual todos los pacientes que iniciaran tratamiento con una molécula de la que existiese biosimilar, utilizarían preferentemente éste. La estrategia comenzó con infliximab y etanercept y supuso un incremento en el uso de biosimilares. En 2017 el 18% de nuestros pacientes recibían infliximab biosimilar, en 2018 ascendió al 35% y en 2019 a 38%. El % de etanercept biosimilar en 2017, 2018 y 2019 fue de 21%, 55% y 59,40% respectivamente. Adalimumab biosimilar comenzó a prescribirse a final de 2018, utilizándose en el 2% vs. 36,79% en 2019. Rituximab biosimilar se introdujo en 2019 con un 12%.

El coste paciente/mes ha descendido cada año, permitiendo que más pacientes tengan acceso a tratamientos biológicos con menos presupuesto que el que era necesario antes de que se implementara esta estrategia. En 2016: 607,07€ paciente/mes vs. 433,20€ paciente/mes en 2019.

La siguiente tabla muestra el presupuesto destinado a tratamientos biológicos en reumatología:

2016 2017 2018 2019
 PRESUPUESTO (€) 4.888.129,59 4.526.851,82 4.489.368,05 4.740.950,59
 Nº PACIENTES 671 704 819 912
 COSTE PACIENTE/MES (€) 607,07 535,85 456,79 433,2

CONCLUSIONES

Las estrategias de potenciación de la prescripción de biosimilares y el trabajo conjunto farmacia-reumatología han resultado ser eficaces en nuestro centro. Cada año ha incrementado el % de biosimilares utilizados, lo que ha permitido reducir el coste paciente/mes en aproximadamente un 30%. Con el mismo presupuesto, más pacientes han recibido tratamiento biológico cada año, lo que refuerza la importancia de la prescripción de biosimilares.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1894. ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE EOSINOFILICA REFRACTARIA: OMALIZUMAB VS MEPOLIZUMAB

AUTORES

CANTARELLI . L, GARCIA GIL S, DEL ROSARIO GARCÍA B, RAMOS RODRIGUEZ J, GUTIERREZ NICOLAS F, NAZCO CASARIEGO GJ
 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El uso de omalizumab (OM) se reserva para pacientes con asma grave refractaria que presentan niveles elevados de IgE, siendo este fármaco dosificado en función de dicho valor y el peso del paciente. Sin embargo, en práctica clínica, resulta común objetivar pacientes con un fenotipo de asma grave que presente además de IgE elevada, unos valores de eosinófilos en sangre > 300 células/ μ L, siendo por tanto también candidatos a mepolizumab, el cual presenta una dosis fija.

El objetivo del presente trabajo consistió en realizar un análisis de minimización de costes, determinando el potencial ahorro obtenido con el uso de MP frente a OM, en este grupo de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y observacional, de un año de duración (enero-diciembre 2019) que incluyó a todos los pacientes tratados con OM que presentaron niveles de IgE elevados y valores de eosinófilos > 300 células/ μ L.

Se registraron las siguientes variables clínicas y demográficas: edad, sexo y dosis de OM empleada. Se registró el coste de adquisición directa de los fármacos (PVL). Fueron excluidos aquellos pacientes que cambiaron de tratamiento o suspendieron el fármaco durante el estudio, así como aquellos pacientes que ya hubieran recibido tratamiento con MP previamente. Se diseñó un modelo matemático basado en la relación coste/dosis mediante el uso de la herramienta informática Excel®, el cual permitió estimar la terapia de menor coste según el régimen posológico de cada uno de los fármacos descrito en la ficha técnica.

RESULTADOS

El coste de adquisición de los viales de OM es de 170,79€ y 307,41€ para la presentación de 75 y 150mg, respectivamente. El coste del vial de MP es de 1086,00€. El MP se administra a dosis fija: 100mg/4 semanas; la dosis de OM varía según el peso, desde 75mg/4 semanas hasta una dosis máxima de 600mg/2 semanas. El diseño matemático reveló que para dosis > 450mg/4 semanas de OM, resultaría más coste-eficiente el empleo de MP.

Durante el periodo de estudio, un total de 46 pacientes cumplieron los criterios de inclusión (73,9% mujeres (n=34); edad media: 48,0 años [15-80]). Las dosis administradas fueron las siguientes: 150mg/4 semanas (10,9%; n=5), 300mg/4 semanas (41,3%; n=19), 375mg/4 semanas (2,2%; n=1), 450mg/4 semanas (19,6%; n=9), 600mg/4 semanas (10,9%; n=5), 300mg/2 semanas (4,3%; n=2), 375mg/2 semanas (4,3%; n=2), 450mg/2 semanas (4,3%; n=2), 600mg/2 semanas (2,2%; n=1).

El coste total asociado al uso de OM en este subgrupo de pacientes en el año 2019 fue de 482.429,16€. La sustitución de OM por MP en aquellos pacientes con dosis > 450mg/4 semanas, supondría un gasto de 280.683,72€. El potencial ahorro en nuestro centro, mediante la aplicación del método, sería de 201.745,44€ (41,8%) en un año de tratamiento.

CONCLUSIONES

Con la aparición de las nuevas terapias biológicas, el asma grave ha supuesto un importante impacto económico en los hospitales. El presente estudio ha demostrado como estratificar a los pacientes con asma grave eosinofílica mediada por IgE hacia la estrategia terapéutica más coste-eficiente, permite reducir el gasto asociado al tratamiento, proporcionando un potencial ahorro anual del 40% en este subgrupo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1924. DOSIS UNITARIA: IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE MÉTODO LEAN EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA Y TIEMPO INVERTIDO EN LAS DEVOLUCIONES

AUTORES

MORALES ALVAREZ S, PEÑA ORTIZ M, RAMIREZ MARTINEZ C, HERENCIA ARROYO J, NICOLAS HERRERIAS M, MARCH LOPEZ P, MANZANEQUE GORDON A, NICOLAS PICO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO MUTUA TERRASSA. PLAZA DR. ROBERT Nº5. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la variación del número de fármacos y el tiempo empleado en la realización de las devoluciones de la unidosis antes y después de la implantación de la metodología Lean y la prescripción electrónica.

MEJORAS ESPERADAS

La implantación de la metodología Lean y la prescripción electrónica supondrán un descenso en el número de fármacos devueltos y en consecuencia en el tiempo empleado en realizar las devoluciones de la unidosis.

DISEÑO

Estudio cuasi-experimental realizado en dos fases, una previa (fase I) y otra posterior (fase II) a la aplicación de metodología Lean e implantación de un programa de prescripción electrónica, en un hospital universitario de 450 camas. Se constituyó un equipo Lean multidisciplinar compuesto por: farmacéuticos, supervisores de enfermería, administrativas de las unidades de hospitalización y técnicos de farmacia. Para evaluar la intervención se incluyeron 5 plantas incluyendo unidades médicas y quirúrgicas que incluyeron un total de 150 camas. En la monitorización del tiempo se realizaron 2 cortes transversales de 10 días de duración antes de la intervención y 1 año posterior. Se extrajo el número de fármacos devueltos un año antes y un año posterior a la implantación a través del programa de gestión de farmacia.

CIRCUITO Y ETAPAS

- 1) Se realizó un análisis causa-raíz enumerando todos los motivos que pueden contribuir en la generación de "desperdicio" en el circuito farmacoterapéutico. Para ello se monitorizaron por unidad de hospitalización:
 - a. Análisis de prescripciones según hora y cambios de tratamiento
 - b. Registro del tiempo empleado en preparar el carro
 - c. El horario de finalización de los carros nodriza
 - d. El tiempo empleado por el celador en el reparto.
 - e. El número total de devoluciones
 - f. El tiempo empleado en realizar las devoluciones
- 2) Se consensaron las mejoras que podrían solventar cada una de las causas detectadas entre las que se incluyeron:
 - a. Se ajustaron las horas de preparaciones de los carros de dosis unitarias para incluir el mayor número de prescripciones electrónicas (> 65%).
 - b. Se ajustaron la preparación de variaciones
 - c. Se realizaron 2 sesiones informativas en el servicio de farmacia.
- 3) Simultáneamente se implantó la prescripción electrónica intrahospitalaria.

IMPLANTACIÓN

Se contabilizaron el número de devoluciones un año previo a la intervención y un año posterior a la intervención. Para evitar el sesgo se monitorizaron aquellas plantas no-COVID.

RESULTADOS

Se comprobó que tras la implantación de la prescripción informatizada junto al método Lean, se había reducido el volumen de fármacos devueltos en un 33,33%, de 27.126 a 18.086 unidades. El tiempo invertido descendió de media por planta en un 59.82%, de 16,80 a 8,75 minutos por planta.

LIMITACIONES

Debido a la introducción de todas las intervenciones de forma simultánea no hemos sido capaces de evaluar el impacto de cada intervención por separado.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La implantación de esta metodología de trabajo permitiría a todos los servicios de farmacia optimizar los recursos existentes y mejorar los procesos de trabajo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA**1936. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y LA REDUCCIÓN DE COSTES DERIVADOS DEL USO DE INFUSORES ELASTOMÉRICOS DE BETA-LACTÁMICOS PARA ADMINISTRACIÓN AMBULATORIA.****AUTORES**

VARELA REY I, GONZÁLEZ BARCIA M, GARCÍA RAMOS R, GARCÍA QUINTANILLA L, CASTRO BALADO A, BUSTO IGLESIAS M, FERNÁNDEZ FERREIRO A, ZARRA FERRO I
C.H. UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

El uso de infusores elásticos de beta-lactámicos permite el tratamiento ambulatorio, lo que resulta beneficioso tanto por la minimización de costes como por la reducción de complicaciones asociadas a la estancia hospitalaria y la mejora de la calidad de vida. El objetivo del actual trabajo es evaluar la efectividad y la reducción de costes derivados del uso de estos infusores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes a tratamiento con infusores de beta-lactámicos preparados y dispensados desde el Servicio de Farmacia de junio-19 a marzo-20. Se consultan los programas de dispensación

electrónica Silicon y de historia clínica electrónica IANUS.

Se recogen datos demográficos (sexo y edad), clínicos como duración de tratamiento, diagnóstico, microorganismo causante de infección y antibiograma, necesidad de ingreso durante el tratamiento, mejoría clínica (referida en IANUS) y curación microbiológica (cultivo negativo tras finalizar tratamiento) y logísticos como el lugar de administración.

Se calculan y analizan los costes evitados por la no hospitalización, costes de preparación como material y tiempo de enfermería (se asume la preparación de 10 infusores/hora) y costes asociados a la supervisión por atención primaria (AP) o hospitalización a domicilio (HADO). No se tienen en cuenta los costes de medicación puesto que no dependen de la forma de administración. Para el cálculo del coste asistencial se aplican las tarifas establecidas de los servicios sanitarios en el SERGAS según el DECRETO 56/2014.

RESULTADOS

En diez meses, un total de 27 pacientes recibieron 386 infusores ambulatoriamente, lo que evitó 386 días de hospitalización. El 22% fueron infusores de piperacilina/tazobactam 12 gramos/día (equivalente a la pauta habitual de 4 g/8 horas) y el 78% de ceftazidima 6 gramos/día (equivalente a la pauta habitual de 2 g/8 horas).

El 52% fueron mujeres de edad media de 69±13 años. La duración media del tratamiento fue de 14±5 días. El 96% se utilizó en infecciones respiratorias, siendo el 53% de estos para sobreinfecciones de bronquiectasias. Solo en un caso se utilizaron para el tratamiento de una úlcera. El 100% fueron tratamientos dirigidos según antibiograma, siendo en el 70% contra *Pseudomonas aureginosa*. Se observó mejoría clínica en el 52% y curación microbiológica en el 48%. Solo dos pacientes necesitaron ingresar durante el tratamiento. El 88% de los tratamientos fueron supervisados por AP, el 7,4% por HADO y el 3,7% se administró en residencias sociosanitarias.

El coste medio de hospitalización fue 528,95€/día; evitándose por lo tanto 204.174,7€. El coste medio de preparación por infusor fue 19,80€ en material y 15,81€/hora de trabajo de enfermería, lo que suma un total de 8.253,07€. Los costes asociados a la administración ambulatoria fueron de 14,52 € por consulta de enfermería en AP y de 20,6 € por consulta de enfermería en HADO, sumando un total de 5.520,57€. Por lo tanto, la reducción de costes derivada de la administración ambulatoria de los 386 infusores fue de 190.401,06€.

CONCLUSIONES

Los tratamientos resultaron clínicamente favorables, la efectividad no ha sido inferior a la esperada en pacientes hospitalizados. El papel asumido por la Farmacia Hospitalaria con la preparación de los infusores de beta-lactámicos es eficiente para el sistema sanitario.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1939. CONCORDANCIA ENTRE EXPECTATIVAS Y PREFERENCIAS DE PACIENTES CON LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA AGENCIA EUROPEA DE MEDICAMENTOS

AUTORES

GIL SIERRA MD, BRICEÑO CASADO MDP, ARIAS ARIAS A, MARTIN RODRIGUEZ S, VILLASTRIGO GARCIA C HOSPITAL DOCTOR JOSE MOLINA OROSA. CRTA. ARRECIFE-SAN BARTOLOMÉ, KM 1, 3, 35500 ARRECIFE, LAS PALMAS. LAS PALMAS

OBJETIVOS

Según estudios publicados, los pacientes onco-hematológicos desean aumentar su supervivencia global(SG) y/o calidad de vida(CdV). La agencia europea del medicamento(EMA) se encarga de autorizar la comercialización de fármacos en la Unión Europea mediante informes de evaluación pública europea(EPAR). El objetivo del estudio es evaluar la concordancia entre las expectativas y preferencias de nuestros pacientes onco-hematológicos ambulatorios con los resultados de los EPAR.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló una encuesta de expectativas y preferencias de pacientes sobre SG y CdV, con 4 ítems: (I)-expectativas sobre beneficio obtenido por su tratamiento; (II)-preferencias sobre beneficios de un tratamiento; (III)-disposición ante tratamientos novedosos con resultados inmaduros/sin beneficio de SG o CdV y (IV)-preferencias sobre profesionales sanitarios que seleccionan su tratamiento. Se recogieron edad, sexo, tratamiento, indicación y respuestas de pacientes. Posteriormente, se revisaron los informes EPAR del fármaco en la indicación de cada paciente: fecha, diseño de estudios, efecto en SG y CdV. Se consideró beneficio en SG y/o CdV del fármaco frente al comparador si existían diferencias estadísticamente significativas. Se asumió que estudios sin grupo control no demostraron beneficio por falta de aleatorización. Se usó el índice kappa(κ) para comprobar la concordancia tanto de expectativas del paciente (aumento SG/mejora CdV/mejora SG y CdV/ninguno) como de preferencias de los beneficios de un tratamiento (prefiero SG/prefiero CdV/ninguno), con respecto al beneficio descrito en el EPAR correspondiente. La comparación entre la disposición a recibir tratamientos novedosos (no exige beneficio en SG o CdV/exige) con los resultados de informes EPAR se evaluó mediante acuerdo absoluto(Ao).

RESULTADOS

Se reclutaron 29 participantes con una mediana de edad de 64(28-75) años, siendo 15(51.7%) mujeres. Los tratamientos más frecuentes fueron: 4(13.8%) nilotinib, 3(10.3%) sunitinib y 3(10.3%) lenalidomida. Las indicaciones más comunes fueron: 4(13.8%) cáncer renal de células claras de nuevo diagnóstico, 4(13.8%) cáncer de próstata metastásico resistente

a castración y 3(10.3%) mieloma múltiple refractario. Se consultaron 19 indicaciones en informes EPAR, publicados entre 2006-2018. Los diseños de los estudios de dichos informes fueron 15(79%) ensayos clínicos aleatorizados y 4(21%) sin brazo control. (I)-Las expectativas de pacientes sobre su fármaco fueron: 82.1% esperaban mejorar en SG y CdV, 10.7% en CdV y 7.1% en SG. El valor κ entre expectativas y resultados de informes EPAR fue 0.088(-0.025 a 0.202). (II)-Preferencias de pacientes sobre el beneficio de un tratamiento: 92.6% preferían CdV y 7.4% SG. El valor κ para las preferencias fue 0.016(-0.127 a 0.160). (III)-Disposición ante tratamientos novedosos: 82.1% participantes exigieron beneficio en SG o CdV y 17.9% no. Se cumplieron las exigencias de beneficio en Ao=53.6% de los pacientes. (IV)-Preferencias sobre profesionales que seleccionan sus tratamientos: 79.3% participantes preferían comités multidisciplinares, 13.8% médico+farmacéutico y 6.9% médico.

CONCLUSIONES

Se observó concordancia insignificante entre las expectativas y preferencias de nuestros pacientes onco-hematológicos ambulatorios y los resultados de informes EPAR, según SG y CdV. Casi la mitad de nuestros pacientes no verían cumplidas sus exigencias para tomar su fármaco cuando fue autorizado. Casi todos prefieren un comité multidisciplinar para seleccionar su tratamiento. Este es el primer estudio que relaciona opiniones de pacientes onco-hematológicos con criterios de evaluación de EMA.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1944. CLINICAL AND ECONOMIC IMPACT OF 32 YEARS OF ART FOR HIV IN SPAIN: HAS IT BEEN AN EFFICIENT INTERVENTION?

AUTORES

JARRÍN VERA I, PÉREZ-ELÍAS MJ, PODZAMCZER PALTER D, VENTAYOL BOSCH P, RUBIO-RODRÍGUEZ D, RUBIO-TERRÉS C
HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES. CTRA. VALLDEMOSA, 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Despite the introduction of the 1st antiretroviral treatment (ART) in 1987, which provided better control of HIV/AIDS disease, no significant impact on disease progression and mortality reduction was observed until 1996 with the combination of three or more drugs. Since then, ART has provided a significant outcome improvement for people living with HIV in Spain. However, ART profitability has not yet been assessed. The aim of this study is to estimate the clinical and economic impact of ART in Spain over a 32-year period (1987-2018).

MATERIALES Y MÉTODOS

A cost-benefit analysis using a second-order Monte Carlo simulation model was performed, from both a social (base case) and a Spanish National Health System (NHS) perspective. New cases of HIV, AIDS and associated deaths in Spain were obtained from both the Spanish HIV Surveillance System (SINIVIH) and UNAIDS (Spectrum-Avenir Health). Local projections of new HIV cases, AIDS cases, and AIDS-related deaths in a scenario without ART were estimated by triple exponential smoothing. HIV and AIDS cases averted and deaths prevented, were estimated. ART expenditure and the benefits of avoiding HIV infections and AIDS cases were obtained from the National AIDS Plan assessment reports and Market Research data. The monetary value of a life was estimated as the local annual GDP per capita. Data and model's assumptions were validated by a panel of 4 Spanish experts.

RESULTADOS

The NHS invested 6,185 million euros on ART over 32 years. In that period, 323,651 AIDS-related deaths, 500,129 AIDS cases and 161,417 HIV cases were averted, with total savings of 41,998 million euros. The net benefit (net savings) associated with these results is estimated at 35,812 (95%CI 24,353-50,131) million euros (social perspective) and 1,032 (95%CI 1,007-1,097) million euros (NHS perspective). ART is a profitable investment as it would render benefit/cost ratios of 6.79 (95%CI 5.39-8.35) and 1.17 (95%CI 1.16-1.18) from a social and NHS perspective, respectively

CONCLUSIONES

The use of ART over 32 years in Spain has greatly reduced AIDS-related deaths as well as new HIV and AIDS cases, while simultaneously providing significant economic savings to the NHS, becoming one of the most profitable interventions for the NHS and the society

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1990. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA DOSIS DE HIERRO ENDOVENOSO CALCULADAS A PARTIR DE LA FICHA TÉCNICA Y LA FÓRMULA GANZONI.

AUTORES

MORLA CLAVERO G, GARCIA DEL VALLE I, SANMARTIN SUÑER M, ARTAZA MIÑANO G, VAL PRAT L, BARONET JORDANA G, MARCOS PASCUA P, GARCIA BATLLE C
HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA. PEDRO I PONS, 1. BARCELONA

OBJETIVOS

La administración de hierro endovenoso es una pieza clave en la ferroterapia de aquellos pacientes no candidatos a recibir hierro oral por intolerancia, ineficacia, por presentar anemias ferropénicas refractarias o por urgencia en la reposición (3).

El objetivo de este estudio es determinar si existen diferencias significativas entre las dosis de hierro endovenoso calculadas según las recomendaciones de la Ficha técnica y las calculadas a partir de la Fórmula de Ganzoni.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de las dosis de hierro carboximaltosa pautadas en un hospital de tercer nivel de 350 camas, durante un período de 6 meses.

Se elaboró una base de datos en la que se incluyeron variables sociodemográficas (historia clínica, sexo) y clínicas (peso, hemoglobina del paciente, dosis de hierro endovenoso pautada).

A partir de estos datos se determinaron las dosis de hierro que los pacientes deberían recibir siguiendo las recomendaciones de la Ficha técnica (4,5) y la Fórmula de Ganzoni (1,2). Los cálculos de la fórmula de Ganzoni se realizaron utilizando una hemoglobina (Hb) diana de 12 y 13mg/dl (considerados valores de normalidad en mujeres y hombres respectivamente) y una de 15mg/dl (valor original recomendado en la fórmula para ambos sexos), ambos utilizados en la práctica clínica.

Para la comparación de los resultados obtenidos con las dosis de hierro pautadas, se realizó un análisis estadístico con una significación del 95% mediante la prueba no paramétrica U de Mann Whitney

RESULTADOS

Se obtuvieron datos de un total de N=131 pacientes, de los cuales el 39% fueron hombres y el 61% mujeres.

Las dosis medias de hierro calculadas a través de la fórmula de Ganzoni fueron de 1139±43mg en hombres y 939±35mg en mujeres para una Hb diana de 12 y 13 mg/dl y de 1500±48mg en hombres y 1415±44mg en mujeres cuando Hb diana =15mg/dl. Los resultados obtenidos por medio de Ficha técnica fueron dosis de 1640±40mg en hombres y 1582±42mg en mujeres.

Independientemente del valor de hemoglobina diana utilizado, en más del 75% de los pacientes las indicaciones de la ficha técnica supusieron una dosis superior respecto a las calculadas por medio de la fórmula de Ganzoni. Esta diferencia fue significativa ($p < 0,05$) cuando la hemoglobina diana utilizada en la fórmula fue de 12 y 13mg/dl pero no para un valor de referencia de 15mg/dl.

Finalmente, partiendo de la base de que en la Historia Clínica no consta el método utilizado, un 80% de las dosis pautadas se aproximaron mayoritariamente a la Fórmula de Ganzoni 12/13, un 5% a la misma fórmula con Hb diana 15mg/dl y un 15% a la Ficha Técnica.

CONCLUSIONES

Las dosis de hierro endovenoso obtenidas mediante las recomendaciones de la Ficha técnica implican una dosis superior respecto a las calculadas por medio de la Fórmula de Ganzoni, diferencia que es significativa cuando se toman 13 y 12mg/dl, como valores de hemoglobina diana en la fórmula.

Esta diferencia pone de manifiesto la necesidad de unificar los valores de referencia de la fórmula de Ganzoni, así como de elaborar un protocolo interno que garantice la adecuada prescripción.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2009. EFECTIVIDAD REAL DE LOS TRATAMIENTOS OFF-LABEL EN ONCO-HEMATOLOGÍA

AUTORES

MANDILEGO GARCIA A, CALDERÓN HERNANZ B, VILANOVA BOLTÓ M, NIGORRA CARO M, GONZÁLEZ MORCILLO G, PÉREZ DE AMEZAGA TOMÁS L, PARERA PASCUAL MM
HOSPITAL SON LLATZER. CTRA. MANACOR, KM 4. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Comparar si la efectividad obtenida con los tratamientos off label de oncología y hematología se asemeja a la publicada en la bibliografía. Establecer si el ECOG, la línea de tratamiento o el grado de evidencia científica condicionan el resultado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron retrospectivamente, todos los resultados obtenidos con los tratamientos off label autorizados por la Comisión Farmacoterapéutica (CFT) desde enero 2018 hasta diciembre 2019. Se compararon con los resultados de eficacia según la bibliografía científica que sustentaba su solicitud.

Se consultaron los informes técnicos de los farmacéuticos para su evaluación por la CFT, la base de datos de seguimiento de resultados de la CFT y la Historia clínica electrónica (HPHCISv.3.8).

Se utilizó el software SPSSv.23 para el análisis de datos. Estudio descriptivo con medidas de centralización y de frecuencia. Para la inferencia se aplicó chi-cuadrado.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, ECOG, patología, fármaco, línea de tratamiento, grado de evidencia científica basada en el GRADE working group y variable de respuesta en base al objetivo propuesto por el clínico que realizó la solicitud.

RESULTADOS

Se aprobaron un total de 32 solicitudes (18 de oncología y 14 de hematología).

La edad media fue de 65±12 años y el 56% eran hombres.

Un 41% de los pacientes presentaban ECOG 0, un 50% ECOG 1 y un 9% ECOG= 2

En oncología se observaron los siguientes tumores : pulmón (n=7), mama (n=5), colon (n=1), anal (n=1), hepatocelular (n=1), cervix (n=1), páncreas (n=1) y tumor de origen desconocido (n=1). En hematología las patologías fueron: leucemias (n=6), linfomas (n=3), trombopenia (n=2), mieloma múltiple (n=1), síndrome Rendu Osler (n=1) y síndrome Sezary (n=1).

Los fármacos solicitados fueron: nivolumab (n=5), pembrolizumab (n=3), capecitabina (n=3), palbociclib (n=1), temsirolimus (n=1), olaparib (n=1), irinotecan (n=1), atezolizumab (n=1), regorafenib (n=1) y crizotinib (n=1) en oncología. Venetoclax (n=5), brentuximab+bendamustina (n=2), eltrombopag (n=2), bevacizumab (n=1) pembrolizumab (n=1), rituximab (n=1), ruxolitinib (n=1) y daratumumab (n=1) en hematología.

El 9% fueron neoadyuvancias, el 44% 2ª líneas, el 19% 3ª líneas, el 13% 4ª líneas, el 9% 5ª líneas, el 3% 7ª línea y el 3% 9ª

línea.

De todas las solicitudes presentadas el 31% tenían un grado de evidencia alta, el 37,5% moderada y el 12,5% baja y el 19% muy baja.

Un 25% de los pacientes lograron los mismos resultados de eficacia contemplada en la bibliografía (el 44% de oncología y ninguno de hematología), y un 50% no los alcanzaron. El 25% no pudo ser valorado bien por retirar el tratamiento por toxicidad o por no haber transcurrido el tiempo suficiente para medir la respuesta.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre respuesta al tratamiento y el ECOG (chi-cuadrado=5,397, grados libertad (df)=4 p=0,249) o la línea de tratamiento (chi-cuadrado=10,238, df=6 p=0,115). Si hubo asociación con el grado de evidencia científica (chi-cuadrado=20,400, df=6 p=0,002).

CONCLUSIONES

La efectividad obtenida con los tratamientos off label de oncología y hematología es muy inferior a la publicada en la bibliografía, especialmente en pacientes hematológicos.

La respuesta al tratamiento se ve influida por el grado de evidencia científica aportado en la bibliografía

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2082. SACUBITRILO-VALSARTAN EN EL MEDIO HOSPITALARIO: RESULTADOS PRELIMINARES EN UN HOSPITAL GENERAL

AUTORES

MARTÍNEZ SOTO AM, PASTOR MONDÉJAR C, SALAR VALVERDE I, AGUILAR MOÑINO E, CABALLERO REQUEJO C, GIL CANDEL M, ONTENIENTE CANDELA M, URBIETA SANZ E

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS

Los objetivos del estudio fueron analizar la adecuación de los inicios de tratamiento con sacubitrilo-valsartán (SAC-VAL) en un hospital de referencia de área tras su inclusión en la guía farmacoterapéutica, así como evaluar su efectividad y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado entre enero de 2019 y enero de 2020, en pacientes hospitalizados con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (IC) en los que se inició tratamiento con SAC-VAL.

Se analizó el grado de adecuación a las condiciones de prescripción acordadas por la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT): pacientes con IC sintomática (grado II-III de la New York Heart Association (NYHA)) estable, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) < 35%, niveles elevados de péptidos natriuréticos (NT-ProBNP) y mal control pese al tratamiento IECA o ARA-II + betabloqueantes (B-Bloq) + antagonistas de aldosterona (AA) a dosis máximas toleradas. Se comprobaron también los parámetros analíticos recomendados para la seguridad del tratamiento (nivel sérico de potasio (K+) < 5,4mEq/L, tensión arterial sistólica (TAS) > 100mmHg, aclaramiento de creatinina (ClCr) > 30 ml/min) y el manejo correcto del mismo: aumento de dosis progresivo según tolerancia, no concomitancia con IECA/ARA-II y lavado de 36h en caso de tratamiento previo con IECA. Los datos demográficos y clínicos fueron obtenidos del programa de prescripción electrónica (Mira) y de la historia clínica informatizada (Selene).

Por otra parte se comprobó si hubo algún reingreso hospitalario en los 3 meses posteriores al inicio de SAC-VAL, por diagnóstico relacionado con la IC.

RESULTADOS

Se incluyeron 35 pacientes con una media de edad de 68,4 años, siendo el 71,4% hombres. Todos los pacientes iniciaron con la dosis menor disponible (24/26 mg). El 100% tuvieron un NT-ProBNP > 200pg/ml pero solo el 65,7% de los pacientes presentaron una FEVI < 35% y el 82% NYHA grado II-III (registrado en el 80%). Únicamente el 40% de los pacientes habían recibido tratamiento previo con la combinación IECA/ARA-II+B-Bloq+AA, sin alcanzar en ningún caso las dosis óptimas.

Todos los pacientes presentaron un K+ sérico < 5,4mEq/L pero 2 pacientes presentaban TAS al inicio < 100mmHg, y 2 pacientes ClCr < 30ml/min. En el 35% de los 17 pacientes que estuvieron en tratamiento previo con IECA no se realizó el periodo de lavado de 36h previo al inicio, reportándose 1 caso de angioedema.

En 5 pacientes (14,3%) el tratamiento fue suspendido (2 hipotensión, 2 IR en diálisis o pre-diálisis, y 1 éxitus durante el ingreso).

Se registraron un 54,3% de los pacientes con reingreso en los 3 meses posteriores, con diagnóstico asociado a patología cardiaca en el 68,4% de los mismos. Dos pacientes fueron éxitus durante ese periodo.

CONCLUSIONES

Un bajo porcentaje (22,8%) de los inicios de tratamiento se adecuaron a las condiciones de prescripción establecidas, por lo que se debe plantear una acción de mejora, principalmente dirigida a la optimización del tratamiento previo (causa principal de incumplimiento).

Un porcentaje importante de los pacientes reingresaron por patología cardíaca en menos de 3 meses. Estos resultados sugieren una mediocre efectividad del tratamiento en nuestros pacientes, quedaría por establecer su relación con el uso inadecuado para lo que se necesitarían estudios más amplios.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2084. RESULTADOS EN SALUD DE SECUKINUMAB EN PSORIASIS: SEGUIMIENTO DE ESQUEMA DE PAGO POR RESULTADOS

AUTORES

DEL RÍO ORTEGA P, ROGADO VEGAS B, ARAGÓN GRACIA I, ALONSO PERALTA CÁ, GÓMEZ GÓMEZ D, SÁNCHEZ GUNDÍN J, ILLARO URANGA A, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AV. VALDECILLA, 25. CANTABRIA

OBJETIVOS

Secukinumab, aprobado por la Agencia Europea del Medicamento en 2015 para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos candidatos a tratamiento sistémico, es un anticuerpo monoclonal humano contra la interleuquina 17A. El objetivo del estudio es analizar la eficiencia de secukinumab en psoriasis grave a partir del seguimiento de un esquema de pago por resultados en salud (EPR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo de pacientes que fueron tratados desde diciembre de 2017 a abril de 2020 con secukinumab para el tratamiento de psoriasis moderada- grave en un hospital de tercer nivel. Las variables recogidas fueron número de líneas biológicas previas, meses de tratamiento y motivo de suspensión. Se estableció como variable principal de eficacia el tiempo de persistencia con el fármaco. La variable secundaria fue el análisis de la diferencia de coste que implicaba aplicar el EPR con respecto a no aplicarlo sobre el precio final. Los datos se obtuvieron del módulo de historia clínica electrónica y del programa de Prescripción Electrónica Asistida. Todo el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS (versión 22).

RESULTADOS

Se reclutaron 135 pacientes estratificados según el número de tratamientos biológicos previamente utilizados: ninguno (11,9%), 1 (42,9%), 2 o más (45,2%). En la fecha fin del estudio, 82 pacientes (60,7%) continuaban en tratamiento sin que se alcanzara la mediana de persistencia del tratamiento. La tasa de persistencia a las 24 semanas (129 pacientes) fue del 74,4% mientras que a las 52 semanas (100 pacientes) fue del 53%. Analizando los subgrupos de líneas de tratamiento previo, la mediana de persistencia no se alcanzó para los naive a tratamiento biológico mientras que fue de 92 semanas para los tratados con 1 línea previa y de 57 semanas para los tratados con 2 o más líneas previas, sin que hubiese diferencias significativas entre ellos ($p=0,109$). Entre los motivos de suspensión del tratamiento, destacó la falta de eficacia con un 62,3% de los casos, seguido de aparición de efectos adversos (28,3%), preferencias del paciente (3,7%), falta de adherencia (1,9%), intento de embarazo (1,9%) y mejoría clínica (1,9%). La aplicación del EPR ha generado en este intervalo de tiempo un ahorro de 317.655 € (el coste sin EPR habría sido de 1.620.285 € y con la aplicación del mismo fue de 1.302.630 €).

CONCLUSIONES

Las tasas de persistencia de secukinumab en nuestra población son inferiores a las observadas en los ensayos pivotaes ERASURE y FIXTURE, aunque en este caso la variable de eficacia era PASI75. Esta menor efectividad respecto a la eficacia referenciada debería llevar a una reevaluación de los objetivos fijados en el EPR. Sería interesante formular EPR con variables clínicas de eficacia que permitan una comparación más veraz frente a los ensayos clínicos y mejore el registro médico de estas variables.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2087. EFICIENCIA DE LA REDOSIFICACIÓN DE CANAKINUMAB

AUTORES

DÍAZ RAMÓN M, BOSÓ RIBELLES A, CANO MOLINA JÁ, RUIZ GÓMEZ A, SAEZ GARRIDO M, LAORDEN CARRASCO A, MARTINEZ IBAÑEZ MA, GOLNABI DOWLATSHAHI F
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXA. CARRETERA MADRID-CARTAGENA S/N. MURCIA

OBJETIVOS

El uso de canakinumab en pacientes pediátricos plantea la necesidad de redosificar la presentación comercializada de 150mg para evitar su manipulación, disminuir los posibles errores de dosificación y aumentar la eficiencia.

La coordinación entre Servicio de Reumatología infantil y el Servicio de Farmacia a la hora de hacer coincidir el día de administración de canakinumab a los pacientes en tratamiento, ha permitido la optimización de su uso. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficiencia de esta redosificación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel dotado de sala blanca. Se incluyeron todos los pacientes pediátricos tratados con canakinumab a dosis inferiores a 150mg entre el 1 enero y 31 diciembre de 2019. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico, dosis preparada por paciente, número de redosificaciones por paciente y número de viales de canakinumab utilizados.

Se calculó el coste real de los tratamientos con redosificación y el coste teórico del tratamiento sin redosificación.

Las fuentes de información utilizadas fueron el programa electrónico de dispensación a Pacientes Externos y el programa de gestión de mezclas.

Al tratarse de un fármaco no incluido en la guía farmacoterapéutica del hospital y ser de alto impacto económico, todos los tratamientos fueron aprobados previamente por Dirección Médica.

RESULTADOS

Se analizaron 5 pacientes, con una media de 4,8 años (rango 3-7), el 20% (n=1) niñas y el 80% (n=4) niños. Los diagnósticos que presentaban los pacientes fueron: Artritis idiopática juvenil (n=2), Síndrome de hiperinmunoglobulina D (HIDS) (n=2) y síndrome periódico asociado al factor de necrosis tumoral (TRAPS) (n=2).

La media de redosificaciones por paciente fue de 11,2 (6-13) y la dosis media prescrita fue de 61,55 mg (rango 26 – 113). Se utilizaron 32 viales de 150mg para realizar 56 redosificaciones. El coste real de los tratamientos con redosificación fue

de 253.968€, el coste teórico si no se hubieran realizado las redosificaciones sería de 444.444€.

Por tanto, el uso de jeringas precargadas redosificadas de canakinumab, ha supuesto un ahorro de 24 viales de canakinumab en un año (190.476€).

CONCLUSIONES

La redosificación en farmacia de canakinumab para pacientes pediátricos, además aumentar la seguridad al evitar la manipulación y posibles errores de dosificación, ha supuesto un ahorro razonable.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2088. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ÁCIDO OBETICÓLICO EN COLANGITIS BILIAR PRIMARIA: REAL WORLD EVIDENCE

AUTORES

TEJEDOR TEJADA E, PORTILLO-HARO S, TEJEDOR-TEJADA J, ALFEREZ GARCIA I, SIERRA GARCIA F
COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS. CALLE HERMANDAD DE DONANTES DE SANGRE, S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS

Analizar la experiencia del uso de ácido obeticólico como regulador de la síntesis de ácidos biliares, en varios hospitales de tercer nivel con el objeto de determinar su eficacia y seguridad en una cohorte real de pacientes con cirrosis biliar primaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico observacional retrospectivo que incluyó los pacientes tratados con ácido obeticólico durante un período de 24 meses (desde junio 2018 hasta abril 2020). Se incluyeron en el estudio 28 pacientes, de los cuales 24 eran mujeres y 4 hombres, la mediana de edad fue de 53 años.

- La eficacia se evaluó mediante los niveles sanguíneos de fosfatasa alcalina (FA), bilirrubina (BRB), gamma glutamiltranspeptidasa (GGT), inmunoglobulina M (Ig M).

- Para medir la seguridad se evaluó como principal reacción adversa el prurito, mediante la escala intensidad del picor (cuestionario ISS).

RESULTADOS

Tras un periodo de 24 meses en el que se realizaron analíticas de control a los 6 meses y al año de tratamiento para seguir la evolución de los pacientes, se obtuvieron los siguientes resultados: disminución 50 unidades por litro U/L de media para FA, disminución 0,09 mg/dl de media para la BRB, disminución al menos 90 U/L para la GGT y disminución de 150 miligramos por decilitro de media en el caso de la inmunoglobulina M.

Respecto a la seguridad, el 78,57% de los pacientes no presentaron reacciones adversas asociadas al medicamento (RAM). Las principales RAM fueron prurito (principal evento adverso indicado en la ficha técnica), astenia y cefalea. Un total de 5 pacientes tuvieron que abandonar el tratamiento.

CONCLUSIONES

Debido a los resultados obtenidos tras las analíticas realizadas durante el seguimiento a los pacientes podemos afirmar que el uso de ácido obeticólico supone una buena alternativa en el tratamiento para la cirrosis biliar primaria

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2126. ADHERENCIA A LAS CONDICIONES DE INCLUSIÓN EN GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: A PROPÓSITO DE LA TINZAPARINA

AUTORES

SÁNCHEZ SANCHO P, LALUEZA BROTO P, JUÁREZ GIMÉNEZ JC, VILLAR CASARES M, BOSCH M, ALERANY PARDO C, GORGAS TORNER MQ, P
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. PASSEIG DE LA VALL D'HEBRON, 119, BARCELONA. BARCELONA

OBJETIVOS

La Comisión de Farmacia (CF) se encarga de la evaluación de aquellos fármacos que se solicita introducir en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) del hospital. En muchos casos, la aprobación de nuevos fármacos viene acompañada de una serie de condiciones que regulan su prescripción intrahospitalaria.

La inclusión de tinzaparina en la GFT del hospital se aprobó a finales de 2018 para la profilaxis secundaria en paciente oncológico que había sufrido un evento tromboembólico venoso. Se incluyeron en guía todas las presentaciones disponibles para el tratamiento de la trombosis venosa profunda: 10.000, 12.000, 14.000, 16.000 y 18.000 UI.

En el presente estudio se quiso realizar un seguimiento de la prescripción de tinzaparina en el hospital, con la finalidad de valorar la adecuación a las condiciones de prescripción preestablecidas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se estableció un equipo multidisciplinar formado por miembros de la CF (farmacia, farmacología clínica y medicina interna), con la finalidad de seleccionar las variables a analizar y evaluar los resultados obtenidos.

Se realizó un análisis retrospectivo de todas las prescripciones de tinzaparina en nuestro hospital desde el momento de su inclusión en la GFT (12/2018) hasta 09/2019. Los datos se obtuvieron de la historia clínica (SAP®) y del programa de prescripción electrónica (SILICON®).

Se registraron variables: biodemográficas, relativas a la hospitalización y farmacológicas.

RESULTADOS

Se incluyeron 61 pacientes (31 mujeres), con una edad mediana de 63 (55-75) años.

Durante el periodo de estudio se administraron 502 dosis de tinzaparina, que corresponde a: 14.000 (64%), 16.000 (22%), 18.000 (10%), 10.000 (2%) y 12.000 UI (1%).

El 88% de las prescripciones corresponden a pacientes oncológicos. El 12% restante corresponden a servicios de urgencias (36%), digestivo (18%), obstetricia (18%) y otros servicios (28%).

CONCLUSIONES

Los resultados se presentaron a la CF, quien concluyó que la adherencia a las recomendaciones de prescripción de tinzaparina eran satisfactorios (88%). De acuerdo con los servicios implicados, se propuso eliminar las presentaciones menos usadas (10.000 y 12.000) con la finalidad de optimizar la gestión de compras y caducidades así como prevenir los errores de prescripción, dispensación o administración derivados de la existencia de múltiples presentaciones de un mismo fármaco.

Esta prueba piloto ha generado un modelo de seguimiento farmacoterapéutico con objeto de promover un uso eficiente y acorde a las condiciones pactadas en la CF de los nuevos fármacos incluidos en la GFT.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2133. VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE IDARUCIZUMAB

AUTORES

GARCÍA LLORET P, CANTUDO CUENCA MD

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. CARRETERA DE SEVILLA-CÁDIZ KM 548'9.

OBJETIVOS

Analizar efectividad y seguridad de idarucizumab en la reversión del efecto anticoagulante de dabigatrán así como evaluar la adecuación a los criterios de utilización establecidos por un grupo multidisciplinar en un hospital de especialidades.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, unicéntrico, realizado en un hospital de especialidades, entre mayo de 2017-marzo de 2020. Se incluyeron pacientes que habían recibido idarucizumab para el tratamiento inductor de la reversión rápida del efecto anticoagulante de dabigatrán, previo a intervención quirúrgica o procedimiento cruento inaplazable, o casos de hemorragia no controlada grave. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), indicación, tiempo desde la última toma de dabigatrán, función renal, tiempo de reptilase (TR), tiempo de trombina (TT) y tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA) antes y después del tratamiento, anticoagulante prescrito tras reversión, variables de seguridad (muerte relacionada con un evento trombotico y hemorragia). La efectividad del tratamiento se evaluó como la normalización del TTPA. El tratamiento se consideró adecuado según los siguientes criterios:

- No indicado:

- TR, TT y TTPA elevados: posible hipo-disfibrinogemia.

- TR, TT y TTPA normales: no efecto anticoagulante (EF).

- TR, TT normales y TTPA elevado: no EF, considerar otras causas.

- TR, TTPA normales y TT elevado: EF mínimo.

- Individualizar decisión:

- TR normal y TT, TTPA elevados: EF moderado si TTPA menor a 1.5 veces el valor control.

- Indicado:

- TR normal y TT, TTPA muy elevados: EF patente si TTPA mayor o igual a 1.5 veces el valor control.

Los datos se obtuvieron mediante revisión de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS

Se incluyeron 9 pacientes (66,6% hombres) cuya mediana de edad fue 79 años (RIQ 75-81). En el 55,6% (n=5) de los pacientes se administró por hemorragia grave [gastrointestinal (n=3) e intracraneal (n=2)] y en el 44,4% (n=4) por intervención quirúrgica (embolectomía, colecistectomía, nefrectomía percutánea y gastrectomía programada). La última dosis de dabigatrán administrada superaba las 14 horas en el 44,4% (n=4) de los pacientes y en el resto se desconocía. Todos los pacientes tenían la función renal alterada excepto uno. El 44,4% (n=4) de los pacientes tenían un TTPA $\geq 1,5$ veces el valor normal antes de la administración de idarucizumab, el 22,2% (n=2) un TTPA $< 1,5$ veces y el 33,3% (n=3) un valor de TTPA en rango. En ningún caso se tuvo que repetir la administración. Todos los pacientes con TTPA elevado, tras la administración, se situaron en rango. Dos pacientes tuvieron hemorragia y otro falleció por eventos tromboticos a los 90 días de tratamiento. El 33,3% (n=3) de los pacientes reiniciaron tratamiento con dabigatrán. El grado de adecuación fue 55,6% (n=5). El diagnóstico de los pacientes que incumplieron los criterios fue: 50% (n=2) hemorragia grave y 50% (n=2) por intervención quirúrgica (gastrectomía programada y colecistectomía).

CONCLUSIONES

Idarucizumab se muestra como un tratamiento seguro y efectivo para revertir el efecto anticoagulante de dabigatrán, con la cautela que exige el bajo tamaño muestral. El grado de adecuación al protocolo local fue moderado. Los resultados obtenidos han permitido detectar áreas de mejora que ayuden a la toma de decisiones, principalmente en procedimiento quirúrgico.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2266. ADECUACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA A LOS CRITERIOS DE FINANCIACIÓN

AUTORES

ALVAREZ NONAY A, TRIGO VICENTE C, CABIA FERNANDEZ L, GIMENEZ FEBRER MA, BANDRES LISO AC, BESTUE CARDIEL M

UNIDAD DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO DE ARAGON. DEPARTAMENTO DE SANIDAD. ZARAGOZA

OBJETIVOS

El tratamiento profiláctico con anticuerpos frente al receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) o su ligando se han incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (SNS) para aquellos pacientes con 8 o más días de migraña/mes (migraña episódica (ME) con alta frecuencia de crisis y en pacientes con migraña crónica (MC)) y 3 o más fracasos de tratamientos previos utilizados a dosis suficientes durante al menos 3 meses, siendo uno de estos tratamientos toxina botulínica en el caso de MC. En Aragón la solicitud de tratamiento con estos fármacos se realiza de forma individualizada a través de la Comisión de Evaluación de Medicamentos de la Comunidad Autónoma.

- Evaluar el grado de adecuación de las solicitudes individualizadas de tratamiento a los criterios de financiación
- Describir el perfil de los pacientes con migraña para los cuales se ha solicitado tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de las historias clínicas para los cuales se ha solicitado tratamiento con anticuerpos monoclonales frente al receptor del péptido relacionado con el CGRP o su ligando para la prevención de la migraña desde octubre de 2019 a mayo de 2020.

Los datos fueron obtenidos de la Historia Clínica Electrónica. Variables: demográficas, tipo de migraña, tratamientos profilácticos previos, número de ciclos de toxina botulínica recibidos previamente, número de años desde el diagnóstico, número de días de migraña/mes, situación basal de la migraña previa al tratamiento recogida a través de las escalaS: HIT-6 (Headache Impact Test), escala MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale)

El análisis de los datos se realizó mediante el programa informático SPSS v.15

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se ha solicitado tratamiento con anticuerpos monoclonales para el tratamiento profiláctico de la migraña en 106 pacientes, de los cuales el 80%(85) eran mujeres. Mediana de edad: 49 años (RIC:40 -57). El 97,2% (103) de los pacientes presentaban diagnóstico de MC, 1,9% (2) ME, 0,9 % (1) cefalea en racimos. Mediana de años desde el diagnóstico: 11 años (RIC: 6-20). En el 69,8% de las peticiones se solicitaba tratamiento con anticuerpo frente receptor y el 30,2% frente al ligando del CGRP

Respecto a los tratamientos profilácticos previos; la mediana fue de 4 (RIC:3-5). El 60,4% de los pacientes habían recibido como primer tratamiento antidepressivos tricíclicos, como segundo tratamiento el 80,2% de los pacientes habían recibido antiepilépticos y como tercer tratamiento el 98,1% habían recibido betabloqueantes.

El 82,1% de los pacientes habían recibido tratamiento previo con toxina botulínica, siendo la media de ciclos recibidos de $7,6 \pm 6,8$ ciclos. Respecto al estado basal de la migraña: media escala HIT-6: $69,1 \pm 7,1$, media escala MIDAS: $70,2 \pm 75$ puntos. La mediana nº días migraña/ mes:15 (RIC: 9-16).

El 82% de las solicitudes cumplían criterios de financiación.

CONCLUSIONES

Se observa un elevado grado de adecuación de las solicitudes de tratamiento a los criterios de financiación establecidos por el Ministerio de Sanidad; ya que un elevado número de pacientes para los cuales se ha solicitado tratamiento son pacientes con discapacidad grave provocada por migraña y fracaso a múltiples tratamientos previos

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2286. ESTUDIO MULTICÉNTRICO PARA EVALUAR RESULTADOS EN SALUD DE EVOLOCUMAB

AUTORES

HERNÁNDEZ ROJAS S, RAMOS SANTANA E, DORTA VERA D, DOMÍNGUEZ FARIÑA A, MERINO ALONSO J, DIAZ RUIZ MDP, NAZCO CASARIEGO GJ, SUÁREZ GONZÁLEZ M

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CARRETERA EL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Evaluar los resultados en práctica clínica del uso evolocumab en hospitales de una comunidad autónoma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, observacional, longitudinal y descriptivo de la serie de casos tratados con evolocumab desde marzo del 2015 hasta septiembre del 2019 de tres hospitales en una comunidad autónoma.

Los datos analizados fueron: edad, sexo, duración de tratamiento, tabaquismo, diabetes, tratamiento hipolipemiente concomitante, plumas dispensadas, coste del tratamiento, evento isquémico y niveles de colesterol total (CT), LDL (c-LDL) y HDL (c-HDL), triglicéridos (TG), lipoproteína A (LP-A) y apolipoproteína B (APO-B).

Los datos han sido extraídos de la historia clínica electrónica a través del programa DRAGOE[®] y se realiza estadística descriptiva mediante el programa SPSS[®] V25.

RESULTADOS

Han sido tratados 41 pacientes, de los cuales 6 no continúan en tratamiento: 3 por intolerancia al fármaco, 1 por traslado de domicilio, 1 por exitus y 1 por causa desconocida.

De los 35 pacientes restantes: el 54,3% son mujeres, con edad media de 58 ± 8 años, el 25,7% son diabéticos y un 17,1% fumadores. Todos se han tratado con evolocumab 140 mg bisemanal:

13 de los pacientes utilizaron monoterapia, 10 biterapia y 12 triterapia.

La mediana de la duración de tratamiento es de 16 [12,37] meses.

En los datos obtenidos de las últimas analíticas se obtiene que:

- El nivel basal medio de CT fue de 166 mg/dl, el % medio de reducción fue de 29,5.
- El nivel basal medio de c-LDL fue de 76 mg/dl y el % medio de reducción fue de 45.
- El nivel basal medio de TG fue de 198 mg/dl y el % medio de aumento fue de 6.
- El nivel basal medio de c-HDL fue de 52 mg/dl y el % medio de aumento fue de 2.

Solo se ha hecho seguimiento de LP-A y APO-B en el 40% de los pacientes.

- El nivel basal medio de LP-A y APO-B fue de 43 y 38 mg/dl y el % medio de reducción fue de 9 y 54.

En cuanto a eventos isquémicos, antes del inicio del evolocumab un 62,9% (22) de los pacientes habían tenido algún evento: 54,5% infarto de miocardio, 22,7% revascularización, 13,6% angina inestable y un 9,1% cardiopatía isquémica. De estos 22 pacientes, 3 tuvieron otro evento isquémico después de iniciar con evolocumab: 1 angina inestable, 1 infarto cerebral y 1 infarto de miocardio. El resto de los pacientes se mantiene estable.

Según la calculadora Framingham, la mediana de riesgo al inicio era del 13% [8-20], mientras que ahora es del 9,85% [4-16].

Evolocumab presenta un buen perfil de seguridad, siendo bien tolerado en el 92,68% (n=38) de los pacientes tratados.

CONCLUSIONES

Evolocumab redujo significativamente los niveles de c-LDL relacionado con la disminución del riesgo cardiovascular Framingham. En nuestra población, podemos establecer que la eficacia del tratamiento es elevada, teniendo en cuenta los mismos end-points de los ensayos clínicos. Hay relación entre la reducción del riesgo según la calculadora Framingham y la disminución de los eventos isquémicos tras el inicio del fármaco en nuestra serie de casos.

La monitorización de niveles de LP-A y APO-B debería incorporarse en el seguimiento de la respuesta clínica.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2307. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD, EFECTIVIDAD Y ADHERENCIA DE LOS TRATAMIENTOS CON EVOLOCUMAB Y ALIROCUMAB: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

AUTORES

BALET DUAT A, ALONSO CASTELL P, ROYUELA JUNCADELLA M, SALA VILAJOSANA N
ALTHAIA XARXA ASSISTENCIAL DE MANRESA. C/DR JOAN SOLER 1-3. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad, seguridad y adherencia al tratamiento con inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/Kexina tipo 9 (IPCSK9), evolocumab y alirocumab, en los pacientes tratados en la unidad de lípidos durante 3 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes tratados con IPCSK9 desde mayo 2016 hasta febrero 2019. La indicación y seguimiento de los tratamientos IPCSK9 está centralizada en la unidad de lípidos. Cada paciente candidato a tratamiento es aprobado por la Comisión Farmacoterapéutica del hospital. El farmacéutico está integrado en el equipo y realiza visitas de inicio y seguimiento.

Para evaluar la efectividad se calculó la proporción de pacientes cuyo valor de colesterol LDL (cLDL) había alcanzado su objetivo terapéutico en el primer control analítico realizado a los 3 meses de inicio tratamiento. Se recogió también el porcentaje de disminución de cLDL y los eventos cardiovasculares presentados (ECV).

La seguridad se evaluó a partir de los efectos adversos (EA). Los pacientes fueron informados al inicio y en sucesivas visitas se les preguntó al respecto.

La adherencia se evaluó a través de las dispensaciones realizadas por el Servicio de Farmacia

Las variables recogidas fueron: demográficas (sexo, edad), dosis estatinas asociadas, indicación, número factores de riesgo cardiovascular asociados (hipertensión, diabetes, lipoproteína a, obesidad, tabaquismo, historia familiar), niveles de cLDL antes de iniciar el tratamiento, a los 3 meses y en el momento del estudio, nivel cLDL objetivo terapéutico, EA y ECV.

RESULTADOS

Un total de 23 pacientes (52% Hombres) iniciaron tratamiento: 15 evolocumab y 8 alirocumab; con una edad media de 54,4 (SD 8,6) años en hombres y 62,8 (SD 8,0) años en mujeres; promedio número de factores de riesgo asociados: 2,2; 12 pacientes estaban en tratamiento concomitante con estatinas: 8 (35%) a dosis totales, 4 (17%) a dosis parciales y 11 (48%) sin tratamiento por intolerancia; indicación: 10 (43%) presentaban hipercolesterolemia familiar heterocigótica de los cuales 6 en prevención primaria y el resto 13 (57%) dislipemia mixta todos en prevención secundaria.

Efectividad: El cLDL disminuyó de promedio 61,2% a los 3 meses de tratamiento y 61,0% en el momento del estudio. Al tercer mes de tratamiento 18 (78%) pacientes alcanzaron niveles de cLDL acordes con el objetivo terapéutico y el 70% de los pacientes en el momento del estudio. ECV: 1 paciente sufrió un infarto al mes del inicio tratamiento y 1 paciente requirió inserción de stents.

Seguridad: El tratamiento fue en general bien tolerado. Tres pacientes presentaron EA que obligaron la retirada del tratamiento. Con evolocumab: diarreas en un paciente y cuadro pseudogripal con anosmia y rinitis en otro, con alirocumab: dolores musculares y debilidad. Se notificaron por tarjeta amarilla a farmacovigilancia.

Se detectó un descenso excesivo de cLDL en 3 pacientes que obligó a un ajuste de la medicación.

Adherencia: El promedio de adherencia según dispensaciones fue 95%.

CONCLUSIONES

Los IPCSK9 iniciados y seguidos por el equipo multidisciplinar fueron efectivos y seguros. Los pacientes han sido adherentes. Se ha conseguido niveles cLDL en objetivo terapéutico a los 3 meses del inicio en un alto porcentaje de pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2348. HIERRO CARBOXIMALTOSA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: ¿JUSTIFICADO?

AUTORES

SANCHEZ DORREGO L, MONTOLIU ALCÓN P, GALOFRÉ MESTRE L, DE TEMPLE PLA M, RUIZ GÓMEZ MA, PONS LLOBET N, GONZÁLEZ VALDIVIESO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR (HUSC). CARRER DE VILADOMAT, 288. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la utilización de hierro carboximaltosa (HC) en pacientes ingresados en un hospital de segundo nivel.

Analizar si el HC fue la opción que se ajustaba más, en cuanto a su dosificación, en comparación con el hierro sacarosa (HS).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de pacientes adultos ingresados en un hospital universitario de segundo nivel que recibieron tratamiento con HC desde enero 2018 hasta febrero 2020.

Las variables registradas fueron: sexo, edad, peso, tipo de anemia ferropénica (asociada a comorbilidad, a proceso quirúrgico o a hemorragia no quirúrgica), dosis requerida según fórmula de Ganzoni, dosis administrada, fecha de administración, fecha de alta hospitalaria y efectos adversos. Además, se registraron los niveles de hemoglobina (Hb; en g/dL) previos y posteriores a la administración.

Para evaluar la efectividad del tratamiento, se calculó la diferencia entre la media del valor de Hb previa a la administración del HC y la obtenida a las 4 semanas posteriores a ésta (seguimiento en consultas externas/atención primaria). Se consideró efectivo un aumento del nivel de Hb ≥ 2 g/dL.

Se comparó la dosis necesaria de hierro según la fórmula de Ganzoni frente a la dosis que se administró al paciente. Asimismo, se equiparó la capacidad de aporte de hierro del HC (hasta 1.000mg/semana) versus la del HS (200mg/día hasta un máximo 600mg/semana), según estos requerimientos.

Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas informatizadas del hospital y se analizaron con el programa Stata/IC v.14. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables más relevantes y un estudio comparativo entre las variables cuantitativas mediante la prueba t-student.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 67 pacientes (68,6% mujeres) con una edad media 75 años (rango 28-99). En el 64,2% de los casos la anemia se asoció a comorbilidad, en el 23,8% a un proceso quirúrgico y en el 12% a hemorragia no quirúrgica.

La estancia media desde la administración del HC hasta el alta hospitalaria fue de 7,4 días (SD=10). El 70% de los pacientes permanecieron ingresados ≤ 7 días. No se reportó ningún efecto adverso relacionado con la administración del HC.

Las dosis total media de hierro necesaria según fórmula de Ganzoni fue de 1.514,6mg (SD=427,5). En el 40,5% de los pacientes fue ≥ 1.500 mg.

La dosis total media administrada fue de 933mg. El 70,6% recibió una dosis de 1.000mg, el 22% de 500mg y el 7,4% una dosis > 1.000 mg.

Los valores medios de Hb previos y posteriores a la infusión de HC fueron: 8,8 (SD=1,4) versus 10,9 (SD=1,5), siendo el aumento estadísticamente significativo ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos, el HC se consideró efectivo y seguro, a pesar de que la media de dosis administrada fue inferior a la recomendada.

La utilización de HC fue la opción que más se ajustó por su capacidad de aporte de hierro en menor tiempo a los requerimientos individuales y a la estancia media de nuestros pacientes. Según la fórmula de Ganzoni todos los pacientes precisaron al menos 1.000mg de hierro, por lo que en una semana, con la alternativa de HS no se habrían cubierto las necesidades.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2384. UTILIZACION Y SEGURIDAD DE SACUBITRILLO/VALSARTAN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

JAVIER CASTRO I, FERNANDEZ MORATÓ J, MIEDES ALIAGA J, FERNANDEZ RIBAS C, PONSIRENAS MORENO M
CENTRO MÉDICO TEKNON. VILANA 12. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar el uso y seguridad de la combinación sacubitrilo/valsartan (S/V) tras su aprobación en la guía farmacoterapéutica de un hospital con la indicación de insuficiencia cardíaca crónica (ICC) sintomática con fracción de eyección reducida (FEr).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo realizado en un hospital privado de 260 camas. Se incluyeron los pacientes que recibieron durante el ingreso hospitalario S/V entre diciembre 2019 y mayo 2020 (6 meses). Las principales variables recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico al ingreso, características de la ICC, tratamiento previo al ingreso y tratamiento al alta. Durante el ingreso y a las 4 semanas del alta se efectuó un seguimiento clínico de los pacientes a partir de la Historia clínica informatizada.

RESULTADOS

En el periodo de seguimiento S/V fue prescrito a 37 pacientes: media de edad 72.9 años DS 11.1, rango 53-92 años, 24,3% (9) mujeres, 37.8% (14) con insuficiencia renal moderada-severa y todos ellos con ICC NYHA II-IV (etiologías: isquémica 20;54.1%, hipertensiva 17;45.9%, valvulopatía 6;16.2%, idiopática 2;5.4% y tóxica 1;2.7%), NT-proBNP > 125 pg/ml (media 8621 pg/ml DS 9383.0) y FEr < 40% (media 28.1% DS 7.0). Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron agudización de la ICC (19;51.4%) y síndrome coronario agudo (5;13.5%).

El 75.7% (28) de los pacientes iniciaron S/V durante el estudio, todos ellos con la presentación de 24/26mg cada 12 horas. Únicamente 9 pacientes (24.3%) que iniciaron S/V habían recibido previamente dosis óptimas de una IECA o ARaII más betabloqueante. Previamente al inicio de S/V, el farmacéutico alertó que en 2 pacientes (5.4%) el periodo de lavado tras la última dosis de IECA no era el suficiente (< 36 horas). En 2 pacientes (5.4%) se aumentó la dosis a 49/51mg en el mismo ingreso. A ningún paciente se le prescribió la presentación 97/103mg. Recibieron de media 13.7 dosis de S/V por estancia (aproximadamente 7 días de tratamiento en el ingreso). En 3 pacientes (8.1%) se tuvo que reducir la dosis de S/V 49/51mg por hipotensión arterial sintomática (2 casos) e hipercalemia (1 caso). En 4 pacientes (10.8%) se suspendió S/V por empeoramiento de la función renal (2 casos), hipotensión arterial sintomática (1 caso) y otro sin motivo específico. Durante el seguimiento se detectaron 2 reingresos (5.4%) y 2 fallecimientos (5.4%) relacionados con la enfermedad de base.

Tratamientos más habituales pautados al alta junto a S/V: 28 pacientes (75.7%) betabloqueantes, 27 (73.0%) diuréticos tiazídicos y/o del asa, 26 (70.3%) hipolipemiantes, 21 (56.8%) antagonistas del receptor de mineralocorticoides, 19 (51.4%) antiagregantes plaquetarios y 17 (45.9%) anticoagulantes orales.

CONCLUSIONES

En la práctica clínica de nuestro centro las dosis utilizadas de S/V están lejos de alcanzar las dosis plenas indicadas en ficha técnica y su prescripción habitualmente se produce en pacientes que no han recibido las dosis óptimas de los fármacos recomendados en primera línea.

Tras estos resultados se ha eliminado de la guía farmacoterapéutica la presentación de 97/103mg y se expondrán los problemas detectados en la próxima Comisión de Farmacia y Terapéutica del centro.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2427. ANÁLISIS DEL USO DE RITUXIMAB Y RITUXIMAB BIOSIMILAR FUERA DE INDICACIÓN AUTORIZADA

AUTORES

MEROÑO SAURA MA, NÁJERA PÉREZ MD, MEROÑO SAURA F, PACHECO LÓPEZ P, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ TM, CARVAJAL SÁNCHEZ M, CLAVIJOS BAUTISTA S, IBAÑEZ CATURLA J
HOSPITAL MORALES MESEGUER. AVDA. MARQUÉS DE VELEZ, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir la utilización del tratamiento con Rituximab (RTX) y rituximab-biosimilar (CT-P10) en diferentes usos fuera de indicación autorizada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo desde enero de 2016 a marzo de 2020, con seguimiento hasta mayo de 2020. Se incluyeron solicitudes de uso de RTX en indicación fuera de ficha técnica (FFT) aprobadas por el Servicio de Farmacia de nuestro hospital y por la comisión de farmacia y terapéutica del área de salud.

Las variables recogidas fueron: servicio peticionario, indicación, evidencia, efectividad y reacciones adversas. Los grados de evidencia se basaron en "GRADE for practice guidelines" de UpToDate®. La eficacia se valoró de acuerdo con la respuesta establecida en la bibliografía que avalaba la solicitud y la seguridad con la aparición de efectos adversos. Se utilizaron los programas informáticos prescripción electrónica e historia clínica electrónica. Los datos se recogieron de manera anonimizada.

RESULTADOS

Se recibieron un total de 60 solicitudes de tratamiento, 25 solicitudes de uso de RTX y 35 de CT-P10 fuera de ficha técnica de los siguientes servicios; 20 Hematología (33,3%), 18 Neurología (30%) y 10 medicina interna (16,6%), 12 de otros (20%). 7 no se administraron, 3 fueron rechazados y 4 por empeoramiento del paciente. Se administraron 22 RTX y 31 CT-P10.

Recibieron tratamiento 33 mujeres y 20 hombres con una mediana de edad de 50 (18-79) años. Recibieron una mediana de 2 ciclos de tratamiento (1-8).

Se trataron 21 indicaciones diferentes con diversos grados de evidencia;

Hematología;

- 4 Púrpura Trombocitopénica trombótica (PPT)(2A)–4 Respuesta.
- 3 Reactivación Epstein Bar post Alo-TPH(2B)–3 Respuesta.
- 2 Enfermedad del injerto contra el huésped(2B)–1 Respuesta/1 no evaluable (NE).
- 2 Prevenir Fallo del injerto(2C)–1 respuesta/1No respuesta (NR).
- 4 Anemia Hemolítica autoinmune(2B)-3 respuesta/1 NR.
- 1 Macroglobulinemia de waldenstrom(2A)-1 Respuesta.
- 1 microangiopatía postrasplante(2C)- NR

Neurología;

- 8 esclerosis múltiple(1C)-3estabilidad clínica/1NE/4NR.
- 1 síndrome de Susac(2C)-1Respuesta.
- 1 Meningoencefalitis crónica etiología desconocida(2C)-estabilidad clínica.
- 3 Neuromielitis(2B)-2 respuesta/1NE.
- 1 Mononeuritis múltiple(2C)-1NR.
- 1 Polimiositis(2B)-respuesta
- 2 Síndrome desmielinizante(2B)-1NR/1NE

Medicina interna;

- 3 Vasculitis(2B)-2 respuesta/1 estabilidad.
- 1 Epidermolisis ampullosa(2C)–1NR.
- 2 Dermatomiositis refractaria(2B)-1 respuesta/1NR.
- 3 Enfermedad IgG4(2C)-1respuesta/2NE
- 1 Lupus(2B)-Respuesta

Reumatología;

- 4 Esclerosis sistémica progresiva asociada a NINE(1B)-1 respuesta/ 3NR.
- 1 Policondritis recidivante(2C)-1Respuesta.
- 2 Sjogren(2C)- 1estabilidad/1NE
- 2 esclerodermia(2B)-2NR

Medicina intensiva;

- 1 polineuropatía inflamatoria desmielinizante (2C)-1Respuesta.

Se evaluó la respuesta en 46 pacientes, de los cuales 24 (52,17%) respondieron, y no se logró la respuesta esperada en 22 (37,1%), aunque de estos 6 mantuvieron estabilidad clínica.. El grado de evidencia de estas solicitudes fue en general baja (71,93% grado 2A, B o C)

Las reacciones adversas aparecieron en el 26,36% de los pacientes y fueron leves y parecidas entre ambos fármacos, destacando reacción a la infusión (12,28%) y fiebre (10,53%). Como reacción adversa grave solo destaca una citopenia grado 4.

CONCLUSIONES

La utilización de rituximab FFT llevó a respuesta en un porcentaje de pacientes que podemos considerar relevante (52,17%) y con pocos efectos adversos. Destaca el caso de la PPT donde el 100% de los pacientes establecieron respuesta. Este trabajo pone de manifiesto la variedad de indicaciones FFT en las que rituximab ha mostrado alguna evidencia, aunque en la mayoría de los casos baja (72%).

La utilización de biosimilares en estos tratamientos estaría justificada por su menor coste y la falta de evidencia en estas indicaciones.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2499. ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES EN EL TRATAMIENTO CON BELIMUMAB EN FUNCIÓN DEL PESO DE LOS PACIENTES

AUTORES

YANES SÁNCHEZ P, CANTARELLI L, GARCÍA GIL S, NAZCO CASARIEGO GJ, MORALES LEON MV
C.H.DOCTOR NEGRÍN. BARRACO DE LA BALLENA S/N / LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS

OBJETIVOS

El estudio BLISS-SC demostró la no inferioridad de belimumab 200 mg una vez por semana, administrados de forma subcutánea (SC) frente a belimumab 10 mg/kg intravenoso (IV) cada 4 semanas en el tratamiento del lupus eritematoso sistémico (LES) activo. El objetivo del presente estudio es llevar a cabo un análisis de minimización de costes en función del peso de los pacientes y las diferentes presentaciones del fármaco en dos hospitales de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de minimización de costes considerando el Precio de Venta del Laboratorio (PVL) de las diferentes presentaciones del fármaco: belimumab 200 mg solución para inyección en pluma precargada, belimumab 120 mg solución para perfusión y belimumab 400 mg solución para perfusión. Para el cálculo total, se consideró el régimen posológico descrito en la ficha técnica.

Fueron incluidos todos aquellos pacientes que recibieron tratamiento con alguna de las alternativas durante el año 2019.

RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes con un peso medio de 66.98 kg (40 – 124 kg). El coste del tratamiento con belimumab SC permaneció constante independientemente del peso del paciente, suponiendo un total de 915,6 € / mes. En contraposición, el tratamiento con belimumab IV según dosis establecida (10 mg/kg) en ficha técnica, presentó alta variabilidad según el peso del paciente, con un rango de 504 € a 1562,4€ mes. Para el cálculo del coste de aquellos pacientes que recibieron la presentación en vial no se aplicó la estrategia de optimización de viales.

En base a estos resultados, el escenario más coste-eficiente se obtendría utilizando la prescripción de belimumab SC en aquellos pacientes que superen los 73 kg de peso.

El coste anual total de los 31 pacientes fue de 239.211,00 € mientras que, si aplicamos la estrategia de minimización de costes en función del peso, 10 pacientes de la muestra pasarían a la alternativa de belimumab SC lo que supondría un coste de 222.402,60 €, obteniéndose una diferencia de 16.808,40 €.

CONCLUSIONES

La realización de este estudio pretende establecer una herramienta sencilla que permita lograr un uso más racional y eficiente de los recursos. La prescripción de belimumab en base al peso del paciente permite lograr este objetivo y es aplicable a cualquier servicio, siempre y cuando las condiciones del paciente lo permitan.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2515. EVALUACIÓN DE LEVOSIMENDÁN EN ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA INTERMITENTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA SISTÓLICA AVANZADA EN RÉGIMEN AMBULATORIO

AUTORES

BARROSO CASTRO J, LIGROS TORRES M, ANTÓN MÉNDEZ X, FERNÁNDEZ PEÑA A, CALLEJA BUENO A, SAUTUA LARREATEGUI S
HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. PLAZA DE CRUCES, S/N. VIZCAYA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad del protocolo de administración intravenosa intermitente de levosimendán en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada (ICA) en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, de los pacientes con ICA sistólica cumplidores de los criterios de selección tratados con levosimendán intermitente, desde 2017 hasta 2020. Se recogieron los valores de NT-proBNP (N-terminal pro-brain natriuretic peptide) y el número de ingresos por descompensación cardíaca durante los seis meses previos al inicio de levosimendán, durante la administración y durante los seis meses posteriores a su finalización. Se compararon los valores medios de NT-proBNP y el número de ingresos de cada paciente en cada periodo.

RESULTADOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes tratados con levosimendán en perfusión intravenosa durante 6 horas cada 2 o 4 semanas (seis administraciones en total), con un rango de dosis de 0,5-2 µg/kg/min en régimen ambulatorio. De los cinco pacientes, cuatro fueron hombres y una mujer, siendo el rango de edades 60-69 años. Cuatro de los cinco pacientes tuvieron un descenso de los niveles de NT-proBNP durante el periodo de administración de levosimendán, los cuales se mantuvieron o aumentaron ligeramente (siendo igualmente inferiores a los valores previos al inicio de la terapia) durante los seis meses posteriores a la última dosis de levosimendán. Las medias de NT-proBNP (pg/mL) por paciente y periodo fueron las siguientes: paciente 1 (1913, 1750, 1831); paciente 2 (933, 330, 853); paciente 3 (2872, 3391, no procede); paciente 4 (22042, 3500, 2482); paciente 5 (6058, sin datos, 2609). Así mismo, los ingresos también se vieron reducidos tras la finalización de levosimendán: paciente 1 (2, 2, 1); paciente 2 (2, 2, 1); paciente 3 (3, 2, no procede); paciente 4 (2, 0, 0); paciente 5 (3, 0, 0). En el paciente número 3, se observó un aumento de los valores de NT-proBNP y un empeoramiento de su situación clínica tras el inicio de levosimendán, debido a hipotensiones mantenidas y a un deterioro progresivo de la función renal. Por este motivo, no se recogieron los valores de NT-proBNP ni el número de ingresos tras la última dosis de levosimendán, ya que la retirada de la medicación con efecto hipotensor (incluido levosimendán) resultó en una mejoría notable de la función renal y de la patología cardíaca, por lo que se suspendió el tratamiento tras la quinta dosis. El tratamiento fue bien tolerado en el resto de pacientes.

CONCLUSIONES

El uso de levosimendán en régimen intermitente disminuye los valores de NT-proBNP y el número de hospitalizaciones en pacientes con ICA. El uso de este régimen en pacientes con hipotensiones mantenidas, podría resultar perjudicial, siendo recomendable la monitorización de la tensión arterial. Su utilización en pacientes seleccionados podría tener beneficios clínicos, pese al reducido número de pacientes tratados en nuestro hospital.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2583. UTILIZACIÓN DE ALBÚMINA TRAS PARACENTESIS EN PACIENTES CIRRÓTICOS

AUTORES

PRIETO CASTELLÓ M, MONTEAGUDO SANTOLAYA E, COLOM MORENO R, CEBRIÁN LARA L, SARRIÓ MONTÉS G, SÁNCHEZ ALCARAZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. CARRETERA DE CORBERA, KM 1. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar el uso de albúmina tras paracentesis evacuadora en pacientes con cirrosis hepática descompensada (CHD) y su adecuación a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica Europea de 2018 (EASL 2018)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes con cirrosis hepática descompensada que recibieron albúmina tras paracentesis entre el 01/01/2018 y el 31/12/2019.

Se recogieron las siguientes variables del gestor de historias clínicas NOUSIS®: edad, sexo, descompensaciones hidrópicas previas, volumen de líquido ascítico extraído, cantidad de albúmina administrada, duración del tratamiento, uso de diuréticos durante el tratamiento con albúmina, uso de fármacos contraindicados en CHD y motivo de alta.

Criterios de utilización de albúmina tras paracentesis en CHD: según la EASL 2018 se debe emplear solo cuando el volumen de líquido ascítico extraído sea superior a 5 litros con dosis de 6 a 8 g/L de líquido extraído.

RESULTADOS

Se analizaron 56 paracentesis de 40 pacientes con una edad media de 66±13,4 años siendo hombres el 73%. Los principales motivos de cirrosis hepática fueron enolismo (53%), criptogénica (20%), esteatosis hepática (10%), por múltiples factores (10%), infecciones por virus de hepatitis C (5%) y autoinmunes (3%). El 40% de los pacientes tenía antecedentes de descompensaciones hidrópicas previas.

En 27 paracentesis realizadas (48%) el volumen de líquido ascítico extraído fue inferior a 5 litros. En 2 paracentesis (4%) no se registró el volumen de líquido ascítico extraído. En 27 paracentesis (48%) el volumen extraído fue superior a 5 litros.

El 23% recibió entre 6-8 g/L extraído y en un 11% se administró una dosis superior a 8 g/L extraído. La cantidad de albúmina administrada en los pacientes a los que se extrajeron más de 5 litros de líquido ascítico fue inferior a 6-8 g/L extraído en el 63% de los casos.

La duración del tratamiento con albúmina fue de 1 día en el 88% de los casos, superándose solo en 7 casos sin la presencia de otra causa que lo justificase.

Un 32% de los pacientes no recibió dosis mínimas de diuréticos recomendadas para evitar la reacumulación de agua y solo un 16% de los pacientes tenía prescrito algún fármaco contraindicado, siendo el mayoritario el grupo de los AINES (11%).

Finalmente, 5 pacientes (13%) fueron exitus tras el episodio de descompensación hidrópica registrado.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio no se cumplen las recomendaciones marcadas por la Guía de Práctica Clínica Europea de 2018 sobre el manejo de pacientes con cirrosis hepática descompensada en un elevado porcentaje. Por ello, se hace necesario protocolizar el uso de albúmina según las recomendaciones de la EASL 2018.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2625. EVOLUCIÓN E IMPACTO ECONÓMICO DEL SWITCH AL BIOSIMILAR DE ADALIMUMAB Y ETANERCEPT

AUTORES

VINUESA HERNANDO JM, GRACIA PIQUER R, FRESQUET MOLINA R, GALINDO ALLUEVA M, FRUTOS PEREZ-SURIO A, GIMENO GRACIA M, ALCÁCERA LÓPEZ MA, SALVADOR GÓMEZ MT
HOSPITAL CLINICO UNIV. LOZANO BLESA. AVDA. SAN JUAN BOSCO, 15. ZARAGOZA

OBJETIVOS

La introducción del biosimilar de adalimumab y etanercept ha tenido un gran impacto en los inicios de tratamiento, sin embargo, la práctica en mundo real del switch es más limitada. El objetivo del trabajo es calcular el impacto económico y la tolerancia de los pacientes al switch de adalimumab y etanercept de referencia al producto biosimilar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes con switch de adalimumab y etanercept de referencia al biosimilar, desde su introducción (enero-19 y abril-18 respectivamente) hasta el 31/03/20.

Datos analizados: switch realizados, duración del tratamiento con el producto de referencia (PR), con el biosimilar, los servicios responsables y las indicaciones. Además, de los switch realizados hasta el 31/12/19 se evaluó el impacto económico y la tolerabilidad, para asegurar un seguimiento mínimo de 3 meses. Se utilizaron los precios financiados de cada especialidad.

RESULTADOS

Hasta el 31/12/19 se realizaron 24 switches, 54,2% (13) con adalimumab y 45,8% (11) con etanercept. Los servicios implicados fueron dermatología en el 54,2% (13) de los switch y reumatología 45,8% (11). Las patologías involucradas fueron psoriasis (54,2%), espondiloartropatía (29,2%), artritis reumatoide (8,3%) y artritis psoriásica (8,3%). La duración mediana de tratamiento con el PR de etanercept fue 45,1 meses (19,4-180,2) y con el biosimilar 8,8 (3,2-12,7). La duración mediana de tratamiento con el PR de adalimumab fue 25,4 meses (9,6-139,3) y con el biosimilar 4,1 (3,2-12,1). Dos pacientes sufrieron fracaso durante el tratamiento biosimilar, uno con adalimumab y otro con etanercept, cambiando la diana terapéutica y volviendo al PR respectivamente. El cambio a biosimilar de estos pacientes hasta 31/03/20 supuso un ahorro de 49.312,1€ (2054,7€/paciente; 957,4 – 3824,7). El switch en 2019 supuso un 4,7% de los pacientes tratados con ambos principios activos.

En el primer trimestre de 2020 hubo 55 switches, 70,9% (39) con adalimumab y 29,1% (16) con etanercept. La mediana de duración con el PR etanercept fue 96,6 meses (12,5-190,7), y con el PR adalimumab fue 61 meses (15,3-190,8). Los switch se realizaron en artritis reumatoide en un 47,3% (26) de los casos, espondiloartropatía un 27,3% (15), artritis psoriásica un 20% (11) y psoriasis un 5,5% (3). El switch en 2020 supuso un 11,4% de los pacientes tratados con ambos principios activos.

CONCLUSIONES

En 2019 la intercambiabilidad fue baja, aumentado durante el primer trimestre de 2020. En el 2020 ha habido un cambio de tendencia en el que reumatología se ha convertido en el servicio que más switch practica. También, en este primer trimestre de 2020 se opta por hacer switch en pacientes con tratamientos prolongados del PR.

En el caso que vuelve al PR habría que determinar si el fracaso es debido al biosimilar o por el principio activo, y habría que cambiar de diana terapéutica.

Las estrategias deben ir encaminadas a aumentar la prescripción en las patologías a las que van destinados, debido al alto impacto económico que tienen, ya que el ahorro derivado de estos permitiría tratar más pacientes sin perder efectividad.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2646. UTILIZACIÓN DE IDARUCIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

MAGALLÓN MARTÍNEZ A, LARRODÉ LECIÑENA I, PINILLA RELLO A, PÉREZ MORENO M, CAZORLA PODEROSO L, PERALES PASCUAL J, LÓPEZ PÉREZ A, PEREIRA BLANCO O
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. Pº ISABEL LA CATOLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Evaluar el perfil de utilización de idarucizumab en la práctica clínica habitual en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pacientes tratados con idarucizumab desde su comercialización hasta abril de 2020. Variables: demográficas (edad al ingreso y sexo), clínicas (aclaramiento de creatinina(CICr)), de tratamiento (dosis e indicación de dabigatran, tratamiento concomitante con antiagregantes plaquetarios, dosis e indicación de idarucizumab, tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) al inicio y tras administración de idarucizumab y tiempo desde la administración de idarucizumab hasta el reinicio de la anticoagulación) y seguridad (incidencia de eventos tromboembólicos, hipersensibilidad y mortalidad en el ingreso y a los 30 días de su administración). Fuentes: historia clínica y módulo de dispensación unidosis de Farmatools®.

RESULTADOS

Se incluyeron 22 pacientes, 55,5% hombres, siendo la mediana de edad de 77,5 años (42-89). Todos los pacientes estaban en tratamiento con dabigatran para la prevención de ictus en pacientes con fibrilación auricular. En el 72,3% de los pacientes se administró idarucizumab para reversión en cirugía urgente y 27,7% por sangrado mayor, siendo 5g la dosis administrada en todos los casos.

De los pacientes a los que se les administró por sangrado mayor (n=6), 2 eran hemorragia intracraneal, 2 gastrointestinal, 1 retroperitoneal y 1 relacionada con episodio traumático. La dosis de dabigatran prescrita según receta electrónica era de 110 mg/12h (4 pacientes), 150 mg/12h (1 paciente) y 110 mg/24h (1 paciente). La mediana de CICr previo a la administración del antídoto fue 36,25 mL/min (5,3-76,2), presentando 2 pacientes un CICr < 30mL/min. Previo a la administración de idarucizumab, 4 pacientes presentaban un TTPa > 37,9 seg, normalizándose en el 100%.

De los 16 pacientes a los que se les administró por cirugía urgente, 6 fueron abdominal, 5 cardiovascular y 5 neurológica. La dosis de dabigatran prescrita era de 150 mg/12h (8 pacientes), 110 mg/12h (7 pacientes) y 150 mg/24h (1 paciente). La mediana de CICr fue 65,9 mL/min (9,4-101,5). Dos pacientes estaban en tratamiento concomitante con antiagregante plaquetario. Antes de la administración del antídoto, 11 pacientes presentaban un TTPa > 37,9 seg, normalizándose en el 66,7%.

La mediana del tiempo desde administración del antídoto hasta el reinicio de la anticoagulación fue de 2 días (1-7). Un paciente sufrió evento tromboembólico (ictus isquémico) a los 26 días de la administración del antídoto. En este paciente, el reinicio de la anticoagulación fue a los 6 días. Ningún paciente presentó reacción de hipersensibilidad al fármaco. De los 22 pacientes incluidos, 6 pacientes fueron éxitus en el ingreso o durante los primeros 30 días.

La anticoagulación con dabigatran estaba contraindicada por función renal en el 33% de los pacientes que presentaron hemorragia grave. El 68% de las prescripciones de idarucizumab fueron apropiadas.

CONCLUSIONES

El estudio ha puesto de manifiesto la eficacia del fármaco en la restauración de la hemostasia que se alcanzó en todos los pacientes con sangrado grave y en 66,7% de los pacientes candidatos a cirugía urgente, frente a 80,3 y 93,4% del estudio

RE-VERSE-AD. Señalar la importancia de reiniciar el tratamiento anticoagulante tras la reversión para evitar eventos trombóticos en pacientes con enfermedades subyacentes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2678. COMPARACIÓN DE RITUXIMAB MARCA FRENTE A BIOSIMILAR EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA GLOMERULAR

AUTORES

VARON GALCERA C, LARROSA-GARCIA M, BURY MACIAS RP, AGRAZ PAMPLONA I, GORGAS TORNER MQ, MONTORO RONSANO B
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. PASSEIG DE LA VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Los fármacos biosimilares deben demostrar una eficacia clínica comparable a la del fármaco original como un requerimiento básico de las agencias reguladoras para su comercialización. No obstante, la efectividad en indicaciones no autorizadas en ficha técnica (INA) no siempre está contrastada. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de rituximab biosimilar, comparado con la referencia, en la enfermedad inflamatoria glomerular renal (un INA), durante el primer año de utilización en nuestro centro (2019).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyen todos los pacientes tratados con rituximab en el año 2019 (rituximab biosimilar) y todos los pacientes tratados con rituximab en el año 2018 (rituximab marca), indicados en enfermedad inflamatoria glomerular y síndrome nefrótico, en un hospital de tercer nivel y de referencia en estas patologías. Para cada paciente se han documentado variables demográficas, analíticas (leucocitos, linfocitos, poblaciones linfocitarias, creatinina, proteinuria, proteína, albúmina) y clínicas (remisión completa, respuesta parcial, no respuesta), antes y 6 meses después de la administración de dos dosis de 1g de rituximab espaciadas 15 días. Las variables continuas se expresan como medianas (rangos intercuartílicos) o medias (desviaciones estándar).

Los datos se comparan estadísticamente (ley binomial en proporciones, test t-Student-Fisher en datos continuos) entre las dos presentaciones de rituximab.

RESULTADOS

Se incluyen 20 pacientes en el grupo de rituximab biosimilar: edad 65 años (56-71), 11 (55%) hombres, con cifras iniciales de leucocitos $8.77 \pm 3.88 \times 10^9/L$, linfocitos $2.22 \pm 1.18 \times 10^9/L$, creatinina 1.74 ± 0.87 mg/dL, proteinuria 8.51 ± 6.89 g/24h, proteína sérica 5.93 ± 0.75 g/dL, albúmina sérica 3.25 ± 0.67 g/dL; y 22 pacientes en el grupo de rituximab marca: edad 59 años (50-71), 14 (30%) hombres, con cifras iniciales de leucocitos $9.63 \pm 4.30 \times 10^9/L$, linfocitos 1.99 ± 1.02 , creatinina 1.75 ± 1.20 mg/dL, proteinuria 5.45 ± 4.50 g/24h, proteína sérica 6.04 ± 0.88 g/dL, albúmina sérica 3.33 ± 0.75 g/dL.

A los 6 meses de la administración de rituximab, en el grupo biosimilar las cifras son: leucocitos $7.98 \pm 2.19 \times 10^9/L$, linfocitos $1.89 \pm 0.86 \times 10^9/L$, creatinina 1.85 ± 1.76 mg/dL, proteinuria 3.01 ± 4.22 g/24h, proteína sérica 6.35 ± 0.55 g/dL, albúmina sérica 3.83 ± 0.59 g/dL; y en el grupo marca: leucocitos $8.61 \pm 3.69 \times 10^9/L$, linfocitos $1.82 \pm 0.88 \times 10^9/L$, creatinina 1.51 ± 0.95 mg/dL, proteinuria 2.60 ± 3.74 g/24h, proteína sérica 6.23 ± 0.68 g/dL, albúmina sérica 3.69 ± 0.58 g/dL. Tras rituximab biosimilar, los linfocitos B CD19+ negativizan a 0.0075 ± 0.0212 (n=8); y, tras rituximab marca, se negativizan a 0.0014 ± 0.0038 (n=7).

En cuanto a la respuesta clínica, se observan 7 (35%) remisiones completas, 5 (25%) respuestas parciales y 8 (40%) no respuestas con rituximab biosimilar; y 8 (36%) remisiones completas, 8 (36%) respuestas parciales y 6 (27%) no respuestas con rituximab marca. No se producen nuevas recidivas de la enfermedad en ninguno de los dos grupos durante los 6 meses posteriores a la administración del fármaco. En ningún caso se observó diferencia estadísticamente significativa en la respuesta al tratamiento.

CONCLUSIONES

El fármaco biosimilar de rituximab presenta un perfil de efectividad similar a rituximab marca, aunque la limitada población evaluada limita la potencia estadística y aconseja un estudio más amplio de confirmación. Además, se propone realizar un seguimiento más largo de estos pacientes para seguir evaluando la respuesta clínica y el tiempo de negativización de los linfocitos CD19+.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2721. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE ERENUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA

AUTORES

INFANTE CAMARERO A, ORTOLL POLO V, IGLESIAS DIEZ F, MACHIN MORON MA, IZQUIERDO ACOSTA L, ALAMO GONZALEZ O, UBEIRA IGLESIAS M, ESPEJA MARTINEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. AVDA. ISLAS BALEARES, 3. BURGOS

OBJETIVOS

La migraña supone un importante problema de Salud Pública presentando los tratamientos actuales elevadas tasas de insatisfacción y abandono. Erenumab es un anticuerpo monoclonal dirigido específicamente sobre el receptor CGRP financiado en pacientes con ≥ 8 días de migraña al mes (DMMs) y ≥ 3 fracasos de tratamientos previos durante al menos 3 meses, siendo uno de estos tratamientos toxina botulínica en el caso de migraña crónica.

El objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de erenumab tras su inclusión en la guía farmacoterapéutica de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo que incluye los pacientes con migraña tratados con erenumab durante los meses enero-mayo de 2020. Para la recogida de datos, se ha utilizado el módulo de Pacientes Externos (Farmatools®) del Servicio de Farmacia, así como la historia clínica informatizada (Jimena®). Se estudiaron:

VARIABLES Poblacionales: Tipo de migraña; migraña crónica (MC) o episódica (ME), sexo, edad, líneas de tratamiento previas, intensificación del tratamiento.

VARIABLES de eficacia: Variable primaria; cambio en el número de DMMs en relación a la evaluación basal (el cambio en el número de DMMs se expresó como el valor obtenido en las semanas 9-12 tras tratamiento con erenumab respecto al valor basal). Variable secundaria; Respuesta $\geq 50\%$ (proporción de pacientes con una reducción de los DMMs igual o superior al 50% en relación a la evaluación basal).

VARIABLE de seguridad: Efectos adversos (EA) descritos por los pacientes mediante un cuestionario telefónico.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 15 pacientes, diagnosticados 14 de MC y 1 de ME, siendo el 93,3% (n=14) mujeres, con una mediana de edad de 52 (41-61) años. Los pacientes estudiados fueron refractarios a una media de 6,5 tratamientos preventivos previos (90% betabloqueantes, 87,5% topiramato, 86,7% flunarizina, 62,5% antidepresivos tricíclicos, entre otros, y todos ellos recibieron toxina botulínica). Un 66,7% (n=10) requirieron un aumento de dosis a 140 mg tras el primer mes de tratamiento y 5 pacientes continuaron con erenumab 70 mg.

Los pacientes estudiados presentaron una media basal de 17 DMMs, obteniendo erenumab una reducción media de 7,4 DMMs, lo que supuso una disminución del 43,5%. Un 56,3% (n=9) consiguió reducir los DMMs en al menos el 50%. Un 13,3% (n=2) consiguió una respuesta entre 30-50%. Al 26,7% de los pacientes (n=4) se les suspendió el tratamiento por obtener una respuesta inferior al 30%.

En cuanto a la seguridad, 6 (40%) pacientes refirieron EA durante el tratamiento con erenumab: estreñimiento (n=4), reacciones en el lugar de inyección (n=1), espasmos musculares (n=1). Un paciente tuvo que acudir a urgencias por estreñimiento muy severo, precisando tratamiento con lactulosa. No se observaron EA dependientes de dosis.

CONCLUSIONES

Erenumab ha demostrado eficacia consistente obteniendo reducción del número de DMMs, con tasas de respuesta $\geq 50\%$ en 9 de los 15 pacientes a los 3 meses. Erenumab ha presentado un buen perfil de seguridad, siendo el EA más frecuente el estreñimiento. Se carece de datos comparativos con otras alternativas en profilaxis y sería conveniente estudiar su uso a largo plazo, ya que se desconoce de momento si la eficacia y la tolerabilidad se mantendrán en el tiempo en poblaciones tan refractarias como la nuestra.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2788. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON TOLVAPTAN EN PACIENTES CON POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE

AUTORES

SALVADOR GARRIDO P, GONZALEZ PIÑEIRO S, ALBIÑANA PEREZ S, MARTIN HERRANZ I
C.H.U. DE A CORUÑA. AS XUBIAS S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Tolvaptán ha mostrado su eficacia en el enlentecimiento del deterioro de la función renal en pacientes con poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD). El objetivo de nuestro estudio ha sido evaluar la efectividad y seguridad de su utilización en pacientes con PQRAD.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes adultos con PQRAD con enfermedad renal crónica (ERC) en estadios 1 a 4, que iniciaron tratamiento con tolvaptán. La efectividad fue evaluada mediante el cambio experimentado en la tasa de filtración glomerular -FG- (fórmula de CKD-EPI) entre el nivel basal y tras 6 y 12 meses de tratamiento; la seguridad según incidencia y/o gravedad de efectos adversos, y en su caso suspensión temporal o definitiva.

RESULTADOS

Se incluyeron 15 pacientes, 47% mujeres, edad media 43 años (19-57).

A nivel basal, 2 (13%) de los pacientes estaban en el estadio 1, 5 (34%) en 2, 3 (20%) en 3a, 2 (13%) en 3b y 3 (20%) en 4. La FG basal fue de 56,17 mL/min/1,73m².

El tiempo medio de seguimiento fue de 12,8 meses (4-23 meses). La dosis media diaria alcanzada fue de 106 mg al cabo de 12,57 semanas.

La tasa de adherencia ha sido del 100%.

La incidencia de efectos adversos ha sido del 100%, ya que todos los pacientes notificaron efectos relacionados con la acuareisis incrementada (100% nicturia: 2-6 veces, más frecuente 3-5 veces, para su reducción en 8 pacientes se adelantó 1h la administración de la tarde; 47% poliuria; 47% polidipsia: 4-9L/día, más frecuente 5-6 L/día). La elevación de las enzimas hepáticas se produjo en 5 pacientes (33%), y en 2 con valores 2-3 veces y 1,5-2 veces el límite superior de la normalidad junto con sintomatología sistémica, fue necesaria su suspensión temporal hasta normalización y resolución de síntomas, y actualmente están pendientes de reinicio. Además, fueron notificados: molestias puntuales en flancos sin síntomas asociados (5 pacientes), problemas dermatológicos (en 4, obligando en 1 a su suspensión temporal hasta completa resolución, con reinicio después de un mes, con buena tolerancia) y mareos (en 1, suspendiéndose una de las dosis diarias durante una semana y después adecuada tolerancia).

Después de 10 y 15 meses, en 2 pacientes (ambos en estadio 4) ha sido suspendido definitivamente por ineffectividad, derivándose a la consulta de ERC.

En 10 pacientes que han completado 12 meses de tratamiento, el FG basal medio fue: 57,31 mL/min/1,73m², al cabo de 6 meses: 53,56 mL/min/1,73m² (3 pacientes experimentaron una ligera mejoría: 2,41; mientras que el resto empeoraron en un valor medio de 6,40) y a los 12 meses 51,62 mL/min/1,73m² (todos empeoraron).

CONCLUSIONES

En nuestra práctica clínica, la utilización de tolvaptán en pacientes con PQRAD con ERC en estadios 1 a 4, no produjo el enlentecimiento esperado en la disminución de la tasa de FG, lo que junto con los efectos adversos notificados, determinaría la necesidad de su evaluación periódica para establecer de forma individualizada la continuación de su tratamiento según la relación efectividad/seguridad/calidad de vida del paciente.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2795. GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DEL PROCESO DE SOLICITUD INDIVIDUALIZADA DE FÁRMACOS QUE PRECISAN DE AUTORIZACIÓN POR DIRECCIÓN MÉDICA

AUTORES

MARRERO PENICHER SM, MORALES LEON MV, RAMOS BÁEZ JJ, SERRANO FUENTES M, PIÑERO GONZALEZ MM, AMAT LOPEZ M, HERRERA ORTEGA GM, SALAZAR DOMINGUEZ MDC
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE G. C. DOCTOR NEGRÍN. BARRANCO DE LA BALLENA S/N. LAS PALMAS

OBJETIVOS

Describir el proceso de optimización del circuito de solicitudes individualizadas de tratamientos especiales vía aplicativo intrahospitalario Rafpharma®, por el cual mediante un sistema de buzones, la petición es creada por el médico, su jefe de Servicio da conformidad, el Servicio de Farmacia valora adecuación y la Dirección Médica (DM) autoriza/deniega la solicitud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se creó un equipo de trabajo multidisciplinar, integrado por cinco farmacéuticos adjuntos, jefe de Servicio de Farmacia (SF), médico internista, subdirector médico e informático hospitalario. Se analizó la totalidad de solicitudes realizadas en el año anterior vía Rafpharma®, filtrándolas por Servicio peticionario, medicamento y tipo de petición.

RESULTADOS

Se llevó a cabo un total de 9 reuniones del equipo de trabajo entre febrero y junio de 2018. Tras el análisis de las 1.641 solicitudes de tratamientos especiales en 2017, se identificó dentro de las principales causas que restan eficiencia al sistema: alto volumen de peticiones, tiempo dedicado en el aplicativo y falta de conocimiento del aplicativo por los implicados en el circuito.

Se realizaron las siguientes propuestas de medidas para optimizar el circuito:

- Propuestas encaminadas a reducir el número de peticiones. Esta medida, que afecta al 39% del total de solicitudes, se trasladó a la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT), que acordó las siguientes acciones:
 - Eliminar requerimiento de autorización por DM de fármacos ya incluidos en guía farmacoterapéutica (GFT) en indicación aprobada por la CFyT. Esta medida afectó a: cetuximab, bevacizumab, trastuzumab, pemetrexed, trabectedina, doxorubicina liposomal, tratamiento hepatitis C, carmustina, dimetilfumarato, extracto de cannabis, apremilast y omalizumab.
 - Proponer a los Servicios que reiteradamente solicitan fármacos para uso fuera de indicación que presenten a la CFyT un protocolo de uso en indicaciones distintas a las autorizadas. Cumplieron este requisito: valganciclovir (Hematología), Micofenolato de mofetilo (Reumatología), Inmunoglobulinas inespecíficas (Neurología).
 - Proponer a los Servicios que realicen la solicitud de inclusión de aquellos fármacos no incluidos en GFT. Se recomendó para: nivolumab, paclitaxel-albúmina, fosfomicina intravenosa, azacitidina, bendamustina, tiotepa, eltrombopag, ibrutinib, ruxolitinib, idealisig, levodopa/carbidopa.
- Propuestas encaminadas a la optimización del aplicativo Rafpharma® por parte del Servicio de Informática. Se realizaron cambios consensuados, como creación de buzón de búsqueda personalizada por médico, facultar para modificar peticiones, importación de datos de historia clínica electrónica, etc.
- Elaboración de protocolos de uso de Rafpharma® por perfil de usuario (médico/farmacéutico/DM) y difusión de los mismos.
- Planificación de las sesiones de formación específica del uso del programa Rafpharma® en los Servicios implicados.

CONCLUSIONES

El proceso de optimización del circuito de solicitudes individualizadas condujo a reducir el número de peticiones, optimizar el tiempo dedicado a solicitar medicamentos que requieren autorización por DM y mejorar el conocimiento del aplicativo.

El análisis de la situación, identificación de problemas, generación de propuestas y puesta en marcha de medidas, aplicable a cualquier proceso clave llevado a cabo en un SF, ha sido muy satisfactorio para todos los integrantes de este proceso. La creación de equipos de trabajo multidisciplinarios permite abordar el proceso integrado por todos los implicados, permitiendo realizar propuestas de mejora consensuadas y duraderas en el tiempo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2816. EFICACIA Y SEGURIDAD DE RITUXIMAB EN ENFERMEDADES GLOMERULARES

AUTORES

BECERRA INGERTO L, MARTIN CARRO C, ORALLO LUNA C, FRA YAÑEZ J, FERNANDEZ GONZALEZ A, LAMAS LOPEZ M, GONZALEZ SANCHEZ N, PUENTE MARTINEZ P
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HEROS, 6. ASTURIAS

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de rituximab en indicación fuera de ficha técnica para el tratamiento de enfermedades glomerulares.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron a todos los pacientes con enfermedades glomerulares para los que se autorizó el uso de rituximab en el periodo 2012-2019.

Se recogieron, a través de la historia clínica electrónica, los datos sociodemográficos, clínicos y relacionados con el tratamiento de sexo, edad, indicación y posología.

La eficacia se evaluó analizando los datos de índice proteínas totales/creatinina en orina, creatinina sérica, albuminemia y proteinuria.

El perfil de seguridad se estudió analizando las reacciones adversas registradas.

Para el análisis de los resultados se utilizaron los programas Microsoft Excel® y SPSS Statistics®.

RESULTADOS

Un total de 30 pacientes recibieron rituximab, de los cuales cuatro pacientes fueron excluidos al no ser posible realizar el seguimiento. De los 26 pacientes incluidos en el estudio, 18 (69,2%) fueron tratados para glomerulonefritis primarias, 4 (15,4%) para glomerulonefritis secundarias, 2 (7,7%) para glomerulonefritis de cambios mínimos y 2 (7,7%) para síndrome nefrótico de cambios mínimos. La mediana de edad fue de 66 años [25 - 83] y un 55,6% de los pacientes fueron hombres. La mayoría de los regímenes posológicos (46,2%) incluyeron dos dosis iniciales de 500 mg o 1 g, separadas quince días, seguidas de dosis semestrales de mantenimiento.

La magnitud de la disminución en el parámetro de índice de proteínas totales/creatinina en orina fue del 50,4% (1489 mg/g, IC 95%, 539,83 a 2438,17, p=0,003). La media de creatinina sérica antes del inicio de rituximab y durante su uso fue de 1,28 mg/dL y 1,36 mg/dL respectivamente. La media del aumento de albuminemia fue de 0,31 g/dL (IC 95%, 0,08 a 0,55, p=0,011) y la media de disminución total de la concentración de proteínas en orina fue del 51,3% (90,33 mg/dL, IC 95%, 1,30 a 179,36, p=0,047). Al final de este estudio, 16 pacientes (59,3%) presentaban remisión completa, 7 pacientes (25,9%) presentaban remisión parcial, en dos pacientes (7,4%) no se había obtenido respuesta y en otros dos pacientes (7,4%) se suspendió el tratamiento por reacciones adversas.

En lo referente a la seguridad, las reacciones adversas registradas fueron: reacciones infusionales (14,8%), reacciones cardíacas (7,4%), reacciones cutáneas (7,4%) y otras (3,7%). En dos pacientes (7,7%) las reacciones adversas graves supusieron la suspensión del tratamiento.

CONCLUSIONES

El tratamiento con rituximab demostró eficacia en la disminución del índice proteínas totales/creatinina en orina y en la disminución de la concentración de proteínas en orina, así como en el aumento de la albuminemia.

Las reacciones adversas más frecuentemente registradas fueron las relacionadas con la administración.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2894. IMPLEMENTACIÓN DE UNA COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

AUTORES

CARRASCO TORRENTS A, FONT BARCELÓ A, SALAZAR SANTANDER C, FARRÉ RIBA R
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. PASSEIG SANT JOAN DE DÉU, 2. BARCELONA

OBJETIVOS

Dar soporte a Dirección Médica (DM) en las decisiones sobre solicitudes de medicamentos en situaciones especiales (MSE) (Real Decreto 1015/2009) y/o restringidos, implementando una coordinación técnica de una comisión multidisciplinar interna del hospital, de soporte a la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT), para la evaluación de MSE tras la incorporación de una farmacéutica hospitalaria experta en evaluación de medicamentos al equipo de farmacia. El objetivo de la comunicación es describir la implementación y actividad de esta comisión de evaluación de medicamentos en situaciones especiales (CAMSE) en un hospital pediátrico de tercer nivel.

MEJORAS ESPERADAS

Reducir el riesgo de un uso excesivo de medicamentos con incertidumbre sobre su eficacia y seguridad y con un coste elevado; mejorar el uso racional y eficiente de MSE.

DISEÑO

Se constituyó una CAMSE multidisciplinar compuesta por representantes de DM, Servicio de Farmacia (SF), Comité Ético de Investigación Clínica, Ética asistencial y servicios Clínicos. Se desarrollaron unas directrices de trabajo para la solicitud y evaluación de medicamentos, la decisión de la continuidad del tratamiento, así como la evaluación de resultados globales para generar nueva información.

CIRCUITO Y ETAPAS

La solicitud del médico prescriptor, con el visto bueno del Jefe de Servicio, se recibe en el SF, como secretaría técnica de la CAMSE. La solicitud debe aportar: datos personales y clínicos del paciente, alternativas terapéuticas utilizadas y motivo de la retirada, medicamento solicitado, motivo de la petición, objetivos terapéuticos que se espera conseguir, si hay riesgo vital inminente, así como si el acceso retrasado al fármaco tendría un impacto pronóstico.

Se realiza un informe tipo multiple-criteria-decision-analysis (MCDA) por cada solicitud, que incluye información general del medicamento, datos de la solicitud, criterios de evaluación MCDA, conclusiones y bibliografía.

La CAMSE se reúne cada 2 semanas, evalúa las solicitudes y propone una recomendación concreta para DM sobre la idoneidad de autorizar o no el tratamiento en cada caso.

DM, con el asesoramiento técnico, es quien toma la decisión final. Se pide un informe de resultados al cabo del tiempo estipulado para poder valorar la respuesta en cada caso.

Anualmente se redacta una memoria de la actividad.

IMPLANTACIÓN

Desde enero de 2019 se trabaja con este nuevo procedimiento.

RESULTADOS

Durante el 2019 se evaluaron 33 solicitudes con la siguiente resolución: 16 tratamientos aprobados (48,5%) y 17 tratamientos no aprobados (aceptada alternativa propuesta) (51,5%). De las 33 solicitudes 18 (55%) fueron indicaciones no incluidas en ficha técnica; 9 (27%) medicamentos extranjeros; 4 (12%) usos compasivos y 2 (6%) no se pudieron clasificar. El servicio que más solicitudes llevo a cabo fue neurología (36%).

Teniendo en cuenta lo que supone el coste anual de los tratamientos no aprobados durante el 2019, se estima un ahorro de 1.115.689€/año.

LIMITACIONES

Situaciones excepcionales pueden hacer necesaria una mayor o menor frecuencia de las reuniones.

Contar con recursos y personal experto.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a todos los hospitales. La visión multidisciplinar de este proyecto permite una evaluación más completa de los tratamientos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

2925. IMPACTO ECONÓMICO DE LA PROTOCOLIZACIÓN Y EVALUACIÓN POR PARTE DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DEL USO DE ANTI-CD20 EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

DEL RIO GUTIÉRREZ JM, GRACIA MOYÁ A, ARÉVALO BERNABÉ ÁG, ALERANY PARDO C, FERNÁNDEZ POLO A, QUERALT GORGAS M, SASTRE GARRIGA J

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº. VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Las células B y la inmunidad humoral juegan un papel fundamental en la fisiopatogenia de la esclerosis múltiple (EM). Ocrelizumab, anti-CD20 aprobado por la EMA para formas primariamente progresivas (EMPP) y para formas recidivantes, recibió autorización de financiación en 2019 por parte del Sistema Nacional de Salud. Pese a no tener indicación aprobada, rituximab es otro anti-CD20 con experiencia de uso en EM.

Este estudio pretende caracterizar la población con EM a la que se ha instaurado tratamiento con anti-CD20 en nuestro centro desde que se autorizó la financiación de ocrelizumab, estudiando las diferencias entre los pacientes que reciben ocrelizumab y rituximab, así como determinar el ahorro teórico anual que supone para nuestro hospital la protocolización y evaluación del uso de anti-CD20 en EM por parte de un comité multidisciplinar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluye a aquellos pacientes de nuestro centro afectados de EM a los que se aprueba inicio de tratamiento con rituximab u ocrelizumab entre febrero de 2019 y febrero del 2020. Se registran variables biodemográficas y clínicas, llevándose a cabo un estudio estadístico descriptivo univariante con el cálculo de medianas y rangos intercuartílicos.

Se realiza un análisis económico del ahorro anual que supone la protocolización y evaluación del uso de anti-CD20 por parte de un comité formado por neurólogos, farmacéuticos y farmacólogos. Aún respetando las indicaciones aprobadas para ocrelizumab, dicho protocolo contempla el uso preferente de rituximab (Indicación No Aprobada) en aquellos escenarios en que el primero no cumple los criterios de financiación fijados por los organismos competentes. Se consideran dos ciclos/paciente/año con 600mg/semestrales de ocrelizumab o 2000mg/semestrales de rituximab.

RESULTADOS

Se incluyen 208 pacientes (65%, mujeres), cuya edad mediana es de 47 (40-54) años, siendo de 53 (44-57) para el grupo de rituximab y de 37 (31-48) para el grupo de ocrelizumab. Un 59% recibe rituximab y un 41%, ocrelizumab. La EDSS (Extended Disability Status Scale) mediana es de 4 (2,5-5,3); 2,5 (1,5-4) en el grupo de ocrelizumab y 5 (3,5-6,3) en el de rituximab.

El 54% del total de pacientes presentan EM Remitente-Recurrente (EMRR), el 17% EMPP y el 29% EM Secundaria Progresiva (EMSP). En aquellos con ocrelizumab, un 83% presentan EMRR, un 14% EMPP y un 2% EMSP con brotes. Aquellos con rituximab, un 33% presentan EMRR, un 20% EMPP y un 47% EMSP.

El 68% de los pacientes recibían tratamiento previo para la EM, siendo los fármacos más prevalentes natalizumab (26%) e interferón-B (25%).

El gasto teórico anual de los tratamientos aprobados es de 3.106.744€ (2.033.200€ en ocrelizumab y 1.073.544€ en Rituximab). Suponiendo que todos los pacientes con indicación de ficha técnica hubiesen iniciado ocrelizumab, este gasto sería de 4.118.292,48€ (3.564.080€ en ocrelizumab y 554.212,48€ en rituximab para pacientes con EMSP). El ahorro estimado es de 1.011.548€.

CONCLUSIONES

Se observan claras diferencias (edad y EDSS) entre los pacientes con rituximab y ocrelizumab, algo esperado puesto que casi la totalidad de pacientes con EMSP, generalmente con mayor edad y discapacidad, inician rituximab. La protocolización del uso de anti-CD20 y su evaluación en sesiones multidisciplinares supone un ahorro significativo en nuestro centro.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1400. FORMULACIÓN DE UNA SUSPENSIÓN ORAL DE HIDROXIUREA: DISEÑO Y VALIDACIÓN GALÉNICA.

AUTORES

BÁEZ GUTIÉRREZ N, RODRÍGUEZ RAMALLO H, ÁLVAREZ DEL VALLO C
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS

La hidroxiurea se encuentra disponible en el mercado como cápsulas. Es necesaria una forma farmacéutica alternativa para pacientes incapaces de tomar cápsulas, por lo que los servicios de farmacia elaboran suspensiones. Existe bibliografía sobre estas suspensiones elaboradas con excipientes compuestos comerciales, no disponibles en nuestro país. Hasta la fecha en nuestro servicio se ha elaborado la fórmula descrita por Nahata et al con una concentración de 40 mg/ml y una estabilidad de 14 días.

El objetivo de este estudio fue el diseño de una suspensión de hidroxiurea a partir de las cápsulas comerciales (Hydrea®) y excipientes simples y la validación galénica de dicha suspensión.

MATERIALES Y MÉTODOS

El desarrollo de la formulación se llevó a cabo partiendo de la descrita por Kabiche et al. en un artículo previo, que utilizaba hidroxycarbamida en polvo y excipientes compuestos (Ora-Plus® y Ora-sweet®), la cual presenta una estabilidad de 120 días.

En nuestro caso adaptamos dicha formulación usando cápsulas comerciales de hidroxiurea (Hydrea®) y excipientes sencillos (jarabe simple y carboximetilcelulosa).

Las suspensiones se prepararon mezclando 6000 mg de hidroxiurea adicionándola a una mezcla 1:1 de jarabe simple y carboximetilcelulosa 1% hasta un volumen final de 60 mL obteniéndose una concentración final de 100 mg/ml.

Además, se elaboró la fórmula antigua de 40 mg/ml (Natasha et al) para estudiar la posibilidad de ampliar su estabilidad cuya composición es la siguiente: 4000 mg de hidroxiurea y una mezcla 1:1 de jarabe simple y carboximetilcelulosa 1% csp 100 ml.

Para el cálculo de la estabilidad de las suspensiones se tuvo en cuenta la matriz de riesgo incluida en la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria (GBPP, versión de 2014).

Las suspensiones se conservaron en nevera protegidas de la luz, estudiándose para de cada una de ellas, su aspecto, el sedimento que presentaban en reposo y tras agitación semanalmente durante un mes y se midió el pH mediante pHmetro.

RESULTADOS

Las características de las suspensiones elaboradas fueron:

Suspensión 40 mg/ml:

PH semanal: 6,47; 6,54; 6,45; 6,32 y 6,48.

Tiempo de resuspensión semanal: 0, 5, 7, 7 y 10 segundos.

Aspecto: transparente, blanquecino y sin sedimento todos los días.

Suspensión 100 mg/ml:

PH semanal: 6,2; 6,29; 6,25; 6,17 y 6,32

Tiempo de resuspensión semanal: 0, 15, 17, 20 y 20 segundos

Aspecto: transparente, blanquecino y sin sedimento las dos primeras semanas. El resto de semanas fue blanquecino con presencia de turbidez.

Conforme a la GBPP le correspondía un nivel de riesgo medio y un periodo de validez de 14 días entre 2 y 8 °C.

La suspensión de 40 mg/ml permaneció estable y homogénea durante el periodo de estudio, mientras que la de 100 mg/ml sólo durante las 2 primeras semanas.

CONCLUSIONES

La adaptación de la fórmula de Kabishe et al elaborada con excipientes simples no superó la validación galénica, pues no cumplió con los requerimientos de ausencia de partículas, limpidez y ausencia de precipitados, redispersabilidad, homogeneidad de la preparación tras la agitación, ausencia de agregados, y/o precipitados. Por el contrario la fórmula de 40 mg/ml sí la superó durante el periodo de estudio.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1451. TOLERANCIA REPORTADA POR LOS PACIENTES AL COLIRIO DE CICLOSPORINA AL 1% Y DETERMINACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS

AUTORES

MELGAREJO ORTUÑO A, RIBED SÁNCHEZ A, PERNÍA LÓPEZ S, VILLANUEVA BUENO C, AMOR GARCÍA MÁ, GARCÍA-VARCARCEL GONZÁLEZ B, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DOCTOR ESQUERDO Nº 46. MADRID

OBJETIVOS

El colirio de ciclosporina se elabora habitualmente en el Servicio de Farmacia como fórmula magistral para el tratamiento de diversas patologías oculares a una concentración que oscila entre 0,05% a 2%. Concentraciones iguales o superiores al 1% presentan más efectos adversos que pueden llevar a la suspensión del tratamiento.

Los objetivos del estudio incluyeron la evaluación de la tolerancia y adherencia al colirio de ciclosporina al 1 % así como medir los niveles plasmáticos del fármaco y su relación con los efectos adversos (EA) detectados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, multidisciplinar realizado desde noviembre 2019 a enero 2020. Se diseñó de un cuestionario para analizar la tolerancia y determinación de los niveles plasmáticos de ciclosporina. El cuestionario aprobado por el Servicio de Farmacia y Oftalmología incluyó las siguientes variables: sexo, edad, indicación, duración de tratamiento, posología, grado de tolerancia según una escala analógica visual (0-10) y EA categorizados según gravedad (inexistente, leve, moderado y severo): enrojecimiento, molestias oculares, infecciones, afecciones visuales y otros. La adherencia al tratamiento se calculó mediante el registro de dispensación de los últimos 12 meses. En las consultas de atención farmacéutica de pacientes externos del Servicio de Farmacia se realizaba el cuestionario de tolerancia, se entregaba el colirio, el consentimiento informado y el volante de la analítica para la determinación de niveles de ciclosporina. Los resultados se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC).

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 43 pacientes, 55,8% hombres, con una mediana de edad de 57 años (33-80). Las indicaciones de tratamiento fueron: infiltrados post-adenovíricos (25,6%), queratoconjuntivitis (25,6%), trasplante de córnea (20,9%), rechazo post-queratoplastia penetrante (11,6%), ojo seco (7%) y otros (9,2%). La mediana de duración de tratamiento fue de 1,4 años (0,1-2,7). Las posologías utilizadas fueron cada 12 horas (65,1%), cada 8h (18,6%) y cada 24 horas (16,3%). Un 55,8% de los pacientes lo aplicaban en ambos ojos. La mediana de adherencia fue del 92% (80-100). La mediana del nivel de tolerancia fue 9 (8-10). Los EA incluyeron: enrojecimiento en un 55,8% de los pacientes (75% leve y 25% moderado); molestias oculares en un 30,2% (61,5% nivel leve y 38,5% moderado) y afección visual en un 25,6% (81,8% leve y 18,2% moderada). Como otros EA se reportaron 2 casos de migraña (0,05%). No se reportaron casos de infecciones oculares ni EA sistémicos. Los niveles plasmáticos fueron indetectables en todos los casos (< 25ng/mL).

CONCLUSIONES

Los pacientes oftalmológicos expresan una buena tolerancia y adherencia al colirio de ciclosporina. El EA más frecuente fue enrojecimiento, seguido de molestias oculares y afecciones visuales; todos ellos en su mayoría de gravedad leve. Los EA no se relacionaron con la posología ni con los niveles de fármaco en plasma ya que todos fueron indetectables.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1458. VALIDACIÓN GALÉNICA DE UNA SUSPENSIÓN ORAL DE COLCHICINA A PARTIR DE LA ESPECIALIDAD EN COMPRIMIDOS

AUTORES

CARRIÓN MADROÑAL IM, MOLEÓN RUIZ M, GARCÍA AMIL R, PELÁEZ BEJARANO A, ÁLVAREZ DEL VAYO BENITO C
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AV. MANUEL SIUROT, S/N, 41013 SEVILLA. SEVILLA

OBJETIVOS

Diseño de una suspensión oral de colchicina a partir de la especialidad comercial en comprimidos. Realizar la validación galénica de dicha suspensión.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño se llevó a cabo partiendo de la formulación descrita por Muni et al. en un artículo previo, que utilizaba colchicina 0,012% w/v en forma de materia prima y excipientes simples. Adaptamos dicha formulación utilizando colchicina en comprimidos y excipientes (propilenglicol (5%), glicerina (5%), goma xantán (0,15%), sacarina (0,05%) y agua purificada). Partimos de las presentaciones comerciales de 0,5 mg o 1 mg en comprimidos por no disponer ningún

laboratorio de materia prima. Se prepararon suspensiones con ambas presentaciones, triturando los comprimidos y diluyéndolos con propilenglicol y glicerina hasta obtener una pasta homogénea. Posteriormente se añadió, mediante dilución geométrica, a una mezcla de goma xantana y agua purificada, hasta un volumen final de 50 mL (concentración final de 0,12 mg/mL). La suspensión resultante se mantuvo en agitación durante 15 minutos. El principal inconveniente de la suspensión fue la sedimentación y la variación de pH tras el reposo.

Con la intención de mejorar la estabilidad, se elaboraron suspensiones a partir de las diferentes especialidades farmacéuticas y se controló el pH, adaptándose al de la formulación original (los excipientes comerciales estaban tamponados a pH 6,2-7,2). Para comprobar a partir de qué especialidad daba mejores resultados, se prepararon 3 formulaciones diferentes:

Suspensión 1: partiendo de la especialidad de 0,5 mg sin tamponar (pH 6),

Suspensión 2: partiendo de la especialidad de 1 mg sin tamponar (pH 5,5), y

Suspensión 3: partiendo de la especialidad de 1 mg tamponada a pH 6,6.

El ajuste de pH en la suspensión 3 se realizó añadiendo fosfato de sodio hasta alcanzar un pH entre 6,2-7.

El periodo de estabilidad de las suspensiones se calculó utilizando la matriz de riesgo incluida en la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria (GBPP, 2014).

Las suspensiones se conservaron en nevera, estudiándose para cada una de ellas, su aspecto, pH y el sedimento que presentaban en reposo y tras agitación, cada 24-48 horas durante el periodo de validez previamente calculado.

RESULTADOS

Tras consultar la matriz de riesgo de la GBPP, se concluyó que la suspensión era una preparación de riesgo medio, correspondiéndole 14 días de estabilidad conservada entre 2-8°C y protegida de la luz. Tras el periodo de estudio se vio que la suspensión 1 presentaba un mayor sedimento que la suspensión 3, pero ambas se resuspendían fácilmente. La suspensión 3 tamponada mantuvo un pH entre 6,6-7 y la suspensión 1 no tamponada entre 6-6,2. La suspensión 2 no tamponada presentó un pH entre 5,8-6 y un sedimento que no se resuspendía rápidamente. La suspensión 3 fue la que presentó mejores datos de estabilidad durante el periodo de validez.

CONCLUSIONES

La suspensión oral de colchicina obtenida a partir de comprimidos de 1 mg y excipientes simples, supera la validación galénica tras ajustar el pH entre 6,2-7.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1465. ANÁLISIS DEL APORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES QUIRÚRGICOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

LERALTA GONZÁLEZ C, SANZ ALONSO V, GONZÁLEZ PÉREZ Y, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J, CASO GONZÁLEZ A, ITURBE HERAS M, ZAFRA MORALES R, GALLARDO ANCIANO J
HOSPITAL SAN PEDRO. PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Analizar los requerimientos nutricionales de los pacientes ingresados en la planta de cirugía general de un hospital de tercer nivel correlacionándolos con los aportes de la nutrición parenteral (NP).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional longitudinal y prospectivo realizado de diciembre 2019 y enero 2020. Se seleccionaron los pacientes de la planta de cirugía con NP, registrando de la historia clínica de Selene®: edad, sexo, peso real e ideal, altura, índice de masa corporal (IMC), patología, antecedentes médicos y supervivencia. Parámetros analíticos: proteínas, creatinina, urea, glucosa, triglicéridos, colesterol, enzimas hepáticas: transaminasa-glutámico pirúvica(GPT), transaminasa-glutámico-oxalacética(GOT). Parámetros relacionados con la NP: volumen, kilocalorías (Kcal) totales, Kcal hidratos de carbono (HC), Kcal lípidos, Kcal proteínas, días de NP.

Se calcularon los requerimientos energéticos con la fórmula de Harris-Benedict según el grado de estrés (factor de 1,3 no estrés, 1,4 leve, 1,5 moderado, 1,75 severo y cáncer 1,6).

Se realizó la valoración nutricional tipo Chang definiendo los tipos de desnutrición mixta y kwashiorkor y los grados leve, moderada o severa.

Se realizó el estudio estadístico descriptivo de la población y analítico relacionando la estancia hospitalaria con la desnutrición y los aportes nutricionales con la duración de NP.

RESULTADOS

Se estudiaron 26 pacientes (50% mujeres), media de edad 66,2±13,8 años, peso real 66,6±14,5kg, peso ideal 60,5±7,5kg, altura 163,3±9,4cm, IMC 24,9±5,7.

Los antecedentes médicos fueron: 10 pacientes (38,5%) hipertensión arterial; 6 (23,1%) Diabetes Mellitus tipo 2; 2 (7,6%) con: insuficiencia renal crónica; dislipemia, obesidad; 1 (3,8%) con: hipotiroidismo; valvulopatía; hiperplasia benigna de próstata; artrosis. Los parámetros analíticos fueron proteínas 5,3±0,5 g/dL; albúmina 2,8± 0,5 g/dL; creatinina 1,03±0,3 mg/dL; urea 38,3±21,6 mg/dL; glucosa 133±27,9 mg/dL; triglicéridos 127,4±75,1 mg/dL; colesterol 109,9±32,7 mg/dL; GPT 22,7±27,5 U/L; GOT 22,4±9,7 U/L.

El gasto energético basal real medio fue 1286,9±166,8 kcal, los requerimientos: 1718,6±271,8 kcal totales, 201,6±21 gramos (g) de HC, 60,35±6,1 g lípidos.; 69,1±18,9 g proteínas. El aporte de kcal/kg paciente/día fue de 24,7±4,6; se alcanzó un aporte en Kcal totales del 90±11,9%; HC 91,2±10,5%; lípidos 84,4±13,6%; proteínas 107,9±29,3%. La mediana de tiempo de seguimiento fue 84,5 días RIQ [39] con 15,4% de supervivencia global. Los requerimientos de Kcal totales se alcanzaron en 3,7±1,6 días; de HC en 3,5±1,8 días; de lípidos en 3,1±1,2 días; de proteínas en 3,5±1,6 días. La media de días de NP fue 8,5±4,9, la estancia media hospitalaria fue 15,4±9,2 días. Los pacientes que presentaron desnutrición kwashiorkor leve fueron 3(11,5%), 9 (34,6%) moderada, 1(3,8%) severa; mixta leve 4 (15,4%), 6 (23,1%) moderada y 3 (11,5%) severa. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la media de estancia hospitalaria con desnutrición tipo kwashiorkor y mixta (12,9±6,5 vs 17,85±11,1)(p=0,686). El grupo de pacientes con aportes de Kcal < 80%, presentan una duración media de 13,8±8,4 días de NP y los pacientes con Kcal > 80% 15,9±9,6 días (p=0,648).

CONCLUSIONES

Las Kcals total y de los macronutrientes superan el 80% de los requerimientos y se alcanzan alrededor del tercer día. Se observa una relación con los días de NP y los aportes nutricionales y también la duración de la estancia hospitalaria y la desnutrición mixta, a pesar de no alcanzar la significación estadística debido al pequeño tamaño muestral.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1482. DETERMINACIÓN DEL PH EN FORMULACIONES ORALES LÍQUIDAS

AUTORES

DEL VALLE MORENO P, ALONSO MORENO M, ROJAS PÉREZ I, CIUDAD GUTIÉRREZ P
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA MANUEL SIUROT S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar el pH de las fórmulas orales líquidas (FOL) elaboradas con mayor frecuencia en el laboratorio del Servicio de Farmacia como criterio de control de calidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo experimental. El estudio se desarrolló desde enero hasta marzo de 2020, ambos incluidos (3 meses). El estudio se realizó en tres fases. En la primera fase se midió el pH de las formulaciones el mismo día de su elaboración, en el laboratorio del Servicio de Farmacia con tiras reactivas de pH.

En la segunda fase se realizó una búsqueda bibliográfica para conocer el pH de máxima estabilidad de las distintas FOL. Asimismo, se revisó si esta característica se registraba como requisito de control de calidad en los procedimientos descritos en formularios de referencia. En una tercera fase se comprobó si los pH medidos se correspondían con los de máxima estabilidad descritos en la literatura.

RESULTADOS

Se elaboraron un total de 33 FOL: 8 fórmulas en enero, 13 en febrero y 11 en marzo (de las cuales 18 eran suspensiones y 15 soluciones).

De ellas, 7 fórmulas fueron de lidocaína 0,5%, 5 de beclometasona 0,5 mg/ml, 4 de clopidogrel 5 mg/ml, 3 de omeprazol 2 mg/ml, 3 de tacrolimus 0,5 mg/ml, 2 de ranitidina 15 mg/ml y 2 de vancomicina 50 mg/ml. En los casos de midazolam 2 mg/ml, hidroxurea 40 mg/ml, sildenafilo 2,5 mg/ml, temozolamida 10 mg/ml, mesna 33,3 mg/ml, zinc acetato 5 mg/ml y jarabe simple únicamente se elaboró una fórmula de cada principio activo.

Se realizó la determinación del pH en todas las fórmulas elaboradas. El pH medio de lidocaína (pH referencia= 6-7) fue 7, el de clopidogrel (pH referencia= 2-3) 2, el de omeprazol (pH referencia= 9-10) 10, el de ranitidina (pH referencia= 5-7,5) 6,5, el de vancomicina (pH referencia= 3,27-3,31) 3,5, el de zinc acetato (pH referencia= 5,6-7) 6 y el de midazolam (pH referencia= 3-3,6), sildenafilo (pH referencia= 4-5) y temozolamida (pH referencia < 5) 4. De los que no se dispone de pH de referencia, el pH medio fue en mesna y tacrolimus 7, en beclometasona 5 y en hidroxurea 6.

Por lo tanto, de las 14 FOL de diferentes principios activos se conocía el valor del pH de máxima estabilidad de 10 (71,43%), de las cuales 8 (80%) se encontraban dentro del mismo y las 2 restantes (20%) presentaron una desviación estándar menor de 0,5 con respecto al valor de pH referenciado en la bibliografía.

CONCLUSIONES

El pH es uno de los factores con mayor influencia en la estabilidad de una FOL. Por este motivo, conocer el pH de máxima estabilidad es esencial para garantizar la calidad de la formulación elaborada.

En general, la mayoría de FOL elaboradas en nuestro Servicio de Farmacia han demostrado tener el pH de máxima estabilidad. Sin embargo, convendría diseñar estudios con mayor número de muestras y realizar la determinación de los pH con pHmetro para obtener una mayor exactitud de los resultados.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1520. ESTADO ACTUAL DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL OFTÁLMICA EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA

AUTORES

CASTRO BALADO A, MONDELO GARCÍA C, GARCÍA QUINTANILLA L, GONZÁLEZ BARCIA M, VARELA REY I, BUSTO IGLESIAS M, ZARRA FERRO I, FERNÁNDEZ FERREIRO A
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

La formulación magistral oftálmica se postula como la única alternativa disponible para el tratamiento de ciertas patologías oculares infecciosas o autoinmunes cuando las presentaciones comercializadas no permiten el abordaje de

aquellos casos más complejos. El objetivo del actual trabajo, es conocer la variabilidad existente en su preparación entre los distintos Servicios de Farmacia estatales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboró una encuesta con preguntas relacionadas con la elaboración de formulaciones magistrales oftálmicas en Servicios de Farmacia: tipo de hospital, instalaciones, materiales de acondicionamiento, materias primas, vehículos y concentraciones empleadas. El formulario se realizó a través de la plataforma Formularios de Google y se envió por correo electrónico a farmacéuticos de hospital en España en septiembre de 2019.

RESULTADOS

Respondieron un total de 163 hospitales.

- Centros elaboradores e instalaciones. Solamente un 4% de los centros solicitan la elaboración a un laboratorio externo, y el resto elaboran las formulaciones en sus unidades de farmacotecnia propias. El 39% de estos últimos, pertenecen a hospitales de tercer nivel, el 30% de segundo nivel y el 27 % de primer nivel. El 81% de los centros, dispone de instalaciones que cumplen con los requisitos fijados por la "Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos".

- Variabilidad del acondicionamiento. Para el colirio de tacrolimus, el 49% emplea envases de plástico, el 35% vidrio y el 16% ambos disponibles; mientras que en el colirio de vancomicina se emplean en un 81%, 16% y 3%, respectivamente.

- Variabilidad de materias primas y vehículos. En los centros en los que se elabora el colirio de povidona iodada (N=54), el 64% usa Betadine®, el 30% principio activo puro, 4% Curadona® y un 2% Iodina®. Con respecto al vehículo, un 57% usa suero salino fisiológico, el 20% solución salina balanceada, 15% lágrimas artificiales, el 4% agua para preparaciones inyectables, el 2% solución de fosfatos y 2% un tampón de elaboración propia.

- Variabilidad en concentraciones. Las concentraciones más frecuentemente empleadas en el colirio de vancomicina son de 50 mg/ml (81%), 25 mg/ml (12%), 35 mg/ml (2%), y otras (5%). En el caso de la cefuroxima intracameral (N=96), la concentración es más homogénea, siendo en el 92% de los casos de 1 mg/ml.

CONCLUSIONES

A partir de la encuesta realizada, se demuestra la gran variabilidad existente en la preparación de fórmulas magistrales oftálmicas en los diferentes Servicios de Farmacia estatales. Es esencial, por tanto, establecer unos criterios de homogeneidad de las mismas, siendo necesario para ello incrementar la investigación en este campo y poder así establecer unos criterios basados en la evidencia y no en la experiencia de cada centro.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1531. NUTRICION PARENTERAL ESTANDARIZADA Y REQUERIMIENTOS DE ELECTROLITICOS

AUTORES

RODRÍGUEZ RAMALLO H, BÁEZ GUTIÉRREZ N, PÉREZ BLANCO JL
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS

Se ha descrito que la administración de nutrición parenteral estandarizada (NPE) puede venir acompañada de un déficit de electrolitos. Los electrolitos son en muchas ocasiones los grandes olvidados en la prescripción de la nutrición parenteral, especialmente en pacientes quirúrgicos, en los que las nutriciones cubren las necesidades calóricas pero no así los requerimientos electrolíticos.

Hay que considerar que los aportes extras de electrolíticos podrían cubrirse adicionando estos elementos a la nutrición en los Servicios de Farmacia tras una validación farmacéutica. De esta forma se evitaría la manipulación de la nutrición y de los electrolitos, considerados como medicamentos de riesgo, en las unidades de hospitalización.

Los objetivos de este estudio son valorar si se cubren los requerimientos electrolíticos de los pacientes quirúrgicos hospitalizados que reciten NPE y a continuación detectar como se realizan los aportes extras de los electrolitos que se necesiten.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo. Se incluyeron los pacientes quirúrgicos ingresados en una planta de hospitalización y que recibieron NPE a lo largo de cinco meses (mayo-septiembre de 2019). Se excluyeron los pacientes tratados con nutrición parenteral durante menos de tres días.

Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, peso, duración de la NPE, alteraciones electrolíticas y los aportes extras de electrolitos prescritos.

Según la bibliografía consultada, los requerimientos electrolíticos teóricos que se calcularon para cada paciente fueron: sodio: 1,5 mEq/kg; potasio: 1 mEq/kg; magnesio: 0,3 mg/kg y fosfato: 25 mmol. La prescripción de electrolitos se consideró inadecuada cuando no se alcanzó el 90% de los requerimientos teóricos calculados para un paciente.

Se consideró hipokalemia una concentración plasmática menor a 3.5 meq/L. Se consideró hiponatremia una concentración plasmática menor a 135 mmol/L

Se calcularon para las variables cuantitativas la mediana y el rango y para las variables discretas se utilizaron porcentajes como medida descriptiva de frecuencia.

RESULTADOS

Se incluyeron 66 pacientes (55% hombres) con una mediana de edad de 60 años [25-86 años]. Se prescribieron 71 NPE, la mediana de duración de la nutrición fue de 9 días [3-34 días].

Se cumplieron un 52% [24-82%], 58% [27-88%], 57% [30-89%] y 76% [44-76%] de los requerimientos teóricos de sodio, potasio, magnesio y fosfato respectivamente. Se detectó hiponatremia o hipokalemia en un 31% (n=20) y un 70% (n=46) de los pacientes respectivamente.

A un 4% (n=3) y un 52% (n=34) de los pacientes se les prescribió un aporte extra de fosfato potásico y cloruro potasio respectivamente. En ningún caso se utilizó la nutrición parenteral para poder alcanzar los requerimientos electrolíticos de estos pacientes.

CONCLUSIONES

- Los resultados parecen indicar que no se cubren los requerimientos electrolíticos en un alto porcentaje de pacientes quirúrgicos que reciten NPE.
- La hipokalemia es común en los pacientes quirúrgicos tratados con NPE, no realizándose nunca los aportes extras de potasio mediante la suplementación de la nutrición parenteral.
- La adición de los aportes extras de potasio a la NPE en el Servicio de Farmacia reduciría la manipulación de este electrolito de alto riesgo en las unidades de hospitalización.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1542. INTEGRACIÓN DE TODOS LOS PROCESOS RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN EL SISTEMA INFORMÁTICO DEL HOSPITAL.

AUTORES

MIANA MENA MT, LÓPEZ-CABEZAS C, LÓPEZ-SUÑÉ E, REGUANT FOZ X, SANTACREU REGI A, CODINA-JANÉ C, CAMACHO-HERNANDO C, SOY MUNER D
HOSPITAL CLINIC BARCELONA. VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Se planteó integrar en el sistema informático del hospital (SAP) la prescripción de nutrición parenteral(NP) de adulto que se realizaba en papel, con la posterior transcripción a un aplicativo informático(NutriData©) si la preparación era en Servicio Farmacia(SF) y a otro(NutriService©) si se solicitaba a empresa adjudicataria externa(BBraun).

Objetivo:

Aumentar la seguridad y optimizar el circuito de NP a través de la integración de todos los procesos que lo componen (prescripción, preparación y administración) en el sistema informático del hospital.

MEJORAS ESPERADAS

- Optimización del circuito de NP reduciendo el tiempo de prescripción-preparación.
- Aumento de la seguridad al eliminar las transcripciones como fuente de error.
- Accesibilidad desde cualquier dispositivo conectado a SAP, permitiendo simultaneidad de usuarios y prescripción "a pie de cama".

DISEÑO

Se creó un grupo de trabajo de tres farmacéuticas y dos informáticos.

Se diseñó el aplicativo según las necesidades de los usuarios.

Entre otras: curso clínico específico NP (restringido usuarios autorizados), cálculo requerimientos nutricionales y peso ajustado, alertas de máximos y mínimos, avisos en puntos críticos para evitar errores, prescripción dietas individualizadas y protocolizadas, cálculos estabilidad precipitación calcio-fósforo y fórmula de número agregación crítica(CAN), cálculo osmolaridad, volumen mínimo necesario, indicación y motivo suspensión NP, listado pacientes activos, copiar NP y modificarla, aleatorización control microbiológico, listado preparaciones pendientes, iconos según estado NP(prescrita sin activar, activada y pendiente preparar, solicitada BBraun, preparada, anulada), campo observaciones para técnicos SF, hoja preparación y etiquetas, listado NP preparadas, catálogo productos, gestión consumos, administración NP por enfermería,...

CIRCUITO Y ETAPAS

- FASE-I: Desarrollo informático de la preparación en SF. Se continuó utilizando NutriService© para solicitud a BBraun. Resolución incidencias.
- Prueba piloto (en paralelo con el sistema habitual) en planta quirúrgica. Lo llevaron a cabo las tres farmacéuticas implicadas en desarrollo informático.
- Formación resto prescriptores y técnicos SF. Difusión del cambio a médicos y enfermería.
- Ampliación progresiva a resto del hospital.
- FASE-II: Desarrollo informático interfase SAP – BBraun para la solicitud de NP a empresa externa. Resolución incidencias.
- Implantación en todo el hospital simultáneamente.
- Modificación documental normativa ISO.

IMPLANTACIÓN

Prueba piloto FASE-I: Junio 2017. Despliegue completo: Abril 2018. Inicio desarrollo interfase SAP-BBraun: Octubre 2018. Implantación: Enero 2020.

RESULTADOS

Desde la puesta en marcha de la FASE-I, se han prescrito 21.448 NP. Tras el inicio de la segunda fase, se han solicitado a BBraun 2.672 NP.

- El nuevo circuito ha permitido adelantar una hora la preparación en SF y recuperar 2h diarias de técnico y 1h de farmacéutico, al eliminar la transcripción de las dietas y su correspondiente verificación.
- Se han eliminado completamente las incidencias por errores de transcripción.
- La administración queda registrada informáticamente y el volumen de NP se incluye en el balance hídrico diario.
- Tanto prescriptores como técnicos SF valoran muy positivamente el cambio.

LIMITACIONES

Pendiente desarrollar trazabilidad del proceso, desde productos utilizados hasta administración.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La diversidad de aplicativos informáticos para distintas áreas (oncología, farmacotecnia, nutrición) es un problema generalizado en SF. Este desarrollo es aplicable a cualquier SF que tenga el módulo ISH-MED de SAP.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1577. FORMULACIÓN DE TACROLIMUS 0,3% VÍA TÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PIODERMA GANGRENO-SO

AUTORES

JIMÉNEZ LÓPEZ Y, PÉREZ CANO E, LÓPEZ LÓPEZ AM, MUÑOZ CID CL, CLARAMUNT GARCÍA R, CABA PORRAS I HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN. AVENIDA DEL EJÉRCITO ESPAÑOL, 10. JAÉN

OBJETIVOS

El pioderma gangrenoso (PG) es una enfermedad cutánea de probable etiología autoinmunitaria caracterizada por la presencia de pústulas eritematosas únicas o múltiples que progresan rápidamente a úlceras necróticas. El tratamiento se basa en fármacos inmunosupresores, siendo una alternativa la vía tópica.

Los objetivos de nuestro trabajo son:

- Formular una pomada de tacrolimus 0,3% solicitada por un cirujano del hospital, para una paciente que presentaba PG periestomal desde hacía 3 meses.
- Evaluar la eficacia y seguridad de la fórmula magistral (FM).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed a partir de los términos “pyoderma gangrenosum” y “topical tacrolimus” para conocer el tratamiento del PG y la eficacia del uso off-label de tacrolimus a diferentes concentraciones. También se realizó una búsqueda de las FM descritas en la literatura.

Para diseñar la FM, se revisaron las características físico-químicas del tacrolimus y los excipientes utilizados en formas farmacéuticas de administración tópica. Se siguió el procedimiento normalizado de elaboración de pomadas.

Desde abril del 2019, se llevó a cabo un seguimiento de la evolución de la paciente tratada con nuestra FM, manteniendo un contacto directo con los cirujanos y consultando la historia clínica informatizada (Diraya®).

RESULTADOS

Se encontró una revisión de 26 pacientes con PG periestomal tratados con pomada de tacrolimus al 0,3% en monoterapia, demostrando ser más eficaz que otros tratamientos tópicos. No existe ninguna presentación comercializada a esta concentración, lo que nos hace recurrir a la formulación magistral.

Existen referencias bibliográficas que describen la incorporación de tacrolimus en excipiente adhesivo oral (EAO) para otra indicación terapéutica. Tras revisar la ficha técnica del EAO, nos encontramos que, para formular un principio activo lipófilo como es el tacrolimus, es un excipiente adecuado: se trata de un vehículo adhesivo protector, hidrófobo, anhidro, usado para retener o aplicar tópicamente los principios activos en las membranas mucosas.

Finalmente se diseñó la siguiente FM:

Tacrolimus.....150mg
Vaselina líquida..... 7 gotas
Excipiente adhesivo oral c.s.p.....50g

Modus operandi: pesar la cantidad de tacrolimus y EAO necesaria. En campana de flujo laminar vertical, echar la vaselina líquida al mortero que contiene tacrolimus, para humectar y formar una pasta. A continuación, añadir el EAO poco a poco, homogeneizando con el pistilo. Por último, envasar en un tubo de aluminio. Debido a la ausencia de agua en la FM, el periodo de validez asignado fue de 60 días, conservada entre 2-8°C.

La pomada presentó unas características visuales y organolépticas adecuadas, con un aspecto homogéneo, untuoso y translúcido.

Tras la falta de respuesta a corticoides orales, el PG mejoró ostensiblemente a los 5 días de iniciar la aplicación de la pomada, disminuyendo el dolor, tamaño y grosor. La FM se elaboró 8 veces para la paciente y se recomendó aplicarla una vez al día. No se notificaron reacciones adversas importantes.

CONCLUSIONES

La elaboración de nuestra FM tacrolimus 0,3% en excipiente adhesivo oral ha sido adecuada para la paciente y bien tolerada. El tratamiento con esta pomada ha mejorado notablemente la úlcera periestomal y ha favorecido la cicatrización.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1580. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CONTROL DE CALIDAD PARA PREPARACIONES OFTÁLMICAS

AUTORES

CARVAJAL SÁNCHEZ MA, PACHECO LÓPEZ P, MANRESA RAMÓN N, MEROÑO SAURA MA, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ T, CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, IBÁÑEZ CATURLA J
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AVENIDA MARQUÉS DE LOS VÉLEZ S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Ciertas preparaciones oftálmicas no están disponibles en el mercado o son difíciles de adquirir, por lo que es necesaria su elaboración en los servicios de farmacia hospitalaria. Comprobar que las formulaciones cumplen determinados requisitos es fundamental para asegurar una correcta preparación y garantizar la seguridad del paciente.

En el servicio de farmacia hospitalaria se implantó un circuito de control de calidad para garantizar una adecuada elaboración y etiquetado de colirios y formulaciones intravítreas. Se elaboraron de acuerdo a los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) del grupo de farmacotecnia de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo desde mayo hasta septiembre de 2019. Las preparaciones se elaboraron en la sala blanca del Servicio de Farmacia mediante una técnica aséptica.

Se siguieron los PNT de la SEFH para comprobar las principales características que debían presentar las preparaciones oftálmicas. Para validar una preparación, el farmacéutico debe comprobar un documento rellenado por el técnico que haya elaborado la formulación. Este documento se divide en dos categorías:

Estabilidad fisicoquímica: pH (medido utilizando papel indicador Neutralit®), color, turbidez y ausencia de cristalización.

Etiquetado: correcta identificación, condiciones de almacenamiento, clasificación del fármaco como peligroso (de acuerdo a la clasificación de National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)), lote y caducidad.

Todos estos parámetros deben ser rellenados de manera inequívoca para evitar cualquier confusión.

RESULTADOS

A lo largo de este periodo de tiempo, en el laboratorio de farmacotecnia se elaboraron 38 preparaciones oftálmicas: ceftazidima 5% (10 colirios), ciclopentolato-fenilefrina 2% (8), ciclosporina 0,05% (7), vancomicina 5% (7), vancomicina 1,4% (3), voriconazol 1% (2) y ganciclovir 2% (1).

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Estabilidad fisicoquímica:

pH medio: ceftazidima 5% (8,4), ciclopentolato-fenilefrina 2% (6,75), ciclosporina 0,05% (6,64), vancomicina 5% (3,71), vancomicina 1,4% (5,83), voriconazol 1% (6,25), ganciclovir 2% (8,5).

Color: Todas las preparaciones fueron registradas como transparentes, excepto una preparación de ceftazidima y una de vancomicina al 1,4%. Las características de color de todas las preparaciones eran correctas de acuerdo a los estándares de calidad.

Turbidez y cristalización: ninguna de las preparaciones presentó turbidez ni cristalización.

- Etiquetado:

Todos los fármacos fueron correctamente etiquetados. Todas las preparaciones termolábiles fueron identificadas debidamente (etiqueta adhesiva indicando la necesidad de ser almacenadas de 2 a 8°C). Los colirios de ganciclovir y ciclosporina se clasificaron como fármacos peligrosos tipo 2 y los de voriconazol como peligrosos tipo 3. Se detectaron errores en la fecha de caducidad de dos colirios, que fueron debidamente corregidos.

CONCLUSIONES

La elaboración de los distintos fármacos cumplió con los requisitos galénicos para la elaboración de preparaciones oftálmicas y fueron etiquetados correctamente. Se puede afirmar, por tanto, que pueden ser elaborados en el servicio de Farmacia Hospitalaria de acuerdo a los estándares de calidad aprobados.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1584. COLIRIOS DE SUERO AUTÓLOGO: IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CONTROL DE CALIDAD

AUTORES

CARVAJAL SÁNCHEZ MA, PACHECO LÓPEZ P, MEROÑO SAURA MA, MANRESA RAMÓN N, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ T, FERNÁNDEZ ZAMORA C, CLAVIJOS BAUTISTA S, IBÁÑEZ CATURLA J
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AVENIDA MARQUÉS DE LOS VÉLEZ S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Los colirios de suero autólogo (CSA) se prescriben frecuentemente para el tratamiento de enfermedades como el síndrome del ojo seco, quemaduras oculares o el síndrome de Sjögren. Estas preparaciones no están disponibles en el mercado, por lo que deben elaborarse en los servicios de farmacia hospitalaria para el tratamiento de estas patologías.

En el servicio de farmacia se implantó un circuito para garantizar una correcta elaboración y etiquetado de los CSA elaborados en la sala blanca del área de farmacotecnia. Se siguieron los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) del servicio de farmacia del Hospital Morales Meseguer.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo desde mayo hasta septiembre de 2019. Los colirios se elaboraron siguiendo una técnica aséptica.

Los PNT del servicio de farmacia recogen las principales características que deben presentar los CSA. Para validar una preparación, el farmacéutico debe comprobar un documento relleno por el técnico que haya elaborado la formulación. Este documento se divide en dos categorías:

Estabilidad fisicoquímica: pH (medido utilizando papel indicador), color, turbidez y cristalización.

Etiquetado: aquí se registra si la preparación está identificada correctamente, condiciones de almacenamiento, lote y caducidad.

Todos estos parámetros deben ser rellenos de manera inequívoca para evitar cualquier confusión.

RESULTADOS

A lo largo de este periodo de tiempo, en nuestro laboratorio se elaboraron 139 colirios a diferentes concentraciones. Las preparaciones fueron las siguientes: colirio de suero autólogo al 20% (130 unidades), CSA al 50% (8 unidades), CSA al 30% (1 unidad).

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Estabilidad fisicoquímica:

pH medio: CSA 20%: (7,85); CSA 50% (8,25); CSA 30% (7,5). Estos resultados se encuentran dentro de los rangos recogidos en la bibliografía consultada.

Color: Las tonalidades consideradas como válidas oscilan desde amarillento hasta transparente, dependiendo de la concentración lipídica. El 94,24% de las preparaciones fueron amarillentas; 5,03% fueron transparentes y 0,73% fueron rojizas debido a la hemólisis. Las preparaciones hemolizadas fueron descartadas y se realizó una nueva extracción de sangre para preparar nuevos colirios.

Turbidez y cristalización: 5,75% de los colirios mostraron turbidez debido a una mayor concentración de lípidos. Ninguna de las preparaciones mostró cristalización.

- Etiquetado:

Todas las preparaciones fueron correctamente etiquetadas e identificadas como termolábiles (necesidad de ser almacenadas en congelador a una temperatura inferior a 0°C para garantizar una estabilidad de tres meses). Una de las preparaciones tenía una fecha de caducidad incorrecta, que fue detectada y corregida.

CONCLUSIONES

La fabricación de colirios de suero autólogo cumplió con los requisitos galénicos para la elaboración de preparaciones oftálmicas. Todos fueron etiquetados correctamente. Se puede afirmar, por tanto, que pueden ser elaborados en el servicio de Farmacia Hospitalaria de acuerdo a los estándares de calidad aprobados.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1607. CONTROL DE CALIDAD BIOQUÍMICO DE NUTRICIONES PARENTERALES NEONATALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

DÍAZ DÍAZ CL, FRAILE CLEMENTE C, GARCÍA BELLO MÁ, MONTERO DELGADO A, GONZÁLEZ CARRILLO E, GONZÁLEZ GARCÍA I, ÁLVAREZ TOSCO KI, MERINO ALONSO FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CARRETERA ROSARIO N.145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Estudiar posibles diferencias en los resultados del Control de Calidad (CC) de Nutriciones Parenterales Neonatales (NPN) cuando se elaboran sin testigo (ST) y con testigo (CT) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

En nuestro centro se realiza un análisis bioquímico de niveles de glucosa, potasio y calcio de las NPN todo en uno como CC. El análisis se realiza mediante técnicas validadas: Cobas 702 de Roche Diagnostisc® para la medición de glucosa, potenciometría indirecta para el potasio y NM-BAPTA para el calcio.

Estudio observacional y retrospectivo que evalúa las NPN elaboradas entre enero de 2019 y marzo de 2020. El día 5/11/2019 se implanta la elaboración CT (una enfermera elaboradora y otra observadora y verificadora).

Para el análisis estadístico se consideró un $\pm 10\%$ sobre la concentración teórica como margen de aceptación (MA). Para calcular la inexactitud de los procedimientos de medida se analizó la diferencia entre la concentración teórica y la medida usando el procedimiento Passing-Bablok. Se considera que no hay error sistemático cuando el intervalo de confianza (IC) para el origen incluye el cero y el IC para la pendiente incluye el uno.

RESULTADOS

Se analizaron 793 NPN obteniéndose: 793 muestras de glucosa (547ST+246CT), 793 de calcio (547ST+246CT) y 525 de potasio (375ST+150CT).

El procedimiento estima un sesgo sistemático de añadir más glucosa y menos calcio en las elaboraciones ST que se mantiene CT, sin incrementarse en gran medida el sesgo sistemático de supra o infra dosificación respectivamente. El potasio no tiene sesgo sistemático en ningún caso.

-Las observaciones de glucosa tienen un error $> MA$ superior cuando se hacen ST (6%) en comparación a CT (1,6%), resultando estadísticamente significativo ($p=0,011$).

-Las observaciones de calcio tienen un porcentaje de error aceptable similar cuando se hacen CT (15.9%) en comparación a ST (12.8%), sin llegar a ser estadísticamente significativo ($p=0,296$). No obstante, parece que la infradosificación se

incrementó levemente ($p=0,031$).

-Las observaciones de potasio tienen un porcentaje de error aceptable cuando se hacen CT (6.7%) en comparación a ST (14%), resultando estadísticamente significativo ($p=0,018$). Concretamente, CT hay menos sobredosificación ($p=0.025$).

La probabilidad de tener algún error en cualquiera de los componentes resultó similar entre las dos mediciones ($p=0,301$), siendo el porcentaje de errores ligeramente superior ST (22,7%) frente a CT (19,1%), esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Aunque el porcentaje de errores fue menor en glucosa y en potasio, el número de preparaciones sin error no se considera menor cuando se hace CT.

En total, un 21.5% [0,1872; 0,2456] de los preparados tuvieron al menos un error > 10% en glucosa, potasio o calcio.

CONCLUSIONES

Encontramos menor proporción de errores CT pero esta reducción no resulta estadísticamente significativa.

Gracias al CC podemos detectar errores de dosificación durante la elaboración de las NPN que no afectarán al paciente.

La formación del personal de enfermería y la progresiva automatización del área estéril son nuestros objetivos más próximos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1608. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA

AUTORES

DEL VALLE MORENO P, CIUDAD GUTIERREZ P, FERNANDEZ RUBIO B, PEREZ BLANCO JL, AGUILERA NIETO M, GOMEZ MILLAN MT, RODRIGUEZ RAMALLO H

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA MANUEL SIUROT S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

La Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD) es una modalidad de soporte nutricional que permite la administración de nutriciones parenterales en el propio domicilio del paciente.

El objetivo principal de este estudio es evaluar el grado de satisfacción de los pacientes que reciben NPD procedente de un hospital de tercer nivel. Un segundo objetivo es identificar oportunidades de mejora según los resultados obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo. Se elaboró una encuesta compuesta por 11 ítems y un apartado libre para sugerencias. Se llevó a cabo de forma anónima y voluntaria. Los ítems se respondían utilizando la escala Likert, asignándoles un puntaje entre 1 (baja satisfacción) y 5 (completa satisfacción). Las cuestiones fueron relativas al grado de satisfacción respecto a: frecuencia con que recibe la NPD, aviso sobre los días de entrega, tiempo que espera para recibir las, condiciones en las que la recibe, atención recibida en la entrega, información que recibe del personal del Servicio de Farmacia, recomendaciones sobre cómo utilizar la NPD, comunicación con el Servicio de Farmacia, amabilidad y cortesía del Servicio de Farmacia, eficacia en resolver los problemas y atención global recibida.

Las encuestas se enviaron a los pacientes que recibían NPD durante los meses de enero y febrero de 2020. Previamente, se contactó con ellos para asegurar su correcta cumplimentación. Una vez recibidas en el Servicio de Farmacia, los datos fueron procesados para obtener los resultados.

RESULTADOS

Se enviaron 19 encuestas y el 68% ($n=13$) se cumplimentaron. Los pacientes tuvieron una mediana de edad de 60 años (20-79), 8 fueron mujeres (62%).

La satisfacción fue completa (5 puntos) respecto a: la atención recibida en la entrega de la NPD, la información que reciben del personal de Farmacia, la comunicación con el Servicio de Farmacia, la amabilidad y cortesía del Servicio de Farmacia y la eficacia en resolver los problemas.

La satisfacción promedio respecto a la frecuencia de recepción de las nutriciones, al aviso sobre los días de entrega, al tiempo de espera para recibir las, a las condiciones en las que las reciben, a las recomendaciones sobre cómo utilizarlas y a la atención global recibida fue de 4 puntos.

Acerca del grado de información que consideraban tener los pacientes sobre la NPD, el 69% ($n=9$) contestó que era buena. La sugerencia más repetida (23%) fue poder conocer con mayor exactitud el horario de entrega de la NPD en su domicilio.

CONCLUSIONES

Los pacientes subsidiarios de nutrición parenteral domiciliaria en nuestro hospital muestran un alto grado de satisfacción con la atención recibida por parte del Servicio de Farmacia.

Las oportunidades de mejora detectadas en vista a los resultados obtenidos están relacionadas con la precisión del horario de entrega de las NPD.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1663. ELABORACIÓN Y USO EN VIDA REAL DE UNA FORMULACIÓN ORAL DE METILPREDNISOLONA

AUTORES

IBÁÑEZ CATURLA J, TITOS ARCOS JC, MANRESA RAMON N, MEROÑO SAURA MA, PACHECO LOPEZ P, FERNANDEZ ZAMORA C, CARVAJAL SÁNCHEZ M, CLAVIJOS BAUTISTA S

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO J.M MORALES MESEGUER. AVDA. EUROPA 6 6ª. MURCIA

OBJETIVOS

La administración de altas dosis de metilprednisolona (MP) intravenosa constituye un tratamiento eficaz para una serie de patologías, principalmente neurológicas, como la esclerosis múltiple (EM), en el tratamiento sintomático de patologías oncológicas, así como en la prevención del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) y otras complicaciones inflamatorias en el reciente brote de infección por COVID-19. El objetivo de este estudio es describir el diseño y uso de una alternativa oral de MP para el tratamiento domiciliario, así como intrahospitalario en situaciones de desabastecimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

El servicio de Medicina Interna nos consultó sobre la posibilidad de una formulación oral de MP. Tras realizar una búsqueda bibliográfica de la literatura disponible, se confirmó la bioequivalencia entre la vía oral e intravenosa, así como la no inferioridad en eficacia y seguridad de la vía oral. Se diseñó un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) siguiendo las pautas del Formulario nacional y las Guías de buenas prácticas de preparación de medicamentos. Se protocolizó un circuito de preparación, validación y control de calidad, conservación, dispensación y administración. Como variable de control de calidad se utilizó el ensayo de uniformidad de masa según Real Farmacopea Española 2015 (RFE). Se analizaron los datos de uso de MP oral a partir del programa de dispensación electrónica SAVAC v3.41.9 y la historia clínica electrónica SELENE v5.3.3 entre el 1 de febrero y el 30 de abril de 2020.

RESULTADOS

Se estandarizó la elaboración de dos presentaciones de cápsulas de 125 y 250 mg de MP con cápsulas de gelatina dura N.º 1 a partir de polvo de MP puro, utilizándose como excipiente diluyente lactosa. Se almacenaron a una temperatura entre 2-8 °C, otorgándoles una caducidad máxima de 6 meses. En el ensayo de uniformidad de masa de 20 cápsulas por cada lote de 100, todos los lotes se encontraron en el rango válido de $\pm 10\%$ de desviación establecido por la RFE para cápsulas de más de 300 mg.

Durante el periodo de estudio se trataron 38 pacientes, 3 de ellos con la presentación de 125 mg y 35 con la de 250 mg. 22 (63%) habían sido diagnosticados de infección por COVID-19, 10 (28%) con patologías neurológicas (principalmente EM), y 5 (14%) con procesos oncológicos. El protocolo creado en el programa de prescripción electrónica que recibieron los pacientes COVID correspondía a 250 mg de MP oral al día durante tres días. A 9 de los pacientes (23%), todos ellos con patologías neurológicas, se le dispensó el tratamiento por las consultas de pacientes externos para su administración domiciliaria.

CONCLUSIONES

La elaboración de cápsulas de MP ha demostrado ser una alternativa bien tolerada y de utilidad, evitando costes monetarios derivados de hospitalización y ofreciendo una opción de tratamiento con corticoides a altas dosis, válida en falta de suministro de las presentaciones intravenosas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1674. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ESPECTROFOTOMÉTRICO PARA CONTROL DE CALIDAD DE HIDROXICLOROQUINA EN FORMULACIONES ORALES

AUTORES

GRANDA LOBATO P, PRATS OLIVÁN P, SÁNCHEZ LÓPEZ P, MARTÍNEZ RODRÍGUEZ J, MÉNDEZ FERNÁNDEZ MJ, PEDRAZA NIETO L, MONTENEGRO ÁLVAREZ DE TEJERA P
HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA GOMEZ ULLA. GLORIETA DEL EJERCITO, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Validar un método por espectrofotometría UV para el control de calidad de cápsulas y soluciones de hidroxycloroquina formuladas en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) a propósito de su uso en el manejo de pacientes con infección por SARS CoV-2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Utilizamos hidroxycloroquina fosfato como materia prima. Balanza de precisión Precisa XT220A desviación 0.0001g, solución acuosa ácida (CLH 1%) y espectrofotómetro Perkin Elmer, modelo lambda 40. La validación del método se realizó a través de los parámetros especificidad, linealidad, precisión y exactitud, siguiendo los requerimientos de la ICH. Basándonos en la bibliografía referente, la máxima absorción de esta sustancia es a 235 nm, valor dentro de la zona de ultravioleta, con una $A_{1/1}=560$ (a). Se realizó un barrido desde 300 a 200 nm comprobando que su pico de absorción mejor delimitado es a 235nm. Se elaboró una solución madre de 50 mg/50 ml en agua destilada, a partir de la cual se prepararon cinco diluciones: 1.6, 1.5, 1.4, 1.3 y 1.2 mg en 100 ml de solución acuosa ácida al 1%, para obtener la recta de calibración y estudiar la linealidad del método. Se utilizaron tres diluciones de concentraciones intermedias para realizar el estudio de precisión, calculando los coeficientes de variación de las diferentes medidas de absorbancia realizadas durante cinco días. El estudio de exactitud se realizó a partir de cinco series de las tres soluciones intermedias, para las que se calculó el porcentaje de recuperación con respecto a la cantidad teórica. El estudio estadístico se realizó mediante el programa estadístico SPSS v25. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

RESULTADOS

La especificidad resultó satisfactoria. La ecuación de la curva de calibración de las concentraciones respecto a las absorbancias fue $Y = -0.38 + 0.44X$. Coeficiente de correlación $r = 0,999$, Coeficiente de determinación $r^2 = 0,998$. Coeficiente de variación de los factores respuesta 0,8%. La pendiente de la recta de calibración fue estadísticamente significativa, t-Student-Fischer 100.98 ($p < 0,05$). La ANOVA de la regresión, $F = 10197.98$ ($p < 0,05$). Precisión con coeficientes de variación medios inferiores a 5%. Para la exactitud se realizó un análisis de las varianzas de los valores

medios de recuperación de los controles, no existiendo diferencias estadísticamente significativas ($F=0,191$, $p > 0,05$) por lo que el factor de concentración no afecta a nuestra técnica analítica. Se compararon las diferencias entre el % teórico (100%) y los % recuperados, t-Student-Fischer = 0.037 ($p = 0,547$), las diferencias no son significativas. Se realizó una correlación entre % teórico y % encontrado, coeficiente de correlación de Pearson = 1, ($p < 0,05$). La recuperación media fue de 100.21%. El cumplimiento de todos los criterios de aceptación establecidos demostró la validez del método en estudio.

CONCLUSIONES

Esta técnica analítica permite un control de calidad rápido, factible en las condiciones de la clínica diaria y fiable en los parámetros exigidos, por lo que se ha podido utilizar para controlar la concentración de las formulaciones orales de hidroxyclorequina elaboradas en nuestro SFH para su uso frente al SARS-CoV-2 en situaciones puntuales de desabastecimiento.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1675. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ESPECTROFOTOMÉTRICO PARA CONTROL DE CALIDAD DE VANCOMICINA

AUTORES

GRANDA LOBATO P, SÁNCHEZ LÓPEZ P, PRATS OLIVÁN P, MARTÍNEZ RODRÍGUEZ J, MÉNDEZ FERNÁNDEZ MJ, MONTENEGRO ÁLVAREZ DE TEJADA P, ACUÑA VEGA A, CABRERA GARCÍA MA
HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA GOMEZ ULLA. GLORIETA DEL EJERCITO, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Validar un método de vancomicina clorhidrato por espectrofotometría ultravioleta, para control de calidad de las cápsulas que se preparan en nuestro hospital en el tratamiento de la colitis pseudomembranosa debida a *Clostridium difficile*.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se parte de vancomicina Fagron como materia prima. Balanza de precisión Precisa XT220A desviación 0.0001 g. Espectrofotómetro Perkin Elmer, modelo lambda 40. La validación del método se realizó a través de los parámetros especificidad, linealidad, precisión y exactitud, siguiendo los requerimientos de la ICH. Basándonos en la bibliografía referente, la máxima absorción de esta sustancia es a 281 nm, valor dentro de la zona de ultravioleta, con una $A_{1/1}=34$ (b). Se realizó un barrido desde 300 a 200 nm comprobando que su pico de absorción mejor delimitado es a 281 nm. Se elaboró una solución madre de 50mg/50ml en agua destilada, a partir de la cual se prepararon cinco diluciones de diferente concentración, 11.2 mg, 11.6 mg, 12.4 mg, 12,8 mg, 13,2 mg en 50 ml de agua destilada, para obtener la recta de calibración y estudiar la linealidad del método. Se utilizaron tres diluciones de concentraciones intermedias, para realizar el estudio de precisión, calculando los coeficientes de variación de las diferentes medidas de absorbancia realizadas durante cinco días. El estudio de exactitud se realizó a partir de cinco series de las tres soluciones intermedias, para las que se calculó el porcentaje de recuperación respecto a la cantidad teórica, verificando la existencia de homogeneidad de varianzas y comparando los errores mediante un ensayo de validez de medias (ANOVA). El estudio estadístico se realizó mediante el programa estadístico SPSS v25. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

RESULTADOS

La especificidad resultó satisfactoria. La ecuación de la recta obtenida mediante la relación medidas de absorbancia respecto concentraciones fue: $Y = -0,01 + 0,090X$. Coeficiente de correlación $r = 0,999$, Coeficiente de determinación $r^2 = 1$. La ANOVA de la regresión, F Snedecor 1465,4 ($p < 0,05$). Coeficiente de variación de los factores respuesta 2,63%. La pendiente de la recta de calibración fue estadísticamente significativa, t-Student-Fischer 38,28 ($p < 0,05$). Precisión con coeficientes medios de variación de 0,29 % para la repetibilidad y 0,48% para la precisión intermedia. Para la exactitud se realizó un análisis de las varianzas de los valores medios de recuperación de cada uno de los controles, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos (F de Snedecor = 0,474; $p > 0,05$) por lo que el factor concentración no afecta a nuestra técnica analítica. Se realizó una t-Student-Fischer comparando las diferencias entre el % teórico (100%) y los % recuperados, t-Student-Fischer = -0,606 ($p = 0,547$), por tanto las diferencias no son significativas. Se realizó una correlación entre % teórico y % encontrado, resultando un coeficiente de correlación de Pearson $r = 1$, ($p < 0,05$). La recuperación media fue de 99,97% (0,43). El cumplimiento de todos los criterios de aceptación establecidos demostró la validez del método en estudio.

CONCLUSIONES

Se ha puesto a punto un método analítico para el control de cápsulas de vancomicina, rápido, factible en las condiciones de la clínica diaria y fiable en los parámetros exigidos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1721. HIPOCALCEMIA EN PACIENTES CRÍTICOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES

RUBIO ALONSO L, MONTERO HERNÁNDEZ M, MONTESINOS ORTÍ S, GEA NAVARRETE S, ALONSO BARAMBIO R, SOLER COMPANY E
HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA. C/ SAN CLEMENTE Nº 12. VALENCIA

OBJETIVOS

Análisis y evolución de la hipocalcemia (calcio total $< 8,9$ mg/dl) en pacientes críticos durante la administración de nutrición parenteral total (NPT).

Valoración del método más adecuado para diagnosticar hipocalcemia en pacientes críticos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante un mínimo de 3 días, con hipocalcemia y NPT durante 2019.

Con los programas ICCA® y Orión Clinic® se recopilaron las variables: periodo de ingreso en UCI, diagnóstico, calcio plasmático, proteínas plasmáticas (PP), albúmina y calcio iónico; antes del inicio de NPT y tras su suspensión.

Con el programa Kabisoft® se determinó la media de miligramos de calcio aportados por la NPT.

Los niveles de calcio total corregido con PP y albúmina se calcularon con las ecuaciones correspondientes:

Calcio total corregido con PP (mg/dl) = calcio medido (mg/dl) / [PP/16 + 0,55]

Calcio total corregido con albúmina (mg/dl) = Calcio medido (mg/dl) + 0,80 x [4 - albúmina (g/dl)]

RESULTADOS

Se seleccionaron los 20 pacientes ingresados en UCI con NPT e hipocalcemia durante 2019: el 73% eran hombres, con una media de edad de 69 (42-88) años. El motivo de ingreso fue en 8 pacientes insuficiencia respiratoria aguda/crónica, en 7 pacientes postcirugías y en 5 pacientes shock séptico.

Al inicio de NPT el 100% de pacientes tenían niveles bajos de calcio plasmático 7,7 (6,8-8,7) mg/dl.

Los valores de PP fueron 5,0 (3,2-7,6) g/dl y los de albúmina 2,6 (1,8-4,8) g/dl, estando por debajo de rango de referencia en el 95% de pacientes las PP y en el 90% la albúmina.

El calcio corregido con PP fue 9,2 (7,6-10) mg/dl y corregido con albúmina 9 (7,8-9,9) mg/dl; estando por debajo de rango en el 25% y 41% de pacientes respectivamente.

Aunque realmente sólo el 25% de pacientes tenían niveles bajos de calcio iónico, 4,4 (3,52- 4,92) mg/dl.

Las NPT se suplementaron con 160 (112-250) mg de calcio de media.

Al suspender la NPT tras 11,5 (3-38) días, en un 20% de pacientes se normalizó el calcio plasmático, 8,2 (7,2-9,2) mg/dl.

En un 90% de casos tanto las PP como la albúmina continuaban por debajo del rango deseado, siendo los valores de PP 5,1 (3,9-6,8) g/dl y de albúmina 2,1 (1,3-2,7) g/dl.

El calcio corregido con proteínas y con albúmina continuaba bajo en el 25% de pacientes.

Del 25% de pacientes que presentaron calcio iónico por debajo de rango al inicio de la NPT, sólo continuó bajo en el 5% de pacientes; en el 15% se corrigió tras la NPT y de un 5% de pacientes no disponemos de datos.

CONCLUSIONES

En nuestra serie de pacientes los aportes de calcio en la NPT han corregido la hipocalcemia real (calcio iónico) en el 95% de ellos. Con las fórmulas de ajuste de calcemia con PP y albúmina hubiéramos considerado que únicamente el 75% habrían corregido los niveles de calcio. Por tanto, en nuestra serie de pacientes críticos, la forma más adecuada para diagnosticar hipocalcemia es el calcio iónico, independientemente de proteínas y albúmina.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1741. EFECTIVIDAD DE INSULINA TÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS CORNEALES

AUTORES

FERNÁNDEZ VARELA AM, GONZÁLEZ RODRÍGUEZ AM, RODRÍGUEZ PENÍN I
HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE- PROFESOR NOVOA-SANTOS. AVENIDA DE LA RESIDENCIA, S/N A CORUÑA. A CORUÑA

OBJETIVOS

La experiencia clínica del uso de insulina tópica en pacientes con heridas corneales no cicatrizantes es escasa. El objetivo de este trabajo es estudiar la efectividad del colirio de insulina como uso fuera de ficha técnica en pacientes con úlcera corneal trófica refractaria, tras haber recibido el tratamiento estándar (lubricación de la superficie corneal, injertos de membrana amniótica, lentes de contacto terapéuticas).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en un hospital de segundo nivel que incluye todos los pacientes a los que se les dispensó colirio de insulina entre febrero y abril de 2020 como uso off-label desde el Servicio de Farmacia para el tratamiento de la úlcera trófica corneal. Fuentes de datos: Historia clínica electrónica y aplicativo de dispensación hospitalaria. De la historia clínica electrónica se recogieron datos demográficos (edad, sexo), diagnóstico, tratamientos previos, tratamiento con colirio de insulina (dosis y frecuencia de administración, duración y efectividad).

Se diseñaron tres fórmulas magistrales de insulina 1, 10 y 20 UI/mL en colirio acondicionadas en frasco cuentagotas estéril de cristal a partir de insulina regular y lágrimas artificiales con polietilenglicol y propilenglicol. Fueron elaboradas en cabina de flujo laminar horizontal. La caducidad asignada fue de 14 días en nevera protegiendo de la luz.

RESULTADOS

Seis pacientes recibieron colirio de insulina: 3 pacientes a una concentración de 1 UI/mL, 2 pacientes a 10 UI/mL y 1 paciente a 20 UI/mL; 66.6 % hombres. Edad media al diagnóstico: 72 años \pm 10,1 años (RIQ: 57,75-79,75 años). Diagnósticos: úlcera corneal trófica sin filiar (n=3), úlcera corneal postherpética (n=1), esclerouveítis bilateral sin filiar (n=1), causticación por álcalis (n=1). Un paciente diabético. En el 66.6% de los casos la afectación se produjo en el ojo izquierdo. Dosis y frecuencia de administración: 1 gota 4 o 5 veces al día. Todos los pacientes recibieron tratamiento convencional previo, excepto un paciente con causticación por álcalis: 5, colirios lubricantes; 2, injerto de membrana amniótica; 1, lentes de contacto; 2, suero autólogo (motivo de suspensión: 1 paciente intolerancia; 1 paciente sustitución para reducción del riesgo en pandemia por coronavirus). La úlcera ha cicatrizado en el 50% de los pacientes: en 2 pacientes después de 14 días y en un paciente después de 1 semana de tratamiento. Han experimentado mejoría 2 pacientes: 1 paciente a las 2 semanas y otro paciente a las 5 semanas. Solamente un paciente ha referido empeoramiento de su úlcera corneal.

CONCLUSIONES

El uso de insulina tópica ha resultado efectivo en el tratamiento de la úlcera corneal en nuestra población. Se necesitaría la realización de más estudios con un tamaño de muestra mayor para confirmar dicha efectividad.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1743. DESARROLLO DE BACTERIEMIA EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL: ANÁLISIS TEMPORAL SEGÚN SERVICIOS MÉDICO/QUIRÚRGICOS.

AUTORES

DÍAZ DÍAZ CL, FRAILE CLEMENTE C, FERRER MACHÍN A, TÉVAR ALFONSO E, PÉREZ MARTÍN CY, GONZÁLEZ GARCÍA I, VERA CABRERA M, MERINO ALONSO FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CARRETERA ROSARIO N.145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Evaluar el tiempo hasta desarrollo de bacteriemia en pacientes que recibieron nutrición parenteral (NP) durante el año 2019 en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional longitudinal retrospectivo en el que se incluyen pacientes que durante el año 2019 recibieron soporte nutricional con NP.

Los pacientes fueron clasificados en dos grupos:

-quirúrgicos: otorrinolaringología, cirugía general y digestivo, cirugía torácica, cirugía vascular, traumatología, urología, ginecología, neurocirugía.

-médicos: medicina interna, medicina intensiva, cardiología, nefrología, neumología, neurología, digestivo, oncohematología.

Los datos demográficos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica, la duración de la NP del área estéril del servicio de farmacia y las bacteriemias fueron aportadas por el Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA).

La variable dependiente fue el tiempo hasta desarrollo de bacteriemia, y la independiente, el tipo de servicio en el que se incluye al paciente.

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 como prueba de contraste de hipótesis se usó el test de Log-rank. Además se estimó el Hazard Ratio (HR) y el IC95% mediante el modelo de regresión de Cox.

Los análisis se realizaron mediante el programa estadístico SPSS/PC (versión 24.0 para Windows, SPSS, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 410 pacientes, el 61% hombres, la edad media fue 63 años [54-72], 70 Kg [60-80] de peso corporal y 167.5 \pm 8.6 cm de altura.

Se generaron 476 episodios de NP, de ellas, el 53.6% a pacientes quirúrgicos, el resto a servicios médicos. La mediana de días de NP fue de 7 días [4-11].

El 13% de pacientes desarrollaron bacteriemia en algún momento durante la administración de la NP y el 4.6% de ellos fallecieron en el día +14 de bacteriemia.

Los principales microorganismos causantes han sido: *Klebsiella pneumoniae* (40%) y *Escherichia coli* (25%).

La media de días hasta el desarrollo de bacteriemias fue de 49.17 [26.7-71.6] en los pacientes quirúrgicos y de 93.59 [51.7-135.4] en los pacientes de servicios médicos, p=0.067. El tiempo hasta bacteriemia fue menor en los servicios quirúrgicos: HR= 1.85 [0.94-3.64].

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, el tiempo hasta el desarrollo de bacteriemia en pacientes con NP fue menor en pacientes quirúrgicos. No obstante, las diferencias entre los dos grupos de estudio no resultaron estadísticamente significativas.

Estos resultados podrían deberse a la reducción del sistema inmunológico por la respuesta metabólica al trauma de los pacientes postquirúrgicos, pero también hay que tener en cuenta otros factores como la manipulación y cuidado de la vía.

La bacteriemia es una de las complicaciones infecciosas más habituales derivadas de la NP, habitualmente relacionada

con el catéter. Por esta razón, junto con el PROA, trabajaremos para implantar en nuestro centro un protocolo de cuidado de catéter y registro de vía.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1818. ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA PACIENTES CON ULCERA NEUROTROFICA REFRACTARIA: COLIRIO DE INSULINA

AUTORES

TOJA CAMBA FJ, VARELA CORREA JJ, MORENO GARCIA C, MISA GARCIA A, LOIS ALVAREZ V, GRANDIO LEIVAS L
COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE. RAMÓN PUGA, 52-54. OURENSE

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de la utilización tópica de un colirio de insulina. La queratopatía neurotrófica es una enfermedad degenerativa causada por el daño en la inervación del nervio trigémino, que conduce a defectos epiteliales espontáneos y ulceración corneal. Debido a la reducción de los reflejos propioceptivos y la función trófica neuromoduladora, que son esenciales para la vitalidad, metabolismo y reparación de la superficie ocular. Los estadios clínicos de la queratitis neurotrófica son: Estadio 1: alteraciones epiteliales. Estadio 2: defecto epitelial persistente. Estadio 3: úlcera corneal la cual puede progresar a la perforación.

Se ha observado que uno de los principales péptidos implicados en la regeneración corneal es el Factor de Crecimiento de tipo insulínico I (IGF-1) aumentando la movilización de queratinocitos a la superficie corneal y además parece estar implicado en la regeneración de los nervios corneales. Por lo que, en colaboración con el servicio de oftalmología, hemos empezado a utilizar colirio de insulina para tratar a pacientes refractarios a otros tratamientos, previa firma de un consentimiento informado.

MATERIALES Y MÉTODOS

La elaboración del colirio se realiza a partir de 1mL insulina rápida 100UI/mL y 9 mL de suero fisiológico obteniendo una solución de 10 UI/mL, a partir de la cual se extraen 0,5mL y se añaden a 4,5 mL de una solución oftálmica lubricante, obteniendo el colirio a una concentración final de 1 UI/mL. La posología acordada con el servicio de oftalmología y tras revisar la bibliografía disponible se fijó en 1 gota 4 veces al día, mientras que la duración del tratamiento se extiende en caso de evolución favorable hasta un mes después de la resolución de la úlcera.

Actualmente 7 pacientes a tratamiento, de los cuales 4 son mujeres y 3 son hombres. Para el seguimiento a los pacientes se les realizan fotografías durante la exploración con lámpara de hendidura BM 900 Haag Streit (módulo de imagen: IM600p), al inicio del tratamiento, a los 3 días, a la semana, al mes y al alta. Debido a la pandemia actual por COVID-19 el seguimiento completo solo se ha podido realizar en 4 pacientes.

RESULTADOS

3 pacientes(75%) han conseguido la resolución completa de la úlcera entre los 15 y 30 días de tratamiento y 1 (25%) continúa en seguimiento sin evolución favorable en los primeros 15 días. De los 3 pacientes con evolución favorable 1 continúa con la terapia y 2 de ellos continúan estables 2 meses después de haber finalizado el tratamiento. No se ha observado ninguna reacción adversa al tratamiento tópico con insulina ni de carácter local ni sistémica durante el tratamiento ni tras dos meses de haberlo finalizado.

CONCLUSIONES

El tratamiento tópico con insulina ha resultado ser eficaz y esperanzador en los pacientes refractarios a otros tratamientos, además la ausencia de reacciones adversas le confiere un buen perfil de seguridad. A pesar de todo, el bajo número de pacientes tratados y el corto plazo de seguimiento una vez finalizado el tratamiento hace necesario seguir observando la evolución a largo plazo y aumentar el tamaño muestral.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1840. EVALUACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD EN EL PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO

AUTORES

CALVO ARBELOA M, PINILLA LEBRERO G, FRESAN RESTITUTO D, RODRIGUEZ ESQUIROZ A, TEJADA MARIN D, ILLODO BECERRA JA, ULACIA EPELDE L, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. CALLE IRUNLARREA 3. NAVARRA

OBJETIVOS

La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) tiene una alta incidencia en los pacientes onco-hematológicos y se relaciona con un peor pronóstico además de disminuir su calidad de vida. Un adecuado soporte nutricional es esencial en estos pacientes. Aquí la nutrición artificial: nutrición parenteral (NP) y nutrición enteral (NE) juega un papel importante. El objetivo de este estudio fue analizar la DRE en paciente onco-hematológico que recibieron NP o NE según los criterios GLIM.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio analítico observacional transversal donde se incluyeron pacientes adultos con enfermedades onco-hematológicas que recibieron soporte nutricional artificial entre febrero y abril de 2020.

Se recogieron las siguientes variables: Descriptivas (edad, sexo, diagnóstico, servicio médico, tipo de soporte nutricional y duración del mismo y pauta de tiamina en la prevención del síndrome de realimentación), evaluación de la DRE según los criterios GLIM: criterios fenotípicos (pérdida de peso $\geq 5\%$ en los 6 meses previos, IMC bajo considerando este como ≤ 20 Kg/m² en menores de 70 años y ≤ 22 Kg/m² en mayores) y criterios etiológicos (ingesta baja o ≥ 7 días de hiporexia e inflamación causada por la enfermedad) y evolución clínica. Los datos se obtuvieron de la Historia Clínica Informatizada (HCI).

RESULTADOS

Se analizaron 32 pacientes que presentaron una edad media de $60,68 \pm 13,54$ años. El 59,37% (19) eran hombres. 12 (37,5%) pacientes presentaban enfermedades hematológicas siendo las más prevalentes: 33,3% (4) leucemia mieloide crónica y 25% (3) linfoma folicular. 20 (62,5%) pacientes presentaban enfermedades oncológicas siendo las más prevalentes: 30% (6) carcinoma gástrico, 15% (3) esofágico y 15% (3) de laringe.

El 59,37% (19) de los pacientes recibió NP con una duración media de $36,94 \pm 30,80$ días y el 40,63% (13) recibió NE durante $20,30 \pm 17,06$ días de media.

Al 40,63% (13) de los pacientes se le pautó tiamina intravenosa al inicio del soporte nutricional.

En cuanto a los criterios fenotípicos, 27 (84,37%) pacientes presentaron pérdida de peso $\geq 5\%$ en los 6 meses previos.

El IMC medio fue de $21,12 \pm 4,09$ Kg/m² y 14 (43,75%) de los pacientes presentaban IMC bajo. 29 (90,62%) pacientes cumplían al menos uno de los criterios fenotípicos.

En cuanto a los criterios etiológicos, 31 (96,87%) pacientes presentaron ≥ 7 días de hiporexia y en todos se consideró que cumplían el criterio de inflamación.

En general, según los criterios GLIM, 29 (90,62%) pacientes presentaban riesgo de desnutrición.

En cuanto a la evolución clínica de los pacientes, ninguno presentó síndrome de realimentación.

11 (34,37%) pacientes fueron dados de alta con recomendaciones y nutrición únicamente por vía oral, 10 (31,25%) pacientes continuaron con NE domiciliaria, 6 (18,75%) con suplementos orales, 4 (12,5%) fueron exitus y 1 (3,12%) continuó con NP domiciliaria.

CONCLUSIONES

Como conclusión, la mayoría de pacientes onco-hematológicos presenta DRE debido a la marcada hiporexia que presentan que tiene como consecuencia una importante pérdida de peso y un bajo IMC. Es importante la optimización de la terapia nutricional para mejorar su calidad de vida y el pronóstico de la enfermedad.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1844. COLABORACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA PREPARACIÓN DE SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA UTILIZADA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

AUTORES

BORREGO VILLANUEVA C, GARCÍA OTERO C, CASADO MARTÍN P, ESTEBAN TEJERO MI, PRIETO GONZÁLEZ J, CORRAL ALAEJOS A, GONZÁLEZ SANZ A, GIL VALIÑO C

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVENIDA DE REQUEJO 35. ZAMORA

OBJETIVOS

La rápida irrupción del COVID-19, ha supuesto un cambio en el trabajo de los Técnicos de Farmacia (TF), adaptando todos nuestros medios ante la nueva pandemia. Uno de los principales problemas ha sido el excesivo consumo de solución hidroalcohólica (SHA), originando un desabastecimiento a nivel mundial. El objetivo de nuestro trabajo ha sido establecer un procedimiento de elaboración de una SHA para solventar la rotura de stock creada por la pandemia del COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Trabajo realizado TF en colaboración con el farmacéutico del área de farmacotécnica. En primer lugar se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica de los procedimientos de elaboración de SHA que cumpliera los requisitos exigidos. Con ello, el farmacéutico responsable elaboró un procedimiento normalizado de trabajo que sirviera de guía de elaboración por parte de los TF.

La cantidad de solución a preparar se estableció en función a los consumos de los días anteriores en el complejo.

Para asegurar la calidad del producto final, se realizaron controles de densidad, haciendo una medida diaria. La densidad teórica era de 0,85g/cc a temperatura ambiente.

Para llevar a cabo el reenvasado, la Supervisora de Farmacia envió un comunicado a todos los supervisores del complejo, solicitando el envío de los envases vacíos de la antigua solución comercial al servicio de esterilización para su reciclaje y posterior envío al Servicio de Farmacia para proceder al llenado de la nueva solución.

Los envases de la SHA elaborada fueron identificados con el nombre de la mezcla, concentración, fecha de elaboración y fecha de caducidad.

Finalmente las preparaciones fueron enviadas al almacén general el cual se encargaba de su distribución a todo el complejo.

RESULTADOS

La fórmula que se adoptó para la preparación en el complejo fue la descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las materias primas necesarias para la elaboración fueron glicerol, peróxido de hidrógeno 3%, alcohol 96° y agua destilada. Los materiales utilizados fueron probetas de 1 litro (para el mezclado de los productos siguiendo las cantidades recomendadas) y embudos (para el reenvasado).

Tras un primer lote de control se incrementó la cantidad de glicerina por la aparición de irritación dermatológica local.

Finalmente se elaboraron lotes de 60 litros, para rellenar 120 envases, teniendo en cuenta que el consumo medio del

hospital era cercano a los 100 envases diarios. La elaboración se extendió de manera diaria durante 3 semanas.

Tras la elaboración, se establecía un periodo de cuarentena de 72 horas para la eliminación de esporas por acción del agua oxigenada. El valor medio de densidad obtenido fue de 0,84 g/cc, cumpliendo así con los requisitos de calidad exigidos por la OMS.

Tras su dispensación y su uso, los envases se volvían a enviar al servicio de esterilización, comenzando así de nuevo todo el proceso.

CONCLUSIONES

El amplio consumo de la SHA ha supuesto un problema en la mayoría de centros hospitalarios durante la pandemia del COVID-19. La colaboración del TF en la elaboración, reenvasado, etiquetado y distribución de la SHA fue imprescindible para abastecer al complejo.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1902. ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE DOS SOLUCIONES ORALES DE METADONA 10 MG/ML

AUTORES

ÁLVARO ALONSO EA, LORENZO GARCÍA MP, GÓNZALEZ PRIETO A, IZQUIERDO GARCÍA E, TEJEDOR PRADO P, RÚPEREZ PASCUALENA FJ, AGUILAR ROS A, ESCOBAR RODRÍGUEZ I
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. GRAN VÍA DEL ESTE, 80. MADRID

OBJETIVOS

Estudiar la estabilidad fisicoquímica y microbiológica y determinar el período de validez de dos soluciones orales de metadona 10mg/ml (con y sin conservantes) en tres condiciones de conservación acondicionadas en envase cerrado y envase abierto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboraron dos soluciones orales de metadona 10mg/ml, una según Formulario Nacional (FM-1) y otra con agua conservante (FM-2). Se acondicionaron en viales y frascos de vidrio topacio previamente esterilizados. Se conservaron a 5±3°C, 25±3°C y 40±2°C. Para emular el envase abierto las muestras se abrieron diariamente. Se siguieron las recomendaciones de las guías ICH y GERPAC: tres muestras independientes para cada análisis y 9 tiempos de muestreo para un seguimiento de 91 días (días 0,7,14,21,28,42,56,70 y 91).

Estudio de estabilidad fisicoquímica: se determinó la concentración de metadona mediante HPLC-UV (HPLC 1100 Agilent-Technologies). Se empleó la columna Waters-XTerra™ RP18 (3,5µm;4,6x100mm) a 40°C. La fase móvil estaba compuesta por fosfato sódico (pH=10) y acetonitrilo, mezclada (45:55) e impulsada a 1,6mL/min por la bomba cuaternaria. El volumen de inyección (inyector automático) fue 5µl. Detección mediante DAD (Diode Array Detection) a λ=254±16nm.

Se validó el método analítico. Se realizó un estudio de degradación forzada (HCl 0,1M, NaOH 0.1M y H₂O₂ 3%). Se determinó el pH mediante pH-metro 744 Metrohm® y se analizaron las características organolépticas, aspecto y limpidez.

Estudio de estabilidad microbiológica: se determinó si ambas soluciones cumplían los criterios de aceptación de calidad microbiológica en productos no estériles (< 10²UFC/mL de bacterias aerobias, < 10¹UFC/mL de hongos/levaduras y ausencia de E. coli) según la Real Farmacopea Española mediante el recuento de microorganismos aerobios viables totales y microorganismos específicos. Se empleó el método de recuento en placa (agar McConkey, agar CNA con 5% de sangre de cordero, agar Shchaedler con vitamina-K y 5% de sangre de cordero y agar Saboureaud con cloranfenicol/gentamicina). Para la FM-2 se realizó además el ensayo de eficacia de la conservación antimicrobiana.

RESULTADOS

El método fue selectivo y lineal (y=284,33x-97,83; r²(ANOVA)=0,995). La precisión instrumental 0,33%(n=10); precisión intra-ensayo 0,53%(n=6) y precisión inter-ensayo 1,95%(n=12). El porcentaje de recuperación y la desviación estándar relativa intra-ensayo fue 100,0±1,27% e inter-ensayo 98,15%±1,24%. Los tiempos de retención fueron 4,1 minutos (metadona), 0,67min (metilparabén) y 0,82min (propilparabén). No se encontraron productos de degradación. Se demostró insolubilidad en medio alcalino.

El pH medio (FM-1 vs FM-2) a 5±3°C fue: 6,77±0,13 vs 6,38±0,21; a 25±3°C: 6,73±0,18 vs 6,47±0,18 y a 40±2°C: 6,51±0,12 vs 6,39±0,08.

La concentración de metadona en ambas fórmulas permaneció dentro del rango 95-105% en los tres ambientes de conservación. Las características organolépticas permanecieron estables (incolores, inodoros y sabor amargo) y se confirmó ausencia de partículas. No se han encontrado diferencias con el uso de conservantes.

En el estudio microbiológico no se observó crecimiento microbiano en ninguna muestra analizada (el día 70 no se pudo cultivar debido al estado de alarma por SARS-CoV-2), por lo que todas las muestras cumplieron los criterios de aceptación de calidad microbiológica para fórmulas orales líquidas hasta tiempo final.

CONCLUSIONES

Las dos soluciones de metadona fueron física y microbiológicamente estables a 5±3°C, 25±3°C y 40±2°C durante 91 días en frascos cerrados y abiertos previamente esterilizados.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN**1915. FÓRMULA MAGISTRAL AMITRIPTILINA 2% Y KETAMINA 0,5% CREMA O/W PARA EL TRATAMIENTO DE LIQUEN ESCLEROSO VULVAR****AUTORES**

PÉREZ CANO E, JIMÉNEZ LÓPEZ Y, GARCÍA GÓMEZ N, CLARAMUNT GARCÍA R, MUÑOZ CID CL, CABA PORRAS I
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN. AVDA. DEL EJERCITO ESPAÑOL, 10. JAÉN

OBJETIVOS

El liquen escleroso vulvar (LEV) es una enfermedad dermatológica benigna, crónica y progresiva con inflamación y adelgazamiento epitelial de la zona ano-genital cuyas manifestaciones clínicas son prurito, dolor e inflamación. Los antidepresivos tricíclicos y la ketamina producen efectos farmacológicos múltiples que pueden contribuir a la analgesia periférica, por el bloqueo de los receptores periféricos de N-metil-D-aspartato, las propiedades anestésicas locales y las interacciones con los sistemas de adenosina.

El objetivo es desarrollar una fórmula magistral (FM) tópica de Amitriptilina/Ketamina off-label solicitada por dermatología para una paciente con LEV que ya había recibido múltiples tratamientos previos y evaluar su tolerabilidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica para evaluar las características fisicoquímicas de los principios activos (PA), concentraciones más adecuadas, excipientes, y FM descritas en la literatura.

Se realizaron los ensayos y controles según el procedimiento de elaboración de formas farmacéuticas semisólidas del Formulario Nacional, dándole un periodo de validez siguiendo las recomendaciones de las normas de correcta elaboración.

Coincidiendo con la dispensación mensual del tratamiento y con el fin de evaluar el progreso de las lesiones y los posibles efectos adversos, se realizó un cuestionario a la paciente.

RESULTADOS

Las concentraciones descritas en la bibliografía fueron al 2% para Amitriptilina y al 1% para Ketamina en dolor neuropático, encontrándonos con ausencia de información para estos PA en LEV.

La Amitriptilina es un polvo blanco o casi blanco fácilmente soluble en agua, en etanol al 96% y en cloruro de metileno. Para la Ketamina se partió del Ketolar® 50 mg/mL solución inyectable.

Se seleccionó una concentración de Amitriptilina al 2% y de Ketamina al 0,5% debido al tipo de patología y la zona a tratar, para evitar posible absorción sistémica.

Se diseñó una crema hidrófila, adecuada para dermatosis, fácilmente extensible y no oclusiva; usando como vehículo la base crema hidrofílica (O/W) no iónica Cetomacrogol, preferible por su inocuidad, por presentar menores problemas de compatibilidad y un pH ligeramente ácido próximo al de la mucosa vaginal. Para la elaboración, se disuelve la amitriptilina en la solución de ketamina y se incorpora a la base formándose la emulsión.

La composición de la FM final fue: Amitriptilina (2g), Ketamina (10mL) y Base cetomacrogol O/W (c.s.p 100g).

Para el acondicionamiento se utilizaron tarros de plástico completamente llenos, que deben conservarse a temperatura inferior de 25-30 °C.

Las características organolépticas, la extensibilidad y signo de la emulsión permanecieron estables durante los 6 meses de caducidad que nos permite establecer el contenido en conservantes del vehículo.

Se han realizado 6 dispensaciones y 6 cuestionarios con respuestas favorables, mostrando una clara mejoría tanto en la disminución del dolor como del picor sin evidencia de efectos adversos relacionados con los PA.

CONCLUSIONES

La FM de Amitriptilina 2% y Ketamina 0,5% crema ha sido efectiva en el tratamiento sintomático del LEV remitiendo el picor y mejorando la calidad de vida de esta paciente.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN**1925. DEXAMETASONA TÓPICA EN LA PROFILAXIS DE ESTOMATITIS POR EVEROLIMUS****AUTORES**

PÉREZ DE AMEZAGA TOMÁS L, OLIVER NOGUERA A, GONZÁLEZ MORCILLO G, MANDILEGO GARCÍA A, PARERA PASCUAL MM, MARCH FRONTERA C, VILANOVA BOLTÓ M
HOSPITAL UNIVERSITARI SON LLÀTZER. CTRA. DE MANACOR, S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

El everolimus es un fármaco antineoplásico inhibidor de la vía mTor usado en el tratamiento de varios tipos de cáncer (mama, neuroendocrino y renal). Su reacción adversa (RA) más frecuente -tal como recoge la ficha técnica- es la estomatitis, que presenta una mayor incidencia en las primeras 8 semanas de tratamiento. En un metanálisis realizado por HS Hugo et al. (2015) se observó una incidencia de estomatitis del 67% en aquellos pacientes con tumores sólidos tratados con everolimus.

Dado que esta RA conduce frecuentemente a reducciones de dosis y a retrasos del tratamiento, en octubre de 2018 se incorporó a la guía farmacoterapéutica de nuestro hospital la FM Dexametasona 0,1mg/ml para la prevención de estomatitis en todos aquellos pacientes tratados con everolimus, empleada a una dosis de 10ml cada 6h durante los 2 primeros meses de tratamiento.

El objetivo de este estudio es evaluar la incidencia de estomatitis por everolimus en los pacientes que han realizado profilaxis con FM Dexametasona 0,1mg/ml en un hospital de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con everolimus que iniciaron profilaxis con FM Dexametasona 0,1mg/ml desde su inclusión en la guía farmacoterapéutica del hospital.

Variabes: Sexo, edad, diagnóstico, dosis de everolimus y posología y duración del tratamiento con FM Dexametasona 0,1mg/ml. La eficacia se midió a través de la variable dicotómica si/no de aparición de estomatitis a los 56 y/o a los 112 días tras el inicio del fármaco, y la resolución de la RA en caso de haberse producido.

La fórmula se elaboró en el servicio de farmacia mediante la suspensión de dexametasona en cantidad suficiente de vehículo SyrSpend® SF PH hasta una concentración 0,1mg/ml, con una caducidad de 60 días y conservación en nevera.

RESULTADOS

Se incluyeron 8 pacientes, edad media 57±7 años, 62,5% mujeres. Seis (75%) de ellos iniciaron everolimus a dosis de 10mg/24h, el resto lo hicieron a dosis 5mg/24h. Los diagnósticos más comunes fueron el cáncer de mama y neuroendocrino, con 3 pacientes cada uno, seguido del cáncer renal, con 2 pacientes.

Todos los pacientes iniciaron enjuagues con 10ml de FM Dexametasona 0,1mg/ml cada 6 horas el mismo día de inicio del everolimus, y realizaron la profilaxis durante 56 días. Seis de ellos (75%) prolongaron el tratamiento 56 días más.

Ningún paciente manifestó estomatitis de ningún grado durante las dos primeras semanas de tratamiento. A los 112 días, una paciente (12,5%) había manifestado estomatitis grado 3. Se mantuvieron los enjuagues resultando en la resolución del cuadro.

CONCLUSIONES

Se redujo la incidencia de estomatitis comparada con la descrita en la bibliografía. Además, no fue la RA más frecuente en nuestros pacientes, ni supuso en ningún caso la suspensión o retraso del tratamiento con everolimus. Por este motivo consideramos que la profilaxis con FM Dexametasona 0,1mg/ml debería ser una medida rutinaria en los pacientes en tratamiento con everolimus.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1929. PREVALENCIA Y FACTORES PREDICTORES DE HIPERTRIGLICERIDEMIAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS PORTADORES DE NUTRICION PARENTERAL TOTAL.

AUTORES

SANTOS SAN SEGUNDO M, BOSÓ RIBELLES V, CEBOLLA BELTRÁN T, CONDE GINER S, EDO PEÑARROCHA J, MAIQUES LLACER J, GARCIA MUÑOZ S, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON. AVENIDAD DE BENICÀSSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia de hipertrigliceridemia (hiperTAG) en pacientes con nutrición parenteral total (NPT), analizar posibles variables clínicas relacionadas con su desarrollo y determinar las medidas tomadas ante la aparición de esta complicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes adultos hospitalizados, tanto críticos como no críticos, que recibieron NPT durante el último semestre del 2019. Se definió hiperTAG en paciente con NPT como unos niveles plasmáticos de triglicéridos > 250 mg/dL. A partir de la revisión de las historias clínicas informatizadas, se obtuvieron variables clínicas (edad, sexo, enfermedades de base), nutricionales (indicación de la NPT, aportes de macronutrientes, duración de la NPT) y bioquímicas (valores de triglicéridos). Las determinaciones analíticas se realizaron al comienzo de la NPT y semanalmente hasta su retirada. Los pacientes recibieron tanto NPT individualizadas como tricamerales y las emulsiones lipídicas administradas fueron: aceite de soja (Intralipid®), mezcla de triglicéridos cadena larga y cadena media (LCT/MCT, lipofundina®), mezcla de aceite de oliva y aceite de soja (Clinoleic®) y combinación LCT/MCT junto con omega-3 (Smoflipid®). Los valores se expresaron como media o mediana en función de las pruebas de normalidad. La asociación entre variables se analizó mediante regresión logística binaria (SPSS®).

RESULTADOS

Del total de pacientes con NPT durante el periodo de estudio, se excluyeron del análisis los que no disponían de datos de triglicéridos. Se incluyeron finalmente 92 pacientes, media de edad 67,8 años (IC95% 64,8-70,8), el 53,3% fueron hombres y el 42,4% tuvieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI). De los pacientes estudiados, el 29,3% tenía alteraciones hepáticas de base, el 25,0% tenía diabetes mellitus, el 23,9% dislipemia y el 19,6% hipercolesterolemia. Las principales indicaciones de inicio de NPT fueron: 30,4% complicaciones postoperatorias tras cirugía mayor abdominal, 10,9% complicaciones por neoplasia en el sistema gastrointestinal, 10,9% oclusión intestinal o íleo paralítico y 8,7% pancreatitis. La duración media de la NPT fue de 15,5 días (IC95% 10,8-20,3) y el tiempo medio hasta la aparición de hiperTAG de 5 días (IC95% 3,4-6,6). El tipo de lípidos utilizados en las NPT fue LTC/MTC en el 66,0% de los pacientes, Clinoleic® en el 22,8%, Smoflipid® en el 6,5% e Intralipid® en el 4,3%. Del total de pacientes, el 45,7% desarrollaron

hiperTAG siendo los valores basales de triglicéridos el único factor de riesgo significativo con una OR=4,6 (IC95% 1,1-18,8; p=0,033). Las medidas tomadas frente a la hiperTAG fueron reducción de lípidos en el 28,6% de los casos, cambio en el tipo de lípidos 16,7% y la suspensión de los mismos en el 7,1%, en el porcentaje restante no se llevó a cabo ninguna acción.

CONCLUSIONES

En este trabajo, el desarrollo de hiperTAG en pacientes adultos hospitalizados con NPT es elevado y parece estar relacionado con niveles basales altos de triglicéridos. Sin embargo, hacen falta estudios de mayor tamaño que permitan comprobar el efecto de la dosis y tipo de lípidos en esta complicación y poder evaluar el efecto de las medidas tomadas en la reducción de los triglicéridos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1934. ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE COLIRIO DE GANCICLOVIR 2% PARA EL TRATAMIENTO DE UVEITIS POR CITOMEGALOVIRUS.

AUTORES

LÓPEZ MORALES S, PINTO MARTÍNEZ J, IZQUIERDO GARCÍA E, BARRUECO FERNÁNDEZ N, ESCOBAR RODRÍGUEZ I HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. AVENIDA GRAN VÍA DEL ESTE, 80. MADRID

OBJETIVOS

Realizar la elaboración de un colirio de ganciclovir al 2% y su posterior validación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se prepara colirio de ganciclovir al 2% a partir de vial de ganciclovir 500mg (Cymevene®) y suero fisiológico 0,9% (SF 0,9%) en cabina de flujo laminar vertical manteniendo las condiciones de esterilidad según normativa y siguiendo las recomendaciones de las Guías de Buenas Prácticas (GBP).

Técnica de elaboración:

Diluir del vial de ganciclovir con 10 mL de agua para inyección (concentración 50 mg/mL). Cargar 10 mL de ganciclovir en una jeringa de 30 mL y enrasar hasta 25mL con SF 0,9% (concentración 20mg/mL), homogenizando tras cada paso. Repartir 5 ml a través de un filtro de 0,22 mcm en frascos cuentagotas de vidrio topacio estériles (fotoprotector).

Etiquetar los frascos de colirio, introducir en sobre estéril y etiquetar con los datos del paciente.

Evaluación del riesgo:

Se clasificó según matriz de riesgo para preparaciones estériles de la GBP (sabiendo que a cada criterio le corresponde un factor alfabético de la "A" a la "D" siendo este último el de mayor riesgo):

1. Proceso de preparación: reconstitución y dilución de viales en solución, concentrados y liofilizados completos o fracciones de dosis sencillas a partir de inyectables en solución de concentración conocida "A".
2. Vía de administración: oftálmica tópica "A".
3. Perfil de seguridad del medicamento: irritante con potencial mutagénico "C".
4. Cantidad de unidades preparadas: 1 o 2 unidades "A".
5. Susceptibilidad de contaminación microbiológica: colirios sin conservantes en envases estériles a través del orificio del gotero (no se considera abierto) "C".
6. Distribución de la preparación: uso exclusivo para el hospital que lo prepara "A".

Se clasifica como riesgo medio asignándole una caducidad de 9 días en nevera (2-8°C).

Validación: De los cinco frascos a elaborar, tres se utilizan para la validación. Se establecen 6 tiempos de muestreo dentro del periodo de validez asignado (a una temperatura de conservación de 2-8°C). Los aspectos analizados fueron: limpieza y coloración (inspección visual), pH (tira de pH). El rango de pH de estabilidad del colirio de ganciclovir es > 9.

RESULTADOS

Todas las muestras analizadas se mantuvieron límpidas, incoloras y sin partículas visibles.

Los pH obtenidos fueron los siguientes: muestra 1 (0h: 11; 24h: 11; 48h:10,5; 5d: 11; 7d:11;9d: 10); muestra 2 (0h: 11; 24h: 10,5; 48h:10,5; 5d: 11; 7d:11;9d: 10); muestra 3 (0h: 11; 24h: 10,5; 48h:10,5; 5d: 11; 7d:11;9d: 10,5).

pH medio por cada tiempo de muestreo: 0h: 11±0; 24h:10,67±0,24; 48h: 10,5±0; 5d: 11±0; 7d: 11±0; 9d: 10,17±0,24; siendo la variación < 1 unidad entre todos los tiempos de muestreo.

CONCLUSIONES

El colirio de ganciclovir 2% se considera estable durante 9 días conservado entre 2-8°C tal y como indica en la GBP.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1951. DISEÑO Y VALIDACIÓN GALÉNICA DE UN GEL TÓPICO DE VANCOMICINA 0,5% PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES CUTÁNEAS

AUTORES

SOMOZA FERNÁNDEZ B, PERNÍA LÓPEZ MS, GARCÍA SÁNCHEZ S, VICENTE VALOR J, NARRILLOS MORAZA Á, MELGAREJO ORTUÑO A, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ DR. ESQUERDO,46. MADRID

OBJETIVOS

Diseñar el Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) para elaborar un preparado tópico de vancomicina y realizar su validación galénica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Ante la ausencia de presentaciones comerciales de vancomicina para su administración tópica, el Servicio de Microbiología Clínica de nuestro hospital solicitó al Servicio de Farmacia la elaboración de vancomicina tópica como fórmula magistral en gel o crema, destinada al tratamiento de infecciones cutáneas sensibles a dicho antibiótico. Se realizó una búsqueda bibliográfica para determinar la concentración más adecuada y establecer un procedimiento de elaboración. Se determinó su estabilidad y se realizó la validación galénica de la fórmula según la Guía de Buenas Prácticas de Preparación (GBPP) 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 28 días (tiempo de estabilidad recomendado por la GBPP para fórmulas acuosas para vía tópica). Los aspectos evaluados fueron: color, olor, transparencia, evanescencia, extensibilidad aparente, efecto refrescante, viscosidad, homogeneidad, exudación y pH.

RESULTADOS

No se encontraron presentaciones comercializadas de vancomicina tópica, por lo que se realizó una búsqueda bibliográfica y se decidió tomar como referencia la composición utilizada para realizar la determinación del poder bactericida de una crema de vancomicina al 0,5% frente a *Staphylococcus aureus*. Se elaboró así un gel de vancomicina al 0,5%. Para ello, se diluyeron 1,25 g de vancomicina clorhidrato con 10 mL de glicerol y agua hasta un volumen final de 250 mL. Una vez obtenida la solución, se añadieron 2,50 g de hidroxietilcelulosa en agitación continua, manteniéndose durante aproximadamente 3 horas hasta la gelificación. Para su dispensación se envasó en frasco de plástico y se conservó en nevera.

El gel de vancomicina 0,5 % obtenido fue transparente, homogéneo, de viscosidad media y pH 6-7. 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 28 días conservado entre 2 y 8 °C.

CONCLUSIONES

La elaboración como fórmula magistral de un gel de vancomicina 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 Y NUTRICIÓN

1983. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES DEL SERVICIO DE ENDOCRINO A LAS NUTRICIONES PARENTERALES ESTANDARIZADAS DISPONIBLES EN EL HOSPITAL

AUTORES

VILLABONA RIVAS I, SÁNCHEZ ARROYO C, QUINTANA VELASCO F, ANTÓN MARTÍNEZ M, SANTIAGO GALLEGO B
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. C/ DULZAINA, 2. VALLADOLID

OBJETIVOS

- 1) Analizar la adecuación de la prescripción de las nutriciones parenterales del Servicio de Endocrino tras la inclusión de nuevas nutriciones parenterales estandarizadas en un hospital de tercer nivel.
- 2) Disminución de errores de prescripción, validación y elaboración de nutriciones parenterales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se comparó el perfil de las prescripciones de nutriciones parenterales en el periodo de Abril-Diciembre 2018 versus Abril-Diciembre 2019.

Los datos fueron obtenidos de la base de datos informática del programa de gestión de nutrición parenteral (MedicalOne Parenteral): fecha y tipo de nutrición pautada (estandarizada o "a la carta").

RESULTADOS

Debido a las actualizaciones de las recomendaciones de las guías del 2016 de "Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.)", se implantaron 23 nuevos protocolos (9 nutriciones parenterales totalmente nuevas y 14 con restricción hídrica). Dichos protocolos se crearon con el fin de disminuir prescripciones de nutriciones parenterales (NP) "a la carta" y, en consecuencia, los errores de prescripción, validación y elaboración de las mismas.

En el periodo Abril-Diciembre 2018 versus Abril-Diciembre 2019 se realizaron 1541 y 1777 Nutriciones Parenterales, respectivamente. En 2018, 1288 nutriciones fueron estandarizadas (84 %), y 253 fueron no estandarizadas (16%). La mayoría de las NP "a la carta" no se ajustaba a los protocolos debido a la necesidad de restricción de volumen y/o electrolitos. En 2019, 1716 nutriciones fueron estandarizadas (97%), y 61 no estandarizadas (3%). El 42,5% (755) de las NP pautadas en 2019 fueron NP protocolizadas nuevas.

CONCLUSIONES

Tras la implantación de los nuevos protocolos de nutrición parenteral estandarizada para adultos, la prescripción de NP no estandarizadas se ha reducido del 16% en 2018 al 3% en 2019. Por tanto, se ha logrado un aumento de la adecuación de las prescripciones del Servicio de Endocrinología. Solo el 3% de las NP del 2019 son "a la carta", debido a la necesidad de restricción de electrolitos (sodio y potasio) en algunos pacientes.

Con la estandarización de las NP se consigue la disminución de posibles errores de prescripción, validación y elaboración de las mismas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN**1993. SELECCIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE PRUEBAS DE IDENTIFICACIÓN DE MATERIAS PRIMAS COMPLEMENTARIAS AL CERTIFICADO DE ANÁLISIS****AUTORES**

BUSTELO PAZ F, DÁVILA POUSA MC, BARCA DIEZ C, BOULLOSA LALE S, GONZÁLEZ FREIRE L, GIMÉNEZ CANDELA RM, GARCÍA FERNÁNDEZ J, CRESPO DIZ C

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. AV. MONTECELO, 0, CASAS NOVAS, PONTEVEDRA. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Para garantizar la correcta identificación de una materia prima, la legislación vigente (RD 175/2001, del 23 de Febrero) recomienda que el farmacéutico responsable realice al menos una prueba de identificación complementaria al boletín de análisis suministrado por el proveedor autorizado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

El objetivo de este trabajo es establecer una prueba de identificación adecuada para cada materia prima considerando los recursos materiales disponibles en nuestro servicio de farmacia (SF).

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión del inventario de materias primas existentes en nuestro SF.

Revisión de monografías de la Real Farmacopea Española (RFE), Farmacopea Europea (PhEur), Formulario Nacional (FN), USP Reference Standards y boletines de análisis, seleccionando las pruebas de identificación descritas para cada materia prima y especificando el utillaje necesario para llevarlas a cabo.

Selección de pruebas de identificación, descritas como ensayos en la citada bibliografía, propuestas en nuestro servicio como criterios identificativos de las materias primas listadas.

Realización de una tabla de datos especificando la prueba a realizar propuesta para cada materia prima expresando datos de concentración de disolución en pruebas que lo requieran.

RESULTADOS

De las 96 materias primas existentes en nuestro inventario, el 87,5%(84) eran materias primas monocomponentes y el 12,5%(12) productos semielaborados. En cuanto a su estado físico 77,1%(74) eran sólidas, 15,6%(15) líquidas y 7,3%(7) semisólidas.

Las pruebas de identificación descritas en la RFE para las 84 materias primas monocomponentes comprenden, entre otras, técnicas que requieren gran disponibilidad de utillaje, presentando especial relevancia: Espectrofotometría de infrarrojos, espectrofotometría de absorción UV-visible, punto de fusión y cromatografía en capa fina.

De los ensayos descritos en la RFE y en el FN, y que se pueden realizar en nuestro servicio, se seleccionaron: pH (como prueba prioritaria debido a su carácter cuantificable a una concentración definida en un rango determinado), características organolépticas diferenciadas (excluyendo polvo cristalino blanco por presentar esta característica el 83,7%(63) de las materias primas sólidas), solubilidad en agua, etanol y disoluciones diluidas de hidróxidos alcalinos y signo de la emulsión en el caso de semisólidos semielaborados.

Del total de materias primas (96), se pudo establecer el pH como criterio identificativo en el 31,1%(30) de los casos, solubilidad en agua y etanol en el 26,1%(25), características organolépticas diferenciadas (morfología, color y olor específicos) en el 15,6%(15), solubilidad en disoluciones diluidas de hidróxidos alcalinos en un 4,2%(4) y el signo de la emulsión en el 4,2%(4).

En un 18,8%(18) de las materias primas no fue posible aplicar ninguna prueba de identificación realizable en nuestro SF. De ellas 35,3%(6) eran principios activos destinados a vía oral, 35,3%(6) eran excipientes para la vía tópica, 17,6%(3) eran principios activos para vía tópica y 11,8%(2) eran productos semielaborados.

CONCLUSIONES

Con los medios materiales disponibles en nuestro SF se identifican a un total del 81,2% de las materias primas como prueba complementaria al boletín de análisis.

Sería deseable disponer de algún equipamiento adicional como el espectrofotómetro de absorción en el infrarrojo o medidor de punto de fusión para poder identificar el 100% de nuestras materias primas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN**2050. INCIDENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTER EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL****AUTORES**

CONEJO MARÍN I, CARDENETE ORNAQUE J, MAS MALAGARRIGA N, MANGUES BAFALLUY MA, MIRALLES MONCADAS MDL, DE POURCQ JT

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. C/SANT QUINTÍ 89. BARCELONA

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio fue conocer el número de infecciones asociadas a catéter (IAC) en pacientes portadores de vía central para nutrición parenteral total (NPT).

Como objetivos secundarios se analizaron que áreas y que tipo de vías centrales se asociaban a mayor número de infecciones y que microorganismos eran los principales patógenos relacionados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado en un Hospital Universitario de tercer nivel durante el periodo 2019. Se incluyeron la totalidad de pacientes adultos portadores de NPT y de ellos se analizó cuantos habían desarrollado IAC según criterios diagnósticos Infectious Diseases Society of America (IDSA). El resultado se expresa como porcentaje y como tasa anual de incidencia por días de nutrición parenteral calculada en base a la siguiente fórmula:

$IAC-NPT = \text{número de IAC-NPT} \times 1000 / \text{total de días de uso del catéter para NPT}$.

De los pacientes con IAC, se estudió la tasa de incidencia según áreas (médica, quirúrgica o de críticos) y qué vías centrales (catéter venoso central (CVC) yugular, subclavia, femoral o tunelizado, catéter central de inserción periférica (PICC) o Port-A-Cath) eran las principales implicadas. Así mismo, se analizó qué microorganismos eran los agentes causales relacionados con las infecciones.

RESULTADOS

De un total de 315 pacientes portadores de NPT, 8,25% (26) desarrollaron IAC, lo que corregido por días de nutrición parenteral supone una tasa de incidencia anual del 7,19 por cada 1000 días de CVC (tasa correspondiente a hospitales de ≥ 500 camas en Cataluña para 2018 de 2,07). La tasa por áreas fue de 7,58 para médicas, de 7,47 para quirúrgicas y de 6,18 para críticos.

En cuanto a las vías centrales, la más utilizada era la PICC 43,17%, seguida de CVC yugular 34,29% y subclavia 20,32%. El uso de CVC femoral, tunelizados y Port-A-Cath para NPT fue muy minoritario. En cuanto a las IAC, la PICC estaba implicada en el 53,84% (14) de los casos, seguido del CVC subclavia con 26,92% (7) y finalmente de CVC yugular con 19,23% (5). La tasa de incidencia en función del tipo de vía central fue de 9,36 para PICC, de 8,83 para CVC subclavia y de 4,21 para CVC yugular por cada 1000 días de CVC. Los CVC femorales, los tunelizados y los Port-A-Cath no fueron causantes de IAC.

De los 26 pacientes con IAC, hubo un total de 27 infecciones dado que un paciente se infectó por dos patógenos. Los microorganismos responsables fueron mayoritariamente colonizadores cutáneos de tipo Staphylococcus coagulasa negativo (SCN) con un 74,07% (20) seguidos de Pseudomonas aeruginosa y Klebsiella pneumoniae con 7,41% (2) cada uno y finalmente Enterococcus spp, Serratia spp y Candida spp con 3,70% (1) cada uno.

CONCLUSIONES

En nuestro centro existe una tasa importante de IAC. La PICC es el catéter central más utilizado así como el que se relaciona con mayor número de infecciones. Los patógenos implicados fueron principalmente colonizadores cutáneos de tipo SCN.

Se están estudiando las causas de la elevada tasa de IAC y definiendo las intervenciones y medidas necesarias para reducir el número de infecciones.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2083. FÓRMULA MAGISTRAL DE RESORCINOL AL 15% EN GLICEROL PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

AUTORES

PASTOR MONDÉJAR C, QUESADA ASENCIO A, GUIRAO BLAZQUEZ C, GIL CANDEL M, SALAR VERDE I, MARTINEZ SOTO AM, RENTERO REDONDO L, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVENIDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad cutánea crónica, inflamatoria y recurrente, caracterizada por la presencia de forúnculos, nódulos dolorosos o abscesos que afectan predominantemente a zonas intertriginosas como las axilas, las ingles y zona anogenital. Uno de los tratamientos tópicos empleados es el resorcinol al 15%, preparado como fórmula magistral por sus propiedades antisépticas, queratolíticas y antiinflamatorias. Nuestro objetivo fue elaborar una fórmula magistral de resorcinol al 15% en glicerol para el tratamiento de la HS, así como evaluar la satisfacción de los pacientes con la misma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica, las formulaciones de resorcinol al 15% encontradas fueron en forma de emulsión, por lo que se elaboró un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) de acuerdo con las normas del Formulario Nacional (FN) para la elaboración en glicerol. Primero se pulverizó y tamizó el resorcinol (15g) y se añadió el metabisulfito sódico (0,2g) como antioxidante en el mortero. Posteriormente, se añadió el agua purificada (5g) y se mezcló en un agitador magnético a alta velocidad, añadiendo lentamente la glicerina en csp 100 mL. Fue necesaria la agitación durante un mínimo de dos horas para conseguir la completa homogeneidad de la formulación.

La calidad de la fórmula se realizó mediante el control del peso, volumen, pH, así como una evaluación de las características organolépticas. Posteriormente se evaluó la efectividad realizando un cuestionario a los pacientes sobre el control del dolor, inflamación y tamaño de los nódulos a los 3 meses de tratamiento.

RESULTADOS

Se obtuvo una emulsión de color amarillento, translúcida, con buena extensibilidad, y homogeneidad constante. El pH de la formulación se midió al inicio, 15 días y 30 días, obteniendo un valor en torno a 5 en todos los tiempos. Se estableció un periodo de validez de un mes siendo conservado a temperatura ambiente y protegido de la luz.

La formulación se evaluó en un total de 12 pacientes, tratados con resorcinol al 15% en glicerol durante al menos 3 meses. A los 3 meses de tratamiento, en el 60% de los pacientes disminuyó el dolor, la inflamación y el tamaño de los nódulos, en el 33% se mantuvo igual, y solo un paciente refirió mayor dolor e inflamación.

CONCLUSIONES

El resorcinol 15% utilizando glicerina como vehículo ha obtenido unos buenos resultados tanto a nivel de elaboración y aplicación sobre las zonas afectadas, como en su eficacia en pacientes con HS.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2093. ANÁLISIS DEL CRECIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS DURANTE EL INGRESO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

AUTORES

DÍAZ RAMÓN M, PELLICER FRANCO C, CANO MOLINA JÁ, RUIZ GÓMEZ A, SAEZ GARRIDO M, LAORDEN CARRASCO A, GONZALEZ LOZANO E, GOLNABI DOWLATSHAH F
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXA. CARRETERA MADRID-CARTAGENA S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Análisis del crecimiento en recién nacidos pretérmino (RNPT) comparado con el crecimiento feta ideal (catch up) hasta la semana 40 en función de la ingesta de nutrientes durante el ingreso hospitalario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes RNPT durante un periodo de 6 meses, entre el 1 de junio y 31 de diciembre de 2019.

Las variables analizadas fueron: número de RNPT, sexo, semanas de gestación al nacimiento (SG), peso al nacer, adecuación del tamaño según la edad gestacional (adecuado: AEG=percentil 10-90; pequeño: PEG < 10; grande: GEG > 90), número de días con nutrición parenteral (NP), incremento de peso semanal hasta la semana 40, peso al alta, calorías semanales aportadas hasta la semana 40 y adecuación a las recomendaciones de las guías.

Las guías recomiendan un aporte calórico de 60-80Kcal/Kg el primer día de nacimiento, aumentando progresivamente durante la primera semana hasta llegar a 110-140Kcal/Kg/día, de tal forma que los RNPT consigan un crecimiento de 22g/Kg/día o 154g/kg/semana.

La fuente de información utilizada ha sido el programa de prescripción electrónica asistida de Nutrición Parenteral y el programa de prescripción electrónica del hospital, así como historia clínica informatizada.

RESULTADOS

Se analizaron 18 RNPT, 60% niñas (n=11) y 40% niños (n=7). La media obtenida de SG fue de 28 semanas, el 71,8% (n= 14) nacieron con tamaño AEG, un 16.7% (n=3) PEG y un 5.5% (n=1) GEG.

El peso medio al nacimiento fue de 937gr (rango 510-1025 gr), la media de días a tratamiento con NP fue de 31,3 días (rango 11-47), con una moda de 22 días.

La media de calorías administradas el primer día de nacimiento es de 620kcal/Kg (rango 50-80), la segunda semana desde el nacimiento 105 Kcal/Kg (rango 64-130) y a la tercera semana de 115 kcal/Kg (rango 61-150), a partir de la tercera semana y hasta el alta, la media de calorías fue superior a 115kcal/Kg.

La diferencia media semanal de peso fue de 39g en la primera semana (rango: 60-170), a partir de la segunda semana el aumento medio de peso semanal fue de 180g/sem.

El peso medio al alta fue de 2,8 (rango 2,1-3,8).

CONCLUSIONES

La pérdida de peso del RN durante los primeros tres días resulta esperable, y se debe fundamentalmente a la pérdida de agua, es por ello que durante la primera semana, la media de incremento de peso (38g) es inferior al resto.

El RNPT es especialmente vulnerable a la desnutrición, una nutrición adecuada es fundamental a nivel metabólico y cognitivo a largo plazo. Por ello, el primer objetivo nutricional en el RNPT es una nutrición temprana, comenzando el aporte nutricional con la nutrición parenteral estándar el día 0.

El aporte calórico se alcanza adecuadamente, aunque en el límite inferior de las recomendaciones y con una semana de retraso. Al alta, el RNPT ha alcanzado el crecimiento fetal ideal (catch up).

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN**2097. COMPLICACIONES ELECTROLÍTICAS Y METABÓLICAS EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL****AUTORES**

DÍAZ RAMÓN M, PELLICER FRANCO C, CANO MOLINA JÁ, RUIZ GÓMEZ A, SAEZ GARRIDO M, LAORDEN CARRASCO A, MARTINEZ IBAÑEZ MÁ, GARCÍA SOLER JI

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXA. CARRETERA MADRID-CARTAGENA S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Análisis del tipo y prevalencia de complicaciones electrolíticas y metabólicas en pacientes con Nutrición Parenteral (NP).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes adultos con más de 7 días de NP durante el año 2019.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, duración de la NP, servicio clínico, número de pacientes con complicación, tipo de complicación por paciente y por servicio, número de complicaciones grave por paciente.

Se establecieron los límites de las complicaciones según la bibliografía especializada. Para la hiperglucemia, el límite establecido en pacientes críticos fue > 200mg/dL, mientras que para pacientes no críticos > 150mg/dL.

Se consideraron complicaciones graves; hipopotasemia < 2,5mEq/L, hiperpotasemia > 6mEq/L, hipomagnesemia < 1,2mg/dL, hiperglucemia > 500mg/dL, hiponatremia < 125mEq/L, hipernatremia > 160mEq/L e hipofosfatemia < 1mg/dL. La fuente de información utilizada ha sido el programa de prescripción electrónica asistida de soporte nutricional integrado con el programa de historia clínica del hospital.

RESULTADOS

Se analizaron 212 pacientes con NP prescrita durante más de 7 días, de los cuales el 64% (n=135) eran hombres y el 36% (n=77) mujeres, con una media de edad de 64,4 años (rango 33-90), y moda de 69 años. La duración media de la NP fue de 16.94 días (rango 7-104).

Los pacientes pertenecían a los servicios de cirugía 44,81% (n=95), onco-hematología 18,8% (n=40), unidad de cuidados intensivos (UCI) 8.5% (n=18), anestesia y reanimación (REA) 6.1% (n=13), digestivo 5.2% (n=11) y otros servicios 16,5% (n=35).

Las complicaciones electrolíticas y/o metabólicas ocurrieron en el 100% de los pacientes, se recogieron un total de 616 (2.9 por paciente), de las cuales el 21% fueron graves (n=45).

De mayor a menor incidencia fueron: 61,32% (n=111) hiperglucemia en paciente no críticos, 53,70% (n=114) hipopotasemia, 50,94% (n=108) hiponatremia, 48,38% (n=15) hiperglucemia en pacientes críticos, 35,37% (n=75) hipofosfatemia, 34% (n=74) hiperpotasemia, 24% (n=51) hipermagnesemia, 14,60% (n=31) hipernatremia y 14,45% (n=37) hipomagnesemia.

Los pacientes con hipopotasemia, hipomagnesemia e hipofosfatemia fueron 8 (3,8 %), 3 (37,5%) pertenecían a la UCI y 5 (62,5%) a Cirugía.

Las complicaciones electrolíticas graves de mayor prevalencia fueron hipofosfatemia 20,3% (n=11), hiperpotasemia 20,3% (n=11) e hiponatremia 16,6% (n=9).

Las complicaciones con mayor prevalencia por servicio: onco-hematología: hiponatremia 47,3% (18), hiperglucemia 31,5% (12), hipopotasemia 31,5% (12); cirugía: hiperglucemia 60% (57), hipopotasemia 55,7% (53), hipofosfatemia 47,3% (45); digestivo: hiperglucemia 81,8% (9), hipopotasemia 54,5% (6), hiponatremia 36,3 (4); críticos: hiperglucemia 87% (27), hiponatremia 61,29% (19), hipofosfatemia 51,6% (16);

CONCLUSIONES

Todos los pacientes han tenido algún trastorno electrolítico/metabólico durante el tratamiento con NP, siendo la hiperglucemia la más prevalente. La hipopotasemia y la hipofosfatemia, sobre todo en paciente crítico, también tienen una prevalencia elevada y podría estar asociado al síndrome de realimentación (SR), de hecho 8 de los pacientes tuvo los tres signos analíticos relacionados con el SR.

Los pacientes con NP son pacientes de edad avanzada, probablemente con patologías de base que hace que las alteraciones sean frecuentes. La NP es un medicamento de alto riesgo, 1 de cada 5 pacientes presentan complicaciones graves, por ello debemos hacerles un seguimiento estrecho.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN**2110. UTILIZACIÓN DE COLIRIO DE INTERFERÓN ALFA 2B Y RESULTADOS CLÍNICOS****AUTORES**

GOLNABI DOWLATSHAHI F, BOSÓ RIBELLES A, MARTÍNEZ IBAÑEZ MÁ, LAORDEN CARRASCO A, CANO MOLINA JÁ, DÍAZ RAMÓN M, RUIZ GÓMEZ A, SÁEZ GARRIDO M

HOSP. CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA. MURCIA

OBJETIVOS

El colirio de interferón alfa-2b se usa en el tratamiento de carcinoma intraepitelial epidermoide (CIE), de la neoplasia conjuntival intraepitelial (NCI) y del pterigion recidivante tras cirugía al haber mostrado eficacia en la práctica clínica. El colirio de 1 MUI/mL se elabora en campana de flujo laminar horizontal en Farmacia y se dispensa a los pacientes que han progresado a otras terapias en las indicaciones anteriormente comentadas. El objetivo es describir la eficacia clínica del colirio en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de los pacientes tratados con colirio de interferón alfa-2b desde enero del 2012 hasta mayo del 2020. Fuente de datos: historia clínica electrónica, procedimiento normalizado de elaboración del colirio y registro de elaboración de preparados en farmacia. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), diagnóstico, posología recibida, duración del tratamiento, número de dispensaciones y evolución clínica. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de las variables obtenidas. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes. Los colirios se elaboran según el procedimiento normalizado de trabajo del centro.

RESULTADOS

En el periodo de estudio fueron tratados 6 pacientes de los cuales 4 (66,7%) hombres y 2 (33,3%) mujeres. Mediana de edad a la primera dispensación: 56 años (rango: 17 años – 84 años). Diagnóstico: NCI 33,3 %; melanoma conjuntival 33,3 %; pterigion 16,7 %; y CIE 16,7 %. El 83,3 % de los pacientes siguieron la posología habitual de 4 veces al día mientras que el paciente restante se aplicó el colirio 3 veces al día. La mediana de duración del tratamiento fue de 10 semanas (rango 4 – 219,6 semanas). Se dispensaron una mediana de 3,5 elaboraciones por paciente (rango 1 – 35 dispensaciones). El 83,3 % de los pacientes recibieron el colirio tras recidiva únicamente a cirugía y el 16,7% tras recidiva a cirugía y a mitomicina C tópica. De los dos pacientes diagnosticados de NCI, uno controló la neoplasia con un mes de tratamiento mientras que el otro, tras mala tolerancia a la mitomicina C y proponerle como alternativa el colirio, sigue actualmente en revisión sin incidencias. De los dos pacientes diagnosticados de melanoma conjuntival, uno se trató con mitomicina C tópica, además del colirio, durante un mes y, el otro, a pesar del gran número de dispensaciones realizados (35), no mostró mejoría en su agudeza visual con la consiguiente suspensión del colirio. El paciente diagnosticado de pterigion no toleró el colirio, mientras que el diagnosticado por CIE sigue actualmente en revisión sin incidencias.

CONCLUSIONES

El colirio de interferón alfa-2b demuestra su eficacia y seguridad en recidivas de CIE, NCI, melanoma y pterigion a pesar de que un paciente presentó mala tolerancia al preparado y otro no presentó mejoría. Son necesarios más estudios con un tamaño muestral mayor para poder corroborar de manera más contundente su efectividad.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2121. FORMULACIÓN MAGISTRAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERSENSIBILIDAD MEDICAMENTOSA RETARDADA

AUTORES

LÓPEZ GARCÍA Á, HERRANZ MUÑOZ N, ACHAQUES RODRÍGUEZ M, ANDRÉS PICAZO MJ, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARRETERA DE TOLEDO, KM 12,500. MADRID

OBJETIVOS

Describir el circuito de petición, preformulación, elaboración y dispensación de pomadas de aplicación sobre parches epicutáneos empleadas en pruebas de hipersensibilidad medicamentosa retardada.

MEJORAS ESPERADAS

La elaboración de estas fórmulas magistrales desde el Servicio de Farmacia pretende mejorar su calidad, efectividad y seguridad mediante la correcta elección del vehículo, estandarización de la concentración e incremento de la trazabilidad.

DISEÑO

Tras el estudio de la bibliografía disponible, guiados por la experiencia de otros hospitales, se establecieron dos protocolos genéricos para formulación de pomadas en función de la solubilidad del principio activo. El vehículo principal seleccionado fue la vaselina filante, elegido por su carácter oclusivo y poco irritante. Los vehículos secundarios elegidos para dispersar e incorporar el fármaco fueron vaselina líquida para fármacos liposolubles, y propilenglicol en caso de fármacos hidrosolubles.

Para el establecimiento de la concentración se utilizaron las recomendaciones recogidas en el Tratado de Alergología de De Groot. En caso de no existir recomendación específica, la concentración a utilizar es del 10% peso/peso.

Se establece que siempre que sea posible se debe partir del fármaco como materia prima; si no estuviera disponible se podrían utilizar formas comercializadas, preferentemente cápsulas o comprimidos por su menor contenido de excipientes.

Siguiendo la Guía de Buenas Prácticas de Elaboración, se asignó un riesgo medio y se estableció un periodo de validez de 30 días (conservación en nevera y protegida de la luz).

CIRCUITO Y ETAPAS

Se establecieron dos tipos de dispensación:

- Dispensación por stock de formulaciones de uso más frecuente.
- Dispensación por paciente previa prescripción en el módulo de pacientes ambulatorios para el resto de preparaciones.
- Fórmulas ya desarrolladas: la prescripción debe hacerse con 24 horas de antelación.
- Fórmulas nuevas: solicitud al responsable del área de Farmacotecnia con 7 días de antelación.

IMPLANTACIÓN

En noviembre de 2019, el Servicio de Alergología solicita la valoración de la centralización de las formulaciones en el Servicio de Farmacia. Se pide una estimación del número de pacientes mensuales susceptibles de someterse a dichas pruebas.

Tras esta solicitud se realiza la preformulación de las pomadas de uso más frecuente (amoxicilina y clavulanato).

Según los datos proporcionados, se concluye que el circuito más adecuado es el de dispensación por stock, diseñándose además un circuito para preparaciones de uso esporádico.

Durante la última semana de noviembre, coincidiendo con la rotación del farmacéutico residente en el Servicio de Alergología, se concreta entre ambos servicios el circuito y los plazos de entrega de las formulaciones. El circuito queda totalmente implantado a principios de diciembre de 2019.

RESULTADOS

Desde la implantación del circuito se han desarrollado 2 protocolos de elaboración de blancos y 9 de fármacos, se han realizado 12 elaboraciones, habiéndose realizado pruebas diagnósticas a 25 pacientes, resultando positiva en uno de ellos. Desde el Servicio de Alergología valoran positivamente las mejoras en calidad y seguridad.

LIMITACIONES

La reciente implantación del circuito, sumada a la suspensión de las consultas de alergología durante la reciente crisis sanitaria no ha permitido una valoración exhaustiva de los resultados.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a Servicios de Farmacia pertenecientes a hospitales en los que se realicen pruebas diagnósticas de hipersensibilidad medicamentosa retardada.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2124. ELABORACIÓN DE SELLADO MACULAR CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS Y EVOLUCIÓN TRAS TRATAMIENTO

AUTORES

CASTRO BALADO A, ALMUÍÑA VARELA P, GIL MARTÍNEZ M, BLANCO TEIJEIRO MJ, FERNÁNDEZ FERREIRO A, ZARRA FERRO I, GONZÁLEZ BARCIA M

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

El agujero macular (AM) de espesor completo es un defecto en la retina macular que involucra a su espesor total, desde la membrana limitante interna hasta el segmento externo de la capa fotorreceptora, provocando un defecto de visión central o visión borrosa en el centro del campo visual. El tratamiento de elección es la vitrectomía junto con terapia adyuvante con plasma rico en plaquetas (PRP), el cual favorece su cierre anatómico. El objetivo del presente trabajo es describir la preparación de PRP para su administración intravítrea como tratamiento adyuvante en la vitrectomía de agujero macular y evaluar la evolución de cinco pacientes sometidos a este tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

En la obtención del plasma rico en plaquetas se emplea el kit comercial RegenKit-BCT según las instrucciones del fabricante. Inicialmente se realiza una extracción de 8 mL de sangre venosa del paciente y se centrifuga a 1500 G y 20°C durante 5 minutos. Posteriormente, y bajo cabina de flujo laminar horizontal, se desechan primero los dos tercios superiores del sobrenadante de la fase superior (menor concentración de plaquetas), y después se retiran del último tercio 2 jeringas con 0,2 mL cada una, una para su administración y otra como reserva. En el estudio retrospectivo se incluyeron pacientes que recibieron una inyección de PRP preparado en el Servicio de Farmacia entre los años 2017-2020. Los datos demográficos (edad, sexo) y parámetros oftalmológicos (patologías oculares previas, agudeza visual inicial y final, diámetro y altura máxima media del agujero macular) se obtuvieron a partir de la historia clínica electrónica (IANUS).

RESULTADOS

Se administró 0,1 mL de PRP tras la vitrectomía en área macular afectada en 5 pacientes. El 60% fueron mujeres, la edad media fue de 73 años (SD: 10,3). El 60% de los AM fueron secundarios a otras patologías (desprendimientos de retina, foveas peripapilares, cirugías retinianas) y los restantes se trataban de recidivas tratadas quirúrgicamente con anterioridad. El diámetro máximo medio de los AM fue de 1318 μ m (SD: 774,88) y con una altura máxima media de 469 μ m (SD: 180,57). La agudeza visual promedio pre-cirugía fue de 0,09 (SD: 0,08). Estas características son propias de AM con mal pronóstico visual, gran dificultad de cierre y graves alteraciones de la retina externa, que parten de una visión inicial muy limitada. Tras vitrectomía y PRP, la agudeza visual fue de 0,12 (SD: 0,11). Se consiguió el cierre del AM de forma completa en el 80% de los casos y parcial en el 20%, con una única recidiva. La inclusión del PRP en la cirugía ha favorecido el cierre del AM parcial o completo en todos los casos y, asimismo, se constataron pequeñas mejoras o el mantenimiento de la agudeza visual previa en la mayoría de los casos, sin verse comprometida la seguridad de los pacientes con su uso.

CONCLUSIONES

El empleo de PRP en el agujero macular permite conseguir la reposición de la estructura retiniana y evitar su reapertura en aquellos casos complejos en los que no es previsible el cierre o en los que cirugías previas han fracasado.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2140. PLASMA RICO EN PLAQUETAS COMO TRATAMIENTO DEL AGUJERO MACULAR EN PACIENTES CON VITRECTOMÍA PREVIA: DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS

AUTORES

ORALLO LUNA C, BECERRA INGERTO L, FRA YAÑEZ J, GONZÁLEZ SÁNCHEZ N, PUENTE MARTINEZ P, BARBON GARCIA JJ, SANTALLA CASTRO C, MARTIN CARRO C

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HEROS, 6. ASTURIAS

OBJETIVOS

Establecer el procedimiento de preparación del plasma rico en plaquetas (PRP) como tratamiento del agujero macular (AM) y evaluar la eficacia obtenida tras su empleo en 3 pacientes con cirugía previa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se hizo un análisis prospectivo a partir de la solicitud por parte de Oftalmología de la utilización de PRP. La solicitud estaba dirigida a aquellos pacientes a los que se les había realizado una facovitrectomía previa sin conseguir cierre del agujero macular, por lo que se planteó programar una segunda vitrectomía con adición del PRP. Las variables medidas fueron: edad, sexo, y etiología del AM.

En cuanto al método de preparación, se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed para establecer un protocolo normalizado de trabajo (PNT) en nuestro hospital.

Para evaluar la eficacia del tratamiento se tuvieron en cuenta dos criterios. Por un lado, el criterio anatómico, en el que se evaluó la evolución del agujero macular mediante Tomografía de Coherencia Óptica (OCT), y por otro lado, el clínico, en forma de mejoría de la agudeza visual (AV) medida mediante el optotipo de Snellen pre y post tratamiento con PRP. Se registraron también posibles variables relacionadas con la eficacia del PRP como tiempo desde la pérdida de visión hasta la primera cirugía o complicaciones de la misma.

RESULTADOS

Se realizó la preparación y posterior administración del PRP en 3 pacientes, 2 mujeres y 1 hombre, con un rango de edad de 64-75 años. En los tres casos el AM fue de origen idiopático.

Para la preparación del PRP, se realizó la extracción de sangre a los pacientes, que fue centrifugada a 1600 rpm y se mantuvo 10 minutos en un tubo con citrato sódico al 3,2%. A raíz de esto se produjo la separación de la sangre en 4 fases, en orden descendente: plasma pobre en plaquetas, PRP, glóbulos blancos y glóbulos rojos. Con una aguja intramuscular conectada a una jeringa de 3 ml se extrajeron aproximadamente 2 ml de PRP. A continuación, se administraron entre 0,1 y 0,3 ml de PRP durante la vitrectomía en quirófano.

La eficacia fue del 100% en términos anatómicos, con cierre completo del AM. En cuanto a la mejoría de visión, el primer paciente mejoró la AV del ojo operado en 0,45 puntos (de 0,05 a 0,5), el 2º paciente tuvo una mejoría de 0,11 puntos (0,05 a 0,16) y el 3º paciente no obtuvo mejoría. En el caso del 2º paciente la primera cirugía se retrasó 5 meses, lo que pudo influir en la escasa mejoría de AV. En el caso del 3º paciente, se produjo una gran atrofia de la mácula post cirugía lo que se tradujo en no recuperación de la visión.

CONCLUSIONES

Se estableció un PNT para la preparación del PRP en nuestro hospital. En cuanto a su eficacia, se produjo el cierre del AM en todos los pacientes, sin embargo, la mejoría clínica en términos de AV fue muy variable según el paciente. Son necesarios estudios con un número mayor de pacientes para establecer datos concluyentes de eficacia clínica y posibles variables asociadas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2166. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

AUTORES

FRA YÁÑEZ J, BECERRA INGERTO L, MARTÍN CARRO C, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ A, GONZÁLEZ SÁNCHEZ N, PUENTE MARTÍNEZ P, ORALLO LUNA C

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HEROS, 6. ASTURIAS

OBJETIVOS

Establecer la incidencia del riesgo de desnutrición en los pacientes oncológicos desde el punto de vista del estado nutricional (EN), el diagnóstico oncológico y el tipo de terapia antineoplásica recibida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo realizado durante noviembre de 2019 en una consulta de oncología, que incluyó a todos los pacientes que recibieron tratamiento inmunoterápico intravenoso.

Las variables recogidas de la historia clínica electrónica y mediante entrevista al paciente fueron: edad, sexo, peso, altura, localización y estadio tumoral y EN.

Se calculó el índice de masa corporal (IMC) estableciendo los siguientes grupos: bajo peso (IMC < 18.5 kg/m²), peso normal (IMC 18,5-24,9 kg/m²), sobrepeso (IMC 25-29,9 kg/m²) y obesidad (IMC > 30 kg/m²).

Se clasificó a los pacientes según el EN utilizando la herramienta de cribado de riesgo nutricional MST, validada para pacientes oncológicos. El MST categoriza a los pacientes en dos grupos: A) Pacientes en riesgo de desnutrición (≥2 puntos) y B) Pacientes que no están en riesgo de desnutrición (0-1 puntos).

También fueron agrupados según el riesgo nutricional en función de la localización del tumor y del tratamiento inmunoterápico recibido, siguiendo la clasificación del trabajo de Gómez-Candela y colaboradores, 2003.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante Excel®.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 45 pacientes, con una mediana de edad de 61 años [27-85]. El 51% eran mujeres.

El cáncer mayoritario fue el colorrectal (58%), seguido del cáncer de mama (29%), cáncer gástrico (11%) y cáncer de ovario (2%). El 67% de los pacientes presentaban estadio IV.

La mediana del IMC fue de 26,5 kg/m². Atendiendo al IMC, el 20% presentaba obesidad, el 40% sobrepeso, el 38% peso dentro de la normalidad y el 2% presentaba bajo peso.

En cuanto al EN, según el MST, el 16% de los pacientes estaban en situación de riesgo nutricional (MST ≥ 2) y necesitarían una valoración nutricional posterior. Por el contrario, el 84% de los pacientes no presentaban riesgo de desnutrición (MST

= 0-1).

Respecto a la localización tumoral, el 69% de los pacientes tenían alto riesgo nutricional (cáncer colorrectal y cáncer gástrico), el 29% tenían bajo riesgo (cáncer de mama) y el 2% riesgo medio (cáncer de ovario). Según el tratamiento, el 96% de los pacientes recibía tratamiento inmunquimioterápico de riesgo nutricional moderado (taxanos, fluoropirimidinas, platinos, antraciclinas, irinotecán y ciclofosfamida) y el 4% tratamiento de bajo riesgo nutricional (inmunoterapia).

CONCLUSIONES

El riesgo de desnutrición en la serie de pacientes revisada resultó inferior al de la bibliografía consultada, presentando la mayoría un buen EN. Esto puede ser debido a que el cáncer colorrectal y de mama son procesos oncológicos poco caquetizantes, al contrario de lo que sucede con otras neoplasias como el cáncer de páncreas, cabeza y cuello. El cuestionario MST destaca como una herramienta de cribado nutricional útil, rápida y sencilla para la identificación de pacientes en riesgo de desnutrición susceptibles de intervenciones nutricionales tempranas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2186. CONTROL DE CALIDAD DE MATERIAS PRIMAS EN EL ÁREA DE FARMACOTECNIA

AUTORES

FERNÁNDEZ SÁNCHEZ M, LAGUNA RODRIGO A, VALERO GARCÍA S, VILA CLÉRGUÉS N, GUERRERO HURTADO E, PALANQUES PASTOR T, LÓPEZ BRIZ E, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Implementar en el laboratorio de Farmacotecnia pruebas de identificación rápida de materias primas como control de calidad complementario al boletín de análisis del fabricante (BAF), en consonancia con lo indicado en el RD 175/2001 (punto 4.1.3.1.).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron 35 materias primas de entre todas las disponibles en el laboratorio de Farmacotecnia del hospital, priorizando la inclusión de aquellas con mayor frecuencia de utilización. La prueba de identificación a ensayar se escogió del apartado "Identificación" de la monografía de cada compuesto en la Real Farmacopea Española (RFE). En la selección de las pruebas se tuvo en cuenta también la aplicabilidad y practicidad de estas, así como la disponibilidad de reactivos y recursos materiales en el laboratorio de Farmacotecnia para llevarlas a cabo. En caso de no poder escoger ninguna, se eligió una prueba del apartado de "Características" o "Ensayos".

RESULTADOS

Los controles de calidad consistieron en la determinación del pH de una solución de la materia prima mediante pH-metro (ácido ascórbico, ácido cítrico monohidratado, captopril, clonidina, colistina sulfato, dextrinomaltosa, edetato disódico, etambutol hidrocloreto, gabapentina, gentamicina sulfato, hidróxido de potasio, hidróxido de sodio, levocarnitina, magnesio citrato, quinidina sulfato y zinc acetato dihidrato), el punto de fusión por triplicado (ácido acetilsalicílico (AAS), ácido ascórbico, ácido ursodesoxicólico, acetilcisteína, carbamazepina, dextrometorfano hidrobromuro, flecainida acetato, indometacina, isoniazida, lidocaína hidrocloreto, nicotinamida, pilocarpina hidrocloreto, pirazinamida, piridoxina hidrocloreto, probenecid, propranolol hidrocloreto y tetratiomolibdato de amonio), reacciones de color o específicas del compuesto (colistina sulfato, dexametasona sodio fosfato, etambutol hidrocloreto e hidrato de cloral), formación de precipitados (AAS y ácido cítrico monohidratado) o aparición de fluorescencia (prednisona). Los resultados obtenidos en los ensayos realizados coinciden con la información y los parámetros recogidos en la RFE. Únicamente en el caso de la determinación del punto de fusión del AAS se obtuvo un valor no concordante (134-136°C, en lugar de 143°C). Esto podría deberse a la presencia de cantidades pequeñas de impurezas en el polvo, lo que se comprobó mediante una segunda prueba de identificación, en la que se obtuvo un precipitado cristalino cuyo punto de fusión sí se correspondió con el especificado en RFE, por tanto, se asumió que la materia prima era AAS.

CONCLUSIONES

Las pruebas de identificación realizadas y una vez estandarizadas constituyen una forma rápida, útil y práctica de verificar cualitativamente la identidad de las materias primas y de comprobar que no se ha producido falsificación, adulteración o confusión de estas durante su fabricación. En cuanto a limitaciones del estudio, cabría decir que la mayoría de las pruebas de determinación de pH realizadas no vienen clasificadas como "prueba de identificación" en la RFE, y los rangos especificados de pH entre los que debe encontrarse una disolución del compuesto son bastante amplios en algunas materias primas. Sin embargo, es útil para complementar el BAF. Este trabajo es una primera fase, con el objetivo final de ampliarlo y aplicarlo a todas las materias primas del laboratorio de Farmacotecnia.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2193. PLAN ESTRATÉGICO DE GESTIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES

APOLO CARVAJAL FE, MAYORGA BAJO I, CAPILLA SANTAMARÍA E, SÁNCHEZ MOLINELLO M, CAÑAMARES ORBIS I, RAMOS CORDERO P, ARANGUREN OYARZÁBAL A, CALVO ALCÁNTARA MJ
CONSEJERÍA DE SANIDAD. EDIF. SOLLUBE. PLZA. CARLOS TRÍAS BERTRÁN, Nº 7. MADRID

OBJETIVOS

Implementar un plan estratégico de gestión de nutrición enteral en centros sociosanitarios (CSS) con el objetivo de homogeneizar los criterios de prescripción, adecuar la utilización y aumentar la eficiencia y agilidad de la adquisición de productos dietoterápicos.

MEJORAS ESPERADAS

Conseguir que el usuario tenga acceso al producto que mejor se adapte a sus necesidades de una forma eficiente.

DISEÑO

Desarrollo y aprobación del plan estratégico enmarcado dentro de las actividades de un programa de atención farmacéutica a CSS.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Creación de grupo multidisciplinar que integra farmacéuticos de CSS, médicos, enfermeros e informáticos.
2. Definición del circuito de prescripción, dispensación y seguimiento de dietoterápicos: Prescripción por el médico autorizado en protocolo desarrollado para tal fin. Validación, solicitud mensual al servicio de farmacia gestor por el farmacéutico de CSS y suministro directo al CSS.
3. Desarrollo y validación del protocolo de nutrición enteral integrado en la historia clínica informatizada. Incluye valoración nutricional, algoritmo de selección de productos, monitorización semestral de resultados y listados de seguimiento para los Servicios de Inspección y Ordenación Farmacéutica.
4. Inicio del expediente de adquisición centralizada de dietoterápicos y priorización de productos basado en criterios técnicos y económicos.
5. Estrategia formativa en atención nutricional implementada en forma de cursos presenciales obligatorios para todo el personal implicado en el desarrollo de este plan y elaboración de guía de práctica clínica en soporte nutricional.
6. Elaboración de indicadores y seguimiento del programa.

IMPLANTACIÓN

El plan estratégico se aprobó en octubre de 2016, iniciándose la tramitación del expediente de compra y el desarrollo del protocolo de nutrición enteral integrado en la historia clínica. En febrero de 2018 se implementó el programa de formación y se trabajó en la validación del protocolo, habilitado en noviembre 2019.

RESULTADOS

Implementación del plan estratégico en 35 CSS (6.200 usuarios).

Integrar el protocolo de nutrición enteral en la historia clínica ha unificado los criterios de acceso a dietoterápicos para todos los centros, facilitando dicho acceso (incremento 61,7 % de unidades consumidas), supone un sistema de ayuda en la selección del producto más adecuado y sirve de registro de actuaciones terapéuticas realizadas. Se han realizado hasta la fecha 1005 valoraciones nutricionales (16,2 % de los usuarios) e iniciado tratamiento con dietoterápicos en el 14,3 % de usuarios.

La formación de 189 profesionales en 4 jornadas teórico-prácticas en atención nutricional impartidas por un equipo multidisciplinar, la publicación de una guía de práctica clínica y el asesoramiento por farmacéuticos de CSS (303 consultas resueltas y 494 intervenciones realizadas, aceptación 87,8 %) ha permitido optimizar la utilización de estos productos. La adquisición centralizada ha supuesto, menos trámites burocráticos (eliminación de receta), procedimiento más ágil y una reducción del coste de adquisición de 69,2% (de 104.362,65 € a 32.163,20 € promedio/mes).

LIMITACIONES

Implementación prolongada en el tiempo debido al retraso producido en la resolución del expediente de compra centralizado y a la dificultad en el desarrollo/validación informática del protocolo integrado en la historia clínica.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a servicios de farmacia con capacidad de desarrollar protocolo de nutrición enteral integrado en historia clínica del CSS.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2224. ¿CUMPLIMOS CON LAS ÚLTIMAS RECOMENDACIONES DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL EN PACIENTES CRÍTICOS?. EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

CEBOLLA BELTRAN T, SANTOS SAN SEGUNDO M, BOSO RIBELLES V, GARCIA MUÑOZ S, MATEU CAMPOS ML, VICENTE ESCRIG E, FORTANET GARCIA M, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON. AVDA. BENICASIM, S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Evaluar el cumplimiento de las últimas recomendaciones publicadas por la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN, Clinical Nutrition 2019) en pacientes críticos con nutrición parenteral total (NPT) mediante una auditoria retrospectiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de un año de duración, realizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel. Los puntos clave de las recomendaciones a evaluar fueron:

1. Iniciar cualquier soporte nutricional cuando el ingreso en UCI supere las 48h.
2. Iniciar NPT cuando la vía oral o enteral esté contraindicada.
3. El inicio debe ser progresivo y alcanzar los requerimientos nutricionales totales (RN) en 3 -7 días.
4. El aporte de proteínas será de 1,3 g/kg/día.

5. El aporte de glucosa no debe exceder la velocidad de infusión de 5 mg/kg/min.
6. El aporte de lípidos no debe exceder los 1,5 g/kg/día.

Se incluyeron todos aquellos pacientes con indicación de inicio de NPT, cuyo ingreso en UCI fue superior a 48h. Se excluyeron pacientes obesos (índice de masa corporal > 30 kg/m²). Las variables estudiadas fueron edad, sexo, diagnóstico, cirugía previa, duración de la NPT y aportes de macronutrientes en la NPT una vez alcanzados los RN totales. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIQ) y las variables cualitativas como porcentajes.

RESULTADOS

Se incluyeron 34 pacientes. Un 50,0% mujeres, mediana de edad de 73,1 años (RIQ: 61,5-78,4). El diagnóstico del 50% de los pacientes estuvo asociado a neoplasia digestiva y el motivo del ingreso en UCI en el 85,3% de los casos fue intervención quirúrgica. El inicio de la NPT se produjo en las primeras 24-48h en el 79,4% de los pacientes, con una mediana de duración de 5 días (RIQ: 3-6). Todos los pacientes recibieron una NPT progresiva, alcanzando RN totales dentro de los 3 días posteriores al inicio. Ningún paciente excedió los límites establecidos en cuanto a la máxima velocidad de infusión de glucosa recomendada [mediana 1,8 mg/kg/min (RIQ: 1,4-2,1)], ni los aportes máximos diarios recomendados de lípidos [mediana 1,0 g/kg/día (RIQ: 0,8-1,1)]. Por otro lado, la mediana de aporte diario de proteínas fue de 1,4 g/kg/día (RIQ: 1,3-1,5), ligeramente superior a las recomendaciones.

CONCLUSIONES

El cumplimiento de las recomendaciones fue adecuado. La evaluación de la práctica clínica mediante auditorías periódica es una herramienta que permite conocer la situación real y establecer puntos de partida objetivo para establecer medidas de mejora y optimizar los protocolos asistenciales internos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2225. OPTIMIZACIÓN DE LA VALIDACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES DE ADULTO

AUTORES

ALCARAZ LÓPEZ JI, SANTIAGO PRIETO ME, SANCHEZ GUERRERO A, SANZ RODRÍGUEZ SM, REPILADO ÁLVAREZ A, GARCÍA CEREZUELA MD, DE SANTIAGO ÁLVAREZ R
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHOND. CALLE MANUEL DE FALLA, 1. MADRID

OBJETIVOS

Estandarizar la validación de la estabilidad de las nutriciones parenterales de adulto individualizadas y desarrollar una herramienta de ayuda a la validación, para aumentar la seguridad y reducir el tiempo empleado en el proceso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de las guías clínicas publicadas por la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE), la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN), y la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), que incluyeran recomendaciones sobre estabilidad de mezclas de nutriciones parenterales ternarias.

Se tomaron como referencia: Consenso Español sobre Preparación de Mezclas Nutriciones Parenterales 2008 de SENPE; y A.S.P.E.N. guías clínicas: prescripción de nutriciones parenterales, revisión de prescripciones, composición, etiquetado y dispensación. JPEN. 2014; 38(3):334-77.

A partir de los resultados de la búsqueda se generó un programa en Excel® para facilitar la validación de la estabilidad, cumplimentando los datos recibidos en el informe de la nutrición parenteral.

RESULTADOS

Los valores de referencia para los electrolitos se extrajeron del documento de Consenso 2008 de SENPE, siendo los valores empleados: magnesio 15 mEq/L, sodio 180mEq/L, potasio 100 mEq/L, cloro 180 mEq/L, acetato 85 mEq/L, la suma calcio y fosfato no debía superar los 30 mEq/L, cuando las concentraciones de aminoácidos sean superiores al 1,5%. La referencia para aminoácidos, lípidos y glucosa se obtuvo de ambos documentos. La concentración de aminoácidos no podía ser inferior al 2%, teniendo en cuenta los valores publicados por ASPEN se aceptan para la estabilidad valores superiores al 4%. En cuanto a la glucosa, se incluyó como valor mínimo 5%, y como valor superior 35%. Para los lípidos encontramos como valores estables 1,5% - 5%. No se tiene en cuenta la velocidad de agregación medida mediante el número de agregación crítica (CAN), ya que los valores de estabilidad no se encuentran estandarizados.

Una vez fijados estos valores, se incluyeron en el programa como valores de referencia, así como las concentraciones de las presentaciones empleadas para la preparación de la nutrición parenteral. Así, en el momento de la validación se introducen únicamente los valores recibidos en la prescripción: volumen de aminoácidos, lípidos y glucosa y sus concentraciones; así como los miliequivalentes de: cloruro sódico, cloruro potásico, acetato potásico, y cantidad de fósforo, magnesio y calcio.

En caso de que todos los valores prescritos se encuentren dentro del rango indicado el programa devuelve el valor "nutrición correcta". En caso contrario devuelve el valor "nutrición incorrecta", indicando como "valor falso" el punto que se encuentra fuera del rango especificado en la nutrición concreta.

CONCLUSIONES

Las nutriciones parenterales son mezclas ternarias con elevado riesgo de inestabilidad, por lo que la validación de su estabilidad es un proceso crítico. El desarrollo de herramientas que contribuyan a la automatización del proceso puede repercutir en una mayor seguridad para el paciente y en la reducción de los tiempos empleados en el proceso.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN**2264. IMPACTO DE LA CRISIS COVID-19 EN EL TRABAJO DEL TÉCNICO/AUXILIAR EN EL ÁREA DE FARMACOTECNIA****AUTORES**

GÓMEZ DE LA CASA J, MARTÍN SUÁREZ E, LUNA ROMERO R, MANJARÍN VIÑAMBRES E, HERRANZ MUÑOZ N, NEGRO VEGA E, MOLINA GARCIA T

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARR. MADRID - TOLEDO, KM 12,500, 28905 GETAFE, MADRID. MADRID

OBJETIVOS

Una de las principales consecuencias de la alta demanda de medicación derivada de la crisis sanitaria por COVID-19 ha sido el desabastecimiento y la falta de suministro de determinados medicamentos, que ha requerido un control eficiente del stock para su máximo aprovechamiento. Con el objetivo de facilitar al personal de enfermería la administración de los medicamentos y garantizar la seguridad del paciente, se ha procedido al reacondicionamiento de los mismos en dosis unitaria.

El objetivo de este estudio es describir las actividades desarrolladas por el técnico/auxiliar en el Servicio de Farmacia de un hospital general de tercer nivel en el área de reenvasado y farmacotecnia durante la pandemia y compararla con un periodo anterior.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha desarrollado un estudio descriptivo retrospectivo de la actividad del área de reenvasado y farmacotecnia durante los meses de mayor impacto de la crisis COVID-19 (marzo – abril 2020).

Para la obtención de datos se utilizó el programa informático asociado a la máquina reenvasadora. Se obtuvo un listado de las unidades reenvasadas y se seleccionaron los fármacos empleadas para el tratamiento del COVID-19 (Hidroxiclороquina y Lopinavir/Ritonavir comprimidos y jeringas) y se analizaron las unidades totales reenvasadas. El mismo procedimiento se llevó a cabo con la aplicación informática de registro de fórmulas magistrales, del que se estudiaron las cantidades elaboradas de solución descontaminante digestiva destinada al paciente crítico durante el periodo estudiado. A su vez se compararon los datos de actividad respecto al mismo periodo del año anterior.

RESULTADOS

Se procedió al reenvasado de 20.908 unidades de Hidroxiclороquina en comprimidos y 24.485 unidades de Lopinavir/Ritonavir comprimidos. Se elaboraron posteriormente kits de Hidroxiclороquina para su dispensación a pacientes que recibieron el alta desde el servicio de urgencias que requerían tratamiento domiciliario y con su correspondiente hoja de información.

Para el máximo aprovechamiento del envase multidosis, se re envasaron 1.273 jeringas de uso oral solución de Lopinavir/Ritonavir, acondicionándose posteriormente en bolsa protectora con la dosis total diaria por paciente.

Con respecto a las fórmulas magistrales destinadas a paciente crítico COVID-19, se elaboraron 2.365 unidades de suspensión descontaminante digestiva. En el mismo periodo del año anterior, la cantidad elaborada fue 696 unidades. Esto supuso un incremento del 339,6 %.

CONCLUSIONES

Se observa un incremento acusado de la actividad del área, tanto del proceso de reenvasado como en la formulación magistral. La formación e incorporación del técnico/auxiliar en la elaboración de fórmulas magistrales estandarizadas ha facilitado la adecuación del área a las nuevas necesidades del hospital durante la pandemia.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN**2267. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA ELABORACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD BASADO EN FOTOGRAFÍAS EN LA UNIDAD DE MEZCLAS INTRAVENOSAS****AUTORES**

SOMOZA FERNÁNDEZ B, PERNÍA LÓPEZ MS, VICENTE VALOR J, RUIZ BRIONES P, REVUELTA HERRERO JL, MARZAL ALFARO B, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ DR. ESQUERDO,46. MADRID

OBJETIVOS

Describir la implantación de una aplicación web para la elaboración y control de calidad de mezclas intravenosas (MIV) y otros medicamentos preparados por lotes en el Servicio de Farmacia basado en la toma de fotografías, con la finalidad de garantizar la seguridad de las preparaciones.

MEJORAS ESPERADAS

Se buscó mejorar el control de calidad y seguridad en la elaboración mediante la visualización de las fotografías hechas durante el proceso y la detección de los posibles errores cometidos.

DISEÑO

Debido a la centralización de MIV de alto riesgo en el Servicio de Farmacia, se planteó la posibilidad de implantar un programa para gestionar la preparación y control de calidad de las mismas. Se eligió para ello la aplicación Pharmacy Keeper.

CIRCUITO Y ETAPAS

Pharmacy Keeper es una aplicación web que permite el acceso vía Internet desde las cabinas donde se elabora. Trabaja mediante un sistema de flujo compuesto por los siguientes módulos:

- Preparación de las bateas: identificación unívoca de los componentes mediante lectura por código de barras, registro

del lote, caducidades y fabricante de los componentes, e impresión de las etiquetas de las preparaciones.

- Elaboración: se dispone de una tablet en dos Cabinas de Flujo Laminar Horizontal para disponer del procedimiento de elaboración y captura de fotografías de proceso claves.

- Control de calidad: visualización de las imágenes y revisión del check-list (aspecto, composición, diluyentes, utilización de filtros, etiqueta de vía de administración y etiquetado final identificativo).

IMPLANTACIÓN

1. En julio de 2019 se comenzó la elaboración por lotes de MIV de uso muy frecuente con el objetivo de validar la nueva herramienta, formar al personal, adecuar las etiquetas y flujos de trabajo.

2. Se protocolizó la elaboración de colirios y jeringas intravítreas.

3. En la última fase se comenzaron a preparar MIV y jarabes de fármacos peligrosos.

4. Conexión con el programa de prescripción electrónica, aún pendiente.

RESULTADOS

Actualmente, se están elaborando con Pharmacy Keeper todas las MIV preparadas por lotes, 12 de los 14 colirios y las 6 intravítreas que se elaboran en el Servicio. Desde julio de 2019 hasta mayo de 2020, han sido incorporadas 65 preparaciones, incluyendo jarabes elaborados con fármacos peligrosos.

La implantación del programa ha permitido visualizar la preparación en cabinas, un proceso ciego para nosotros hasta el momento, y capturar errores que anteriormente no teníamos forma de detectar, como mediciones erróneas de volúmenes, ausencia de etapas de filtrado o de incorporación de determinados componentes a la mezcla, etcétera. Además se puede consultar el proceso en cualquier momento.

LIMITACIONES

Uno de los problemas es el número de fotografías necesarias, que enlentece la elaboración y entraña riesgo de comprometer la esterilidad por manipulación de las tablets. Es necesario establecer los pasos a fotografiar y sería deseable sacar las fotos sin tocar la tablet.

Queda pendiente la conexión con el programa de prescripción electrónica y validar la preparación de MIV individualizada por paciente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El uso de Pharmacy Keeper es aplicable a cualquier proceso de elaboración por lotes que busque garantizar la seguridad en la preparación.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2356. CREMA DE TIOSULFATO SÓDICO 25% Y ÓXIDO DE ZINC 25% EN BASE COLD CREAM W/O EN PACIENTE CON MORFEA PROFUNDA.

AUTORES

SAN ANDRÉS CORRAL C, ÚBEDA RUIZ B, BERMEJO LORERO B, ESCRIGAS FERNÁNDEZ C, CUERVO ESCRIBANO K, FERNÁNDEZ ARBERAS N, SERRANO GARCÍA M, SÁNCHEZ NAVARRO IM
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS. CARRETERA ALCALA MECO S/N. MADRID

OBJETIVOS

La "Morfea" o "esclerodermia localizada" es una enfermedad inflamatoria que afecta de forma primaria a la piel y los tejidos subyacentes y que conduce finalmente a la esclerosis.

El objetivo principal es elaborar una fórmula magistral con Tiosulfato sódico junto con Óxido de zinc en una base w/o de tipo cold cream de administración tópica para el tratamiento de la Morfea Profunda. Para ello se sigue el Real Decreto 175/2001 de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficiales.

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Búsqueda bibliográfica y revisión de la literatura que justifica el uso fuera de indicación de Tiosulfato sódico para el tratamiento de la Morfea Profunda y su aprobación por el Comité de Medicamentos en Situaciones Especiales.

2. Revisión de formularios de farmacotecnia para la realización de la metódica de elaboración de la Crema de Tiosulfato sódico al 25% y Óxido de zinc al 25% en una base w/o tipo cold cream.

3. Determinación de la estructura, utillaje y materia prima necesarias para la elaboración de una fórmula que contiene como principios activos Tiosulfato sódico y Óxido de zinc

4. Revisión de compatibilidad entre los principios activos y los excipientes.

5. Creación de la metódica de elaboración

La fórmula magistral se elaboró a partir de cristales de Tiosulfato sódico, y de Óxido de zinc en una base w/o tipo cold cream siguiendo el siguiente Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT):

5.1 Pesar 25 gramos de Tiosulfato sódico y añadir a un mortero para pulverizar los cristales hasta obtener un polvo fino.

5.2. Disolver poco a poco estos 25 gramos de Tiosulfato sódico pulverizado en 15 mililitros de Agua purificada en un vaso de precipitados y agitar con ayuda de un agitador magnético, hasta su completa disolución.

5.3. Pesar 25 gramos de Óxido de zinc y añadirlo a 35 gramos de base w/o cold cream. Agitar vigorosamente hasta su completa homogenización.

5.4. Añadir lentamente la disolución de Tiosulfato sódico a la mezcla de base w/o con Óxido de zinc y agitar hasta homogenizar la mezcla.

5.5. Envasar la mezcla a un tubo de pomada y etiquetar.

RESULTADOS

Se obtuvo una mezcla homogénea, de color blanco, consistencia untuosa y de fácil extensión para aplicar sobre la zona afectada, sirviendo de alternativa a la administración de Tiosulfato sódico por vía intravenosa. La dispensación de la Fórmula Magistral se realiza a través de la Unidad de Pacientes Externos del Hospital de manera mensual.

CONCLUSIONES

Se creó con éxito un PNT y un circuito de dispensación de Crema de Tiosulfato sódico 25% y Óxido de zinc 25% para el tratamiento de Morfea Profunda resultando adecuado para el manejo ambulatorio de la paciente.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2369. ESTABILIDAD FÍSICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE VANCOMICINA 10MG/ML INTRAVÍTEA.

AUTORES

PUPLÀ BARTOLL A, BELLÉS MEDALL MD, EDO PEÑARROCHA J, SOLAZ ESCRIG L, EGUREN CLEMENTE R, CONDE GINER S, BODEGA AZUARA J, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN. AVDA BENICÀSSIM 128. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Establecer la estabilidad físicoquímica y microbiológica a 24 semanas de jeringas de vancomicina intravítrea (10mg/mL) con el objetivo de ampliar el tiempo de almacenamiento y disponer de stock para poder atender las endoftalmitis bacterianas ya que esta enfermedad presenta una urgencia en la atención médica debido a la posibilidad de pérdida de visión si no es tratada rápidamente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio de estabilidad de vancomicina 10 mg/mL en jeringas de polipropileno siguiendo las recomendaciones del International Council for Harmonisation Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH). Se prepararon un total de 67 jeringas de 1 mL a partir de viales de hidrocloreto de vancomicina de 1g reconstituidos con NaCl 0,9% en condiciones estériles. Las jeringas se almacenaron protegidas de la luz a temperatura ambiente (TA: 25°C), refrigeración (R: 4°C) y congelación (C: -20°C). Durante 24 semanas se comprobó esterilidad y se midió concentración, pH y osmolaridad para cada temperatura. Se consideró cambio significativo variaciones de $\pm 10\%$ del valor inicial. La técnica de cromatografía líquida de alta resolución fue validada en cuanto a linealidad, precisión y exactitud. Se utilizó una columna de fase reversa C18 (5 μ m, 15x0,46 cm) y fase móvil de metanol:agua (65:35). Se utilizó un flujo de 1 mL/min, un volumen de inyección de 10 μ L y detector ultravioleta-visible a una longitud de onda de 298 nm. El tiempo de retención aproximado fue de 1,7 minutos. Cada punto de la recta de calibración se realizó por triplicado para la validación del método. Las muestras se midieron por duplicado. Las mediciones de osmolaridad se realizaron por triplicado utilizando un osmómetro Vapro® (modelo 5520). Las mediciones de pH fueron realizadas mediante tiras reactivas graduadas (Merck®) y la lectura se realizó de forma visual. Los cultivos se realizaron mediante protocolo de siembra de muestras ambientales para bacterias y hongos. Las características organolépticas se establecieron mediante visualización directa.

RESULTADOS

No se observaron cambios de color durante las 24 semanas en ninguna de las temperaturas de almacenamiento. Sin embargo, se observó formación de cristales de aproximadamente 1 mm de diámetro en las jeringas TA a partir de la semana 17. Asimismo, se observó obturación de la aguja (diámetro de 0,305 mm) en las jeringas TA a partir de la semana 11 y de las jeringas R a partir de la semana 17. La concentración a las 24 semanas de TA fue del 15,8% respecto a la inicial, la de R fue del 107,0% y la de C fue del 100,2%. El pH a las 24 semanas aumentó en C (2.3%), en R (4.7%) y en TA (9.3%). Se observó disminución de la osmolaridad en TA (10%), N (1.5%) y C (9.9%) en la semana 24. No se observó contaminación microbiológica.

CONCLUSIONES

Vancomicina 10mg/mL almacenada en jeringas de polipropileno puede ser utilizada 24 semanas después de su preparación conservadas a -20 °C. Almacenada a 4°C mantiene la estabilidad pero deben ser utilizadas en 8 semanas por posible obstrucción de la aguja durante la administración.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2418. COMPARACIÓN DE DOS HERRAMIENTAS DE CRIBADO NUTRICIONAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

AUTORES

FRA YÁÑEZ J, BECERRA INGERTO L, MARTÍN CARRO C, ORALLO LUNA C, LAMAS LÓPEZ M, GONZÁLEZ SÁNCHEZ N, PUENTE MARTÍNEZ P, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HEROS, 6. ASTURIAS

OBJETIVOS

Establecer la prevalencia del riesgo de desnutrición en pacientes oncológicos a través de las herramientas de cribado nutricional Malnutrition Screening Tool (MST) y Valoración Global Subjetiva-Generada por el Paciente (VGS-GP). Conocer la concordancia entre estas herramientas para predecir el desarrollo de complicaciones nutricionales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal con un componente descriptivo, realizado en una Consulta de Oncología en el mes de noviembre de 2019. Fueron incluidos todos los pacientes oncológicos que recibieron tratamiento inmunoquimioterápico intravenoso. Las variables recogidas a través de la historia clínica electrónica fueron: edad, sexo, peso y altura (usados para calcular el índice de masa corporal), localización y estadio tumoral.

Para la valoración del estado nutricional (EN) se emplearon los cuestionarios de cribado nutricional validados en pacientes oncológicos, MST y VGS-GP. Se consideraron pacientes en riesgo de desnutrición aquellos que obtuvieron una puntuación igual o superior a 2 puntos en el test MST. En el caso de la VGS-GP, se diagnosticaron como desnutridos o en riesgo de desnutrición aquellos pacientes clasificados en el test como: B) Desnutrición moderada/riesgo de desnutrición o C) desnutrición severa.

El análisis estadístico se realizó mediante SPSS® Statistics. La concordancia entre ambos cuestionarios se evaluó mediante el índice Kappa.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 45 pacientes con una mediana de edad de 61 años [27-85]. El 51% eran mujeres. La mediana del índice de masa corporal fue 26,5 kg/m² [35,2-17,3].

Las neoplasias más frecuentes fueron el cáncer colorrectal (58%), cáncer de mama (29%), cáncer gástrico (11%) y cáncer de ovario (2%). El 67% de los pacientes presentaban estadio tumoral IV.

La prevalencia de pacientes en riesgo de desnutrición detectada por el test MST fue de 15,56% (n=7) frente al 24,45% (n=11) según el cuestionario VGS-GP. De éstos, el 63,64% de los pacientes pertenecían a la categoría B) Desnutrición moderada/riesgo de desnutrición y el 36,36% de los pacientes a la categoría C) Desnutrición grave.

La concordancia entre ambos cuestionarios, una vez realizado el índice Kappa, fue de 0,588 (IC 95%: 0,299-0,876; p < 0,001) lo que implica que la concordancia entre ambos test es moderada (Landis & Koch, 1977).

CONCLUSIONES

La prevalencia del riesgo de desnutrición en esta muestra de pacientes es baja en comparación con la bibliografía consultada. Estas diferencias pueden ser debidas a la ausencia en la población de estudio de neoplasias altamente caquetizantes como las de cabeza y cuello, esófago y páncreas.

El nivel de concordancia entre las dos herramientas de cribado es moderado. No se han encontrado datos relativos al índice de concordancia entre estos dos test en la bibliografía consultada para poder comparar los resultados.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2438. MÉTODO DE DETERMINACIÓN DE CISTEAMINA MEDIANTE HPLC PARA ESTUDIO DE NUEVAS FORMULACIONES OFTÁLMICAS

AUTORES

CASTRO BALADO A, REBOLLIDO PEDRIDO I, OTERO ESPINAR FJ, MONDELO GARCÍA C, LUACES RODRÍGUEZ A, ZARRA FERRO I, GONZÁLEZ BARCIA M, FERNÁNDEZ FERREIRO A
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

La cisteamina, administrada vía oftálmica, se emplea como tratamiento específico de la cistinosis ocular. Su elevado aclaramiento oftálmico obliga al desarrollo de nuevas formas de administración, resultando complejo el estudio de su estabilidad debido a su fácil oxidación, a la ausencia de un cromóforo estructural (que obliga a su derivatización), así como a su bajo peso molecular (77,15 g/mol). Nuestro objetivo es desarrollar un método de determinación de cisteamina mediante cromatografía líquida de alto rendimiento (HPLC) que permita su cuantificación de forma simple y eficaz para la realización de estudios de estabilidad que permitan el desarrollo de nuevas formulaciones oftálmicas de cisteamina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se preparó una solución madre de cisteamina (BioXtra, Sigma-Aldrich®) de 5 mg/mL en agua desionizada, y las soluciones estándar se obtuvieron diluyendo ésta con agua desionizada en un rango de 0,78-50 µg/mL, con siete valores de concentración diferentes. Cada solución estándar se preparó y analizó de inmediato. La separación se llevó a cabo mediante HPLC de fase reversa, en una columna C18 (250 mm × 4,6 mm, tamaño de partícula de 5 µm, Symmetry®), equipado con un muestreador automático con bomba y un detector UV-Vis. La fase móvil consistió en 85:15 (v/v) de NaH₂PO₄ (HiPerSolv Chromanorm®) 4.0 mM en ácido fosfórico al 0.1% (Panreac®): acetonitrilo (Scharlau®), a composición constante durante los 10 minutos de análisis de cada muestra. El volumen de inyección fue de 20 µl y la velocidad de flujo fue de 1,0 ml/min. La temperatura de la columna se estableció a 25°C y la longitud de onda 215 nm. Los datos fueron recolectados y analizados usando el software OpenLAB®. Se realizó el análisis estadístico mediante el programa GraphPad Prism 6.0®.

RESULTADOS

Se obtuvo la siguiente recta de calibrado: Área = 5.923*concentración (µg/mL) - 2.839 (R²= 0,9993). Tanto el coeficiente de determinación R² como el Criterio de información de Akaike corregido (27), indican que los resultados obtenidos se ajustan a un modelo lineal. Los valores de coeficiente de variación de la media del área de cada concentración, y de la diferencia entre la concentración preparada y la concentración predicha son en todos los casos menor del 10% (salvo la concentración mas pequeña), lo que indica que el método es preciso y exacto. Además, se presenta también como un método selectivo, puesto que resultados preliminares demostraron su capacidad de separar los picos de la cisteamina de la cistamina, su principal producto de oxidación.

CONCLUSIONES

El método de HPLC de fase reversa descrito permite la adecuada determinación de cisteamina de forma sencilla, precisa, y selectiva, sin necesidad de llevar a cabo complejos procesos de derivatización.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2451. IMPLANTACIÓN DE UN CHECK-LIST DE VALIDACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES PEDIÁTRICAS: REVISIÓN, COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERDISCIPLINAR

AUTORES

PORTILLO- HARO S, MADRID-PAREDES A, TEJEDOR-TEJADA E, NIETO-GOMEZ P, ALVAREZ-SANCHEZ R, CABEZA-BARRERA J

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO (PTS). AVENIDA DE INVESTIGACIÓN, S/N. GRANADA

OBJETIVOS

- Implantar una versión actualizada de nuestro check-list de validación que facilite una validación guiada de la nutrición parenteral en pediatría(NPP).
- Proporcionar una herramienta estandarizada para la validación farmacéutica.
- Registrar prospectivamente las intervenciones farmacéuticas realizadas y aceptadas por pediatría en base al uso de este check-list desde 1/febrero/2020 hasta 18/mayo/2020.

MEJORAS ESPERADAS

Se esperan mejoras en seguridad y calidad de validación farmacéutica. Permite detectar y solventar potenciales problemas de inestabilidad fisicoquímica o degradación de nutrientes. Además, la actualización de este check-list en base a las últimas recomendaciones nutricionales facilita que el farmacéutico actúe como corresponsable de la cobertura nutricional y no solo como un mero validador de estabilidad y seguridad.

DISEÑO

Se partió de un check-list elaborado para el mismo fin en nuestro servicio de Farmacia en 2018. Se actualizó en base a las recomendaciones del Consenso “Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo(SENPE)-Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria(SEFH) de 2008 sobre elaboración” y las guías clínicas del Consenso “European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN)/European Society for Clinical Nutrition and Metabolism(ESPEN)/European Society for Paediatric Research (ESPR)/Chinese Society of Parenteral and Enteral Nutrition(CSPEN) de 2018”. Consta de dos partes: una primera parte con preguntas que aseguran estabilidad de la preparación, seguridad del paciente, y la consonancia con las recomendaciones nutricionales actuales. Otra segunda parte en la que se confirma que las cantidades de macro y micronutrientes son las mismas en la orden médica que en la hoja de elaboración. Se añadieron dos preguntas adicionales a la primera parte en esta actualización.

CIRCUITO Y ETAPAS

- 1.Llegada de orden médica en hoja estandarizada
- 2.Revisión de historia médica y cálculo de requerimiento
- 3.Sumisión de la orden médica al cribado por la primera parte de nuestro check-list, para evaluar la adecuación nutricional y la estabilidad del preparado.
- 4.En caso de no pasar la validación se contacta con el pediatra prescriptor para discutir la solución y llegar a un consenso.
5. Se somete la orden médica definitiva a la segunda parte del check-list, revisando que los valores de nutrientes coinciden con los de la hoja de elaboración.

IMPLANTACIÓN

El check-list se reevaluó e implantó en colaboración con Pediatría en enero/2020 tras la detección de un potencial error de validación.

RESULTADOS

Se revisaron 139 nutriciones parenterales en el periodo de estudio y se registraron 17 intervenciones farmacéuticas. 13 intervenciones fueron sobre estabilidad fisicoquímica, 2 sobre seguridad del paciente, y 2 sobre cobertura nutricional. La aceptación de los prescriptores fue del 100%. Además, se observó una mejora en la seguridad y en la calidad de la validación.

LIMITACIONES

El check-list está basado en recomendaciones generales en base a grado de estrés, peso y edad. La NPP es medicamento individualizado, por lo que las especificaciones del check list en cuanto a cobertura nutricional son interpretables. La comprobación del check-list de cada NPP supone una inversión de tiempo extra en la preparación. No obstante, dada la consideración de medicamento peligroso y la sensibilidad del paciente pediátrico, la aplicación de herramientas de seguridad como ésta es imperativa.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Esta herramienta es fácilmente implantable en cualquier servicio y su contenido es adaptable en base a las necesidades.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2512. FORMULACIÓN E IMPLANTACIÓN DE LA SOLUCIÓN CARDIOPLÉJICA DEL NIDO COMO ESTRATEGIA DE PROTECCIÓN MIOCÁRDICA

AUTORES

GÁLVEZ ÁLVAREZ N, YANES SÁNCHEZ P, HERRERA ORTEGA G, MARRERO PENICHER S, GOITIA BARRENETXEA L, REVERT ALARCÓN MJ, MORALES LEON MV

C.H.DOCTOR NEGRÍN. BARRACO DE LA BALLENA S/N / LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS

OBJETIVOS

Describir el desarrollo e implantación de una nueva fórmula magistral para la protección miocárdica utilizada en la cirugía cardíaca que precise de parada electromecánica

MEJORAS ESPERADAS

Introducción de una alternativa a las soluciones cardiopléjicas comerciales disponibles en el mercado la cual presenta ventajas tanto en términos de eficacia como de costes

DISEÑO

Se diseñó un procedimiento de elaboración de la solución cardiopléjica del Nido bajo condiciones de esterilidad en una campana de flujo laminar horizontal de clase II. Dicha preparación presenta la siguiente composición y propiedades:

VIAFLO Plasma-Lyte-148®	1.000ml
Lidocaína 2%	6.5ml
Cloruro potásico 2M	13ml (36mEq)
Bicarbonato sódico 1M	13ml (13mEq)
Manitol 20%	16.3ml
Sulfato magnésico 15%	13.3ml (16,23mEq)

La presencia de lidocaína permite el bloqueo de los canales de sodio previniendo la entrada secundaria de calcio en el citosol. La mayor concentración de potasio consigue períodos mayores de despolarización de la membrana del miocito e inhibe de manera más efectiva el potencial de acción. La menor viscosidad de la fórmula facilita la penetración en la microcirculación del miocardio y junto con la menor relación hemática-cristaloide (1:4 sangre: cristaloide) permite una reducción de la concentración de calcio de la solución atenuándose así la entrada de calcio en el retículo sarcoplásmico durante la isquemia

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Creación de un equipo multidisciplinar formado por farmacéuticos, enfermeros, microbiólogos y cirujanos cardíacos. Estableciéndose que el servicio de Cirugía Cardíaca elaboraría una previsión semanal con el número de cirugías programadas. Además, elaborará una petición a farmacia el día de la cirugía con la cantidad requerida para el procedimiento.
2. Una vez recibida la petición en el servicio, se procederá a la elaboración de la fórmula.
3. Dispensación inmediata por paciente para asegurar la trazabilidad de la fórmula magistral. Se guardará una alícuota para enviarla al servicio de microbiología que realizará el control microbiológico.

IMPLANTACIÓN

La elaboración de la solución se implantó en Mayo de 2020.

- 1) Metódica: Trabajar con técnica aséptica en campana de flujo laminar horizontal. Utilizar para cada componente de la solución un filtro distinto de 5 micras previamente saturado. Adicionar en un bolsa de nutrición parenteral de 2000 ml dos bolsas de Plasma-Lyte 148® y el resto de los componentes utilizando jeringas de 20 ml, 10 ml, y 1 ml. Agitar suavemente la bolsa tras cada adición. Incluir en una bolsa fotoprotectora, etiquetar y conservar en nevera hasta su utilización.
- 2) Control de calidad: Cultivo microbiológico de cada bolsa para asegurar la ausencia de contaminación por microorganismos.

RESULTADOS

El número de peticiones de la solución durante el mes de mayo fueron de 6. Cada uno de los pacientes solicitó dos bolsas según el requerimiento de la cirugía cardíaca

LIMITACIONES

Necesidad de realizar estudios de estabilidad, costes, eficacia y seguimiento de los pacientes para asegurar la viabilidad de la nueva presentación

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Hospitales que realicen cirugías cardíacas con parada electromecánica en pacientes de edad avanzada y adultos con función ventricular deprimida

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2523. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CONTROL DE CALIDAD DE FÓRMULAS MAGISTRALES ELABORADAS POR TERCEROS

AUTORES

PAU PARRA A, JIMÉNEZ LOZANO I, CAÑETE RAMÍREZ C, PARRAMÓN TEIXIDÓ CJ, FERNÁNDEZ POLO A, GARCÍA PALOP B, CABAÑAS POY MJ, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL VALL D'HEBRON. Pº VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Establecer un circuito de control de calidad de las fórmulas magistrales (FM) externalizadas a un elaborador a terceros.

MEJORAS ESPERADAS

Garantizar la calidad de las FM recibidas e identificar posibles mejoras en la seguridad.

DISEÑO

El Servicio de Farmacia ha analizado el circuito vigente de recepción de FM elaboradas por terceros, para definir los requisitos y controles óptimos necesarios en la revisión de las FM antes de almacenarlas para su posterior uso.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Se estableció la documentación esencial que debe adjuntarse con cada lote elaborado según forma farmacéutica y vía de administración (en base a lo establecido en el RD 175/2001 y las monografías correspondientes al Formulario Nacional

y la Real Farmacopea Española).

2. Se revisaron las preparaciones que requieren controles específicos. En los inyectables se definió el límite de endotoxinas para cada tipo de FM.
3. Se verificó con las farmacias elaboradoras implicadas la inclusión de los controles analíticos correspondientes en cada lote.
4. Se analizaron otros aspectos cualitativos como la isoapariencia entre envases y etiquetas, y se establecieron los aspectos diferenciales (color de la etiqueta y tapón, tamaño del envase y color de la letra) para cada FM solicitada.
5. Se delimitó una zona de cuarentena a temperatura ambiente y en nevera para las FM recibidas pendientes de revisar y la documentación (incluye albaranes y certificados de análisis).
6. Se hizo difusión y se formó a todo el personal implicado del circuito de control de calidad y posterior almacenaje tras la revisión.

IMPLANTACIÓN

Implantación desde abril de 2019.

RESULTADOS

Desde la implementación del circuito:

- Se han revisado las especificaciones de 29 FM estériles (74%) y 10 FM no estériles (26%).
- Se ha definido el límite de detección de endotoxinas para 7 FM inyectables.
- Se han llevado a cabo diferentes modificaciones del envase primario en 27 FM para evitar isoapariencia (p.ej entre FM estériles tópicos e intratecales): color del tapón del vial en 21/27 (78%), color de la letra de la etiqueta en 7/27 (26%), color de la franja de la etiqueta en 14/27 (52%) y volumen del vial en 1/27 (4%).
- Se han identificado 35/315 (11,1%) lotes sin los certificados de análisis acordados para cada preparación.
- Se han encontrado discrepancias en la revisión de 2/315 (0,6%) albaranes, no correspondientes a la FM a la que iban asociados (disconformidad en el número de lote).
- Se han identificado cambios no notificados en las especificaciones de conservación de 1 FM y en la expresión de la concentración de 1 FM.
- Se ha detectado 1 lote de una FM oral en la que el volumen de la preparación no corresponde al especificado.

LIMITACIONES

La falta de una normativa sobre controles a efectuar en la recepción de FM elaboradas por terceros dificulta establecer los controles de calidad recomendables. Este circuito supone una carga de trabajo para los profesionales farmacéuticos, especialmente en el momento de su implementación.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Es aplicable a cualquier Servicio de Farmacia que encargue elaboraciones a terceros.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2572. ANÁLISIS DEL CONTROL DE CALIDAD GRAVIMÉTRICO EN LA ELABORACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES E INFLUENCIA DEL FACTOR HUMANO Y ASISTENCIAL.

AUTORES

RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Z, GUINDEL JIMÉNEZ C, CASÁS FERNÁNDEZ X, VÉLEZ BLANCO A, MARTÍNEZ ÁLVAREZ E, ÁLVAREZ NÚÑEZ N, ARENÓS MONZÓ C, MARTÍN SANZ A
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. ALTOS DE NAVAS, S/N. LEÓN

OBJETIVOS

Valorar la adecuación de la elaboración de nutriciones parenterales según un control gravimétrico de calidad. Objetivos secundarios: analizar como influye el personal elaborador y la carga asistencial sobre la calidad de la elaboración.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron todas las nutriciones parenterales elaboradas en el Servicio de Farmacia y administradas a pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel desde enero del 2018 a diciembre del 2019. Variables recogidas: servicio prescriptor, fecha de elaboración, personal elaborador, peso teórico, peso real, y carga asistencial. Se realizó un análisis de nutriciones totales y por subgrupos: neonatos, paciente pediátrico y adulto. En nutriciones parenterales con volúmenes mayores a 100mL, el error gravimétrico máximo permitido fue un 5%, mientras que en volúmenes inferiores fue un 3%. El error gravimétrico se calculó como porcentaje relativo al peso teórico en valor absoluto: $\text{Error gravimétrico} = [(\text{peso real} - \text{peso teórico}) \times 100] / \text{peso teórico}$.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado de dos años se prepararon 5104 nutriciones parenterales, con la siguiente distribución: 16,42%(n=838) neonatales; 1,45%(n=74) pediátricas; y 82,13%(n=4192) de adultos. En neonatos las medianas del peso teórico y real fueron: 282,5(RI:215-391,75) y 282(RI:215,25-389,75) respectivamente. Los pesos medios teóricos y reales fueron: 1644,08±431,76mg; 1642,63±425,31mg en pediatría, y 2248,03±603,39mg; 2247,66±603,50mg en adultos respectivamente.

El análisis detectó desviaciones respecto al error gravimétrico máximo permitido en 0,25%(n=13) de las nutriciones. Por subgrupos: 2 fueron neonatológicas, con desviación del 0,25%; 1 pediátricas, siendo la desviación 0,05%; y 10 de adultos con desviación del 1,69%. De estas nutriciones con desviaciones: 7 fueron elaboradas por personal fijo, y 6 por temporal. En los días que se elaboraron, la carga asistencial superó a la carga media mensual en un 15,75%.

CONCLUSIONES

Un 99,75%(n= 5091) de las nutriciones parenterales elaboradas y administradas durante los dos años cumplen los estándares establecidos de control de calidad gravimétrico. Además, aquellas que no pasaron el control no supusieron ninguna repercusión clínica, posiblemente por tratarse de desviaciones pequeñas, todas menores del 2%. Por tanto, el método gravimétrico pudo detectar errores de elaboración, siendo una estrategia válida, rápida y sencilla para el control de calidad en la preparación de nutriciones parenterales. Sin embargo, un 0,25%(n=13) de nutriciones parenterales, a pesar de presentar desviaciones respecto al error gravimétrico establecido como máximo, llegaron al paciente. Debido a esto, es conveniente insistir al personal sobre la importancia de comprobar correctamente la pesada. La experiencia del personal no parece influir en el aumento de errores, lo que parece indicar igual formación del personal fijo y temporal. Sin embargo, sí observamos que con el aumento de carga asistencial aumenta el riesgo de error en la elaboración de nutriciones parenterales, pues los días en los que se registraron las desviaciones la carga de trabajo media superaba en un 15,75% a la mensual. Por lo que otra estrategia conveniente, es modificar la distribución del trabajo en el área de elaboración para evitar sobrecargas. Con estas medidas buscamos evitar futuros errores, y aumentar con ello la calidad de la elaboración y la seguridad de nuestros pacientes.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2588. ASOCIACIÓN DEL NUTRIC SCORE MODIFICADO CON LA TASA DE MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS

AUTORES

PARERA PASCUAL MM, GONZALEZ MORCILLO G, MEDINA GUERRERO Á, MARCH FRONTERA C, MANDILEGO GARCIA A, PÉREZ DE AMEZAGA TOMÁS L
HOSPITAL SON LLÀTZER. CTRA. DE MANACOR, S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

La malnutrición es altamente prevalente en pacientes críticos y está asociada con: mayor estancia hospitalaria, infecciones nosocomiales y mortalidad. Es crucial contar con una herramienta de estratificación que permita identificar estos pacientes para que se puedan beneficiar de un soporte nutricional, si bien, estas no están implantadas en la práctica clínica diaria de nuestro centro.

El objetivo principal del estudio es relacionar la puntuación del NUTRIC Score modificado (mNUTRIC) con la tasa de mortalidad en pacientes críticos. Como objetivos secundarios, analizar posibles factores relacionados con una puntuación mNUTRIC elevada y la necesidad de soporte nutricional: nutrición parenteral (NP), nutrición enteral (NE) o mixta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel. Se incluyó todos los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) durante los meses de enero-marzo de 2020.

Las variables recogidas fueron: demográficas (edad, sexo, comorbilidad mediante índice de Charlson), relacionadas con diagnóstico de ingreso, estancia en UCI, puntuación mNUTRIC, necesidad de soporte nutricional y desenlace final (alta/éxito).

Los datos fueron recogidos a través del programa de historia clínica electrónica (HPHCISv.3.8) y registrados en una base de datos Microsoft Excel®. El cálculo del mNUTRIC score se realizó durante las primeras 24h de admisión en UCI. Se consideró riesgo elevado de malnutrición una puntuación mNUTRIC ≥ 5 . Para la descripción de datos se empleó medidas de centralización y frecuencia.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 126 pacientes de los cuales el 36,5% (n: 46) eran mujeres y el 63,5% (n: 80), hombres. Un 36,5% eran ≥ 75 años, un 50% tenían entre 50 y 74 años y un 13,5% era < 50 años. El 64,3% de los pacientes presentaron un índice de Charlson ≥ 2 . Los principales diagnósticos de ingreso en UCI fueron de origen cardiovascular (35,7%), respiratorio (29,3%) y sepsis (15,9%). La estancia media en UCI fue de 6,1 días (1 – 59). El 36,5% (n: 46) total de los pacientes recibió nutrición artificial; de ellos, un 46% NE, un 14% NP y un 40%, mixta.

La tasa de mortalidad total fue de un 23,8% (n: 30). De estos, un 63,3% (n: 19) presentaba un riesgo elevado de malnutrición.

Un 63,9% de los pacientes que presentó un elevado riesgo de malnutrición era ≥ 75 años, un 36,1% estaba comprendido entre 50 y 74 años y ningún paciente < 50 años obtuvo una puntuación ≥ 5 . En relación a la comorbilidad, un 88,9% de los pacientes con la puntuación del mNUTRIC elevada presentaba ≥ 2 comorbilidades y un 11,1%, presentaba entre 0 y 1.

Un 28,6% de los pacientes del estudio presentaron una puntuación en el mNUTRIC ≥ 5 , de los cuales un 66,6% recibió soporte nutricional.

CONCLUSIONES

Dos tercios de los pacientes fallecidos presentaban un riesgo de malnutrición elevado. La edad avanzada y la comorbilidad parecen asociarse a un mayor riesgo de malnutrición. El soporte nutricional en pacientes con riesgo elevado de malnutrición fue en dos tercios de los mismos, cifra que se podría mejorar con la implantación de una herramienta validada de cribado y estratificación del riesgo.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2670. FORMULACIÓN ALTERNATIVA DE IDEBENONA CÁPSULAS CON CELULOSA MICROCRISTALINA

AUTORES

CORDERO RAMOS J, MARTÍNEZ SUÁREZ A, CASTILLO MARTÍN C, CAMEÁN FERNÁNDEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. DOCTOR FEDRIANI S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

La idebenona es una benzoquinona estructural y funcionalmente similar a la Ubiquinona. Actúa como antioxidante y favorece el flujo de electrones en la cadena de transporte de electrones en las mitocondrias de las células del organismo. Está indicada para el tratamiento de la alteración visual en adolescentes y adultos con Neuropatía Óptica Hereditaria de Leber, una enfermedad rara. Existen pocos estudios de la efectividad del tratamiento con idebenona en las enfermedades mitocondriales.

Actualmente en España no se encuentra comercializada. El área de Farmacotecnia del Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel fabrica cápsulas de idebenona partiendo del producto, que sí se encuentra comercializado. La fórmula magistral se prepara mezclando y homogenizando la mezcla de principio activo con los excipientes y encapsulándola. La idebenona es un polvo amarillo-anaranjado muy insoluble en agua con unas propiedades de flujo bajas. Debido a la mala reología del almidón de maíz, la elaboración de las cápsulas resulta un proceso largo y tedioso. Habitualmente se asocia a pérdidas de producto cercanas al 3% y a desviaciones considerables en el control de homogeneidad de masa.

Nuestro objetivo es definir una fórmula magistral alternativa compatible que facilite su elaboración para mejorar el proceso de producción de las cápsulas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se buscaron excipientes compatibles con la idebenona consultando diferentes formulaciones comercializadas en el extranjero. Se definió una fórmula alternativa. Se elaboraron 10 lotes de 100 cápsulas de cada fórmula propuesta de idebenona por dos manipuladores distintos. En dicha elaboración se midió el tiempo de encapsulación y posteriormente se realizó un control de pesada de 20/100 cápsulas por lote para determinar el rendimiento de la encapsulación, la homogeneidad del llenado y se aplicaron los criterios de control de calidad de uniformidad de masa según el artículo 2.9.5. de la Real Farmacopea Española.

Fórmula inicial: idebenona 13,5g, almidón de maíz 2g, esterato magnésico 10mg y cápsulas del nº1 amarillas (cantidad para 100 cápsulas).

Fórmula alternativa: idebenona 13,5 g, celulosa microcristalina 9g, cápsulas del nº0 rojas (cantidad para 100 cápsulas).

RESULTADOS

De los 10 lotes preparados de la fórmula inicial, 2 no pasaron el control de calidad de uniformidad de masa de las preparaciones unidosis según lo estipulado en el artículo 2.9.5. de la Real Farmacopea Española y tuvieron que ser desechados. De la fórmula alternativa, los 10 lotes cumplieron con las especificaciones de control de uniformidad de masa.

El porcentaje de pérdidas medio obtenido con la Fórmula inicial es del 2,01+-1,4% con una mediana de 1,86+-1,4%. Las pérdidas medias obtenidas con la fórmula alternativa son del 0,24+-0,09% con una mediana de 0,32+-0,9%. La desviación de las cápsulas respecto al contenido medio por lote resultó del 12,52+-7,04% de la fórmula inicial y del 6,95+-1,4% en la fórmula alternativa.

El tiempo medio de elaboración pasó de 18'33"+-2'22" por lote de 100 cápsulas a 11'24"+-1'84".

CONCLUSIONES

Pese a que el tiempo y el rendimiento de elaboración en encapsuladores convencionales depende en gran medida del manipulador, la nueva formulación con celulosa microcristalina parece permitir que el proceso de elaboración sea más rápido y menos tedioso al presentar una mejor reología.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2693. GANCICLOVIR 2% COLIRIO EN PACIENTES CON UVEITIS Y CITOMEGALOVIRUS POSITIVO

AUTORES

PERALES PASCUAL J, ESCOLANO PUEYO Á, LÓPEZ PÉREZ A, CASAJÚS NAVASAL A, CAZORLA PODEROSO L, PÉREZ MORENO M, MAGALLÓN MARTÍNEZ A, PINILLA RELLO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Evaluar el uso de Ganciclovir 2% colirio, preparado como fórmula magistral por el servicio de farmacia, en pacientes con uveitis y serología para citomegalovirus (CMV) positiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes en tratamiento con ganciclovir 2% colirio desde el inicio de la elaboración de la fórmula magistral por el servicio de Farmacia (noviembre 2019) hasta mayo de 2020. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, diagnóstico, afectación unilateral/bilateral, historia de enfermedad ocular previa, CMV positivo en suero, Virus Varicela Zoster (VVZ) positivo, Virus Herpes Simple (VHS) positivo, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para CMV, colirios dispensados, duración del tratamiento, presión intraocular (PIO), agudeza visual, tratamiento concomitante con corticoides, con valaciclovir oral, uso de otros colirios y aparición de efectos adversos.

Fuentes de datos: los pacientes se seleccionaron a partir de la historia clínica y el programa informático FarmaTools.

RESULTADOS

Se incluyeron 9 pacientes (66,6% hombres, edad media 54,4±21,6 [27-83] años), en el 100% la afectación fue unilateral y el 55,5% presentaban historia de enfermedad ocular previa. Todos presentaron CMV en suero/plasma y estuvieron en tratamiento con ganciclovir 2% colirio durante mínimo un mes (duración de tratamiento medio 3,2±1,9 [1-6] meses). Se

dispensó una media de $10,3 \pm 8,1$ [1-24] colirios por paciente.

Se realizó una PCR de humor acuoso a 3 pacientes (prueba indicada en el 77,7% de los pacientes, pero descartada en el resto de pacientes por ser altamente invasiva); el resultado fue en los tres casos negativos para CMV, siendo en dos de ellos positivo para VVZ (el 66,6% de los pacientes eran positivos para VVZ en plasma/suero) y en el tercer caso, negativo para CMV, VHS y VVZ, no obstante, ante la evidencia de mejoría con Ganciclovir 2% colirio se mantuvo el tratamiento.

La presión intraocular de los pacientes se redujo un $16,7 \pm 10,3$ [4-33] mmHg de media. En el 50% la agudeza visual se mantuvo, en el 37,5% disminuyó de media un $0,1 \pm 0$ mmHg y en el 12,5% restante aumentó $0,1 \pm 0$ mmHg (se excluye uno de los pacientes por no tener registros). En el 77,7% de los casos se observó disminución del número de colirios antiglaucomatosos para el control de la tensión arterial (timolol/brinzolamida, brimonidina, latanoprost, clonidina, dorzolamida y pilocarpina); antes de iniciar tratamiento con ganciclovir la media de colirios por paciente era de $2,9 \pm 0,8$ [2-4], tras ganciclovir la media descendió a $1,3 \pm 1$ [0-3]; además en el 88,8% se incrementó el intervalo posológico del tratamiento con corticoides (el 100% de los pacientes recibió como tratamiento concomitante un corticoide en colirio, prednisolona o dexametasona).

Además, el 88,8% estaba en tratamiento con valaciclovir oral; únicamente un paciente se abordó exclusivamente desde un manejo tópico.

En cuanto a la seguridad, se reportó irritación ocular en uno de los pacientes.

CONCLUSIONES

El colirio de ganciclovir 2% elaborado como fórmula magistral es seguro, favorece la disminución del número de colirios antiglaucomatosos para el control de la tensión arterial y el aumento del intervalo de administración de corticoides. No obstante, son necesarios más estudios con mayor tamaño muestral.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2742. MULTIDISCIPLINARY SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS MANAGEMENT

AUTORES

PINTO SOUSA AL, SAMPAIO CM, BARBOSA RP, FRAGA SM, SOARES TS
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO. ALAMEDA PROF. HERNÂNI MONTEIRO, 4200-319 PORTO. INTERNACIONAL

OBJETIVOS

Sudden sensorineural hearing loss (SSNHL), an emergency in otology, can be reversible and with improved prognoses, with early treatment. Options include the combination of oral and intratympanic (IT) injected steroids, with the benefit of the latter because of the higher perilymph drug level. Intratympanic dexamethasone significantly improves the prognosis of idiopathic sensorineural hearing loss and is safe, inexpensive, and effective. However, it has to be compounded as it is not commercially available.

This study aims to demonstrate the compounding pharmacist's role as part of a multidisciplinary health care team and to share politics followed after an off-label prescription of a not commercialised drug, with specific procedures as compounded sterile formulation.

MATERIALES Y MÉTODOS

Performed a rigorous evaluation of published research evidence to support appropriate use of off-label intratympanic dexamethasone injections (seek approval by Pharmacy and Therapeutics Committee and Ethics Committee).

Technical information research of compound intratympanic injection of dexamethasone 24 mg/ml.

Procedure design, by double pharmaceutical validation, according to compounding guidelines for sterile preparations and quality assurance procedures.

Clinical pathology service collaboration to perform the sterility test control.

RESULTADOS

Approval of the research protocol "Quantify the gain in hearing thresholds of patients with sudden deafness, after dexamethasone 24 mg/mL intratympanic injection (CIT)", currently developed by the medical team.

Compounding formula published in the International Journal of Pharmaceutical Compounding 3, a credible source in this area. Drug monograph provides up-to-date information based on reliable references and published studies, such as evaluation of the product quality and stability.

Compounding procedures need specific requirements for aseptic preparation and pharmaceutical adjustments for the salt form and water hydration factor, so that the patient receives the right dose.

Since December 2017 until May 2019, 87 extemporaneous formulas of dexamethasone 24 mg/mL intratympanic injection were compounded on the day of treatment, because the sterility test was not in operation.

When the microbiological control was implemented, the shelf life was extended to 35 days. Since then, 19 batches of 6 units have been prepared. Pharmaceutical batch approval is preceded by microbiological control (all the results were negative to cultural examination).

The pH evaluation of the solution was validated for 7-8.5 interval.

CONCLUSIONES

The existence of institutional norms is intended to assist decision-making by health professionals and multidisciplinary Committees in the evaluation, approval and use of several medicines, such as off-label or non-commercialized ones.

Compounding pharmacy is compliant with an extensive list of training, facility, and quality regulations which ensure that

the final product is properly made and safe to use. The aseptic preparation of dexamethasone intratympanic injection in the pharmacy, validated by the sterility test for each batch, allows to guarantee safety, as well as availability 24/7 due to the extended shelf life. This is essential for early clinical intervention, as recommended.

Compounded pharmacists can provide a valuable service to otolaryngologists by preparing these formulas in a sterile environment and reduce the chance of infection for these patients. It should be noted that the success of this treatment required a multidisciplinary commitment team, with consequent improvement of process quality and patient's safety.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2760. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA VALIDACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO.

AUTORES

GUIJARRO HERRERA S, LÓPEZ NOGUERA Q, DORDÀ BENITO A, GARCÍA RODICIO S, AGUILAR SALMERÓN R, SUNYER ESQUERRA N, SACREST GÜELL R
HOSPITAL UNIVERSITARI JOSEP TRUETA. AVINGUDA DE FRANÇA, S/N, 17007 GIRONA. GIRONA

OBJETIVOS

Evaluar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en las prescripciones de nutrición parenteral (NP) para recién nacidos pretérmino (RNPT).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 5 meses de duración (enero-mayo 2020). Se analizaron las IF realizadas en las NP prescritas de forma individualizada a todos los neonatos de ≤ 32 semanas de gestación (SG) y/o peso < 1.500 gramos. El protocolo existente en el centro, consensuado con el Servicio de Neonatología, incluye una NP de primer día (solución madre disponible en stock para su administración más inmediata) que se excluyó del análisis.

Las IF se realizaron en base a las recomendaciones del "Documento de consenso español sobre preparaciones de mezclas de nutrientes parenterales", así como las necesidades individualizadas y parámetros analíticos de cada neonato.

Se seleccionó a los pacientes mediante la revisión de las siguientes variables registradas en el programa de gestión de NP: edad gestacional (EG), peso al nacimiento y sexo, analizando en cada caso las IF realizadas.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 30 pacientes requirieron NP. El 63% de los neonatos fueron de sexo masculino con EG media de 29 ± 3 semanas y un peso medio al nacer de 1.19 ± 0.4 Kg. La duración media de la NP fue de 9 ± 7 días.

Se realizaron un total de 253 NP individualizadas. El 92% (232/253) requirieron una IF previa a su elaboración.

El número total de intervenciones fue de 437, lo que supone una media de 1,7 intervenciones por NP prescrita y una media de 15 intervenciones por paciente.

La intervención realizada con mayor frecuencia, con un 69,3% del total (303/437), fue el ajuste de cloro o acetato, en función de los requerimientos de sodio, potasio y fosfato.

Los problemas de estabilidad supusieron un 18% (79/437) de las IF, de las que 49/79 se debieron a concentraciones de macronutrientes por debajo del límite inferior recomendado, 19/79 a volumen insuficiente para el ajuste de requerimientos y 11/79 a la inestabilidad calcio-fosforo en relación con la concentración de aminoácidos de la NP.

Por último, un 12.6% (55/437) se debió a la imposibilidad de ajuste del fosfato requerido, a expensas de fosfato orgánico.

CONCLUSIONES

Las IF en la elaboración de la NP en RNPT son elevadas, a pesar de la existencia de un protocolo. En nuestro medio, el ajuste de cloro y acetato supone la mayor parte de las IF, que en RNPT adquiere relevancia por las frecuentes alteraciones del equilibrio ácido base presentes en esta población.

En vista de los resultados, la prescripción asistida para el neonatólogo se presenta como una oportunidad de mejora del proceso.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2831. SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN CENTROS SOCIALES RESIDENCIALES.

AUTORES

ORO FERNÁNDEZ M, GUTIERREZ REVILLA JI, VALENCIA SOTO CM, PÉREZ HERNÁNDEZ F
SERVICIO DE FARMACIA ATENCIÓN PRIMARIA CANTABRIA. CALLE VARGAS. CANTABRIA

OBJETIVOS

Analizar las propuestas de correcta administración de fármacos en centros sociales residenciales (CSR) mediante la implantación de un Plan de Recomendaciones Individualizado (PRI) dirigido a garantizar la seguridad en la toma de medicamentos y a la formación de los profesionales encargados de esta tarea.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo en el que se incluyó a residentes evaluados entre febrero-18 y febrero-20. Se seleccionaron los CSR de más de 50 camas. Se seleccionó al subgrupo de pacientes que requerían algún tipo de propuesta sobre correcta administración de fármacos: portadores de sondas de alimentación (SA), con suplemento nutricional (SN) y/o que requirieran consejos de adecuada separación de tomas para evitar potenciales interacciones entre fármacos (IF). Se revisaron los medicamentos prescritos en receta electrónica (RE) y se consultó la historia clínica digital. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, principios activos (PA) en RE, número y tipo de propuesta sobre correcta administración de fármacos.

Para desarrollar las propuestas de correcta administración con SA o SN, se utilizó la “Guía de Administración de Medicamentos por Sondas de Alimentación Enteral” del Hospital Clínico San Carlos, así como lo indicado en ficha técnica. Los consejos sobre separación de tomas se revisaron mediante Lexicomp®.

Tras el análisis, se remitía el PRI al médico de atención primaria, realizándose una reunión multidisciplinar dónde se aconsejaba la entrega del PRI a los profesionales encargados de la administración de fármacos en los CSR.

RESULTADOS

Se revisaron 1841 pacientes de un total de 20 CSR. La edad media fue 83,8 años ($\pm 11,1$), con un 72% de mujeres y una mediana de 8 PA/paciente (0-23).

El 10% (n=185) de los residentes cumplía al menos un criterio de selección. La edad media de los pacientes seleccionados fue 85,2 años ($\pm 10,3$), un 78% (n=144) mujeres y una mediana de 8 PA (1-23).

Se realizó al menos una propuesta de administración correcta en 145 residentes (78%), con 293 recomendaciones totales (2propuestas/paciente).

Respecto al tipo, se realizaron 151 recomendaciones (1,8/paciente) sobre la compatibilidad y adecuada separación de tomas con SN, 32 recomendaciones (4/paciente) sobre la compatibilidad y adecuada trituración y administración de fármacos en pacientes con SA y 36 recomendaciones (1/paciente) sobre la correcta toma por posibles IF. En 15 pacientes se realizaron recomendaciones SN+SA (4,7/paciente) y en 1 paciente de SN+IF (3/paciente).

CONCLUSIONES

La subpoblación de residentes analizada presentaba una tasa de polimedicación equivalente a la población general de los CSR seleccionados, aunque con mayor edad media y proporción de mujeres.

Se realizaron propuestas de correcta administración de fármacos en un porcentaje elevado de pacientes. El tipo de propuesta más prevalente fue sobre la administración de medicamentos con SN. En los pacientes con SA+SN se encontraron el mayor número de propuestas por paciente.

Este PRI garantiza la seguridad en la administración de fármacos y aporta calidad al proceso farmacoterapéutico. Es importante el compromiso del clínico para hacerlo llegar a los profesionales de los CSR para su utilización en la práctica clínica diaria.

El estudio corrobora la necesidad del farmacéutico en la formación de los equipos multidisciplinarios de atención sanitaria a pacientes institucionalizados.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2836. EFICACIA DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL TRICAMERAL FRENTE A LA NUTRICIÓN PARENTERAL INDIVIDUALIZADA

AUTORES

REBOLLO OBRAS S, GARRIDO ORTEGA AM, FÚNEZ VILCHEZ M, MIRANDA MAGAÑA M, ABILÉS OSINAGA J, MORENO SANTA MARÍA M, TORTAJADA GOITIA B
HOSPITAL COSTA DEL SOL. AUTOVÍA A-7 KM 187 - 29603. MÁLAGA

OBJETIVOS

La introducción en el mercado de bolsas tricamerales de nutrición parenteral total (NPT) ha supuesto una mejora en aspectos relacionados con la eficiencia en el proceso de soporte nutricional avanzado al reducir el tiempo empleado en la elaboración frente a las nutriciones parenterales individualizadas (NPI) elaboradas tradicionalmente en los Servicios de Farmacia. No obstante, la facilidad en su manejo se asocia a un mayor riesgo de utilización en situaciones en las que no se dispone de conocimientos suficientes para un manejo seguro del soporte nutricional especializado. En nuestra práctica habitual, se utilizan estas nutriciones parenterales aditivadas (NPa) con macro y micronutrientes para alcanzar los requerimientos calórico-proteicos del paciente siguiendo todas las recomendaciones de buenas prácticas para su uso (desde la prescripción hasta finalizar su administración). No obstante, a pesar de las ventajas que presentan, su utilización aún es escasa.

El objetivo del estudio es describir la situación actual en relación al empleo NPT en nuestro centro respecto al tipo de preparación utilizada (NPI, NPa), duración del tratamiento, vía de administración y eficacia nutricional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, realizado durante el año 2019, en el que se incluyeron todos los pacientes adultos ingresados en un hospital de segundo nivel (350 camas) que iniciaron soporte nutricional avanzado con NPT durante ese periodo. Se registraron datos demográficos (edad, sexo), diagnóstico nutricional al inicio de la NP, peso y parámetros nutricionales (Albúmina, prealbúmina, transaminasas, fosfatasa alcalina, bilirrubina, triglicéridos, Proteína C reactiva (PCR)) tanto al inicio como al final del tratamiento de soporte nutricional.

RESULTADOS

Se incluyeron 92 pacientes, edad media 61,9 \pm 16,4 años, 69,6% hombres. La distribución por Servicios fue: Cirugía 54,3%; Digestivo 28,3%; Medicina Interna 6,5%; Ginecología 2,2%; Otros 8,7%. El diagnóstico nutricional al inicio de la NPT fue: desnutrición severa en el 32,6%, desnutrición moderada 25% y leve 5,4%; siendo pacientes con riesgo nutricional un 26,1%. El 76,1% recibieron NPI y el 23,9% NPa, el 77,2% se administró por vía central. La duración media fue de 21,4 \pm 18,5 días. Se observaron cambios significativos en el peso medio al final del tratamiento con NPT respecto al inicial (62,3 \pm 15,7kg; 66,7 \pm 19,2kg) sin diferencias significativas entre NPI y NPa. Los parámetros de status nutricional sufrieron variaciones entre ambos periodos, sin diferencias entre ambos grupos: Albúmina 2,4g/dl, 2,2g/dl y 2,3 g/dl, 2,5g/dl para NPI y NPa respectivamente; Prealbúmina 14,6 g/dl, 18,8 g/dl y 10,8g/dl, 19,3g/dl para NPI y NPa respectivamente, PCR 116,1 mg/L, 82,4mg/L y 133,9 mg/L, 73,4mg/L. No se observaron diferencias en parámetros de función hepática entre

ambos periodos ni entre los grupos con NPI y NPa. El perfil lipídico se mantuvo sin cambios al finalizar la NPT y no hubo diferencias entre los grupos con NPI y NPa.

CONCLUSIONES

El 76% de las nutriciones parenterales empleadas fueron preparaciones individualizadas. No obstante, a pesar de un uso limitado de nutriciones parenterales aditivadas, los registros de ganancia ponderal y la mejora de los parámetros bioquímicos fueron similares en ambos grupos, indicando una adecuada respuesta asociada al tratamiento realizado con ambas formulaciones.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2845. ADAPTACIÓN DEL FORMULARIO DE UN CENTRO AL DOCUMENTO FORMULACIÓN MAGISTRAL OFTÁLMICA ANTIINFECCIOSA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES

PEREZ ALMAGRO MF, PERELLÓ ALOMAR C, ESTAÚN MARTÍNEZ C, DELGADO SÁNCHEZ O
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. CARRETERA VALLDEMOSSA 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Medir el grado de modificación del formulario de nuestro centro para adaptarnos a las recomendaciones de elaboración de fórmulas magistrales (FM) estériles oftálmicas del documento "Formulación magistral oftálmica antiinfecciosa" (FMOA) (Fernández Ferreiro, 2019) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y analizar las diferencias más relevantes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó la revisión del documento FMOA y se diseñó una base de datos en Excel® comparándolo con las FM incluidas en el formulario de nuestro centro, incluyendo: agente antiinfeccioso, vía administración (tópica (colirios)/intravítrea/subconjuntival/intracamerular), concentración de la FM, FM incluida en formulario del centro (si/no), productos de partida (especialidad farmacéutica y/o diluyente), tamaño de poro de filtro utilizado, y periodo de validez asignado (se prolonga/se mantiene/se disminuye).

En el caso de las FM no incluidas en el formulario del centro, se registró también si los productos de partida para su elaboración estaban disponibles en el hospital (si/no).

RESULTADOS

Se revisaron un total de 99 fórmulas de FMOA, 47 colirios, 32 intravítreas, 19 subconjuntivales, y 1 intracamerular. En nuestro centro existían fichas de elaboración de 29 FM: 12 colirios, 15 intravítreas, 2 subconjuntivales.

El 55% (n=16/29) de nuestras FM eran comunes a FMOA en cuanto a agente infeccioso, vía de administración y concentración: 9 colirios, 6 intravítreas, 1 subconjuntival. En estas fichas se realizaron 22 modificaciones para adaptarnos a FMOA: en el 75% (n=12/16) se cambió el tamaño de poro de los filtros utilizados (en 9 fichas de 0,22 µm a 5 µm, en 3 fichas de 0,22 µm a 0,5 µm), en el 37,5% (n=6/16) se modificó el diluyente, y en el 37,5% (n=6/16) se modificó el periodo de validez asignado (se aumentó en 3 casos y se disminuyó en otros 3).

Además se sustituyeron dos fichas de colirios de nuestro formulario por la propuesta de FMOA, cambiándose la concentración de la FM previo consenso con el Servicio de Oftalmología.

De las 81 fichas FMOA no incluidas en nuestro formulario, en el 74% de los casos (n=60/81) estaban disponibles en el centro los productos de partida para su elaboración: 14 FM eran variaciones de concentración de fichas de nuestro formulario y el resto incluía un agente antiinfeccioso nuevo: 21 colirios, 12 intravítreas, 12 subconjuntivales y 1 intracamerular.

CONCLUSIONES

Para adaptarnos a FMOA se realizaron 22 modificaciones y se sustituyeron 2 fichas de nuestro formulario. La modificación más relevante fue el reemplazo de filtros de 0,22 µm por otros de mayor tamaño de poro, para eliminar posibles partículas en suspensión. La filtración esterilizante no es necesaria al partir de materias primas ya esterilizadas y garantizar un procesamiento aséptico. Además esto facilita la elaboración de las FM en cabinas, ya que los filtros de 0,22 µm alcanzan velocidades de flujo bajas y se colmatan fácilmente.

Al disponer de gran parte de los productos de partida de las fichas no incluidas en nuestro centro se está realizando una revisión conjunta con el Servicio de Oftalmología y Microbiología, para valorar su inclusión en el formulario.

El documento FMOA es una herramienta muy útil que permite optimizar y ampliar el formulario un centro para la elaboración de FM estériles oftálmicas antiinfecciosas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2906. PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA EN EL SOPORTE NUTRICIONAL DEL PACIENTE CRÍTICO CON NUTRICIÓN PARENTERAL.

AUTORES

GUIJARRO HERRERA S, DORDÀ BENITO A, GARCÍA RODICIO S, NOGUÉ PUJADAS E, LÓPEZ NOGUERA Q, SUNYER ESQUERRA N, SACREST GÜELL R
HOSPITAL UNIVERSITARI JOSEP TRUETA. AVINGUDA DE FRANÇA, S/N, 17007 GIRONA. GIRONA

OBJETIVOS

Analizar el soporte nutricional especializado (SNE) de pacientes críticos que requieren Nutrición Parenteral (NP) y comprobar su adecuación a las nuevas recomendaciones de la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism de 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 7 meses de duración (nov'19-may'20) en pacientes que recibieron NP en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Se excluyeron a aquellos pacientes con duración de NP ≤ 2 días. Se recogió: edad, sexo, peso y talla, fecha de ingreso en UCI, inicio de SNE, inicio de NP, indicación, composición y duración de la NP; valores séricos de: fósforo (P), magnesio (Mg) y potasio (K) previo al inicio de NP y en las primeras 48h; así como prealbúmina y proteína C reactiva (PCR) al inicio y final de la NP. Para los cálculos proteicos se usó peso ideal (PI) y para el energético, peso real en índice de masa corporal (IMC) < 30 kg/m² y peso ajustado si ≥ 30 kg/m². Los datos se muestran a través de la media \pm desviación estándar (DE) o mediana y recorrido intercuartílico [P25-P75] para las variables cuantitativas, o el porcentaje (%) para las cualitativas.

RESULTADOS

Del total de pacientes ingresados en UCI, 27 recibieron NP. La mediana de edad fue de 62 (49-68) años, el 73% varones e IMC medio de 30,7 \pm 5,4 kg/m².

Las principales indicaciones de NP fueron: 33% perforación intestinal, 26% intolerancia a NE y 18% complicación de cirugía mayor abdominal.

La mediana de tiempo hasta el inicio de SNE fue de 1 [0-3] día. Un 48%(13/27) comenzaron con NE continua, un 41%(12/27) recibió NP antes de 7 días, y un 7%(2/27) recibía NP previo al ingreso en UCI.

La mediana de tiempo desde el ingreso en UCI hasta el inicio de la NP fue de 4 días [1-8], comenzando antes de las 72 horas un 41,6% (10/27) de los pacientes.

El aporte proteico medio fue de 1,26 \pm 0,42 g/Kg PI y el calórico de 18,5 \pm 3,9 kcal/kg. En el subgrupo de pacientes con NP > 7 días, la aportación proteica fue de 1,65 \pm 0,28 g/Kg PI y la calórica de 24,8 \pm 3,34 kcal/kg. La duración de la NP tuvo una mediana de 12 [6-16] días.

Todos los pacientes disponían de K sérico y $> 70\%$ de valores de Mg y P tanto al inicio como a las 48h. A las 48h, 18,5% presentaban hipopotasemia moderada, 14,8% hipofosfatemia moderada y 0% hipomagnesemia. La prealbúmina/PCR media, al inicio de la NP fue de 12($\pm 8,6$)/34,7($\pm 21,6$) y al final de 18,1($\pm 8,6$)/18,1($\pm 13,3$).

CONCLUSIONES

Nuestro centro se adhiere a las recomendaciones en cuanto al inicio temprano del SNE, administración prioritaria de NE y administración de NP antes de 5-7 días.

En pacientes que precisaron NPT < 72 h, no se realizó una limitación del aporte proteico y si del energético requerido en la fase temprana. En pacientes estables con NP > 7 días, hubo un incremento de los aportes. Se monitorizó el riesgo de desarrollo del síndrome de realimentación. El trabajo conjunto con los especialistas de medicina intensiva en la prescripción y adecuación de la NP es clave para optimizar el manejo del paciente crítico.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2920. ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS QUE REQUIEREN NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES

BELTRÁ PICÓ I, MATEO GARCÍA M, CLIMENT GRANA E, ESPADAS GARCÍA I, ABAD GONZALEZ AL, COLOMER AGUILAR C, CLIMENT BALLESTER S, BERNABEU CASTELL S
HOSPITAL GRAL. UNIV. ALICANTE. PINTOR BAEZA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

Evaluar el estado nutricional en los pacientes hospitalizados con neoplasias hematológicas que precisan NP, antes del inicio de la misma, y valorar la necesidad de implementar un método de cribado nutricional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en una población de pacientes con neoplasias hematológicas que iniciaron NP entre mayo 2019 y marzo 2020. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, pérdida de peso, índice de masa corporal (IMC), diagnóstico, duración de NP, proteínas totales (PT), prealbúmina y PCR al inicio de la quimioterapia (QT), y al inicio y finalización de la NP. Se utilizaron los criterios GLIM para diagnóstico de desnutrición y gravedad de la misma, y pruebas de laboratorio. Para el diagnóstico se incluyeron criterios fenotípicos (pérdida de peso, IMC y pérdida de masa muscular), y etiológicos (reducción de la ingesta y/o inflamación o patología); la gravedad de la desnutrición, moderada o grave, se determinó con criterios fenotípicos. Se omitió la pérdida de masa muscular, por no medirse rutinariamente. La información se obtuvo de los programas informáticos de NP, de prescripción electrónica de QT, y de la historia clínica electrónica. Para el análisis estadístico se aplicó la prueba t de Student de muestras apareadas; se asumió un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significación estadística del 5% (dos colas).

RESULTADOS

Se incluyeron 56 pacientes (33,9% mujeres), con mediana de edad de 53,5 (49,2-62) años. El diagnóstico más frecuente, con un 28,6% (16), fue el mieloma múltiple. Un 19,6% de los pacientes presentó pérdida de peso del 5-10% en los 6 meses previos al inicio de la NP, y un 10,7% de más del 10% en el mismo periodo; el resto no tuvo una pérdida de peso significativa. El 5,4% de pacientes presentaban un IMC < 20 Kg/m², y el 1,3% $< 18,5$ Kg/m². El 16% (9) manifestó reducción de la ingesta $\leq 50\%$ de los requerimientos energéticos durante más de una semana, y el 14,3% (8) de $> 50\%$ en los últimos 6 meses. Todos los pacientes presentaban inflamación aguda (medida por PCR) al inicio de la NP. Según los criterios GLIM, el porcentaje de desnutrición al inicio de la NP fue del 33,9%, siendo el 23,2% desnutrición moderada y el 10,7% grave. La mediana de días desde inicio de QT hasta inicio de NP fue de 7 (5-11,5) días. Las medias de PCR 3,7 mg/dl (diferencia de medias -3,68 p=0.01), PT 5,8 g/dl (0,60 p=0.002). La mediana de duración de la NP fue de 9 (5,5-13)

días. Las medias de PCR 1,2 mg/dl (diferencia de 4,3 p=0.01), PT 5,8 g/dl (-0,47 p=0.025), prealbúmina 17,5 mg/dl (-5,3 p=0,03).

CONCLUSIONES

El porcentaje de desnutrición objetivada al inicio de la NP fue del 33,9%. A pesar de una intervención temprana a los 7 días del inicio de la QT, es aconsejable implementar un método de cribado al ingreso o en el momento del diagnóstico de la enfermedad en el paciente onco-hematológico. El seguimiento es clave para optimizar el tratamiento nutricional en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

2948. ANÁLISIS DEL USO DE AFLIBERCEPT EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

SANTANDREU ESTELRICH MM, PALOMERO MASSANET A, RODRIGUEZ CAMPOS E, ORTIZ GONZALEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. CTRA VALLDEMOSSA 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Introducción:

La dosificación de aflibercept intravítreo es una práctica habitual en el Servicio de Farmacia de nuestro hospital. El tratamiento con aflibercept para la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) se inicia con una inyección mensual para las tres primeras dosis. Después, el intervalo de tratamiento se amplía a dos meses. La estrategia "Treat and Extend" consiste en aumentar los intervalos entre inyecciones en incrementos de 2 o 4 semanas para mantener unos resultados visuales y/o anatómicos estables.

Objetivo:

Analizar la gestión del aflibercept en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo descriptivo de pacientes tratados con aflibercept durante el período 2015-2018. Se excluyeron aquellos pacientes que no cumplían la pauta de tratamiento, entendido como los valores superiores a 150 días entre días de tratamiento por ser pacientes que no están siguiendo activamente la pauta de tratamiento. Las variables recogidas fueron el incremento medio de tratamientos y de pacientes, número de viales utilizados y número de ineficiencias, variables clínicas y de coste. Se consultó la historia clínica del hospital. El análisis estadístico se realizó mediante Microsoft Excel.

RESULTADOS

Durante los 4 años de experiencia con aflibercept, el incremento medio de tratamientos y de pacientes fue del 31 % (2487 tratamientos en 2018 frente a 1110 en 2015) y 28 % (466 pacientes en 2018 frente a 222 en 2015), respectivamente. De todos los pacientes tratados, un 52 % corresponde a pacientes con DMAE y un 31 % a edema macular diabético (EMD). El resto (16%), se reparten entre oclusión venos retiniana (OVR) y la neovascularización corpea miópica (NVCM). El número de viales utilizados durante el período de estudio fueron 2535, con un ahorro acumulado total gracias al fraccionamiento de 2.758.341 euros (media de jeringas preparadas por vial de 3,1). El coste de ineficiencias (jeringas caducadas, mal preparadas o mal administradas) fue de 112.453 euros. El ahorro generado gracias a la estrategia "Treat and Extend" para DMAE (96 pacientes) fue de un 25 % menos en el número de administraciones, lo que supone un ahorro de 93.000 euros aproximadamente.

CONCLUSIONES

El fraccionamiento de viales de aflibercept supone un ahorro importante y progresivo para nuestro hospital. La inclusión de pacientes en la estrategia de "Treat and Extend" ayudaría a disminuir el coste del tratamiento, así como permitir descongestionar las agendas de oftalmología y mejorar la calidad de vida del paciente.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1382. IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ASOCIADOS A LOS PRODUCTOS SANITARIOS

AUTORES

GASPAR CARREÑO M, ACHAU MUÑOZ R, BENAVENT ALBELDA Y, PONCE SILLAS A, ANDRES AVILES S
HOSPITAL INTERMUTUAL DE LEVANTE. AUTOVIA CV-35, KM 11,7. VALENCIA

OBJETIVOS

Mejorar la idoneidad del uso y adquisición de productos sanitarios (PS) a través de la notificación de incidentes asociados a su utilización.

MEJORAS ESPERADAS

DISEÑO

Estudio retrospectivo (enero 2014 - diciembre 2019).

CIRCUITO Y ETAPAS

o Desde el Servicio de Farmacia (SF) se adquieren los PS utilizados en el hospital de forma consensuada a través de la Comisión Farmacéutica y Terapéutica (CFyT). Ante la reiterada comunicación por parte de los profesionales de incidentes asociadas a su uso, se propuso establecer un procedimiento normalizado de comunicación.

o Se diseñó una hoja de recogida de datos (HRD) con los siguientes ítems: fecha, Servicio que comunica la incidencia, tipo incidencia, PS defectuoso, proveedor, gravedad e impacto, frecuencia, descripción de lo ocurrido y posibilidad de solicitar la retirada del PS. La HRD se encuentra en la intranet del hospital.

o Las incidencias recogidas en la HRD se envían al SF para su registro en base de datos.

o Se diferencia entre incidentes reales (han sucedido) e incidentes potenciales (podrían suceder).

o Para todas las incidencias se propone una solución temporal, finalmente consensuada en la CFyT. En función de la gravedad del incidente se valorará continuar con la adquisición del PS o buscar alternativas.

IMPLANTACIÓN

- De acuerdo con la CFyT, se procede a implantar un procedimiento de notificación de incidentes asociados a PS para acelerar la toma de decisiones y autorizar la adquisición de alternativas en caso necesario.

RESULTADOS

Una vez implantado el procedimiento, se realizó un estudio retrospectivo de 4 años (enero 2014 - diciembre 2019), donde se recogieron un total de 70 incidencias con los siguientes resultados:

- En 39 de ellos se requirió en 20 ocasiones cambio de proveedor y en 19 cambio de lote por defecto, mientras que en el resto se realizaron distintas acciones de mejora.

- 26 fueron clasificadas como incidente potencial y 44 como incidente real (siendo únicamente una vez debido a error en la práctica), ninguno de los cuales tuvo repercusión en el paciente, sino que afectaban a la calidad del producto.

- En 60 ocasiones fueron resueltas y cerradas correctamente.

LIMITACIONES

- Aquellos SF que no participen en la gestión de los PS.

- La Ley 9/2017 de 8 de noviembre de Contratos del Sector Público, implica que a pesar de que la CFyT evalúe la adquisición o cambio en un PS, la decisión deba de ser trasladada a los procesos de contratación pública del hospital.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a los SF que participen directa o indirectamente en la gestión de PS en cualquiera de las fases de la cadena.

MEJORAS ESPERADAS

Desde la normalización de la comunicación de incidentes asociados a los PS:

- 1) Ha aumentado la comunicación de incidentes potenciales en detrimento de los reales.
- 2) Reducción de los plazos de notificación de incidentes en función de la gravedad.
- 3) Fomentar la notificación de incidentes por parte profesionales sanitarias a través del portal NotificaPS.
- 4) Creación de base de datos europea EUDAMED según Reglamento 2017/745 del parlamento europeo y del consejo de 5 abril 2017.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1420. IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE CONTROL DE PRODUCTOS SANITARIOS IMPLANTABLES

AUTORES

IGLESIAS BARREIRA R, LÓPEZ LIZ J, ÁLVAREZ VILELA R, LÓPEZ-PARDO Y PARDO C, GARCÍA LÓPEZ P
SANATORIO NOSA SEÑORA DOS OLLOS GRANDES. C/MONTEVIDEO, 23. LUGO

OBJETIVOS

Establecer un sistema para identificar de forma rápida y eficaz a los pacientes que llevan un producto sanitario implantable (PSI) que se conoce que, eventualmente, puede fallar, para adoptar las medidas pertinentes y evitar consecuencias negativas para su salud.

MEJORAS ESPERADAS

Garantizar la trazabilidad de los lotes implantados y facilitar la vigilancia de los PSI.

DISEÑO

Estudio observacional retrospectivo de la adaptación a un nuevo protocolo de gestión de los PSI, que incluye la actividad registrada en un aplicativo informático (AI) diseñado para el control de los PSI desde su implementación en un hospital privado.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se revisó el procedimiento vigente de gestión y control de los PSI, proponiendo a la Dirección de Gerencia y de Calidad un nuevo circuito:

- Complimentación de la tarjeta de implantación (TI) y del nuevo AI en quirófano tras la cirugía. Este aplicativo, desarrollado por el departamento de informática, extrae de forma automática los datos relativos a la cirugía, y el personal administrativo de quirófano cumplimenta los datos relativos a los PSI utilizados durante la intervención.

- Entrega de una copia de la TI al paciente en el momento del alta o en la visita posterior a la intervención; firmará el

ejemplar, que se archivará en su historia clínica tanto en papel como en formato digital.

- Supervisión y control del proceso por parte del responsable de vigilancia de productos sanitarios. Se validarán el 20% de los registros realizados en el aplicativo.

- En caso de alerta sanitaria, se exporta la información del aplicativo a formato Excel, para poder aplicar un filtro por fabricante, lote, nº de serie o de referencia, y localizar de forma rápida y segura los pacientes con el PSI afectado.

Tras aceptación de la propuesta, tuvo lugar otra reunión con los departamentos implicados, para exponer los cambios a realizar en el circuito y valorar posibles dificultades e inconvenientes.

IMPLANTACIÓN

El nuevo procedimiento de control se instauró en mayo de 2019.

RESULTADOS

Desde mayo 2019 a marzo de 2020, se realizaron 1.542 implantes en cirugías: 960 (62,3%) en cirugías ortopédicas y trauma, 570 (36,9%) implantes de lentes oculares en cirugías oftalmológicas, y 12 (0,8%) fueron implantes mamarios. El responsable de vigilancia de productos sanitarios verificó 320 (20,7%) registros de PSI, detectando 55 (17,2%) incidencias, de las cuales 21 (38,2%) fueron un error en el registro en el aplicativo del nº de lote/referencia/serie, y en 34 (61,8%) faltaba la TI firmada en la historia clínica en el momento de la revisión, pero que fue solucionado posteriormente en 20 de ellas (58,8%) tras contactar con el paciente.

Durante el mismo periodo se recibieron 2 alertas sanitarias relativas a PSI, pero ninguna de ellas afectaba a algún producto implantado en el centro.

El procedimiento se lleva a cabo en el 100% de las cirugías con PSI realizadas en el centro.

LIMITACIONES

La posibilidad de desarrollar e integrar el aplicativo con el sistema informático del centro.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este circuito es extensible a cualquier hospital, ya que es una herramienta útil para garantizar la trazabilidad de los lotes de los PSI de forma segura, facilitando su labor al farmacéutico responsable de vigilancia de productos sanitarios.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1449. ERRORES EN LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN : SEGUIMIENTO Y SOLUCIONES.

AUTORES

ESQUINAS PADIN A, CASTRO FIUZA MJ, GONZALEZ AVILEZ C, VICO GARCIA V, RODRIGUEZ LABRADOR J, GONZALEZ DE LA ROSA C, NOGALES REY G, SANCHEZ SERRANO L
HOSPITAL DEL HENARES. AVDA. MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS

Objetivos: Una de las preocupaciones para el personal de la Farmacia Hospitalaria son los posibles errores que se pueden producir en la reposición y posterior administración de los medicamentos, con lo cual una correcta reposición de esos medicamentos es de gran relevancia para evitar esos posibles errores o minimizarlo en la medida de lo posible.

Debido a la implantación de las nuevas tecnologías en la Farmacia Hospitalaria y con el fin de estudiar y mejorar estas innovaciones se ha realizado este estudio.

El objetivo de este trabajo es detectar cuales son los errores relacionados con los sistemas automatizados de dispensación y su frecuencia para posteriormente encontrar posibles soluciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Material y métodos: Se ha procedido a realizar una recogida de datos desde 16 Julio del 2018 al 5 de febrero del 2019 en el cual se han detectado 39 errores durante ese tiempo. De los cuales fueron:

- 1-Errores en el reenvasado y posterior reposición en los sistemas automatizados (en un porcentaje muy bajo)
- 2-Confundir un medicamento por otro al tener nombre, dosis o características iguales o parecidas (isoapariencia).
- 3-Errores en la retirada y devolución de la medicación caducada.
- 4-Medicación colocada en un cajetín diferente al suyo

RESULTADOS

Resultados: Los datos obtenidos tras realizar una clasificación de los errores fueron:

2 errores de reenvasado, 18 errores de isoapariencia, 15 errores de medicamentos caducados
Y 4 errores de medicación colocada en otra ubicación.

Después de este estudios se tomaron algunas medidas;

En el caso del error del reenvasado se optó por no reenvasar ningún medicamento sin comprobar que la primera etiqueta pertenezca al medicamento que se va a re envasar, y se debe marcar la primera y la última etiqueta vacía con un rotulador sin cortar para ver la continuidad de los comprimidos reenvasados hasta ser revisado por un farmacéutico

En los casos de errores de dosis o ubicación se determinó colocar la medicación en ubicaciones alejadas

Para los errores de isoapariencia se procedió a crear un excel donde desde mayo del 2019 a la actualidad se han registrado 18 isoapariencias , poniendo diferentes soluciones. Entre las medidas tomadas estaría el cambio de algunas presentaciones a otros laboratorios y si no fuese posible se marca uno de los medicamentos con pegatinas para su diferenciación.

En los errores debido a la caducidad se procedió a comprar unas etiquetas amarillas fosforitas con el mensaje “USAR PRIMERO, próximo a caducar”, estas pegatinas se colocan en todas las medicaciones que caducan durante ese año y cuando esté finalizando el año se colocará también en las que caduquen los tres primeros meses del año que va a entrar.

CONCLUSIONES

Conclusión: Estudiar los errores que se detectan en la reposición de los sistemas automatizados de dispensación ha permitido encontrar posibles soluciones con la finalidad de mejorar la calidad del Servicio de Farmacia

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1463. EVOLUCIÓN EN EL PERFIL DE FÁRMACOS Y EL GASTO FARMACÉUTICO EN PACIENTES EXTERNOS

AUTORES

CASO GONZÁLEZ A, OBALDIA ALAÑA C, ZAFRA MORALES R, LERALTA GONZÁLEZ C, SANZ ALONSO V, RAMÍREZ VILARIÑO G, GONZÁLEZ PÉREZ Y, NUÑEZ RODRÍGUEZ J
HOSPITAL SAN PEDRO. C/ PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Analizar la evolución del perfil de fármacos, el volumen de pacientes y el gasto farmacéutico en las consultas externas de farmacia hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un Hospital General de 630 camas de 16 años de duración (desde el inicio del registro de datos en 2004 hasta 2019). Se obtuvieron del programa de dispensación a pacientes externos los datos anuales por tipo de paciente y por fármaco. Posteriormente se agruparon en las siguientes categorías: enfermedades inflamatorias inmunomediadas (EInm), hormona del crecimiento, VIH, Hepatitis C (HC), Hepatitis B, esclerosis múltiple, hipertensión pulmonar (HTpulmonar), oncohematología, tratamiento de soporte en oncohematología (soporte), ELA, hemofilia, fibrosis quística (FQ), antimicrobianos, insuficiencia renal e inmunosupresores (IR) y otros. Las variables analizadas fueron: precio (en PVF), número de pacientes (NP) y número de fármacos (NF).

RESULTADOS

Desde 2004 a 2006, el mayor NF fue usado en VIH, desde 2007 a 2015 fue en FQ seguida de VIH hasta 2009 y de oncohematología hasta 2015. En los últimos 4 años el mayor NF lo supuso oncohematología, seguida de FQ.

El VIH supuso el mayor NP hasta 2011, y hasta 2015 fue la IR. De 2016 a 2019 la oncohematología y/o los de soporte supusieron el mayor NP. En 2007 destacaron un alto NP con EInm, por detrás de VIH. Desde 2010 la oncohematología y los de soporte empezaron a suponer un alto NP.

El gasto farmacéutico de pacientes externos durante estos 16 años tuvo un ritmo de crecimiento medio anual de 14.4%, desde los 2 millones de euros en 2004 a los 22 millones de euros en 2019. Como excepción, 2015 y 2016 tuvieron un presupuesto más alto, debido al tratamiento de los pacientes con HC con los nuevos fármacos orales comercializados (máximo gasto en 2015 de 32 millones de euros).

Si analizamos por categorías, desde 2004 a 2012, el VIH supuso el mayor gasto (descendiendo progresivamente desde un 40% hasta un 22.5%). En segundo lugar, en 2004 y 2005 se encontraba la HC y desde 2006 a 2010 los nuevos fármacos biológicos para las EInm. En 2008 destacó un elevado gasto en HTpulmonar. En 2011 la segunda posición en coste la supuso la oncohematología. En 2012, 2013, 2014 y 2017 el mayor gasto lo supusieron las EInm y en segundo lugar el VIH (2012 y 2013) y la oncohematología (2014 y 2017). En 2015 y 2016 el mayor gasto lo supuso la HC (45% y 28.6% respectivamente), seguido de la oncohematología y de las EInm. Por último, 2018 y 2019 destacaron por el alto gasto en oncohematología (un 25%) seguido de EInm.

CONCLUSIONES

El mayor NF en los primeros años lo supuso el VIH, posteriormente la FQ y en los últimos años la oncohematología. Durante los primeros años el mayor NP también lo supuso el VIH, después IR y los últimos años son mayoritarios los de oncohematología.

En cuanto al coste, el mayor gasto lo supuso VIH los primeros años, posteriormente las EInm y los últimos años la oncohematología. 2015 y 2016 destacaron por un alto presupuesto para HC.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1538. EVALUACIÓN DE PROGRAMA DE TELEFARMACIA CON IMPLICACIÓN DE DIFERENTES CENTROS, PROVEEDORES SANITARIOS Y NIVELES ASISTENCIALES EN ZONAS CON DISPERSIÓN GEOGRÁFICA.

AUTORES

VILLALOBOS TORRES L, OYA ÁLVAREZ DE MORALES B, ZAMORA ARDOY MA
HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR DE ANDÚJAR. AVDA. BLAS INFANTE S/N.

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad de un programa de dispensación a distancia en el ámbito de los medicamentos de dispensación hospitalaria en zonas de elevada dispersión geográfica, alejadas del hospital de referencia, utilizando los diferentes proveedores de salud y niveles asistenciales de los que dispone el sistema público de salud, e identificar la tipología de pacientes que experimentan un mayor beneficio con el mismo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico prospectivo de un año de duración (15/01/2019-15/01/2020), en el que se evalúa un circuito en el que participan un hospital de especialidades, tres hospitales comarcales, un hospital de Alta Resolución y un Centro de Salud.

Variables medidas: Edad y sexo, número de pacientes beneficiados por el circuito, patología del paciente, número de dispensaciones por paciente, percepción del mismo sobre la influencia del programa en la adherencia terapéutica, distancia entre el domicilio del paciente y su hospital de referencia y ahorro en la misma con el programa de dispensación, expresado como mediana y rango (km). La información clínica, del domicilio del paciente y el número de dispensaciones se obtendrá de los sistemas de información clínica hospitalarios. Las distancias entre centros de referencia y dispensación, y los municipios de los pacientes se calculará mediante la aplicación google maps®. La percepción sobre la influencia del programa en la adherencia se obtendrá mediante una encuesta realizada durante las dispensaciones o mediante llamada telefónica.

RESULTADOS

Se encontraron un total de 93 pacientes beneficiados por el programa en el periodo estudiado: 53(57%) mujeres, de edad media 55 años (rango 8-92). Se registraron un total de 643 dispensaciones (6,91 por paciente y año). La distribución de las patologías fue:

Patología reumática 28/93(30,1%), esclerosis múltiple o lateral amiotrófica 15/93(16,1%), insuficiencia renal crónica 14/93(15,0%), infecciosos 12/93(12,9%; 9 de ellos VIH), oncohematológicos 8/93(8,6%), pediatría y sus subespecialidades 7/93(7,5%), resto (hipertensión pulmonar, metabopatías, enfermedades sistémicas...) 9/93(9,7%).

De los pacientes que accedieron a responder sobre su percepción del programa, el 100% (56/56) lo consideró positivo y 51/56(91,07%) de los pacientes admitieron que las dificultades de desplazamiento podrían afectar a la correcta adherencia al tratamiento.

La distancia media entre los municipios de los pacientes y su hospital de referencia fue 99,65 km (rango: 175-33,5km); ahorrando el programa de dispensación una media de 1.125,85km/año de desplazamiento por paciente, con un ahorro total estimado de 104.704km.

CONCLUSIONES

La distancia entre el domicilio y el hospital de referencia puede ocasionar serias dificultades en cuanto al acceso a medicamentos de dispensación hospitalaria, pudiendo llegar a afectar a la adherencia terapéutica a dichos tratamientos. La implementación de un programa de dispensación a distancia coordinando diferentes proveedores de salud y niveles asistenciales, se muestra como una forma eficiente, ecológica y bien aceptada por los pacientes, de facilitar la adherencia terapéutica. En particular, aquellos pacientes de especialidades del ámbito de hospitales regionales o de especialidades (Reumatología, Neurología y Nefrología en nuestro caso) resultan los más beneficiados.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1597. INTEGRACIÓN DE CUATRO CENTROS RESIDENCIALES EN EL PROCEDIMIENTO DE SUMINISTRO DE PRODUCTOS SANITARIOS DE UN SERVICIO DE SALUD

AUTORES

CALVO PITA C, ARBONA CELAYA M, GARCÍA CAMPO E, ÁLVAREZ ZAPATER L, ARRASTIA JESÚS M, JIMÉNEZ ANADÓN JA, REDRADO LARAÑA MI, ROS BERNAOLA G
SERVICIO DE FARMACIA SOCIOSANITARIO DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA. AVENIDA DE BARAÑÁIN 14, BAJO. NAVARRA

OBJETIVOS

Establecer un catálogo único de productos sanitarios (PS) para el ámbito residencial de una Comunidad Autónoma e implantar un procedimiento de solicitud y suministro integrado en la herramienta informática del servicio de salud, SAP-MM, en 4 residencias dependientes del Servicio de Farmacia Sociosanitario (SFSS).

MEJORAS ESPERADAS

Eliminación de la variabilidad de los PS suministrados a las residencias desde el servicio de salud, garantizando la equidad en el acceso a los mismos.

Incorporación de las residencias al procedimiento de suministro de PS establecido en el servicio de salud —en donde también se emplea SAP-MM con los centros propios—, contribuyendo a una mayor integración de los ámbitos sanitario y residencial en los circuitos y herramientas de trabajo.

Mejora de la gestión de los pedidos de PS y del seguimiento del consumo en los almacenes de aprovisionamiento de las gerencias del servicio de salud.

DISEÑO

El almacén de aprovisionamiento de cada gerencia de atención primaria/área de salud integrada del servicio de salud será el que suministre los PS a las residencias ubicadas en su territorio, utilizando la herramienta informática SAP-MM. Un grupo de trabajo multidisciplinar (enfermeras, farmacéuticas y responsables de almacenes de aprovisionamiento) realiza una selección de PS para el ámbito residencial basada en criterios objetivos y define un catálogo único. Este grupo también tiene entre sus funciones la actualización del catálogo, la definición de los procedimientos de solicitud y entrega de PS y el seguimiento del consumo.

CIRCUITO Y ETAPAS

1) Asignación de un centro de coste a cada una de las 4 residencias y de un calendario de solicitud y entrega de los pedidos.

- 2) Definición del catálogo de PS en el grupo de trabajo. Incorporación del catálogo de PS a cada centro de coste en SAP-MM.
- 3) Asignación de permisos a enfermeras de cada residencia para que puedan realizar pedidos de PS a través de la web de reservas de SAP-MM. Formación en el uso de la herramienta.
- 4) Publicación de una resolución del Director Gerente del servicio de salud que regula el procedimiento.

IMPLANTACIÓN

Se define una primera versión del catálogo de PS en junio de 2017 que, en la actualidad, contiene 272 referencias. El SFSS actúa como elemento facilitador de la implantación en las 4 residencias (un total de 370 plazas residenciales) que tiene como depósitos dependientes y a las que dispensa medicamentos. El procedimiento se implanta en 2018 en dos residencias y en 2019 en las otras dos.

RESULTADOS

Actualmente, las 4 residencias están integradas en el procedimiento de suministro de PS, incorporándose la última de ellas al principio de 2019. Se ha dado de alta a 8 enfermeras como usuarias de la web de reservas de SAP-MM. Pedidos en 2019 desde cada una de las 4 residencias: 48, 43, 31 y 12 pedidos. Importe total de PS suministrados al total de residencias en 2019: 22.070 €. Grupos de mayor importe: apósitos 7.591 €, tiras reactivas 4.341 €, agujas y lancetas 1.760 €, equipos para nutrición enteral 1.693 €, gasas y esparadrapos 1.545 €.

LIMITACIONES

Ninguna.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

En caso de prestar atención farmacéutica a centros residenciales.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1660. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CONTROL Y REGISTRO DE TEMPERATURAS DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES ENVIADOS A CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

CARVAJAL SÁNCHEZ MA, PACHECO LOPEZ P, GONZALVEZ CANDELA MJ, LOPEZ MARTINEZ R, MOLINA HERNANDEZ G, MEROÑO SAURA MA, CLAVIJOS BAUTISTA S, IBAÑEZ CATURLA J
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AV MARQUÉS DE LOS VÉLEZ S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Establecer un procedimiento para garantizar la adecuada distribución de los medicamentos termolábiles, asegurando que se respetan las condiciones óptimas de conservación (2-8°C) durante el transporte desde el Servicio de Farmacia (SF) hasta los centros de atención primaria (AP): centros de salud y servicios de urgencias de AP.

MEJORAS ESPERADAS

Mejorar la trazabilidad en el transporte de medicamentos termolábiles para garantizar su correcta conservación, seguridad y eficacia.

DISEÑO

En el circuito participan el farmacéutico del área de AP, responsable del análisis de las incidencias de temperatura y la estabilidad de los fármacos, y los técnicos auxiliares de farmacia (TAF), responsables de la preparación de los pedidos de medicación.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se adquirieron diez data loggers de temperatura (DLT) y se elaboró un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) en el que se describe el circuito a seguir.

Antes de enviar un pedido, el TAF comprueba los fármacos que hay que preparar y el centro de destino. Etiqueta el número de bultos correspondientes y procede a su registro. En caso de que el pedido contenga fármacos termolábiles, activa un DLT, registra su número identificativo y lo introduce en una nevera portátil con una placa de frío.

Cuando se recibe el pedido en el centro de AP, se devuelve el dispositivo al SF. El TAF lo apaga y registra su devolución. Posteriormente descarga el archivo pdf generado (en el que se indica la temperatura a la que ha estado sometido) y reinicia el DLT para que esté disponible para un nuevo envío de medicación.

Al final del día, el farmacéutico analiza todos los archivos descargados. En caso de que haya alguna desviación de temperatura, comprueba los fármacos transportados en ese pedido y analiza su estabilidad utilizando la Guía de conservación de medicamentos termolábiles - Hospital Virgen de la Arrixaca y la Guía de medicamentos de conservación en frío del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia. Tras esto notifica al centro de destino si los fármacos pueden ser utilizados de forma segura o han de ser retirados.

IMPLANTACIÓN

En enero de 2019 se adquirieron los DLT y se realizó la instalación de los programas informáticos necesarios para su uso. A lo largo del mes de febrero se redactó el PNT y se comenzó a formar a los TAF para iniciar el proyecto en marzo de 2019.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado (marzo 2019 - abril 2020) se analizaron un total de 162 registros, encontrándose desviaciones por encima del límite de temperatura (8°C) en 27 (16,6%) y por debajo (2°C) en 4 (2,4%) de ellos. Cada pedido fue analizado y se tomaron las medidas correspondientes.

Los protocolos de sistematización y registro de temperaturas han supuesto una mejoría en la calidad del SF, permitiendo detectar tempranamente errores en la preparación y/o distribución y tomar medidas en consecuencia para garantizar que los pacientes reciban su tratamiento de forma segura y eficaz.

LIMITACIONES

Disponibilidad de tiempo para comprobar diariamente los registros de temperatura, la bibliografía y para formar a los TAF.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Se trata de un circuito aplicable a todos los hospitales.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1677. ÁREA DEL MEDICAMENTO: NUEVA FÓRMULA ORGANIZATIVA, MULTIDISCIPLINAR Y TRANSVERSAL, PARA LOS SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA Y FARMACOLOGÍA CLÍNICA

AUTORES

CAMACHO HERNANDO C, SOY MUNER D, CALVO ROJAS G, TORO BADIA L, PEREZ VERA JL, LOPEZ CABEZAS C, CLIMENT BOLTA C, CASTELLS GARANGOU A
HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA. VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

El Hospital se organiza en Institutos, que agrupan Servicios Clínicos que comparten patologías, recursos, tecnología o áreas de conocimiento. Cada Instituto se estructura bajo la responsabilidad de un Director, con el soporte de un Jefe económico, un Jefe de Enfermería y los Jefes de Servicio que forman parte del mismo. Disponen de un alto grado de autonomía de gestión, tanto asistencial como económica y organizativa.

El Hospital quiso dotar al medicamento de entidad organizativa propia dentro del Hospital, para buscar sinergias, sumar conocimientos y obtener mejores resultados, mediante la agrupación de los dos servicios especialistas en farmacoterapia: Farmacia Hospitalaria y Farmacología Clínica.

MEJORAS ESPERADAS

- Participación en el Comité Ejecutivo, principal órgano de decisión del Hospital.
- Participación en los Comités operativos, entre otros: de Dirección Económica, de Enfermería, de Docencia, de Investigación y de Calidad y Seguridad Clínica.
- Disponer de autonomía de gestión para capitalizar dentro del Área las mejoras conseguidas por la optimización global de los recursos disponibles.
- Obtención de sinergias y colaboración activa entre ambos servicios.

DISEÑO

La creación del Área del Medicamento (AM) supuso un trabajo conjunto de los dos Servicios implicados. El resultado fue un mapa funcional en el que se diferenciaban, bajo el mismo paraguas del AM:

- 2 Servicios: Farmacia Hospitalaria y Farmacología clínica
- 3 áreas:
 - o Técnica: exclusivamente de Farmacia
 - o Clínica: con actividades compartidas entre los dos Servicios, y actividades diferenciadas
 - o Ensayos Clínicos: con actividades compartidas y actividades diferenciadas

Calidad, seguridad, docencia e investigación son transversales dentro del AM.

CIRCUITO Y ETAPAS

- De 5/16-11/16: Diseño, y aprobación por el Comité Ejecutivo del Hospital
- Marzo 2017: Constitución del Comité de Dirección
- De 06/17-12/17: Definición del plan estratégico
- Desde 1/18: puesta en marcha del plan estratégico y sus líneas de actuación

IMPLANTACIÓN

Desde marzo del 2017, el AM se integró en los órganos de dirección y operativos del Hospital. Actualmente, el AM está consolidada en la estructura del Hospital.

RESULTADOS

- Participar en los órganos de decisión aporta una visión global de los principales proyectos del hospital, alineando la actividad del AM con la estrategia general. Permite conocer los recursos disponibles y facilita los proyectos transversales con otros Institutos.
- Las sinergias han supuesto un salto cualitativo en la mejora de resultados en el ámbito del medicamento. El AM gestiona un presupuesto de 150,7 M€ y cuenta con 111 profesionales.
- El modelo de autonomía de gestión ha permitido generar recursos para la contratación de profesionales e inversión en equipos.
- Se han potenciado las áreas de conocimiento compartidas: (Comité de Ética en Investigación (CEIm), programa de Farmacovigilancia multidisciplinar, liderazgo conjunto de la Comisión Farmacoterapéutica, y unidades de soporte a la

investigación), y se ha puesto en marcha un programa de corresponsabilización de los Institutos Clínicos en el gasto farmacéutico.

LIMITACIONES

Requiere modelos organizativos que permitan la autonomía de gestión.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Muchas de las líneas de actuación puestas en marcha son exportables con independencia del modelo de hospital.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1697. ANÁLISIS DE LOS MEDICAMENTOS DEVUELTOS EN UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIAS: PROPUESTA DE MEDIDAS DE MEJORA

AUTORES

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ I, GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO MC, NÚÑEZ BRACAMONTE S, GARCÍA MATILLAS CN, MONTOYA EGGA JM, GARCÍA LAGUNAR MH
HOSPITAL SANTA LUCÍA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar el número de unidades y las causas de los medicamentos que retornan al Servicio de Farmacia (SF) a través del Sistema de Dispensación de Medicamentos de Dosis Unitarias (SDMDU) con el fin de establecer medidas de mejora en el circuito y disminuir la cantidad de medicamentos devueltos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional de un mes de duración (marzo 2020) realizado en un hospital de 667 camas en el que se analizaron, diaria y aleatoriamente, las devoluciones recibidas a través del SDMDU de cada unidad de enfermería (UE): 17 unidades con 36 camas. Los carros revisados incluían el tratamiento para 24 horas. Se realizaron un total de dos revisiones por cada UE. Para la revisión se utilizaron listados de llenado de carros obtenidos del programa informático SAVAC®. Se registraron las siguientes variables de estudio: fecha revisión, UE, nº de habitación, medicamentos dispensados (MDis), medicamentos devueltos (MDev) y cantidad, así como el motivo de dichas devoluciones. Se analizaron las causas de las devoluciones mediante el programa de prescripción electrónica asistida MIRA y se clasificaron según los siguientes criterios: A: altas o traslados; B: cambio en el tratamiento; C: medicamento suspendido o no administrado; D: medicamento pautado con la condición "si precisa" y E: causa desconocida. Por último, se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante el programa SPSS® v. 20, presentando las variables continuas como media y desviación estándar (SD) y las variables categóricas como número y frecuencia.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se revisaron un total de 695 cajetines (34 carros en total). Los MDis desde el SF fueron 11.836 unidades y, de éstas, 3607 fueron devueltas al SF (30.47%) obteniendo una media de 106,10±48 devoluciones/carro/día. La UE con mayor registro de devoluciones fue la Unidad de Cirugía General, con un promedio de 52.70% (±1.56) MDev. La principal causa de retorno fue el alta hospitalaria (51% de las devoluciones). La segunda (19.68%), medicamentos prescritos a demanda que el paciente no había necesitado. La tercera (17.48%), por causa desconocida: aprovechamiento de dosis, medicamentos con stock en planta, traslado del paciente por pruebas o intervenciones, etc. Un 6.92% fue por medicación no administrada /suspendida y un 2.83% por cambio de pauta posológica /cambio de tratamiento. Los medicamentos con un mayor número de devolución al SF fueron, en orden decreciente: metamizol (10.66%), metoclopramida (10.67%), lorazepam (4.93%), enoxaparina (4.83%), pantoprazol (4.5%), furosemida (4%), dextetoprofeno (2.81%), amlodipino (2.46%), bisoprolol (2.46%) y cloruro potásico 1M (2.46%).

CONCLUSIONES

Una tercera parte de los MDis desde el SF son devueltos por el SDMDU. Las causas conocidas más frecuentes de devolución son: altas y medicamentos prescritos a demanda no requeridos. Como medida de mejora se propone reducir la dispensación de los medicamentos pautados como PRN (mediante la intervención del farmacéutico en la prescripción electrónica), ampliar el estocaje en planta de estos medicamentos, e instaurar un sistema interdisciplinar de previsión de altas para el día de la preparación.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1723. GESTIÓN DE ALERTAS DE PRODUCTOS SANITARIOS EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA DURANTE UN AÑO

AUTORES

NAVARRO CATALÁ A, PONS ORDINES M, MORERA GUITART J
HOSPITAL LA PEDRERA. PLANA D'EST, 4. ALICANTE

OBJETIVOS

Describir la gestión que se ha hecho con las alertas de productos sanitarios recibidas durante el año 2019. Nuestro centro es un Hospital de Atención a Pacientes Crónicos y Larga Estancia (HACLE) de gestión pública que cuenta con xx camas. El servicio encargado de la gestión y adquisición del mayor porcentaje de productos sanitarios es suministros, en su mayoría a través de compra centralizada, siendo el servicio de farmacia, el responsable de una gestión minoritaria. A finales de 2018, el director médico del centro designó como responsable de vigilancia de productos sanitarios a la farmacéutica del hospital en cumplimiento de la normativa vigente (Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre por el que se regulan los productos sanitarios).

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante el año 2019 se registraron todas las alertas que la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios notificó al responsable de vigilancia productos sanitarios del hospital. Se recogió la siguiente información: fecha de recepción, referencia de la alerta recibida, producto afectado, motivo de afectación, medidas adoptadas y difusión de la alerta. Se realizó un circuito de coordinación interna con el responsable de suministros para llevar a cabo la gestión de las mismas.

RESULTADOS

Durante el año 2019 se recibieron en el hospital un total de doce alertas, de las cuales en cuatro (33%) se vieron afectados productos sanitarios que estaban en ese momento en el centro. Estos productos y el motivo de retirada fueron: sondas urinarias por fabricación incorrecta en los orificios de los tubos, desfibriladores externos automáticos (DEA) por carecer de certificado CE válido, termómetros por no estar garantizado que la temperatura se encontrara dentro del rango definido por el fabricante y medidores de glucosa por agotamiento acelerado de la batería del mismo. A excepción de los DEA (cuyos modelos no se habían adquirido por el hospital), de los otros tres productos sanitarios el centro tenía lotes/referencias afectados. Esta información se difundió por correo electrónico y de forma verbal a los profesionales sanitarios implicados, a dirección médica y a dirección de enfermería. En los tres casos se procedió a su devolución al correspondiente laboratorio fabricante y la asistencia sanitaria no estuvo afectada, no produciéndose ningún incidente de seguridad. Se difundieron dos alertas más, una de dispositivos intrauterinos y otra de una aplicación informática de medidores de glucosa, ya que se consideró importante la comunicación de las mismas aunque no afectarán al hospital.

CONCLUSIONES

Las alertas de productos sanitarios informan de problemas en el funcionamiento que han causado o pueden causar un riesgo para la salud de los pacientes/usuarios, aquí la importancia de llevar a cabo una gestión óptima de las mismas y minimizar problemas de seguridad. Por otro lado, la función de responsable de vigilancia de productos sanitarios es buena oportunidad para el desarrollo de la farmacia hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1725. NOTIFICACIÓN MEDIANTE SMS Y CORREO ELECTRÓNICO DE DESVIACIÓN DE TEMPERATURA EN SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

AUTORES

JIMENEZ CEREZO MJ, ORTIZ PEREZ S, HERRAIZ ROBLES P, PABLOS BRAVO S, BLANCO MARTINEZ A, SANCHEZ SANZ B, BRUNI MONTERO MA, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVDA. CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Generar un sistema de alertas rápido y eficaz, que incluya a todos los responsables de los Sistemas Automatizados de Dispensación de Medicamentos (SADME) y que permita actuar de manera inmediata ante una posible desviación de temperatura en su módulo refrigerado.

MEJORAS ESPERADAS

Evitar pérdidas por mala conservación de medicamentos termolábiles y problemas de seguridad por la posible utilización de los mismos fuera de las condiciones establecidas según ficha técnica.

DISEÑO

Se definieron, junto con Dirección de enfermería, los responsables de la supervisión de los SADME. Se analizó el problema de la inmediatez de actuación ante una desviación de temperatura de conservación de medicamentos termolábiles, con especial atención a aquellos medicamentos cuyo margen máximo de conservación fuera de rango era < 4 horas.

CIRCUITO Y ETAPAS

Utilizando la herramienta Mirth Connect, se diseñó un sistema de alarmas a través de correo electrónico y SMS. Se elaboró un protocolo de actuación y se realizó formación a los usuarios, incluyendo el contenido de los mensajes, así como el manejo del software controlador de los SADME, que permite verificar la temperatura en cada momento y el tiempo de desviación.

IMPLANTACIÓN

Una medida de temperatura $> 8^{\circ}\text{C}$ durante más de 30 minutos genera el envío de la notificación, en la que se incluyen los datos referentes a dispensador y planta, mediante:

- Correo electrónico: al correo general del Servicio de Farmacia, y a los correos corporativos de farmacéuticos responsables de SADME (turno de mañana y tarde).
- SMS: al teléfono del farmacéutico de guardia (turno de tarde), al teléfono de mantenimiento del proveedor (24h) y al teléfono del supervisor de la guardia (turno de noche).

Siempre que dentro del inventario del SADME afectado figure un medicamento cuyo margen de conservación a temperatura fuera de rango es < 4 horas, la notificación incluye el texto "ALERTA: actuación inmediata".

El Procedimiento Normalizado de Trabajo incluye: Revisar el problema en la propia nevera, contactar con el proveedor si hay avería, y trasladar la medicación a otra nevera si el problema persiste, con el detalle del etiquetado de los medicamentos en la nevera de destino.

RESULTADOS

El sistema de notificación está implantado desde hace 5 meses. Durante ese periodo, se han generado 40 notificaciones, 9 de las cuales (22,5%) han requerido actuación y han permitido evitar la pérdida de la medicación de estas neveras. El resto de notificaciones se debieron a desviaciones momentáneas durante la reposición de la medicación, que volvieron al rango adecuado en pocos minutos.

LIMITACIONES

En caso de avería por corte de suministro eléctrico, el SADME no es capaz de conectar con el sistema controlador, y la notificación no podría realizarse. Por ello todos los SADME cuentan con un Sistema de Alimentación Ininterrumpida que asegura el suministro eléctrico durante varias horas, generando una señal acústica si ese tiempo se sobrepasa.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El sistema de notificación de alertas es un sistema de la Comunidad de Madrid que está a disposición de cualquier usuario que pueda realizar la integración con su software controlador de SADME.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1727. PLAN ESTRATÉGICO DE FORMACIÓN 2020-2023 DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA (SEFH)

AUTORES

SOY MUNER D, CORDERO CRUZ AM
HOSPITAL CLINICO Y PROVINCIAL. VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Fomentar las actividades formativas y docentes del farmacéutico de hospital y personal que trabaja en Farmacia Hospitalaria (FH).

MEJORAS ESPERADAS

Proporcionar a los socios SEFH una formación de calidad, en conocimientos científico-tecnológicos, clínicos, habilidades, actitudes y valores, para adquirir las competencias necesarias para el desarrollo y crecimiento de la profesión con un enfoque clínico y científico mediante actividades certificadas con el Sello Formativo SEFH.

DISEÑO

Se establecen 6 líneas estratégicas (LE):

LE1. Disponer de un sistema de certificación de la formación continuada con cursos básicos, avanzados y especializados; LE2. Diseñar un plan de formación para distintas categorías profesionales; LE3. Potenciar la formación en farmacoterapia especializada y en nuevas tecnologías de la información; LE4. Crear itinerarios formativos adaptados a las realidades profesionales; LE5. Favorecer la internacionalización de la formación; LE6. Facilitar la realización de estudios doctorales.

CIRCUITO Y ETAPAS

Creación del Comité de Evaluación de Actividades Docentes (CEAD) cuya función será definir las competencias profesionales y coordinar la oferta docente.

Se establece un baremo acreditativo para las actividades docentes a realizar bajo el sello SEFH que abarca 4 niveles:

(A) Formación continuada básica: plan de cursos (semipresenciales y con evaluación) en servicios farmacéuticos(SF) y en farmacoterapia(FT) en todos los ámbitos de nuestra profesión. Participarán los grupos de trabajo y miembros SEFH. Incluye el Nivel Formativo SEFH-1: implica superar la formación continuada básica en SF y en FT (duración 1año).

(B) Formación continuada avanzada: tras superar el nivel SEFH-1, la realización de cursos monográficos avanzados (semipresenciales y con evaluación) en SF y FT (duración 1año), permitirá alcanzar el Nivel Formativo SEFH-2.

(C) Se recomendarán itinerarios formativos para conseguir el nivel SEFH-2. Constarán de 1-2 cursos de formación básica y 1 curso de formación avanzada en una misma área o afines.

(D) Formación continuada de superespecialización: Niveles Formativos SEFH-3 (superespecialización) y SEFH-4 (recertificación). Es necesario alcanzar el nivel formativo SEFH-2 para acceder a las becas SEFH de cursos de la superespecialización, que se basarán en los "Boards" del ACCP, con intención de establecer a medio plazo cursos propios en este nivel con sello SEFH.

La formación a residentes seguirá las directrices del CEAD y el grupo de trabajo de tutores de la SEFH. Se promoverá la participación en: R1/R2 (nivel formativo SEFH-1), R3/R4 (nivel formativo SEFH-2).

Se fomentará la coordinación de tesis doctorales, con una jornada anual y publicación de los resultados más innovadores en la revista Farmacia Hospitalaria.

El CEAD dirigirá la formación continuada a técnicos en farmacia, la acreditación de los cursos nacionales de reconocido interés científico y facilitará su realización y cursos monográficos internacionales para el intercambio de experiencias profesionales, conocimientos y prácticas asistenciales. Se ofertarán posiciones nacionales/internacionales para el intercambio de profesionales.

IMPLANTACIÓN

Proximos 4 años:

Primer y segundo año: Niveles Formativos 1 y 2.

Tercero y cuarto año: Todas las propuestas.

RESULTADOS

La formación es siempre una excelente inversión.

"Invertir en conocimientos produce siempre los mejores intereses" (Benjamin Franklin)

LIMITACIONES

Tiempo y recursos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

No aplica

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS**1739. INTEGRACION DE FARMACIA HOSPITALARIA-FARMACIA ATENCION PRIMARIA EN UN AREA DE GERENCIA UNICA****AUTORES**

RODRIGUEZ MARIA M, DE LA NOGAL FERNANDEZ B, VAZQUEZ TROCHE S, LOPEZ VIRTANEN B, VALDUEZA BENEITEZ J, NOGUEROL CAL M, MARTINEZ FERNANDEZ V, GARCIA VAZQUEZ P
HOSPITAL EL BIERZO. MEDICOS SIN FRONTERAS, 7. LEÓN

OBJETIVOS

Definir el proceso de integración de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH) y Atención Primaria (SFAP) en un área de gerencia única y valorar los resultados.

MEJORAS ESPERADAS

Conseguir una mayor eficiencia y homogeneidad en la atención farmacoterapéutica del área.

DISEÑO

Unificación del proceso de compras y de dispensación de medicamentos en el área, estableciendo los canales de comunicación apropiados.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se integran funcional y físicamente en el SFH el farmacéutico y un administrativo del SFAP. Se centraliza el proceso de compras desde el SFH y se crea un grupo de trabajo multidisciplinar para consensuar los medicamentos disponibles, incorporando medicamentos del ámbito hospitalario y retirando otros actualmente inadecuados. Se deriva al Servicio de Suministros la gestión de los productos sanitarios. Se fusionan los stocks de medicamentos estableciendo como almacén único el del SFH. Se crean administrativamente las unidades de gasto de AP (equipos de atención primaria, puntos de atención continuada y unidades de soporte vital básico), se define la dotación de los pactos de stock teniendo en cuenta los consumos del año anterior y se implementa el mecanismo de petición informatizado y sistema de envío a los equipos. Se integran en la Comisión de Farmacia (CFYT) el farmacéutico y tres médicos de AP.

IMPLANTACIÓN

El consenso respecto a la composición de los stocks, la adaptación y formación del personal para la solicitud de los mismos y la fusión de los almacenes, se llevaron a cabo durante el último trimestre de 2017 y se inició la dispensación en enero de 2018.

RESULTADOS

Se decidió incluir apósitos de povidona yodada, tranexámico, salbutamol en monodosis, nuevas presentaciones de clorhexidina y ondansetrón y se retiraron antibióticos y analgésicos en desuso. El gasto en 2018 fue superior al de 2017 en un 10%, por la inclusión de nuevos medicamentos y porque previo a la integración se restringieron al máximo los stocks. En 2019 se volvió a incrementar un 9% por derivación de procedimientos a AP (test de aliento) y subida de precios por desabastecimientos.

La adaptación al nuevo sistema de pedidos fue rápida y bien aceptada por el personal, que valoró positivamente la simplificación y agilidad. La mayor dificultad residió en la organización del envío mediante una empresa externa y la dispensación de estupefacientes.

El resultado más valorado por los farmacéuticos ha sido incrementar la colaboración del SFAP y SFH para la selección de medicamentos en la CFYT y Comisión de Nutrición, implantación del Programa de optimización de antibióticos (PROA-PRAN), conciliación terapéutica durante el ingreso y al alta, resolución de dudas del programa terapéutico en AP y gestión de alertas de farmacovigilancia.

LIMITACIONES

Aplicaciones informáticas no integradas que imposibilitan un acceso global a la información clínica y aumento de la actividad del personal auxiliar de farmacia para el que no se han incrementado recursos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Es la primera gerencia de la comunidad en materializar dicha integración y tanto el circuito como la implantación pueden ser aplicables a otras gerencias.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS**1763. IMPLANTACIÓN DE UN SOFTWARE DE MANEJO DE MEDICACIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTE EN LOS ARMARIOS AUTOMATIZADOS DE LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN****AUTORES**

LÓPEZ MARTÍNEZ R, SOLÉ FABRE N, MULLERA MARTÍ M, SOLACHE ALMUDENA T, MONTUENGA FIGUEREDO E, ROBSON GAY D, CALDERÓ SÁNCHEZ D
FUNDACIÓ PUIGVERT. CARTAGENA 340-350. BARCELONA

OBJETIVOS

Implantar un software de manejo de medicación específica de paciente en los sistemas automatizados de dispensación (SAD) con el fin de unificar la logística de las dispensaciones y mejorar la eficiencia y seguridad.

MEJORAS ESPERADAS

La logística de distribución de medicamentos en plantas de hospitalización a través de SAD tiene como limitación la gran variabilidad de medicación prescrita para los pacientes ingresados, considerando que el número de medicamentos almacenados es limitado. SinglePointe® es un software de Omnicell® dirigido a resolver esta problemática puesto que permite disponer en el SAD del 100% de la medicación de los pacientes.

DISEÑO

Durante el 2019 se llevó a cabo la implantación de la prescripción electrónica ligada a SAD en las 5 plantas de hospitalización. Paralelamente se puso en marcha la funcionalidad SinglePointe® que asigna aquellos medicamentos prescritos no disponibles en el stock de los SAD a un cajetín específico de paciente (CEP). El sistema lanza una solicitud de reposición de estos medicamentos y calcula las unidades necesarias para cubrir 3 días de tratamiento. El personal técnico del Servicio de Farmacia recibe la solicitud y repone la medicación tras la validación farmacéutica.

CIRCUITO Y ETAPAS

Diariamente se realizan dos pedidos de CEP, a las 9.30 h y a las 17.30 h. Todos los medicamentos de nueva prescripción que Omnicell® no tiene almacenados se incluyen en este pedido específico por paciente. Asimismo se retiran aquellos que se han suspendido.

IMPLANTACIÓN

1. Junio 2019. Se puso en marcha el SAD ligado a prescripción electrónica en la planta de hospitalización piloto.
2. Durante cuatro meses se revisaron y resolvieron los errores de integración entre prescripción y armario.
3. Octubre 2019. Se implantaron los SAD en las 4 plantas restantes y la nueva funcionalidad SinglePointe®.

RESULTADOS

SinglePointe® minimizó el número de peticiones urgentes realizadas por el personal de enfermería para solicitar medicación no disponible en los SAD. De enero a abril de 2020 se realizaron 2.634 reposiciones de CEP con un total de 11.125 unidades de medicación. Se retiraron 3.866 unidades por suspensión del tratamiento o alta del paciente. En el mismo periodo se dispensaron 1.128 peticiones urgentes con un total de 1.805 unidades de medicación. Se reduce el tiempo que ha de invertir enfermería a tareas de escaso valor, y el tiempo del sanitario que transporta la medicación de farmacia a planta. También optimiza tiempos en farmacia que en lugar de trabajar a demanda de los pedidos de planta puede organizar el trabajo en horarios determinados previamente. En general se observa una mejora en la eficiencia de los procesos.

La mejora en seguridad es también relevante ya que al automatizarse la solicitud desde el software basándose en la prescripción electrónica no hay posibilidad de error humano en la solicitud manual desde planta.

LIMITACIONES

Las solicitudes de reposición del CEP requieren validación farmacéutica para corregir errores en la interpretación de algunas frecuencias de administración inusuales y solicitudes reiteradas de envases multidosis.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable en todos aquellos centros que dispongan de SAD Omnicell XT® con prescripción electrónica integrada.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1768. ANÁLISIS DEL USO Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE UNA APLICACIÓN MÓVIL EN UN CURSO DE FARMACIA HOSPITALARIA PARA RESIDENTES

AUTORES

DE POURCQ. JT, RUIZ RAMOS J, GÁMEZ LECHUGA M, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. SANT ANTONI MARIA CLARET 167. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar el grado de uso y de satisfacción de una aplicación para dispositivos móviles utilizada como complemento en el desarrollo de un curso dirigido a residentes de farmacia hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

En febrero de 2020 se impartieron las clases presenciales de un curso de farmacia hospitalaria dirigida principalmente a residentes. Como soporte para el desarrollo de éste se diseñó una aplicación para dispositivos móviles disponible tanto para sistemas Android como para iPhone. Los apartados disponibles en la aplicación fueron los siguientes: horario, información organizativa y noticias relacionadas con el curso, acceso a Twitter®, profesorado, casos clínicos, contacto, chat del curso, foros de debate, apuntes del curso, encuesta de evaluación, apartado social y fotos e imágenes del curso. Se analizó el número de descargas y de accesos a la aplicación durante la evolución del curso. Se envió una encuesta anónima a los asistentes para evaluar mediante ocho preguntas el grado de satisfacción asociado con la aplicación móvil, puntos fuertes y débiles y finalmente una sección de comentarios libres.

Los datos se exportaron y trabajaron en la herramienta online Google Sheets®. Se realizó un análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS

En la realización del curso asistieron un total de 52 alumnos. El número de instalaciones fue de 51. Un total de 37 alumnos (72%) respondieron a la encuesta. El número de accesos durante los cinco días que duró el curso fue de 4.472, suponiendo una media de 18 accesos/día/alumno. Las cinco secciones con más accesos fueron los tests (21%), horario (14%), apartado social (10%), apuntes (8%) y caso clínico (7%).

A nivel de satisfacción el 60% de encuestados tuvieron una opinión muy positiva, y el 40% restante positiva, y el 100% recomendaría el uso de la aplicación para futuras ediciones. El 76% reportó acceder varias veces al día, que concuerda con la media de accesos diarios. La totalidad de encuestados informó que la aplicación le resultó de utilidad para la organización de clases y horarios. El 97% indicó que le resultó de utilidad para el repaso de los contenidos del curso. Como puntos positivos destacó la existencia de las preguntas de tipo test y el acceso al horario actualizado. Como puntos de mejora se indicó la necesidad de más notificaciones emergentes, así como problemas técnicos puntuales en el acceso a algún contenido y descarga de apuntes.

CONCLUSIONES

La aplicación fue utilizada por una gran mayoría de asistentes al curso, con varios accesos al día. El grado de satisfacción con el uso de la aplicación como complemento para el curso fue muy positivo. Las principales limitaciones detectadas son fácilmente subsanables. Se puede recomendar el uso de una aplicación móvil como soporte adicional para el desarrollo de otros cursos docentes.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1774. PLATAFORMA WEB DE DOCENCIA DE FARMACIA HOSPITALARIA: UNA HERRAMIENTA PARA TUTORES Y RESIDENTES

AUTORES

GONZÁLEZ LÓPEZ J, ESPINO PAISÁN E, REPILADO ÁLVAREZ A, ARRIETA NAVARRO R, FERNÁNDEZ DE GAMARRA MARTÍNEZ E, GIMÉNEZ PODERÓS T, SANMARTÍN FENOLLERA P, NEGRO VEGA E
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. CHOUPIANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Desarrollar una herramienta web para la docencia en Farmacia Hospitalaria, que facilite la gestión de la formación, tutorización y unificación de los criterios de evaluación.

MEJORAS ESPERADAS

Disponer de información actualizada sobre los centros acreditados para docencia FIR (Farmacéutico Interno Residente), proporcionar acceso de tutores y residentes a herramientas de evaluación y facilitar el registro de actividades de los residentes.

DISEÑO

Se desarrolló un portal web con diferentes niveles de acceso: libre, tutor o residente, estos dos últimos exigen registro previo. En el espacio reservado a tutores y residentes se incluyen las herramientas de evaluación. Inicialmente se desarrolló el portafolio docente y el módulo de exámenes con un banco preguntas de rotaciones del programa docente que facilita su elaboración.

CIRCUITO Y ETAPAS

Tras listar las necesidades detectadas, se elaboró un borrador del contenido de la plataforma. Se realizó el desarrollo informático para el registro de centros docentes y se escogieron dos herramientas de evaluación (portafolio y exámenes) para que la plataforma tuviera utilidad inmediata y adquirir experiencia para el desarrollo de futuras herramientas. Se informó del inicio del proyecto solicitándose la colaboración de tutores FIR para el registro de los centros hospitalarios con docencia FIR, incluyéndose datos de contacto de la unidad docente, localización, web, tutores y número de residentes. Estas tareas se realizaron con la ayuda de un grupo de trabajo de la SEFH, un becario, un técnico informático y la aportación económica concedida al grupo desde la Fundación Española de Farmacia Hospitalaria.

IMPLANTACIÓN

El proyecto se inició en mayo 2018, desarrollándose la plataforma y los contenidos hasta diciembre 2018. Tras la revisión y corrección de errores, el proyecto se presentó en junio 2019 en la Jornada Nacional de Tutores FIR donde se plantearon nuevas sugerencias, que posteriormente se desarrollaron. Finalmente, en octubre 2019, la plataforma se presentó en la mesa de proyectos del 64 Congreso SEFH, anunciándose su disponibilidad para todos los centros.

RESULTADOS

En enero 2020, la plataforma contenía el mapa de centros con docencia FIR en España (106), los contactos de los tutores (176), las plazas acreditadas (186) y el número de residentes. Las herramientas de evaluación, portafolio y exámenes, estaban activas.

Tras tres meses de funcionamiento se han registrado 71 residentes. En el portafolio se han incorporado 102 documentos y se han generado ocho exámenes. El banco para la elaboración de exámenes contiene 250 preguntas de 17 áreas formativas. Las áreas con mayor número de preguntas son atención farmacéutica a pacientes ingresados y onco/hematología (44 y 32 preguntas respectivamente).

LIMITACIONES

Aunque lleva tres meses en funcionamiento, la actividad en la plataforma posiblemente se corresponda únicamente con los dos primeros. El tercer mes, coincidente con la pandemia por SARS-Cov2, ha supuesto la paralización algunas acciones docentes en los Servicios de Farmacia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El modelo propuesto puede ser útil y aplicable en todos los centros, aunque algunos ya disponen de plataformas similares para la gestión docente, disminuyendo la utilidad en estos casos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1796. EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN CENTRALIZADA PARA TRATAMIENTOS PARENTERALES EN UN HOSPITAL DE DÍA POLIVALENTE

AUTORES

PUEBLA VILLAESCUSA A, MURGADELLA SANCHO A, LOSA LÓPEZ L, GRACIA GARCÍA B, QUERO SOLER MC, SÁNCHEZ LÓPEZ Ó, SORIANO SERRANO MD, SABORIT POLO S
HOSPITAL MOISÉS BROGGI. CARRER JACINT VERDAGUER, 90. BARCELONA

OBJETIVOS

Presentar la experiencia en la gestión centralizada de los fármacos administrados en el Hospital de día polivalente de un hospital de 400 camas.

MEJORAS ESPERADAS

Centralización de los diferentes hospitales de día especializados en una única unidad asistencial polivalente. Promover una atención multidisciplinar y una mejor gestión farmacoterapéutica y de los procedimientos clínicos.

DISEÑO

Con la puesta en marcha del hospital (2010) se creó un hospital de día polivalente para la administración parenteral de tratamientos hospitalarios. En esta unidad se reunieron pacientes de diversas patologías centralizando tanto los tratamientos como los procedimientos aplicados por diferentes servicios (digestivo, dermatología, cardiología, endocrinología, medicina interna, reumatología, nefrología, neumología, neurología, alergología y urología). El hospital de día onco-hematológico se mantuvo separado.

Este modelo requirió de la implantación de un sistema de prescripción, validación, preparación y dispensación de medicamentos centralizada.

CIRCUITO Y ETAPAS

En una primera etapa se desarrolló la gestión clínica de visitas, procedimientos y prescripción así como el módulo de validación farmacéutica y dispensación en un único carro diario de medicación.

En una segunda etapa, se hizo visible para enfermería la columna de validación farmacéutica, se mejoraron los procedimientos de elaboración de mezclas, se mejoró la trazabilidad, y se facilitó información de conservación y administración a enfermería.

La validación de los tratamientos programados se realiza el día previo con el fin de detectar posibles incidencias o errores. El técnico de farmacia verifica que los tratamientos estén validados por el farmacéutico y los prepara e identifica (etiqueta de paciente) antes de su dispensación. Los tratamientos que deben elaborarse en Farmacia, no se dispensan hasta que enfermería confirma que el paciente cumple criterios para la administración.

Tras la firma electrónica de administración los medicamentos dispensados se facturan y se restan automáticamente del stock de Farmacia.

IMPLANTACIÓN

Se reservó un espacio con un total de 20 sillones, 9 camas, 2 box de aislamiento y 8 consultas.

Se formó un equipo de enfermeras especializadas con el soporte de un farmacéutico (especializado en terapia biológica y en elaboraciones estériles) y se desarrolló un aplicativo dentro del programa informático del centro para la gestión de visitas así como para la prescripción, validación, monitorización y facturación de los tratamientos.

RESULTADOS

En 2019 se validaron 8458 tratamientos, se elaboraron 970 preparaciones estériles y se realizaron 406 intervenciones farmacéuticas.

La gestión centralizada de los medicamentos en un único carro diario permite una mayor trazabilidad y seguimiento farmacoterapéutico, y facilita una recogida de datos centralizada para su posterior análisis.

LIMITACIONES

Actualmente la elaboración de medicamentos sigue un procedimiento manual. En un futuro se pretenden lograr las herramientas necesarias para informatizar la fabricación (fichas de preparación, cálculos automáticos de volúmenes...) permitiendo preparar un mayor número de mezclas en el Servicio de Farmacia y garantizando a su vez una mayor seguridad, trazabilidad y eficiencia de los tratamientos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Consideramos que este dispositivo es especialmente aplicable en hospitales comarcales en los que los hospitales de día especializados en una sola área médica son complicados de gestionar.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1799. REVISIÓN DEL PLAN FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE FARMACIA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA MEDIANTE UN MODELO PARTICIPATIVO

AUTORES

DE ANDRÉS LÁZARO AM, ÁLVAREZ GARCIA M, GIL OLIVARES F, BARAQUEL LLANDELAR J, CARAYOL MERCENARIO K, FARRÉS PUIG D, MOLINS VARA T, INZITARI M
PARC SANITARI PERE VIRGILI. C/ ESTEVE TERRADAS 30. BARCELONA

OBJETIVOS

Redefinir los procesos recogidos en el Plan Funcional de Farmacia mediante un modelo participativo, consiguiendo la inclusión y contribución de todos los miembros del equipo.

MEJORAS ESPERADAS

Se planteó que una mayor participación de todo el equipo, tanto en el análisis de situación como en el rediseño y optimización de procesos, se traduciría en una mayor implicación y compromiso, más satisfacción y mejores resultados en términos de calidad.

DISEÑO

Se diseñó un plan de actuación en 3 fases: 1) Análisis de la situación de partida, 2) Definición del estilo de liderazgo y 3) Fase de implementación mediante reuniones de trabajo en grupo.

CIRCUITO Y ETAPAS

FASE 1. Análisis DAFO: análisis de principales características internas (debilidades y fortalezas) y situación externa (amenazas y oportunidades)

FASE 2. Análisis personal del estilo de liderazgo y características del líder (Discovery Insights®). Definición del estilo de liderazgo mediante el modelo de liderazgo situacional.

FASE 3. Reuniones de trabajo con el equipo. Se implementaron 4 sesiones introductorias para comunicar los objetivos a alcanzar, dar herramientas al equipo para fomentar la participación y establecer un clima de comunicación y confianza. Posteriormente se planificaron reuniones de trabajo semanales para revisar y redefinir conjuntamente los diferentes procesos.

IMPLANTACIÓN

El proyecto se desarrolló en la unidad de farmacia de un centro de Atención Intermedia (350 camas) de un área urbana. Participantes: 4 técnicos de farmacia, 2 farmacéuticas y 1 administrativo. Se realizaron 4 sesiones grupales de 30-40min. Se generó una planificación anual para la revisión de procesos.

RESULTADOS

FASE 1. Debilidades: alta rotación de personal/suplentes, limitaciones software de farmacia, comunicación. Fortalezas: experiencia, ambiente de trabajo, autonomía, dotación técnica. Amenazas: presión asistencial, complejidad de paciente, dependencia de hospital de referencia. Oportunidades: dependencia de hospital de referencia, política de empresa orientada a la persona.

FASE 2: Estilo de liderazgo adecuado al equipo: líder participativo, adaptando a cada miembro. Se detectó la necesidad de mejorar la comunicación y la motivación, así como de potenciar el componente estratégico (crear visión, inspirar, motivar y construir valores).

FASE 3: 1) Se identificaron objetivos, clientes y procesos. Como recursos necesarios se priorizó mejorar aspectos de comunicación. Motivación del equipo media-alta. 2) Se detectó una dinámica de trabajo muy individualista y poco valor a la diversidad. 3) Destacaron las cargas de trabajo, pero sobretodo sentimiento de falta de reconocimiento por parte de la organización 4) Se diseñó un plan de trabajo.

Se comunicaron los resultados a dirección, se completó la revisión de 1 proceso (reenvasado) y se impartió una sesión a todo el centro para dar a conocer la unidad de Farmacia.

LIMITACIONES

Dificultad de disponer de espacio y tiempo adecuado para realizar las sesiones con todo el equipo. Inexperiencia de la persona organizadora de las sesiones (miembro del equipo).

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Fácilmente aplicable. Requiere conocer las herramientas de análisis o, idealmente, disponer de un asesor externo.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1831. CRIOPRESERVACIÓN DE MEDICAMENTOS: NUEVO RETO EN LA GESTIÓN LOGÍSTICA DE UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

RUIZ CALDES MJ, GARCÍA PELLICER J, CUÑAT MIRÓ A, ZAMORA FERRER E, RIBES ARTERO H, ROMÁ SÁNCHEZ E, LÓPEZ BRIZ E, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL LA FE VALENCIA. AV. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Implantar la Sala de Criopreservación (SC) en el Servicio de Farmacia (SF) de un Hospital de Tercer Nivel para gestionar la logística de medicamentos CAR-T comercializados en España.

MEJORAS ESPERADAS

Ampliar la cartera de servicios de un SF con la gestión de medicamentos CAR-T y establecer, dentro de la práctica clínica habitual del Centro, los procedimientos logísticos necesarios para la manipulación de medicamentos en depósitos criogénicos

DISEÑO

Proyecto de creación e implantación de una infraestructura física y de los elementos técnicos necesarios en el SF, para asegurar las condiciones de calidad y seguridad, tanto de medicamentos CAR-T como del personal implicado en su manipulación

CIRCUITO Y ETAPAS

Se detallan etapas y fechas de ejecución del Proyecto

1ª Etapa: (Marzo 2019)

Creación de un Grupo de Trabajo con personal de los Servicios de Infraestructuras, Ingeniería y Farmacia y bajo la dirección de los responsables del Centro, como gestores del proceso de implantación

2ª Etapa: (Abril a Julio 2019)

Establecimiento de requisitos técnicos exigidos por la legislación y solicitud de ofertas a empresas candidatas para su ejecución.

3ª Etapa: (Septiembre 2019)

Resolución de contratos con empresas adjudicatarias del Proyecto (obras y aparataje)

4ª Etapa: (Octubre a Noviembre 2019)

Creación SC, recepción en el Centro del aparataje, validación de infraestructuras de seguridad y su interconexión con los sistemas de control y seguridad del Centro

5ª Etapa: (2 al 10 de Diciembre 2019)

Formación del personal del SF en la manipulación segura de medicamentos en depósitos criogénicos, instalación de elementos estáticos y fungibles y restricción de acceso a SC

6ª Etapa: (11 al 20 de Diciembre 2019)

Puesta a punto de equipos, reposición programada del material fungible y creación del Plan de Contingencia del SF.

IMPLANTACIÓN

El 23 de Diciembre de 2019 se puso en marcha definitivamente la SC del SF con todos los elementos de control de seguridad y calidad para la correcta recepción, conservación y dispensación de medicamentos CAR-T

RESULTADOS

La implantación de la SC ha supuesto un coste total para el Centro de 39.293,42 euros (infraestructura, elementos técnicos y de seguridad). El primer medicamento CAR-T recepcionado en el Centro fue el 03/01/2020 en la SC del SF. A fecha de envío de esta comunicación, se han recepcionado un total de 4 CAR-T de tisagenlecleucel para 4 pacientes adultos diagnosticados de Linfoma B Difuso de Célula Grande en recaída o refractario, y se han administrado a 3 pacientes que se encuentran en remisión completa de su enfermedad

LIMITACIONES

Desconocimiento del coste anual asociado al mantenimiento de la SC, por su reciente implantación. El Centro sólo está acreditado para el tratamiento de pacientes adultos con tisagenlecleucel.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Los SF deben estar preparados para la conservación de medicamentos de terapia avanzada que requieran condiciones especiales de criopreservación. Los requerimientos estructurales y de seguridad de estos medicamentos son costosos pero necesarios por legislación. Por ello puede ser eficiente, de forma inicial, la centralización y optimización de estos recursos. Por otro lado, la participación de los SF no debe limitarse a aspectos logísticos sino que se debe considerar el proceso farmacoterapéutico del paciente, del mismo modo que se hace con el resto de medicamentos

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1888. OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE DESABASTECIMIENTOS DE FÁRMACOS INCLUIDOS EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICAS DEL HOSPITAL SIGUIENDO LA METODOLOGÍA LEAN

AUTORES

GÓMEZ CABALLERO EP, MAÑES SEVILLA M, BERTRÁN DE LIS BARTOLOMÉ B, MAROTO GARCÍA E, SOLÍS OLIVARES J, SOLLANO SANCHO I, RUBIO CEBRIÁN B, MORIEL SÁNCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES. RÍO JUCAR, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Reducir el impacto que puede generar el desabastecimiento de un fármaco incluido en la guía farmacoterapéutica de un hospital de segundo nivel.

MEJORAS ESPERADAS

Optimizar el tiempo de actuación frente a desabastecimientos, garantizando la cobertura de las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes ingresados.

DISEÑO

Se identificó la necesidad de mejorar el circuito interno de los desabastecimientos notificados en la Agencia Española del Medicamento (AEMPS). Para ello se creó un equipo de trabajo que, mediante la metodología lean seis sigma (L6S), analizó todos los pasos del proceso y finalmente implementó las medidas correctoras del nuevo circuito.

CIRCUITO Y ETAPAS

Según a metodología L6S fueron:

- Definición de los problemas del circuito actual y diseño del mapa de procesos.
- Análisis de cada proceso, identificando y eliminando aquellas acciones que no aportan valor.
- Aplicación de puntos de mejora a los problemas encontrados: falta de información en pedidos realizados de fármacos desabastecidos, falta de procedimientos normalizados de trabajo (PNT), falta de información dentro del servicio de farmacia (SF) y en las Unidades de Hospitalización.
- Implantación de las soluciones propuestas y controles para asegurar correcto funcionamiento.

IMPLANTACIÓN

El procedimiento se implantó en febrero 2020.

RESULTADOS

Se elaboró un PNT, en el que se describió la metodología de trabajo: se estableció un día específico a la semana donde se realizaría un cruce entre distintas bases de datos (una correspondiente a la AEMPS y otra de Gestión económica de Farmatools®) para detectar los fármacos de la guía farmacoterapéutica afectados por un desabastecimiento. Se creó una base de datos propia con un lenguaje similar estableciendo los puntos críticos de estos fármacos, stock actual, cobertura y necesidad de realizar un control urgente o periódico, así como analizando otras posibles alternativas terapéuticas y realizando actuaciones estandarizadas frente al problema de desabastecimiento.

De esta forma, se consiguió que hubiese una mejor comunicación con el personal de recepción de pedidos y laboratorios, se redujo el tiempo de registro de desabastecimientos, se optimizó la comunicación dentro del servicio gracias a una notificación y recomendación homogénea logrando una mayor satisfacción del personal implicado.

Las mejoras requirieron formación a profesionales y actualización de procedimientos normalizados de trabajo.

Desde la implantación, hemos incorporado en la base de datos un total de 99 fármacos. En un 31% se notificó a los responsables del área implicada para su propia gestión; en un 6% se realizó un control de stock estrecho, debido a que se encontraban en un punto crítico; en un 44% se realizó un control periódico, debido a que el stock disponible proporcionaba suficiente cobertura para el tiempo de desabastecimiento; y en un 14% se cambió directamente por otra alternativa farmacéutica disponible. En el 5% restante, fue notificado y custodiado el stock por la AEMPS debido a la pandemia COVID.

LIMITACIONES

Uno de los principales problemas en la gestión de fármacos en desabastecimientos fue que en algunos casos los proveedores no informaron a la AEMPS.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Circuito aplicable a todos los Servicios de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1896. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS MEDIANTE ANÁLISIS DAFO PARA ELABORAR EL PLAN ESTRATÉGICO DEL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

BUJALDON QUEREJETA N, TALENS BOLÓS A, HERNÁNDEZ PRATS C, RODRÍGUEZ SAMPER MDC, CANDELA BOIX M, AMAT DIAZ M, MENDOZA OTERO F, REAL PANISELLO M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA. CARRETERA ELDA-SAX S/N. ALICANTE

OBJETIVOS

Identificar de forma colaborativa los puntos estratégicos críticos del Servicio de Farmacia (SF) para la consecución de su misión como organización sanitaria

MEJORAS ESPERADAS

Definir las líneas estratégicas básicas de un plan estratégico (PE) del SF mediante análisis exhaustivo del entorno, basando en él la toma de decisiones con el fin de alcanzar la misión de nuestra organización

DISEÑO

Se diseñó un proceso en cuatro etapas. Para el análisis interno y externo del entorno de la organización se utilizó el análisis DAFO (Debilidades, Fortalezas, Amenazas y Oportunidades). De forma individual se asignó relevancia y prioridad según las categorías siguientes: no se considera, casi irrelevante, poco importante, importancia media, muy importante, importancia crucial. La relevancia y prioridad final de cada ítem correspondió a la categoría más frecuente

CIRCUITO Y ETAPAS

El diagnóstico de puntos críticos se realizó en cuatro etapas: 1. Aplicación de conocimiento previo sobre DAFO. 2. Formación teórica sobre análisis DAFO y elaboración de nuevo DAFO individual. 3. Puesta en común y definición de factores DAFO. 3. Informatización mediante hoja de cálculo de la valoración individual y conjunta mediante cinco categorías de la relevancia y prioridad de los factores e ítems propuestos. 4. Análisis de resultados en sesión final conjunta y elección de factores más relevantes y prioritarios.

IMPLANTACIÓN

El farmacéutico responsable del Área de Gestión de Calidad definió y supervisó el proceso de análisis que se realizó de enero a febrero de 2020

RESULTADOS

1. Cada uno de los facultativos elaboró un análisis DAFO. 2. Se realizó una sesión monográfica a todos los farmacéuticos sobre la utilidad y el método de aplicación. 3. Tras la formación, cada uno elaboró nuevamente otro análisis DAFO. 4. Se realizaron cuatro sesiones semanales conjuntas y se definieron nueve categorías de factores internos evaluables (50 debilidades y 37 fortalezas) y nueve de factores externos (21 amenazas y 20 oportunidades). Se establecen 8 debilidades, 9 fortalezas, 3 amenazas y 2 oportunidades con importancia crucial. Se destacan como debilidades la deficiente integración de sistemas electrónicos y desactualización de guía farmacoterapéutica; fortalezas como la historia clínica y farmacoterapéutica completa y alta motivación de farmacéuticos; amenazas de alta demanda institucional de actividad y falta de integración de sistemas de información; así como oportunidades para aprovechar como la historia clínica y farmacoterapéutica completa y la integración en equipos multidisciplinares

LIMITACIONES

La principal limitación es el carácter dinámico del entorno por el que los factores valorados pueden variar, así como su efecto para alcanzar los objetivos marcados. Por tanto, este debe ser un proceso periódico y con alta capacidad de adaptación. Otra limitación es la ausencia de otros profesionales no farmacéuticos en el proceso de análisis

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El análisis DAFO es una metodología de análisis del entorno de organizaciones ampliamente utilizado por lo que puede aplicarse a cualquier servicio de farmacia para definir las líneas estratégicas básicas que dirijan la actividad hacia la obtención de objetivos

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1911. MÓDULO DE NUTRICIÓN PARENTERAL INTEGRADO EN EL SOFTWARE DE VALIDACIÓN Y GESTIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA: CUESTIÓN DE EQUIPO

AUTORES

GALLARDO ANCIANO J, SANZ ALONSO V, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J, SAINZ DE ROZAS APARICIO C, PRIETO PARADELO M, LERALTA GONZÁLEZ C, RAMÍREZ VILARIÑO G, HURTADO GOMEZ MF
HOSPITAL SAN PEDRO. CALLE PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Describir la implementación de un módulo informático para elaborar mezclas de nutrición parenteral (NP) integrado en el programa de validación y gestión de la farmacoterapia del Servicio de Farmacia Hospitalaria(SFH)

MEJORAS ESPERADAS

Tras revisar el proceso de elaboración de NP con un programa informático independiente del software del SFH se decidió:

1. Eliminar procesos redundantes:

- a)evitar la transcripción de datos identificativos del paciente (nombre, edad, Número de Historia Clínica, Servicio Clínico, cama)
 - b)evitar la imputación manual de consumos de productos en el módulo de Gestión
2. Mejorar la calidad de la validación farmacéutica, incluyendo la NP en el tratamiento integral (fármacos, nutrición enteral/suplementos y fluidoterapia)

DISEÑO

Se priorizaron los siguientes aspectos:

-Base de datos: creación de fichas para cada componente de la NP, incluyendo las NP tricamerales.

-Seguridad del paciente, por tratarse de un medicamento de Alto Riesgo (1):

- a)Definición de alertas: estabilidad (Calcio/fosfato, número de agregación crítica, % de aminoácidos), concentraciones máximas de iones, osmolaridad
- b)Medicamentos compatibles en mezcla con la NP
- c)Diseño de unahoja de trabajo orientada a la correcta elaboración
- d)Diseño de una etiqueta conforme a las recomendaciones del ISMP
- e)Garantizar el cumplimiento de las buenas prácticas para su uso seguro de NP tricamerales (2) (validación, aditivación de vitaminas/oligoelementos, etiquetado)

-Estandarización: creación de plantillas correspondientes a los patrones más frecuentes de composición y características (1)ISMP-Boletín nº 27[Junio 2008] (2)Sirvent M et al.Buenas prácticas para el uso seguro de las bolsas tricamerales de nutrición parenteral.Farmacia Hospitalaria2014;38(5):389-397

CIRCUITO Y ETAPAS

1º etapa- Desarrollo:

- a)Presentación de la base informática comercial
- b)Valoración de los requisitos mínimos de un programa informático de NP (3) por los farmacéuticos responsables
- c)Evaluación y desarrollo por equipo de soporte informático comercial
- d)Validación previa a implementación por el informático del Hospital

2º etapa- Implementación:

- a)Validación por los farmacéuticos responsables
- b)Cambio de programa, presentación de nuevas hojas de trabajo y etiquetado, y formación. Implicados farmacéuticos, enfermeras y auxiliares.

3º etapa: Ciclo de mejora continua: Análisis de fallos y solicitud de mejoras relacionadas con la eficiencia del módulo y la seguridad del paciente en cuanto a elaboración y etiquetado. Implicados farmacéuticos, enfermeras, auxiliares e informáticos.

(3)Grupo Nutrición de Farmacia de SENPE-SEFH.CONSENSO ESPAÑOL SOBRE PREPARACION DE MEZCLAS NUTRIENTES PARENTERALES 2008

IMPLANTACIÓN

1º etapa: año 2019, 2º etapa: 18 de marzo-23 de mayo 2020, 3º etapa: durante 1 año, revisión semestral. Posteriormente anual.

RESULTADOS

-924 NP elaboradas en la 2ª etapa

-Análisis de rendimiento actual:

a) Mejoras objetivas: Eliminar la transcripción de datos identificativos del paciente ha permitido suprimir tanto el tiempo invertido en ello como la posibilidad de cometer errores por transcripción en el etiquetado. La integración de los consumos ha reducido el tiempo consumido en este proceso de 30min/día (imputación manual) a 2min/día (sólo requiere validación de la carga en el módulo de Gestión).

b) Mejoras a desarrollar en la etapa siguiente: disponer de informes estadísticos e Histórico informatizado. Desarrollar una funcionalidad que ofrezca una propuesta de diseño con parámetros prefijados.

LIMITACIONES

No dispone de posibilidad de integración de datos analíticos a corto plazo. El desarrollo de mejoras está condicionado a la disponibilidad de la casa comercial

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Siempre que se disponga de este software en el SFH

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1917. DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN PARA BÚSQUEDA DE MEDICAMENTOS APTOS EN PACIENTES CON INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS Y DIABETES MELLITUS

AUTORES

IZQUIERDO GARCIA E, SUCH DÍAZ A, ÁLVARO ALONSO EA, LÁZARO CEBAS A, BARRUECO FERNÁNDEZ N, CAÑAMARES ORBIS I, MORENO VILLARES JM, ESCOBAR RODRÍGUEZ I
HOSPITAL INFANTA LEONOR. AV GRAN VÍA DEL ESTE, 80., MADRID

OBJETIVOS

Facilitar la búsqueda de medicamentos aptos y no contraindicados por sus excipientes en pacientes con intolerancias alimentarias y Diabetes Mellitus (DM)

MEJORAS ESPERADAS

Actualmente no existe una herramienta para búsqueda de medicamentos aptos en pacientes con una o más intolerancias alimentarias. El desarrollo de una herramienta web y una aplicación informática para móvil (APP) facilitará la búsqueda de medicamentos aptos para ciertas intolerancias alimentarias en base a sus excipientes.

DISEÑO

- 1.-Se seleccionaron 7 patologías (congénitas o adquiridas): intolerancia hereditaria a la fructosa (IHF), galactosemia, intolerancia a la lactosa, malabsorción de fructosa, celiaquía, fenilcetonuria y DM.
- 2.-Se clasificaron los 562 excipientes del nomenclátor de prescripción de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) a 1/12/2019 para cada patología con un código de colores: apto, apto con consideraciones (apto*), no recomendados o contraindicados. Se redactó una alerta por patología para las tres últimas categorías.
- 3.-Se desarrolló la web y APP con los siguientes apartados: alerta de uso, selección de patología, búsqueda del medicamento, vía de administración, alerta de tolerancia y enlace con ficha técnica/prospecto.

CIRCUITO Y ETAPAS

En octubre 2019 se diseñaron las herramientas informáticas con una empresa informática. En octubre-diciembre 2019 se realizó la revisión y clasificación de los excipientes. Entre enero-mayo 2020 se llevó a cabo el desarrollo web y APP.

IMPLANTACIÓN

Actualmente están desarrolladas las herramientas informáticas.

RESULTADOS

Los excipientes contraindicados están recogidos en la Circular Nº1/2018 (AEMPS): en IHF fructosa, sacarosa intravenosa (IV), azúcar invertido, sorbitol, maltitol, lactitol e isomaltitol; en galactosemia galactosa, lactosa y lactitol; en intolerancia a la lactosa la lactosa; en celiaquía los almidones de trigo, avena, cebada, centeno y triticale; en fenilcetonuria aspartamo y fenilalanina y en DM glucosa, azúcar invertido, sacarosa, galactosa y lactosa. Al no aparecer la malabsorción de fructosa se clasificaron como no recomendados y/o contraindicados: fructosa, polialcoholes, miel, jarabes de frutas, polisacáridos no digeribles y la sacarosa (aunque su absorción se favorece por la glucosa).

Se detectaron otros excipientes no clasificados en la Circular Nº1/2018 y contraindicados o que debían tener una nota aclaratoria: en IHF y malabsorción de fructosa los jarabes de frutas o plantas, ésteres de sacarosa o sorbitol, manitol (polialcohol de fructosa, metabolismo desconocido), polidextrosa, miel, vainilla o colorante caramelo (composición exacta desconocida) y en galactosemia los polisacáridos de galactosa como la goma guar o xantán. Además, el jarabe de fructosa o de glucosa hidrogenada (maltitol o sorbitol), contraindicados en IHF y malabsorción de fructosa, se han clasificado erróneamente en el nomenclátor de la AEMPS y en la ficha técnica de algunos medicamentos como jarabe de almidón o maíz (sinónimo de jarabe de glucosa, aptos).

LIMITACIONES

La base de datos se nutre de la información recogida en el nomenclátor de la AEMPS por lo que depende de su actualización.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable para todo profesional sanitario o paciente que necesiten consultar la posible tolerancia o contraindicación de un medicamento debido a su composición en pacientes con alguna intolerancia alimentaria.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1926. EL TÉCNICO DE FARMACIA EN EL PROCESO DE TELEFARMACIA

AUTORES

MESA JIMÉNEZ A, MARTÍNEZ SUÁREZ A, RENDÓN DE LOPE L, CASTILLEJO GARCIA R, CASTILLO MARTIN C, GUARINO PANTION D, BAÑOS ROLDÁN U
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. AVENIDA DOCTOR FEDRIANI, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Describir y analizar el trabajo que realiza el técnico de farmacia (TF) en el servicio de telefarmacia (STF), dentro del área de pacientes externos (APE), perteneciente a un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Período de estudio: 16 de marzo-25 de mayo de 2020. En dicho período, nuestro AEP ofreció a los pacientes la posibilidad de hacerles llegar la medicación a través su Centro de Atención Primaria (CAP), su Oficina de Farmacia (OF), o directamente a su domicilio. Para ello, en nuestro APE contamos con 2 TF de L a V, de 08:00 a 15:00. Los farmacéuticos realizaron la teleconsulta obteniendo los datos de los pacientes a través de Diraya® donde consultan la Historia Clínica, y realizan la dispensación en el software de Gestión del Servicio de Farmacia Athos®. Tras la teleconsulta, realizan una anotación en un documento Excel® recogiendo la ruta de entrega. Para los pacientes a los que se entrega a través de su CAP, los envíos se gestionan en colaboración con los farmacéuticos de CAP. El técnico, en este caso, imprime la hoja de dispensación (HD), y prepara la medicación a enviar. En el caso de los envíos directos a domicilio, el TF imprime la HD, y en el aplicativo desarrollado por la empresa de transporte, introduce los datos del paciente, a fin de generar una etiqueta que asegure la trazabilidad del mismo. Dicha etiqueta se adhiere al bulto opaco que contiene la medicación del paciente, garantizando así la confidencialidad. Por último, en el caso de entrega en OF, el TF imprimirá la HD, generará una etiqueta en el aplicativo de la Cooperativa Farmacéutica, a través de la que se realiza el envío, con los datos de la OF de destino también en bulto opaco. Los envíos termolábiles en cualquiera de las rutas se prepararon en nevera con acumuladores de frío. En todo este proceso, es el TF el que se encarga de gestionar la logística de preparación y envío a través de los distintos métodos, en permanente contacto con los encargados de entrega. Igualmente, es el responsable de gestionar y resolver las incidencias derivadas del proceso.

RESULTADOS

En el período de estudio se realizaron 4680 envíos de medicación a través del STF, lo que supuso el 76,40% del total de pacientes activos en el APE, y una media de 99,57 pacientes por día laborable (n=47 días). Se distribuyeron 2694 envíos a domicilio (57,56%), 57 a Centros de AP (1,25%), y 1929 (41,21%) a OF. De los 4680 envíos, el 34,40% fueron de medicación termolábil (n=1610).

CONCLUSIONES

El desarrollo de la labor del TF en el STF posibilita el acceso de un mayor número de pacientes a su medicación evitando desplazamientos hasta el centro hospitalario. Igualmente, permite que la labor de los farmacéuticos se centre en la atención farmacéutica prestada al paciente, pudiendo así optimizar recursos humanos. La coordinación entre los distintos niveles profesionales del servicio de farmacia permite un servicio al paciente de mayor calidad.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

1964. INNOVACIÓN TECNOLÓGICA PARA FORMACIÓN A PROFESIONALES EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

AUTORES

JIMENEZ CEREZO MJ, CRUZ ROJO J, TERRIZA TORRES AI, BLANCO MARTINEZ A, PEDRERA JIMENEZ M, SERRANO BALAZOTE P, BRUNI MONTERO MA, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVDA. CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Formar a profesionales en Historia Clínica Electrónica (HCE) aprovechando las herramientas de la plataforma Windows 365.

MEJORAS ESPERADAS

- Ofrecer a los profesionales una formación cómoda y eficaz mediante videos de formación en distintos circuitos de la HCE.
- Asegurar la formación inicial de nuevos usuarios y la actualización constante de todos.
- Comprobar la evolución en tiempo real de la formación de los distintos profesionales.
- Cuantificar el grado de satisfacción de los usuarios de la plataforma.
- Mejorar el grado de comunicación entre los referentes de HCE

DISEÑO

Después de una revisión de necesidades formativas, se elaboraron una serie de vídeos que se dividían en 3 grupos: formación inicial, actualización de versiones y píldoras formativas.

CIRCUITO Y ETAPAS

Los vídeos se pusieron a disposición de los usuarios en la plataforma Stream de Microsoft, a la que pueden acceder todos los profesionales del hospital (extensible a más hospitales del dominio salud) y se elaboró un cuadro de mandos para el control de la visualización de los videos y la satisfacción lograda con los mismos.

IMPLANTACIÓN

El grupo director de la HCE es un órgano coordinador que se ocupa de definir, parametrizar y diseñar los componentes de la HCE. Con referentes médicos, de enfermería, de prescripción y de informática, y liderado por el director de Planificación del Hospital, este grupo mantiene una comunicación constante y fluida con los referentes en HCE de cada servicio (una, dos o tres personas según el tamaño y complejidad del mismo). Tras un periodo de reflexión y puesta en común con los referentes, fue el grupo quien definió y elaboró los videos formativos. El plan de formación se puso a disponibilidad de los usuarios en la plataforma y se inauguró un equipo de trabajo en Teams para sustituir a la comunicación por correo electrónico, mejorando en gran manera la difusión de ésta y otras actividades relativas a la HCE. Al final de cada video se incluyó una encuesta de satisfacción.

RESULTADOS

12 videos formativos disponibles en la plataforma Stream a disposición de todos los usuarios.

Un cuadro de mandos de evolución de la formación en el hospital, que permite cuantificar la visualización de cada video a lo largo del tiempo, y el grado de satisfacción obtenido con cada uno.

.Un nuevo canal de comunicación con los referentes de la HCE, verdaderos pilares de los sistemas de información en el hospital

LIMITACIONES

Dificultades en la transmisión de la información de los referentes en HCE al resto de sus compañeros del servicio, cada vez menos acusada por la robusta política de uso de las herramientas informáticas del hospital.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La difusión de la información mediante las plataformas de Windows 365 contempla un abanico de posibilidades para poder compartir y gestionar datos de formación entre los distintos profesionales de cualquier organización.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2012. MEJORA DEL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN Y DEVOLUCIÓN DE MEDICACIÓN TERMOLÁBIL EN EL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN

AUTORES

PEÑA ORTIZ M, MORALES ALVAREZ S, MARCELO MORALES A, NICOLÁS HERRERIAS MC, MARGARIT VILAGRASA M, LONGONI MERINO M, NICOLÁS PICÓ J, MANZANEQUE GORDON A
HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA. PLAÇA DEL DOCTOR ROBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

Establecer un nuevo circuito (NC) que permita garantizar que la medicación termolábil (MT) mantiene la cadena de frío.

MEJORAS ESPERADAS

El circuito actual no permitía garantizar la estabilidad de la MT. En la dispensación a la planta de hospitalización (PH) el celador dejaba la medicación en el punto de control, y existía una demora en su almacenaje en frío; la devolución de MT al servicio de farmacia (SF) se realizaba mediante el circuito de medicación convencional (devolución sin periodicidad establecida), desconociendo el tiempo fuera de nevera y por tanto la viabilidad en su reutilización.

Con la implantación del NC se garantiza que la MT se traslada manteniendo la cadena de frío en todo momento, utilizándola con seguridad y consiguiendo un ahorro económico.

DISEÑO

Tras la creación de un grupo de trabajo representativo de los diferentes profesionales implicados, se procedió al diseño de un NC de MT mediante la metodología Lean basada en el método científico de resolución de problemas. La principal herramienta Lean utilizada fué el A3 Report. Para entender el flujo del proceso, identificar los problemas existentes y definir acciones se utilizó la herramienta Value Stream Map (VSM).

Una vez realizado el análisis se procedió a la implantación del NC y se elaboró un plan de acción.

Finalmente se establecieron indicadores de seguimiento.

CIRCUITO Y ETAPAS

- 1) Creación de un circuito de dispensación y un circuito de devolución, reorganizando las funciones del celador del SF (abril 2019).
- 2) Estandarización de las neveras de las PH (bandeja de recepción/bandeja de devolución).
- 3) Difusión a las PH (escrita y verbal).
- 4) Registro de devoluciones de MT y ahorro económico.
- 5) Adquisición de maletas de transporte específico para MT.
- 6) Elaboración de un listado automático de MT para la preparación de la unidosis.
- 7) Diseño y adquisición de etiquetas de identificación de MT.

IMPLANTACIÓN

Circuito de dispensación: Cuando el SF recibe la solicitud de MT, se prepara el pedido, se identifica la unidad y se ubica en una bandeja específica MT en la nevera del SF. El celador del SF recoge la MT, la transporta en una maleta específica y la coloca en la bandeja de recepción de la nevera de la PH.

Circuito de devolución: Cada PH deja la MT para devolver al SF en la bandeja de devoluciones de la nevera. El celador, en su ronda habitual recoge la MT y la transporta hasta el SF. El personal del SF registra la devolución y la ubica en la nevera para un nuevo uso.

RESULTADOS

Desde la implantación se han realizado tres cortes temporales de seguimiento (setiembre 2019-febrero 2019-mayo 2020), obteniendo un cumplimiento de la estandarización de las neveras del 86%, 100% y 100% respectivamente; una adhesión al NC del 100% en todos los casos y una mediana de MT devueltos al SF de 273 (rango intercuartílico: 44-391). Estas devoluciones suponen un ahorro directo medio de 1.838€/mes.

LIMITACIONES

Se trata de un circuito celador-dependiente.

Existe una limitación de espacio en las neveras de las PH que podría dificultar inicialmente la implantación.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El NC es aplicable a otros SF dada la facilidad de implantación y la mínima necesidad de inversión en recursos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2135. SIMULACIÓN CLÍNICA COMO HERRAMIENTA DE VALIDACIÓN Y MEJORA DEL PROCESO DE PREPARACIÓN, DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE VORETIGEN NEPARVOVEC

AUTORES

SÁNCHEZ CELMA M, DÍAZ CAMBRÓN A, VILLARONGA FLAQUÉ M, GAVRUS ION D, CATALÀ FOGUET JM, QUINTILLÀ MARTÍNEZ JM, CATALÀ MORA J, FARRÉ RIBA R
HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU. PASSEIG DE SANT JOAN DE DÉU, 2. BARCELONA

OBJETIVOS

El voretigen neparvovec es el primer medicamento con virus modificados genéticamente autorizado para uso asistencial. Tras la preparación tiene un tiempo de estabilidad corto y requiere una vitrectomía para su administración subretiniana. Dada la complejidad del procedimiento, se decidió realizar una simulación clínica de alto realismo con el objetivo general de aumentar la seguridad del proceso antes de ser aplicado en el primer paciente.

MEJORAS ESPERADAS

Reducir la incerteza e inseguridad ante un proceso nuevo, optimizar la comunicación y la coordinación entre los equipos implicados en la preparación y administración del medicamento, clarificar los roles y el reparto de tareas, validar la estimación de tiempos y comprobar la seguridad del procedimiento tal y como se había diseñado.

DISEÑO

Se creó un grupo multidisciplinar con profesionales de la Unidad de Simulación, de las áreas implicadas en el procedimiento y de unidades cuyo conocimiento era de utilidad para la optimización del proceso. Se identificaron objetivos específicos y se planificó un ejercicio de simulación que reproducía todas las tareas del proceso, desde la preparación del medicamento hasta su administración. Se diseñó una estrategia de análisis de resultados basada en la secuencia observación-causa-riesgo-solución.

El Servicio de Farmacia realizó previamente un entrenamiento específico sobre preparación y dispensación del medicamento en condiciones de bioseguridad. Al disponer de una única cabina de bioseguridad, se planificaron fases de limpieza y descontaminación previa y desinfección posterior con un producto virucida de espectro adecuado, incluyendo un período de lavado antes de retomar la preparación de medicamentos peligrosos estériles.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Versión inicial del protocolo
2. Planificación de la simulación
3. Ejecución:
 - a. Briefing: objetivos y roles
 - b. Ejercicio de simulación
 - c. Debriefing
4. Análisis de resultados
5. Versión final del protocolo con las mejoras propuestas

IMPLANTACIÓN

La simulación se ejecutó a tiempo real, de forma ininterrumpida. Se utilizaron espacios, equipamientos y materiales reales y los profesionales implicados fueron los habituales en esas tareas. La elaboración del preparado se simuló con viales idénticos a los reales que contenían diluyente, sin fármaco activo. El paciente era un maniquí de simulación modificado, con un globo ocular fabricado ad hoc que permitía simular el procedimiento de administración. Se midieron tiempos y se recogieron muestras para cultivo del preparado a la salida de Farmacia y justo antes de su administración. Tras la simulación se realizó un debriefing estructurado guiado por facilitador para recoger las reflexiones de participantes y observadores.

RESULTADOS

Se recogieron 20 propuestas de mejora, sobre comunicación/coordinación(1), disponibilidad de equipos/materiales(4), eficiencia(1), bioseguridad(8), técnica de preparación(1) y reparto de tareas(5). Los cultivos fueron negativos. El personal pudo opinar sobre experiencia vivida y refirió sentirse más preparado para la tarea.

LIMITACIONES

Se requiere una alta implicación de los participantes, algunos elementos son técnicamente difíciles de simular, puede ser un reto la disponibilidad simultánea de todos los implicados.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Con metodología y recursos adecuados, la simulación clínica puede mejorar el diseño de procesos de trabajo complejos y el entrenamiento de los profesionales, acercando el work-as-imagined y el work-as-done.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2196. CONVENIO PARA LA FORMACIÓN SUSTITUTORIA DE LOS ESTUDIANTES DE 5 CURSO DEL GRADO DE FARMACIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES

MARCOS RODRÍGUEZ JA, DE PASCUAL-TERESA FERNÁNDEZ B, MARTINEZ FERNÁNDEZ LLAMAZARES C, NICOLÁS PICO J, DELGADO SANCHEZ O
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA. CALLE SERRANO 40. MADRID

OBJETIVOS

Como consecuencia de las medidas de contención de la pandemia por COVID-19, se suspendieron las prácticas para alumnado de último curso del Grado en Farmacia. La Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Farmacia de España (CNDFF), y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), suscribieron un Convenio de Colaboración, que permitiera a los estudiantes matriculados en la asignatura de prácticas tuteladas, que fueron canceladas por la crisis del coronavirus, la formación sustitutoria online para que los estudiantes adquieran competencias y habilidades necesarias que les permitan el reconocimiento de esta asignatura obligatoria y regulada por directiva europea y poder así obtener su título de grado en Farmacia en el presente curso académico.

Objetivo: Completar la formación del alumno del último curso del Grado en Farmacia, a través del acceso y beneficio de los contenidos formativos especializados que la SEFH pone a disposición en la plataforma de formación de su portal de internet.

MATERIALES Y MÉTODOS

La SEFH ha habilitado una sección en su plataforma de formación que consta de 8 módulos formativos que incluyen, la Atención al paciente externo, la Preparación de estériles, Ensayos clínicos e Investigación, Dermatología, Automatización, Seguridad y Calidad y Antibioterapia. Los alumnos deberán elegir y completar 3 de ellos, superando el 80% de respuestas correctas. La evaluación se realiza mediante pruebas multirrespuestas online y el alumno dispone de dos intentos, siendo la calificación más alta la resultante. En caso de que los cursos seleccionados tengan casos clínicos, son de obligatorio cumplimiento y computa en la calificación final.

El número total de horas estimadas en cada curso será de 50 horas. Al finalizar el programa de formación, y siempre que se hayan superado los tres cursos elegidos, recibirán un certificado, por cada uno de los cursos realizados, lo que permitirá superar parcialmente la formación prevista en sus prácticas tuteladas en el hospital. El periodo de realización se inició el 16 de abril de 2020 y finaliza el 15 de julio de 2020.

RESULTADOS

A la fecha del presente escrito, se han matriculado 1029 alumnos en la plataforma de formación de la SEFH, de los que 543 han superado con éxito 3 módulos, completando así el programa de formación y optando a la obtención del título de grado en Farmacia en el presente curso académico.

Los módulos más solicitados por los alumnos fueron: Dermatología (22,4%), atención al paciente externo (18,3%) y preparación de estériles para personal sanitario no facultativo (5,5%).

Según la Universidad de origen, el 24,4% de los alumnos procedían de la Universidad Complutense de Madrid, 10% de la Universidad de Valencia y 9,6% de la Universidad de Sevilla.

CONCLUSIONES

El Convenio de Colaboración entre CNDFF y la SEFH, permitirá obtener el título de grado en Farmacia en el presente curso académico a los alumnos que se vieron perjudicados por la suspensión de las prácticas tuteladas en el hospital.

Se valora muy positivamente la colaboración entre ambas entidades en una situación de pandemia, reconociendo la actividad formativa disponible por la SEFH, así como a una contribución a paliar las limitaciones originadas por la pandemia COVID-19.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2280. TELEFARMACIA Y ACERCAMIENTO DEL TRATAMIENTO A PACIENTES EXTERNOS

AUTORES

BERMEJO BRAVO A, TIRAPU NICOLÁS B, MARTÍNEZ ITURRIAGA S, GOÑI ZAMARBIDE O
HOSPITAL GARCÍA ORCOYEN. C/ SANTA SORIA 22. NAVARRA

OBJETIVOS

Implantar la telefarmacia y los circuitos para acercar el tratamiento a los pacientes.

MEJORAS ESPERADAS

Facilitar la accesibilidad a la medicación dispensada en la Unidad de Pacientes Externos (UPE) a los pacientes de un hospital comarcal, sin perder la atención farmacéutica especializada.

DISEÑO

Se había identificado la necesidad de mejorar la accesibilidad a los tratamientos de determinados pacientes que acuden a la UPE. Con el detonante de la pandemia por la Covid-19, se procedió a implantar la telefarmacia y se diseñaron los

circuitos para el envío de medicación a través de la Oficina de Farmacia (OF) o del Centro de Salud (CS), ajustándonos a las características individuales de cada paciente.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se realizó en varias etapas:

1. Diseño de los circuitos.
2. Establecimiento de los criterios para la inclusión de los pacientes basándonos principalmente en las circunstancias individuales (estabilidad, adherencia, limitaciones de movilidad, autonomía, área rural...).
3. Inclusión de pacientes.
4. Inicio de envíos.

Los circuitos fueron los siguientes:

1. Teleconsulta (llamada telefónica) con el especialista en Farmacia Hospitalaria, para el seguimiento farmacoterapéutico individualizado de cada paciente y confirmación de entrada en el circuito, así como la elección de la OF o CS para el envío. Dispensación de la medicación en el programa informático e impresión de la hoja de tratamiento que contiene los datos del paciente, de la medicación, la cantidad dispensada y período de cobertura. Registro en la base de datos diseñada para ello.
2. Preparación del envío por la auxiliar de farmacia con la hoja de tratamiento que también se incluye.
3. Aviso a la OF o CS del envío.
4. OF: Recogida de la medicación, el mismo día por la tarde, por parte de la distribuidora farmacéutica. Al día siguiente lo repartirá a la farmacia elegida.

CS: Envíos semanales con el chófer propio del hospital, aprovechando rutas ya establecidas para el reparto de medicamentos y materiales.

Siempre garantizando la trazabilidad, custodia y conservación adecuada.

5. Recepción del paquete en la OF y confirmación de entrega al paciente mediante email al Servicio de Farmacia. Registro en la base de datos.

IMPLANTACIÓN

La teleconsulta y envío a CS se inició en Marzo 2020 y en mayo se empezó con la OF, así como la recogida de datos.

RESULTADOS

Durante el mes de mayo se han incluido 28 pacientes de aproximadamente 400.

Se han realizado más de 45 teleconsultas y 29 envíos de medicación (13 a centro de salud y 16 a OF).

LIMITACIONES

Hasta ahora se han incluido pacientes que, por sus características individuales, ya se le enviaba la medicación al CS y pacientes que, tras llamada telefónica para solicitar acercamiento de medicación debido al estado de alarma por la pandemia de la Covid-19, cumplían criterios.

Lo ideal sería revisar el resto de pacientes para identificar aquellos candidatos a incorporarse al circuito.

El envío a CS es a coste cero, porque aprovechamos un circuito ya establecido, pero es semanal.

El envío con OF es diario y a coste cero actualmente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Circuito aplicable a otros Servicios de Farmacia que cuenten con UPE adecuándolo a las posibilidades de cada uno.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2292. DESCRIPCIÓN DE UN SISTEMA DE AUTOMATIZACIÓN DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN A CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES

GARCIA MOLINA O, LA ORDEN CARRASCO A, GALINDO RUEDA M, MARIA GONZALEZ C, BOSO RIBELLES A, RUIZ GOMEZ A, SAEZ GARRIDO M, ESPUNY MIRO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CRTA MADRID-CARTAGENA S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir la implantación de un Robot dosificador de dosis unitaria a los Centros Sociosanitarios (CSS) dependientes del Servicio de Farmacia y describir la seguridad y optimización de tiempo comparado con un sistema automatizado de dispensación (SAD) vertical.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de la dispensación a los CSS durante el año 2020. Se determinaron las dispensaciones mensuales, el número de bolsas dispensadas, medicación desemblistada, el tiempo de producción de cada CSS, el tiempo medio de fabricación por paciente, el tipo y número de errores que se producen. El robot dispensa los medicamentos por paciente y toma en bolsas. Los datos fueron obtenidos del software del Xana. La detección de errores se efectuó mediante comprobación visual de los rollos de medicación. El robot utilizado es el modelo Xana 4001U2 Tosho®, un armario automatizado de dispensación de medicación, con una capacidad de 400 tolvas calibradas específicamente para medicación en forma de comprimidos y/o cápsulas. Además, los comprimidos fraccionados y/o de baja rotación se dispensan a través de una bandeja extraíble, denominada benjamín. El resto de formas farmacéuticas (inyectables, parches, etc.) se envía como medicación externa en el reparto semanal. Para la realización de los carros semanales se realizó la integración entre Xana y el programa de prescripción electrónica SAVAC®. Como complemento al robot se dispone de una comprobadora automatizada (MDM), todavía no puesta en marcha en el circuito.

RESULTADOS

Desde noviembre de 2018 el Servicio de Farmacia dispensa a los CSS la medicación semanal en forma de unidosis. Actualmente cuenta con dos CSS a su cargo, de 40 y 120 camas respectivamente, con una ocupación actual de 129 residentes. Desde enero a mayo se han dispensado un total de 91.665 bolsas que suman 200.386 dosis dispensadas, lo que supone aproximadamente 9.000 desemblistados / semana. La media de fabricación de 28 bolsas / paciente fue de 49 segundos (4 tomas al día en 1 semana), este tiempo aumenta hasta 3 minutos si la fabricación necesita de medicación de benjamín. Cada bolsa lleva un máximo de 7 comprimidos. La media de tiempo de producción del XANA es de 4 horas para 100camas. Según el registro de otros hospitales, la producción mediante un SAD vertical es de aproximadamente 10 horas para 100camas. El 39,5% de los residentes llevan medicación triturada (para ello, las tomas de los triturados se agrupa en un mismo horario). La medicación que se prepara por benjamín supone de un 5,2% del total, y la medicación que se envía como externo el 1% (sobres, parches, comprimidos efervescentes, etc.). Los errores de fabricación del XANA detectados fueron de un 0,34%, algunos de ellos fueron: comprimido roto, falta de algún comprimido y salto y duplicación en la toma. Según registros de nuestro hospital, los errores de llenado en 2019 de un SAD vertical fueron del 1,2%.

CONCLUSIONES

La implantación de un Robot tipo Xana® para suministrar la unidosis semanal, supone una herramienta útil para dispensación a los CSS, que permite optimizar tiempo y recursos, con un porcentaje de seguridad superior al llenado tradicional con un SAD vertical.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2315. EVOLUCIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA A TRAVÉS DE LAS UNIDADES RELATIVAS DE VALOR

AUTORES

FERNÁNDEZ FRAGA F, ALONSO ZAZO FJ, NEGRO VEGA E, HIJAZI VEGA M, LÓPEZ MÉNDEZ P, CAVADA CARRANZA I, PATIER RUIZ I, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM. 12'5. MADRID

OBJETIVOS

La Unidad Relativa de Valor (URV) es una medida artificial y normalizada útil para cuantificar la productividad y conocer la eficiencia de un proceso. Cada producto del Servicio Farmacia (SF) tiene un valor URV establecido por comparación con un patrón, de valor 1 que identifica al producto más frecuente.

Esta herramienta permite comparar diferentes procesos, áreas o servicios, dimensionarlos, establecer un índice de complejidad o realizar estudios de rentabilidad.

El objetivo es analizar si el modelo de URV refleja la evolución y mide la eficiencia del SF de un Hospital de tercer nivel en los últimos siete años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo que analiza el coste del SF y las URV producidas a través de las memorias anuales del período 2012-2018. Se calculó el coste de una URV y el índice de complejidad del servicio para cada año, así como el porcentaje de URV por áreas (Dispensación, Elaboración, Atención Farmacéutica, Gestión, Monitorización Terapéutica e Investigación) y se determinó el coste de cada producto. Se evaluó como medida de eficiencia la relación anual entre coste URV e índice de complejidad del servicio.

RESULTADOS

El coste del SF ha aumentado un 25,3% que corresponde con el aumento del coste de personal farmacéutico. El número de URV producidas aumenta un 18,4%. Las tres áreas con mayor peso porcentual de URV fueron dispensación (valor medio URV= 3,24), elaboración (URV= 27,25) y atención farmacéutica (URV= 30,36).

Dispensación ha disminuido su peso porcentual de URV producidas desde un 58,7% en el 2012 al 44,7% en 2018: mediana de URV producidas de 1.402.531 (Rango Intercuartílico (RIC) 27.952). El coste de producto aumenta 6,38%.

Elaboración ha mantenido prácticamente constante su peso porcentual de URV desde un 35,6% en 2012 al 40,2% en 2018: mediana de URV producidas de 1.095.401 (RIC 145.881). El coste de producto aumenta 13,3%.

Atención Farmacéutica ha triplicado su peso porcentual de URV desde un 4,9% inicial al 15,8% en 2018: mediana de URV producidas de 322.037 (RIC 132.865). El coste de producto disminuye 53%.

El coste URV presenta una mediana de 0,762 (RIC 0,028) y aumento de un 5,8%. El índice de complejidad (mediana 2,059 (RIC 0,107)) aumenta un 25,9% su valor en este periodo, de 1,757 en 2012 a 2,212 en 2018.

CONCLUSIONES

La inversión en personal ha mejorado la eficiencia del Servicio de Farmacia aumentando considerablemente el índice de complejidad manteniendo constante el coste de URV.

El aumento de las URV producidas en el área de Atención Farmacéutica unido a la disminución del coste por producto muestra la trayectoria del servicio y su apuesta por el desarrollo de áreas con mayor valor de URV.

Hay áreas que no quedan reflejadas con el modelo URV como son Docencia, Seguridad o Calidad y son claves para el desarrollo de la SF por lo que sería útil avanzar en nuevas herramientas.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2323. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA ELECTRÓNICO DE CONTROL DEL STOCK DE ESTUPEFACIENTES EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

AUTORES

PIO ASIN M, MARIN MARIN M, GASCON VILLACAMPA A, ORTA ALAVA M, PINILLA DUCAR C, TIRAPU NICOLAS B, IDOATE GRIJALBA A, ALZUETA ISTURIZ N
HOSPITAL REINA SOFÍA. CRTA TARA ZONA KM 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Optimizar la gestión de estupefacientes disponibles en el stock de las unidades de hospitalización de un hospital comarcal.

MEJORAS ESPERADAS

Obtener un mejor control de las existencias de estupefacientes disponibles en los botiquines de planta, así como eliminar los registros manuales para la gestión de los mismos.

DISEÑO

En el servicio de urgencias del hospital surgió la necesidad de eliminar los registros en papel disponibles en las unidades de hospitalización para la gestión del stock de estupefacientes. En estos se hacía un registro manual anotando el farmacéutico las unidades totales dispensadas y el personal de enfermería las unidades administradas a cada paciente, obteniendo así un balance final del stock disponible.

Ante esta necesidad, se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por la jefa de unidad de enfermería del servicio de urgencias, la jefa de sección de farmacia y un oficial técnico de servicios informáticos, los cuales se reunieron para el diseño y aprobación del proyecto, así como para seleccionar con que estupefacientes se iba a llevar a cabo. A raíz de esto, se desarrolla una aplicación informática que permite al farmacéutico seleccionar tanto el estupefaciente requerido, como el número de unidades dispensadas (a esto se asocia un número de vale de dispensación de estupefaciente) y a enfermería anotar las ampollas administradas a cada paciente

Resaltar que la aplicación permite observar el stock disponible en planta, la asignación por receta de estupefacientes y el listado de pacientes a los cuales se les ha administrado la medicación. Además, pueden obtenerse diferentes informes por servicios, asignando datos de pacientes, fármacos y unidades tanto dispensadas como administradas.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Formación de un equipo multidisciplinar.
2. Revisión de los estupefacientes susceptibles de disponer de stock en cada planta de hospitalización del hospital. Se decide disponer de stock únicamente medicación intravenosa (morfina, dolantina y/o fentanilo ampollas)
3. Desarrollo electrónico de la aplicación utilizando Microsoft Access compartida en la unidad de red del hospital.
4. Implantación del proyecto y formación al personal implicado, tanto el personal de farmacia que dispensa los estupefacientes como el personal de enfermería que los administra.

IMPLANTACIÓN

En junio de 2018 se implantó el sistema electrónico de gestión de estupefacientes en el servicio de urgencias con morfina, dolantina y fentanilo ampollas. Posteriormente, este sistema se amplió a la unidad de partos con fentanilo.

A finales de 2019 se extendió a las unidades de hospitalización de medicina interna, especialidades, cirugía y traumatología, con morfina, dolantina y fentanilo. A día de hoy únicamente queda pendiente la implantación en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

RESULTADOS

Tras la implantación del nuevo sistema de gestión de estupefacientes se ha conseguido eliminar el registro en papel y, además, permite visualizar desde el Servicio de Farmacia el stock exacto de cada fármaco a tiempo real, así como obtener informes de vales de estupefacientes dispensados.

LIMITACIONES

Es una aplicación no integrada en el programa de validación del servicio de farmacia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Puede ser de utilidad a otros Servicios de Farmacia que necesiten disponer de una mejor gestión de estupefacientes ubicados en los botiquines de las unidades de hospitalización.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2325. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DOBLE CAJÓN PARA LA DISPENSACIÓN POR REPOSICIÓN DE MEDICACIÓN EN LAS UNIDADES CLÍNICAS

AUTORES

ARTETA ETXEBARRIETA A, GARAY ISASTI MA, LEJARZA BILBAO MA, UNIBASO GARAIZAR A, IBARRA BARRUETA O
HOSPITAL DE URDULIZ. GOIETA KALEA, 32. VIZCAYA

OBJETIVOS

Descripción de la implantación del sistema de dispensación por reposición kanban o doble cajón (DC) en las unidades clínicas, el circuito de trabajo y los requisitos necesarios para ello

MEJORAS ESPERADAS

Se espera mejorar la logística de la dispensación de medicación a las unidades clínicas, con un mayor control por parte de Farmacia.

DISEÑO

En la unidad clínica se dispusieron un lector de tarjetas y los cajetines dobles para el almacenamiento de la medicación. La farmacia necesitó una adaptación del programa de DC disponible en el hospital (Galys®) y la impresora para generación de tarjetas. Además en el programa de gestión (SAP®) se definieron los medicamentos de cada almacén periférico, estableciéndose la cantidad de reposición y ubicación en cada almacén.

CIRCUITO Y ETAPAS

En la unidad clínica cada vez que se vacía un cajetín, se pasa la tarjeta por el lector de código de barras. La lectura de tarjetas genera un consumo con la cantidad establecida en la tarjeta, a su vez genera una reserva para la reposición de medicación.

A las 8:10h de lunes a viernes, la técnico auxiliar de farmacia (TAF) ejecuta el proceso de planificación de almacenes periféricos en sap, lo que genera el pedido para la reposición. Ese pedido se exporta a Kardex- almacén para proceder a la preparación. Una vez preparado, la TAF hace la importación (se traspa el stock de medicación del almacén de farmacia al almacén periférico) y se actualiza la lectura de tarjetas, para volver a iniciar el circuito.

Finalmente, las enfermeras y/o auxiliares colocan la medicación en el cajetín correspondiente. En el caso de los sueros es el celador el que los coloca ayudándose de las tarjetas que hay en los casilleros para buscar su ubicación.

IMPLANTACIÓN

En una primera fase se implanto el sistema DC para los sueros y material de curas. Y en una segunda fase, en aquellas unidades clínicas que no disponían de sistemas automatizados de dispensación se sustituyó el botiquín de planta tradicional por el sistema DC con reposición automática desde farmacia.

RESULTADOS

El proceso requiere mayor dedicación del personal de Farmacia, pero permite conocer el stock de medicación de los almacenes periféricos, se facilita la rotación de medicamentos y ha eliminado el tiempo de enfermería dedicado a la realización de pedidos.

Se han detectado los siguientes problemas: mal uso en la lectura de tarjetas, la reposición de una cantidad fija, diferencias en la información de la tarjeta, dependencia de 3 programas informáticos que genera errores de interface y enlentece el proceso; y los cambios constantes de códigos nacionales.

La implantación se ha realizado en 12 almacenes periféricos, una de las cuales está ubicado en un centro de salud.

LIMITACIONES

Una de las limitaciones que presenta es que la TAF debe conocer el manejo de los tres programas informáticos

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a todos los servicios de farmacia que dispongan de un programa de doble cajón.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2333. IMPACTO DE LOS PROBLEMAS DE SUMINISTRO DE MEDICACIÓN DE DISPENSACIÓN COMUNITARIA EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES

LARROSA GARCÍA M, VIDAL OTERO J, CARDONA PASCUAL I, INIESTA SERRANO E, GAMARRA CALVO S, FLORENSA ROYO E, GÓMEZ GANDA L, GORGAS TORNER MQ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. PASSEIG DE LA VALL D'HEBRON, 119, 08035 BARCELONA. BARCELONA

OBJETIVOS

La falta de suministro de medicamentos supone un alto impacto y preocupación para pacientes y profesionales, con una frecuencia creciente en los últimos años. En Cataluña la dispensación de medicación extranjera de uso no hospitalario (MENH) y de fórmulas magistrales (FM) por falta de suministro de presentaciones comerciales está centralizada en la unidad de pacientes externos de farmacia hospitalaria (UPEFH). Existe gran complejidad en la gestión de MENHs: informe médico individualizado, importación por paciente/stock, restricción de unidades dispensadas, cambios de presentación... Esto provoca incertidumbre en los pacientes y compromete la adherencia, efectividad y seguridad del tratamiento, así como consumo de recursos humanos en la UPEFH.

Objetivo: evaluar el impacto de la dispensación de MENH/FM en la UPEFH de nuestro centro durante los últimos 5 años debido a problemas de suministro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se extrajeron datos de dispensaciones realizadas en la UPEFH de un hospital terciario desde Enero2015 a Diciembre2019 debido a problemas de stock, incluyendo MENH/FM.

Se consideró que la dispensación de cada nueva presentación extranjera implicaba una media de 3h de tareas de gestión y administración, 15min de primera consulta farmacéutica y 8min de visitas sucesivas. Se consideran jornadas laborales de 37,5h/semana.

RESULTADOS

Durante el periodo 2015-2020 se atendieron 2441 pacientes y se realizaron 4318 dispensaciones de MENH/FM (media de 1,8 dispensaciones/paciente). Se dispensaron 35 principios activos (PA), con 81 presentaciones comerciales distintas que incluyen 4 FM, prescritos por 11 especialidades médicas. En el 2015 se realizaron 1802 dispensaciones, 662 en 2016, 299

en 2017, 425 en 2018 y 1130 en 2019; con un total de 4318 dispensaciones/5años. En cada dispensación se proporcionó medicación para 1-2 meses, la mediana de duración de la falta de suministro de un medicamento fue 10 meses (rango 2-60).

Cada paciente fue atendido por un farmacéutico en su primera visita, en la que se confirmó indicación, posología y vigencia de la prescripción. Las visitas sucesivas fueron atendidas por técnicos de farmacia.

Los fármacos más dispensados fueron sucralfato (943), dexametasona (859), flupentixol (451), melfalan (355), perfenacina (282), adrenalina (235), clorambucilo (158), fludrocortisona (143), fenelzina (115), flufenazina (106)... entre otros. Las especialidades médicas implicadas fueron psiquiatría (12 PA diferentes), digestivo (4), cardiología (4), hematología (4) y neurología (3).

Se estima que la dispensación de MENH/FM supuso un consumo de 243h en concepto de gestión y administración (13% de una jornada de administrativo), 610h en atención farmacéutica (33% de una jornada de farmacéutico) y 250h de dispensación por técnicos de farmacia (13% de la jornada); esto supone un total de 1104h, 221h/año de media. Además, implicó 4318 desplazamientos de pacientes no hospitalarios a la UPEFH.

CONCLUSIONES

- La mayoría de PA dispensados en la UPEFH pertenecen al área de psiquiatría, que afecta a pacientes con riesgo de problemáticas sociales, de adherencia y/o comprensión.
- La dispensación de MENH/FM por problemas de stock en la UPEFH aporta escaso valor en cuanto a la atención prestada, supone dificultades para los pacientes e implica un consumo considerable de recursos de la UPEFH. La dispensación desde Farmacia Comunitaria podría suponer una solución más adecuada para los pacientes y eficiente para el sistema.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2373. PROTOCOLO DE GESTION E IDENTIFICACIÓN DE CADUCIDADES

AUTORES

MEDINA FRAILE E, CORNEJO UIXEDA S, GARCIA CEJUDO R
POLICLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO. VIA ROMANA S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Describir el procedimiento de control y gestión de caducidades de medicamentos y productos sanitarios (PS) en el Servicio de Farmacia (SF) y demás Unidades Clínicas(UC).

MEJORAS ESPERADAS

Gestión integral de los caducados en todo el departamento de salud, facilitando su identificación, retirada y optimización del tiempo invertido.

DISEÑO

Se detecta una gran cantidad de medicamentos y PS caducados. Además, el tiempo que se invierte mensualmente en la revisión de todos los artículos de cada UC excede al tiempo disponible. Por ello se plantea la necesidad de un procedimiento para mejorar su gestión.

CIRCUITO Y ETAPAS

El procedimiento consta de tres fases.

- Identificación: todos los medicamentos y PS con caducidad próxima (3-9 meses) van identificados con una etiqueta de color rojo con el número del mes en el que caduca. Para detectarlos y marcarlos se hacen dos revisiones anuales, elaborando listados de lo que caducará cada mes. Estas revisiones se realizan en marzo y septiembre de forma que, los días 30 de marzo están listados y marcados todos los medicamentos y PS que caducan entre julio-diciembre de ese mismo año y, los días 30 de septiembre están listados y marcados todos los que caducan entre enero-junio del año siguiente. Así se consigue una previsión de caducidad de 3-9 meses de cualquier producto que hay en el SF. También se identifican los cajetines dónde hay medicación con la etiqueta de caducidad próxima.

El mismo procedimiento se aplica en el resto de UC. De este modo todo el personal sanitario sabe interpretar el significado de dichas etiquetas.

- Previsión mensual: Para evitar desabastecimientos motivados por caducidad, en el SF, todos los días 20 de cada mes se revisa el listado de lo previsto a caducar ese mes, comprobando las cantidades que finalmente van a caducar y si de algún artículo caduca todo el stock y es necesaria su reposición, adquirirlo con suficiente antelación.

- Retirada: Los días 1 de cada mes se retiran los artículos caducados a partir del listado correspondiente.

IMPLANTACIÓN

Se implanta en 2017 y se mantiene ininterrumpidamente.

RESULTADOS

Se ha conseguido la identificación total de los artículos que caducarán en los próximos 3-9 meses. Se ha creado un registro para identificar, localizar y cuantificar estos artículos, también permite planificar el correcto abastecimiento antes de la fecha de caducidad.

Además, en revisiones sucesivas se han excluido de Guía Farmacoterapéutica, medicamentos que caducan reiteradamente. En farmacéutico ha liderado el desarrollo e implantación del proceso. Este proyecto ha sido

multidisciplinar e integra tanto centro hospitalario como consultas externas.

Con la identificación hemos conseguido que se priorice el uso de estas unidades obteniendo los siguientes datos
Febrero-Diciembre 2017: Caducan el 42% de los medicamentos que se identificaron y el 38% de los PS.

2018: Caducan el 35% de los medicamentos que se identificaron y el 32% de los PS.

2019: Caducan el 35% de los medicamentos que se identificaron y el 21% de los PS.

Enero-abril 2020: Caducan el 28% de los medicamentos que se identificaron y el 32% de los PS.

LIMITACIONES

Requiere coordinación entre todas las UC.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este procedimiento aporta agilidad en la identificación de caducado y podría aplicarse a cualquier SF.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2409. DESABASTECIMIENTOS DE MEDICAMENTOS: IMPACTO PARA EL SERVICIO DE FARMACIA E IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO.

AUTORES

JUÀREZ DÍAZ D, ALVAREZ EXPOSITO L, GARCIA MUÑOZ E, MARONG KINTEH F, PEREZ RELUCIO MD, VELASCO MUÑOZ S, TEYS MUSACH D, GONZÁLEZ MARTÍNEZ J

HOSPITAL COMARCAL SANT JAUME DE CALELLA. SANT JAUME, 209-217. BARCELONA

OBJETIVOS

Conocer el impacto que supone la gestión de desabastecimientos de medicamentos en el Servicio de Farmàcia(SF), en cuanto a tiempo empleado y coste incremental.

Objetivo secundario, cuantificar la implicación del técnico de farmacia en el proceso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, de 2 años de duración (enero 2018-diciembre 2019) realizado en dos hospitales comarcales pertenecientes a la misma corporación sanitaria, que atienden a una población de 195.000 habitantes. Se revisaron todas las alertas enviadas por Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPs) durante el periodo de estudio.

Se seleccionaron las alertas que afectaban a medicamentos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GF) o en su defecto, que implicaran la dispensación hospitalaria del medicamento.

Se revisó la repercusión de cada desabastecimiento, en cuanto a difusión de la información a equipos médicos y pacientes, gestión de compra y almacenaje e impacto económico.

Para la recogida de datos se utilizó en programa de gestión interna SAP.

RESULTADOS

De un total de 122 alertas por desabastecimiento, se gestionaron 82 (67,21%) por alguno de los motivos descritos.

Se enviaron 61 alertas a Servicios médicos y enfermería, en 31 de ellas se consideró necesario hacer nota informativa complementaria.

En 30 fármacos, fue necesario solicitar CIPs de pacientes afectados, notificando alerta y pacientes al médico de atención primaria, para modificar la prescripción en caso de existir alternativa o bien informarles de la dispensación hospitalaria. El tiempo medio empleado en la elaboración de notas por el farmacéutico se consideró de 20 minutos y en la gestión de solicitud y envío posterior de CIPs, 10 minutos por fármaco.

73 de estos medicamentos se solicitaron a través de la aplicación de medicamentos en situaciones especiales, generalmente implicaba un cambio de proveedor, con un tiempo medio de gestión de 20 minutos por parte del técnico responsable. En 5 medicamentos se realizó intercambio terapéutico. En todos los casos se realizó seguimiento estrecho de stocks compartiendo entre las farmacias de ambos hospitales.

El técnico de farmacia informó al paciente durante la dispensación, sobre el circuito y horarios e información complementaria elaborada. El tiempo medio de información a cada paciente fue de 5 minutos. Se atendieron 68 pacientes en 2018 y 152 pacientes en 2019.

En total la gestión de desabastecimientos supuso un incremento global de tiempo 110 horas, 80% corresponde al técnico de farmacia (12,5 jornadas laborales técnico).

El coste incremental en las compras fue de 38.314,91 €, de los cuales 3.038,01 € correspondieron coste incremental de medicación interna. El resto, 35.276,9 €, correspondió a coste de medicación ambulatoria.

El importe incremental de facturación de medicación ambulatoria debido a los desabastecimientos fue de 28.738,32 €.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos confirman que la gestión de los desabastecimientos supone una inversión de tiempo considerable y un elevado impacto económico tanto en el coste de adquisición, como en el importe de facturación de medicación ambulatoria.

El volumen de pacientes afectados aumenta progresivamente durante el periodo de estudio.

Es fundamental el papel del SF en la gestión desabastecimientos, par asegurar la continuidad de los tratamientos y la seguridad.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2435. OPTIMIZACIÓN DEL APROVISIONAMIENTO Y GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN Y PRODUCTOS SANITARIOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

AUTORES

RAMOS GARCIA AC, MERENCIANO VILLODRE C, ADAN TOMAS C, PÉREZ PEÑA M, RODRÍGUEZ LLANSOLA B
HOSPITAL NISA VIRGEN DEL CONSUELO. C/ CALLOSA D'ENSARRIA. VALENCIA

OBJETIVOS

Optimizar el aprovisionamiento y gestión de la medicación y productos sanitarios en el área quirúrgica. En concreto, se plantean los siguientes objetivos:

1. Automatizar pedidos para reducir el tiempo invertido por el personal de quirófano en la solicitud de material de reposición al Servicio de Farmacia.
2. Disminuir el volumen de inventario y establecer relaciones económicas reales.
3. Minimizar las faltas de material en quirófano y pedidos urgentes al SF (Objetivo < 5 pedidos urgentes/mes).

MEJORAS ESPERADAS

Mejorar la eficiencia del sistema de distribución de medicamentos y productos sanitarios entre el Servicio de Farmacia (SF) y el Área Quirúrgica (AQ).

DISEÑO

Se analizó la cadena de valor del proceso quirúrgico y se estudiaron vías para mejorar la logística interna y el aprovisionamiento de medicación y productos sanitarios.

El proyecto consistió en la creación de un área de integración, con personal del SF y del AQ encargados de la gestión logística de la medicación y productos sanitarios. El área se coordina por una persona del Servicio de Farmacia (Gestor de Farmacia) con amplio conocimiento del material de quirófano y acceso en el sistema informático (SI) al perfil de usuario del AQ y del SF.

CIRCUITO Y ETAPAS

El plan de trabajo consistió en:

1. Pactar stock: acordar un stock de medicamentos y productos sanitarios en el AQ en base al consumo mensual.
2. Unificar criterios: criterios comunes de aprovisionamiento para productos de uso puntual y de uso frecuente y/o urgente.
3. Actualizar los protocolos: material quirúrgico necesario para cada tipo de intervención, de manera consensuada con los equipos médicos.
4. Preparar kits de cirugía individualizados, con el material necesario para cada tipo de intervención, en base a los protocolos consensuados previamente. Los kits se preparan con antelación suficiente (> 24h) para gestionar las incidencias que puedan surgir.
5. Automatizar pedidos, en base a la propuesta del sistema informático y a la revisión de la agenda de cirugías. Iniciar con grupos puntuales de medicación, revisando semanalmente las existencias de los productos seleccionados y ajustando la cantidad en caso necesario.

IMPLANTACIÓN

Enero de 2019 a Julio de 2019

RESULTADOS

1. Organización del botiquín: se organizó el botiquín según procedimiento estándar de almacenamiento de medicación en almacenes secundarios. Se establecieron máximos y mínimos.
2. Codificación de productos: se consensuaron stocks mínimos para productos críticos y se codificaron algunos productos como stock 0 ("compra puntual") y otros como stock ½ ("tener siempre")
3. Lectura por código de barras: se introdujo la lectura de productos por código de barras para facilitar los pedidos a farmacia.
4. Actualización de protocolos: se actualizaron 100 protocolos, correspondientes a 50 tipos de cirugías de 8 especialidades médicas.
6. Eliminación de pedidos Urgentes: la preparación anticipada (> 24h) de los kits de cirugías permitió pasar de una media de > 30 pedidos urgentes/mes al objetivo establecido (< 5 pedidos urgentes/mes).
7. El recuento de inventario mostró una desviación de existencias del 5,6% en agosto y del 3,2%, en diciembre.

LIMITACIONES

Las limitaciones del SI y recursos para mantener un inventario real continuo dificultaron la automatización de los pedidos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Los SF que gestionan productos sanitarios (además de medicación) necesitan una estrecha colaboración con el AQ y pueden aportar valor en logística, consumos, selección, uso racional y farmacovigilancia

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS**2478. ESTUDIO DE COSTES DE UTILIZACIÓN DE BOMBAS ELASTOMÉRICAS PARA TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DOMICILIARIO ENDOVENOSO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO****AUTORES**

IZQUIERDO GARCIA E, LÁZARO CEBAS A, TEJEDOR PRADO P, ESTEBAN CASADO S, RUÍZ GÓMEZ FJ, FRAILE GONZÁLEZ JL, CANO ALCALDE L, ESCOBAR RODRÍGUEZ I
HOSPITAL INFANTA LEONOR. AV GRAN VÍA DEL ESTE, 80,. MADRID

OBJETIVOS

Determinar los costes derivados de la elaboración de elastómeros en el Servicio de Farmacia (SF) en cabina de flujo laminar horizontal en 3 escenarios de administración de tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE): sin elastómeros, elastómeros con visita diaria y con optimización de visitas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal (febrero 2018-enero 2020). El coste/minuto del profesional se calculó considerando las retribuciones anuales brutas y las horas/año trabajadas (1.675,5 horas/año): facultativo 0,447€/minuto, enfermería 0,260€/minuto, técnico de farmacia (TF) 0,179€/minuto y celador 0,165€/minutos. El coste de fungible: 14,28€/elastómero y 18,15€ el sistema de perfusión para bomba (cambio cada 48 h). 0,87€/combustible/visita (consumo medio 6L/100km, precio medio 2018-2019:1,28€/L). El coste medio/día del ingreso (Ministerio de Sanidad, 2005-2015) en medicina interna 446,03€/día y en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD) 217,16€/día.

Los tiempos por proceso para el análisis fueron:

- SF: fórmula magistral estéril (FME) nueva 180 minutos (farmacéutico: búsqueda bibliográfica y procedimiento); FME sucesiva: validación farmacéutica 3,5 minutos, TF elaborador 12 minutos, TF apoyo 4 minutos.

- Celador: 3,5 minutos.

- UHAD: desplazamiento 17 minutos, consulta telefónica programada de enfermería 5 minutos, visita conjunta médica/enfermería sin administración 20 minutos y con administración 30 minutos.

Los costes indirectos, repercutidos, estructurales, farmacológicos/sueroterapia, formación del paciente, otras visitas y otras consultas telefónicas se consideraron semejantes en los tres escenarios.

Escenarios:

- 1: Visitas diarias médicas/enfermería con administración TADE en bomba de perfusión (meropenem: visita extra diaria adicional de enfermería).

- 2: Visitas diarias conjuntas sin administración TADE (con elastómeros).

- 3: Vistas ajustadas a estabilidad del elastómero de antibiótico con un mínimo semanal de 2 visitas conjuntas sin administración y 5 consultas telefónicas (excepto ertapenem 1 visita/3 días con 4 telefónicas semanales).

RESULTADOS

En dos años se han elaborado 2.994 elastómeros para 109 pacientes (ceftazidima: 712, ceftolozano/tazobactam: 28, ertapenem: 300, meropenem: 835 y piperacilina/tazobactam: 1.119).

- Escenario 1: 1.156 visitas médicas/enfermería con administración, 279 visitas de enfermería adicionales con administración. 10.493,73€/sistemas de bomba. 1.248,45€ gasolina.

- Escenario 2: 1.156 visitas médicas/enfermería sin administración y 1.156 desplazamientos de celador. 1.006,01€ gasolina.

- Escenario 3: 335 visitas médicas/enfermería sin administración, 821 consultas telefónicas programadas y 254 desplazamientos de celador. 291,34€ gasolina.

En el escenario 2 y 3 se protocolizaron 5 FME nuevas (una por cada antibiótico), 2.994 FME sucesivas y un gasto en fungible (elastómeros) de 42.754€.

Sumando los tiempos empleados por profesional y su coste/minuto, el escenario 1 supondría: 53.112,26€ (26.556,13€/año), el escenario 2: 87.974,25€ (43.987,12€/año) y el escenario 3: 66.542€ (33.271€/año). El escenario 3 supone un ahorro de 821 visitas médicas/enfermería en 2 años con respecto al 1.

Estas visitas evitadas en la UHAD pudieran permitir, con los mismos recursos, disminuir los ingresos en hospitalización convencional (446,03€/día) y aumentar los ingresos en UHAD (217,16€/día), lo que supondría un ahorro de 187.902,27€ (93.951,135€/año).

CONCLUSIONES

La elaboración de elastómeros en el SF con la optimización de visitas es más eficiente que su elaboración manteniendo visitas diarias, pero no frente a la administración en bomba de perfusión. Si el ahorro en visitas permite una mayor capacidad de ingresos en la UHAD y un descenso de la hospitalización convencional, se puede conseguir un importante ahorro global para el sistema de salud.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2552. EL TÉCNICO DE FARMACIA COMO ALIADO EN LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN EL ÁREA DE ELABORACIÓN

AUTORES

NOGALES REY G, VICO GARCIA V, RODRÍGUEZ LABRADOR J, DELGADO TELLEZ L, LANA SERRANO S, PICAZO MORENO I, GONZALEZ DE LA ROSA C, SANZ MARTIN L
HOSPITAL DEL HENARES. AV/MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS

Hoy en día el técnico de farmacia (TF) es una pieza fundamental en el Servicio de Farmacia. Entre sus funciones se encuentra la gestión adecuada de los stocks, que aplicado al área de elaboración, hace que se convierta en un pilar clave como aliado en la optimización de recursos junto con el farmacéutico.

- El objetivo del presente estudio es medir el aporte que realiza el TF en el área de elaboración de fármacos oncohematológicos, secuenciando la gestión de los stocks y el aprovechamiento de las cantidades utilizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, realizado en la primera quincena del mes de marzo de 2019 por los TF bajo la supervisión del farmacéutico, en el que se analiza el consumo de fármacos de alto impacto.

Se elaboró un archivo en Excel para registrar durante un período de 15 días los siguientes datos: nombre comercial del medicamento, nombre genérico, precio unitario, volumen que contiene cada vial en mililitros(ml), caducidad del envase una vez abierto y/o reconstituido, días numerados del 1 al 15 y precio por ml de cada medicamento.

Se recogieron de forma diaria las cantidades sobrantes de los fármacos utilizados dentro del período de estabilidad reflejado en la bibliografía (fichas técnicas, datos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, PubMed®).

Se calculó, por un lado, el gasto total de los fármacos utilizados en el caso hipotético de no controlar de forma adecuada el stock y no haberse utilizado las cantidades sobrantes de fármaco, y por otro, el gasto real de consumo utilizando los sobrantes de medicamento correctamente conservados. Posteriormente se calculó la diferencia del gasto, obteniendo de ésta manera el ahorro que se consiguió mediante este proceso.

RESULTADOS

Los fármacos analizados en el estudio fueron: bevacizumab, bortezomib, nivolumab, panitumumab, pemetrexed, ramucirumab y rituximab. El gasto real en el período de estudio fue de 75.396,21 euros, mientras que el gasto hipotético en caso de no haberse utilizado cantidades sobrantes sería de 99.476,16 euros, lo que evidencia una diferencia de 24.106,95 euros de ahorro, lo que puede traducirse en un ahorro de un 24,2%

CONCLUSIONES

En conclusión, el estudio demuestra que el TF es un excelente y necesario aliado en la optimización de recursos en un Servicio de Farmacia Hospitalaria junto con el farmacéutico. Como valor añadido, cabe destacar la gran aceptación del farmacéutico al incluir al TF en el equipo.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2558. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA AGENDA DE FARMACIA LIGADA A UN GESTOR DE COLAS DIGITAL EN ONCOHEMATOLOGÍA

AUTORES

IBÁÑEZ COLLADO C, ESTÉVEZ LÓPEZ V, LEZCANO RUBIO C, SOLER FITÉ N, QUIROGA GARCÍA V, FERRÀ COLL C, GASSÓ MASANA M, MUNNÉ GARCÍA M
INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA- BADALONA. CARRETERA DE CANYET S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Implantar una agenda de farmacia y un gestor de colas digital para dispensar medicamentos a pacientes oncohematológicos externos en un hospital terciario.

MEJORAS ESPERADAS

Avanzar hacia un proceso integrado de atención a pacientes oncohematológicos; visualizar por paciente las actividades programadas en el centro; implantar mejoras organizativas en farmacia (planificar la actividad diaria y garantizar la disponibilidad de medicamentos); explotar datos de actividad; identificar absentismos de pacientes; reducir esperas, mejorar la confidencialidad, seguridad y satisfacción del paciente.

DISEÑO

En junio 2019 se formó un grupo multidisciplinar (farmacéuticos, gestión de pacientes y clínicos prescriptores) para definir las prestaciones a registrar: primera visita, visita interna de seguimiento (para modificaciones de dosis y/o refuerzo de adherencia), dispensación con/sin visita médica y atención telemática. Se diseñaron pre-configurados para solicitar y programar estas prestaciones, tanto para pacientes asistenciales como dentro de ensayo clínico. También se creó la opción de registrar a posteriori estas actividades realizadas.

CIRCUITO Y ETAPAS

El flujo de trabajo es el siguiente: el prescriptor prescribe y solicita una primera visita de farmacia o visita interna de seguimiento, gestión de pacientes programa y el paciente acude a farmacia en su día y hora programada. En farmacia se realiza atención farmacéutica, se dispensa medicación y se programa la siguiente dispensación ligada o no a visita médica. En posteriores visitas al hospital, el paciente se identifica con su tarjeta sanitaria y se realiza admisión automática, indicándole la prestación programada, hora, consulta y localizador.

El farmacéutico valida el tratamiento y al llegar el paciente a farmacia, el técnico lo avisa mediante el localizador del gestor de colas digital, aportando confidencialidad y seguridad al proceso.

Al finalizar el día, se revisan y resuelven los pacientes programados que no han acudido.

IMPLANTACIÓN

El piloto arrancó en septiembre 2019 tras formación a todos los servicios implicados, se fueron analizando incidencias, definiendo mejoras y se revaluó en abril 2020.

RESULTADOS

Actualmente, toda la actividad de farmacia de pacientes externos está programada y visible para los profesionales asistenciales del hospital, y es explotable desde el cuadro de mando directivo.

En abril 2020 se atendieron 672 pacientes externos oncohematológicos y se realizaron 1.202 dispensaciones, 215 visitas presenciales de farmacéutico y 185 telemáticas. El promedio mensual (enero-abril 2020) fue 630 (605-672), 1.178 (1.044-1.364), 155 (126-215) y 56 (1-185), respectivamente.

El 6,7% de los pacientes programados (4 pacientes/día) no acudió a recoger medicación (retrasos de tratamiento por toxicidad, suspensión/cambio de tratamiento, falta de adherencia u olvidos).

La valoración de los pacientes externos del servicio de farmacia mejoró en la encuesta de calidad anual 2019 (8,8/10 a 9,0/10), aunque puntuó peor el tiempo de espera (90,4/100 a 85,1/100), atribuible a que esta encuesta coincidió con el despliegue del piloto (noviembre 2019).

LIMITACIONES

Durante la pandemia COVID-19 se suspendió temporalmente la admisión automática en farmacia por cuestiones logísticas. Está pendiente valorar el tiempo adicional destinado a gestionar la agenda.

Se identificaron dos mejoras prioritarias: desarrollar la integración del programa hospitalario de gestión de pacientes con el de quimioterapia (pacientes externos) y disponer en farmacia de un circuito de admisión digital diferenciado del hospital.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Pacientes externos de cualquier patología.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2568. DOSE BANDING DE METOTREXATO EN EL EMBARAZO ECTÓPICO

AUTORES

NEVOT BLANC M, MARTINEZ SOGUES M, MARTINEZ CASTRO B, MANGUES BAFALLUY I, SANMARTIN SUÑER M, GILBERT SOTOCA M, MORALES PORTILLO A, RIUS PERERA J
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA. AV ROVIRA ROURE, 80. LLEIDA

OBJETIVOS

Establecer el Dose Banding de metotrexato en el protocolo de tratamiento de embarazo ectópico y adaptar el proceso de administración a las recomendaciones del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST).

MEJORAS ESPERADAS

Optimizar el proceso de elaboración al disminuir el número de presentaciones a preparar y establecer un stock que garantice el tratamiento fuera del horario de apertura de farmacia.

Hacer más cómodo, fácil y seguro el proceso de administración, al reducir el número de pinchazos a uno por paciente e incorporar los sistemas cerrados a las jeringas preparadas.

DISEÑO

Se propuso implantar el dose banding en la dosificación del metotrexato, para reducir el número de administraciones a una única y simplificar el stock.

Se actualizó la estabilidad físico-química y se realizó un estudio de estabilidad microbiológica en el material de acondicionamiento.

Se adaptó el formato de dispensación de las jeringas a las recomendaciones del INSST.

Se realizó formación en el Servicio de Ginecología

CIRCUITO Y ETAPAS

Se extrajo un listado con las dosis de metotrexato en embarazo ectópico administradas durante los últimos 19 años.

Se calcularon las dosis que permitirían una desviación máxima del 10% entre la dosis real y la dosis a administrar y abarcarían el mayor número de pacientes. Se consensuaron dichas dosis con el Servicio de Ginecología.

Se revisó la estabilidad físico-química publicada y la información sobre el uso de jeringas con caucho.

Se realizó un estudio de estabilidad microbiológica, extrayendo 1mL de muestra que fue sembrado en 10mL de tioglicolato y cultivo triptona-soja en los días 0, 9, 30, 60 y 84. Las muestras a t-0 y t-84 fueron triplicadas.

Se protocolizó el cierre de las jeringas con un tapón de sistema cerrado y la identificación de la preparación como medicación peligrosa.

IMPLANTACIÓN

Se consensuó con el Servicio de Ginecología la preparación de stock de 4 dosis diferentes, 65mg/2,6mL, 75mg/3mL, 85mg/3,4mL, 95mg/3,8 mL. Cada dosis se identificó con un color diferente.

Se amplió la estabilidad físico-química de las jeringas a 84 días refrigerado.

Durante todo el periodo de estudio de estabilidad microbiológica las muestras fueron negativas. Por lo tanto, las preparaciones se mantuvieron estériles.

Se diseñó una infografía para el cálculo de la dosis e identificación de la jeringa y se hizo formación a referentes de enfermería sobre el uso de sistemas cerrados.

RESULTADOS

En los últimos 19 años sólo 6 pacientes de un total de 312 no se hubieran ajustado a las dosis de las jeringas preparadas de stock.

En los cuatro meses desde la implantación todas las pacientes se han ajustado a las dosis preparadas.

LIMITACIONES

El poco tiempo transcurrido desde la implantación dificulta el análisis del impacto de la intervención

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El protocolo y los pasos seguidos son reproducibles en otros Servicios de Farmacia y pueden ser de utilidad cuando no se dispone de personal elaborador 24 horas.

La colaboración con médicos y enfermeras del Servicio de Ginecología resultó clave para la implantación del protocolo.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2632. IMPLANTACIÓN DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA EL REGISTRO DE INCIDENCIAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA.

AUTORES

CASTILLO PALOMARES ML, DEL ESTAL JIMÉNEZ J, SANJUÁN BELDA A, PEREZ MARTINEZ M, VECIANA BALSEBRE L, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII. DR. MALLAFRÉ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Implantación de una aplicación informática como única herramienta de gestión de incidencias de calidad de los diferentes procesos de un servicio de farmacia de hospital, de un hospital sociosanitario y de un centro penitenciario.

MEJORAS ESPERADAS

El registro de incidencias es imprescindible para la mejora de los procesos y primordial en un sistema de mejora continua. Con la implantación de esta herramienta, se pretende registrar de forma sistemática y eliminando el formato papel, las incidencias detectadas en los diferentes procesos dentro del uso seguro del medicamento de un servicio de farmacia, con el objetivo de resolver cada situación, evitar que pueda volver a ocurrir y hacer un seguimiento de la medida adoptada para asegurar el correcto desarrollo de las actividades asistenciales.

DISEÑO

Creación de una aplicación informática disponible en el Portal de Aplicaciones de la intranet del centro.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Acceso a la intranet mediante usuario y contraseña.
- Al entrar en la aplicación queda registrado de forma automática la persona que registra la incidencia (notificador).
- El notificador selecciona el centro (hospital, hospital sociosanitario o centro penitenciario), el proceso, subproceso y tipo de incidencia, lugar y servicio si es el caso y medicamento implicado, y en un campo libre describe la incidencia.
- El responsable del proceso y subproceso, el responsable del servicio y la coordinadora del personal técnico reciben por correo electrónico, de forma automática, la notificación.
- Esta notificación queda en proceso hasta ser revisada y evaluada por el responsable del proceso.
- En el momento en el que el responsable del proceso registra la medida adoptada, el notificador, el mismo responsable del proceso, el responsable del servicio y la coordinadora de técnicos reciben, de manera automática, un correo electrónico que notifica la resolución y el cierre de la incidencia.
- La aplicación permite filtrar en todo momento el estado de las incidencias (todas, resueltas, en proceso) ordenadas por fechas.

IMPLANTACIÓN

En enero de 2020 se implanta en el Servicio de Farmacia del hospital.

RESULTADOS

Desde su implantación hasta la actualidad, se han registrado un total de 158 incidencias: 33 de distribución y dispensación de medicamentos, 66 de elaboración de medicamentos, 56 de adquisición y almacenamiento, 1 de gestión de recursos humanos, estructurales e infraestructuras y 2 de monitorización farmacocinética de medicamentos. Tiempo de resolución: 66 de forma inmediata (todas las de elaboración), 60 en menos de 48 horas y el resto en más de 48 h o están pendientes de resolver (35 no resueltas, de adquisición: problemas de suministro).

LIMITACIONES

- Grado de implicación del personal notificador.
- Grado de implicación del personal responsable del proceso en la resolución de la incidencia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Herramienta aplicable a servicios de farmacia que no dispongan de un registro sistemático y electrónico de incidencias como parte integral de su sistema de gestión de la calidad.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2665. PROGRAMA DE TERAPIA ENDOVENOSA MEDIANTE CASETES Y ELASTÓMEROS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

GARRIDO PEÑO N, MAÑES SEVILLA M, FERNÁNDEZ COTARELO MJ, BERTRÁN DE LIS BARTOLOMÉ B, MORONA MÍNGUEZ I, SOTO BASELGA I, RUBIO CEBRIÁN B, MORIEL SÁNCHEZ C
HOSPITAL UNIV. DE MOSTOLES. RÍO JUCAR, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Implementar un circuito de elaboración de casetes de antimicrobianos y elastómeros de Furosemida en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD)

MEJORAS ESPERADAS

El ingreso en HAD disminuye los riesgos asociados con la hospitalización convencional y mejora la calidad de vida del paciente. Las bombas de infusión electrónicas (BIE) permiten la administración en perfusión continua o con frecuencia programada, aumentando la disponibilidad de antibióticos para administrarse en domicilio. La elaboración de mezclas intravenosas en cabina de flujo laminar horizontal (CFLH) aumenta estabilidad microbiológica y seguridad del tratamiento.

DISEÑO

1. Creación de un equipo multidisciplinar
2. Definición de criterios clínicos y logísticos de inclusión de pacientes.
3. Selección de fármacos a incluir en el programa para el tratamiento de enfermedades infecciosas, insuficiencia cardiaca y descompensación hidrópica.
4. Diseño del circuito de prescripción, elaboración y dispensación de las preparaciones a HAD.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se realizó una revisión bibliográfica de las estabildades fisicoquímicas de fármacos en disolución seleccionándose: Ampicilina, Aztreonam, Cefazolina, Clindamicina, Cloxacilina, Piperacilina/tazobactam, Vancomicina y Furosemida. Se establecieron los periodos de validez y se estandarizaron en dosis y volumen, conteniendo la dosis total diaria. La indicación del tratamiento la determina el médico responsable en base a los criterios de inclusión definidos, efectuando la prescripción en el programa de prescripción electrónica asistida Selene®. El médico comunica al farmacéutico la inclusión del paciente en el programa que tras revisar y validar, genera la orden de trabajo de la mezcla intravenosa. La mezcla se elabora en CFLH, para ser dispensada a primera hora del día siguiente. El personal de enfermería de HAD transporta la medicación al domicilio del paciente y dan las instrucciones al paciente y/o familiar del funcionamiento de la BIE y la programan. Los pacientes reciben visita diaria del personal de HAD, donde se realiza seguimiento clínico, reacciones adversas, comprobación de la correcta administración. En caso de incidencias con la BIE, el paciente contacta con HAD (o SUMMA 112 en horario nocturno).

IMPLANTACIÓN

Inicio en Julio de 2019.

RESULTADOS

Desde Julio de 2019 hasta Mayo de 2020 se han elaborado 222 mezclas para 16 pacientes en 19 procesos distintos, correspondientes con 150 casetes (Cefazolina 27, Clindamicina 5, Piperacilina/Tazobactam 58, Furosemida 60) y 72 elastómeros de Furosemida. Las indicaciones fueron: infección de piel y partes blandas (n=4, 21%), infección respiratoria (n=5, 26,3%), otros procesos infecciosos (n=2, 10%), insuficiencia cardiaca (n=4, 21%), descompensación hidrópica (n=4, 21%). Ningún paciente experimentó efectos adversos, ni complicaciones infecciosas asociadas al acceso venoso. En 15 procesos (78,9%) el tratamiento se completó sin incidencias, precisando interrumpirlo en 4 procesos (21%: resistencia al antibiótico (n=1), rechazo del paciente al uso de BIE (n=1), ingreso hospitalario (n=1), dolor (n=1)) Las incidencias registradas han sido: 8 dosis sin administrar en 4 pacientes (6 por incidencias con BIE, 1 por pérdida de vía venosa, 1 por exceso de aire en casete); 8 elastómeros sin infusión completa en 3 pacientes (4 por pérdida de vía venosa, 4 por manipulación incorrecta)

LIMITACIONES

La falta de estabilidad de antibióticos en disolución limita el arsenal terapéutico del programa.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a Hospitales que dispongan de HAD y recursos materiales necesarios.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2703. IMPLANTACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

CASTILLEJO GARCÍA R, MARTIN FERNANDEZ N, MARTINEZ SUAREZ A, GARCIA ALDANA D, ALONSO MONTEJO MDM, LOSADA MACHUCA M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. AVENIDA DOCTOR FEDRIANI. SEVILLA

OBJETIVOS

Describir el proceso de implantación de prescripción electrónica asistida (PEA) en el servicio de pediatría en un hospital de tercer nivel. Las áreas clínicas donde se llevó a cabo la implantación fueron: escolares, lactantes, oncohematología, cirugía e infecciosos.

MATERIALES Y MÉTODOS

La implantación PEA tuvo lugar entre los meses de octubre 2019 a marzo de 2020. Se realizó una formación presencial de PEA a los médicos y enfermeros del servicio de pediatría. Se formó un equipo integrado por 3 farmacéuticos, 3 pediatras y 1 enfermera responsables de la ejecución del proyecto.

Entre farmacéuticos y pediatras se realizó una revisión del maestro del programa de prescripción electrónica Athos®. Dentro de la información incorporada estaban las recomendaciones de posología por indicaciones y en función de peso y edad, así como para enfermería información de la reconstitución y dilución de los fármacos de administración intravenosa. También se habilitó la dosificación por Kg de peso y superficie corporal.

En las distintas áreas clínicas junto con el facultativo responsable, se llevó a cabo la creación de protocolos farmacoterapéuticos con el objetivo de facilitar y agilizar el proceso de prescripción. La utilización de estos permite estandarizar la práctica clínica y homogenizar los procesos asistenciales.

RESULTADOS

Se introdujeron 110 principios activos y 246 formas farmacéuticas. Clasificadas por grupo farmacoterapéutico: J Antiinfecciosos sistémicos (39,8%), A tracto alimentario y metabolismo (13,4%), N sistema nervioso (12,2%), R sistema respiratorio (7,7%), D dermatológicos (5,7%), C cardiovascular (5,3%), M sistema muscoesquelético (4,1%) y S órganos de los sentidos (3,3%). El 71,3% de los mismos fueron revisados tanto por farmacéuticos como pediatras. El 28,7% restante se revisó exclusivamente por farmacia al tratarse de medicamentos de menor uso.

Se elaboraron 38 protocolos: cirugía (n=11), respiratorio (n=8), oncohematología (n=7), infecciosos (n=7), digestivo (n=2), neurología (n=1), nefrología (n=1) y otorrino (n=1). Además, se acordó con los pediatras la revisión anual de los mismos.

Se parametrizaron 18 fórmulas magistrales con revisión de la posología. Con la introducción de las fórmulas magistrales en el sistema, se mejoró el circuito de dispensación al evitarse las solicitudes en papel como se hacía previamente.

Se incluyeron las instrucciones de reconstitución y dilución de 81 medicamentos de vía intravenosa para facilitar la administración del tratamiento a enfermería.

La PEA permitió a través de la validación farmacéutica detectar errores de dosificación y realizar ajustes posológicos.

CONCLUSIONES

La PEA aporta seguridad al evitar los errores que puedan tener lugar en el proceso de transcripción. Además, cuenta con la revisión del fármaco de todos los medicamentos que se prescriben a cada uno de los pacientes.

La clave del éxito en la implantación de PEA en el servicio de pediatría de nuestro hospital se debe a la comunicación y colaboración de los profesionales implicados en el equipo clínico y a la elaboración de los diversos protocolos. Se pretende seguir avanzando en este proyecto con la inclusión del área de UCI pediátrica y neonatología.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2722. ANÁLISIS DEL CAMBIO DE ACTIVIDAD DEL TÉCNICO DE FARMACIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE SOLICITUD ELECTRÓNICA DE MEDICACIÓN

AUTORES

CAMPO TROYANO M, MASIÀ GRÀCIA J, MORILLAS EROLES P, EROLES BAENA S, DE POURCQ JT, FELIU RIBERA A, VILLAMARÍN VALLEJO L, GÁMEZ LECHUGA M
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. SANT ANTONI MARIA CLARET. BARCELONA

OBJETIVOS

Conocer el cambio de actividad del técnico de farmacia tras la implementación de una solicitud electrónica de medicación (SEM) en sustitución de la solicitud en papel de medicación (SPM).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de dos meses de duración sobre la actividad del técnico con una SEM, en comparación con un registro retrospectivo con una SPM, en un hospital universitario de nivel III.

Se dispone de un protocolo sobre el uso del tubo neumático que identifica los medicamentos urgentes y los horarios de reparto de medicación establecidos, entre otros puntos, promovido por el Servicio de Farmacia (SF) y elaborado en colaboración con los equipos médicos y de enfermería.

La SPM era un formulario abierto que cumplimentaba enfermería con los datos del paciente, fármaco, dosis, frecuencia y vía de administración. La SPM podía enviarse incompleta, ilegible o con datos erróneos, y no estaba vinculada a la prescripción electrónica (PE). El técnico de farmacia (TF) debía comprobar si contenía toda la información, revisar la prescripción médica, y comprobar si el fármaco solicitado ya estaba disponible en la unidad de hospitalización, y posteriormente transcribir la información al programa de dispensación.

La SEM es un formulario electrónico que se autocompleta con los datos del paciente y del medicamento vinculados a la PE, y evita errores de transcripción de enfermería y del técnico.

RESULTADOS

Con la SPM se recibieron un total de 4.589 peticiones (77 peticiones/día), y el 23,4% requirió intervención activa del técnico de farmacia. Las principales incidencias fueron solicitud incompleta (51%), error fármaco/dosis/vía (9.4%), letra ilegible o uso de abreviaturas (4.7%), solicitud de medicamento no incluido en guía (14.5%), y solicitud de medicación incluida en el sistema automatizados de dispensación de medicamentos (SADME) (17.2%). El tiempo medio que invertía un técnico por SPM era de 3 min.

Tras la implantación de la SEM, se recibió una media de 147 peticiones diarias, y el 9,2 % requirió intervención activa del TF. En todos los casos, la intervención fue comprobar las existencias en los SADME. Al tratarse de un sistema de solicitud vinculado a la PE y autorellenable, el técnico no ha tenido que buscar información adicional y se han evitado los errores de dispensación relacionados con errores de interpretación/transcripción/datos faltantes. Actualmente el tiempo medio que invertido es de 1,8 min/SEM.

El número de peticiones de fármacos urgentes fue del 46,1%. El nuevo sistema, permite al técnico identificar rápidamente si la solicitud corresponde a medicación urgente, para poder priorizar su preparación y envío.

La información proporcionada por la SEM también permite al técnico revisar si el fármaco ya se ha dispensado (49 %) o administrado (8,9 %) previamente, y modificar aspectos funcionales para optimizar la gestión de la unidad.

CONCLUSIONES

Tras la implantación del SEM la actividad del TF relacionada con la dispensación de la medicación, se ha automatizado más incrementando la seguridad respecto la SPM. Ha sido una oportunidad para transformar su rol y ahora es más participe de la gestión del análisis cuantitativo/cualitativo, en tiempo real, para retroalimentar la efectividad y seguridad del sistema.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2759. CAMPAÑA DE EDUCACIÓN SANITARIA COMO HERRAMIENTA PARA PROMOVER EL USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS: INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

AUTORES

TERRE OHME S, RUIZ POZA D, PASCUAL GONZALEZ C, SISTACHS PUIGTIO M, TEJEDOR ROBLEDO M, CASTELLA CUESTA C, NADAL LLOVER M, MARTINEZ BERNABE EM
CORPORACIÓ SALUT MARESME I LA SELVA. ACCES CALA SANT FRANCESC, 5. GIRONA

OBJETIVOS

Evaluar si una campaña de educación sanitaria puede contribuir a mejorar la utilización de Inhibidores de la bomba de protones (IBPs) expresadas en DHD (dosis diaria definida por 1000 habitantes-día)

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de una campaña de educación sanitaria dirigida a pacientes y profesionales sanitarios, en colaboración con el departamento de comunicación (DC).

El área de influencia atiende una población de 195. 000 habitantes, incluyendo dos hospitales comarcales pertenecientes a una corporación sanitaria y siete equipos de atención primaria (EAPs) de las dos entidades proveedoras de salud coexistentes en el territorio.

Duración prevista de 2 meses, con repeticiones periódicas.

Fase 1. Información a profesionales sanitarios.

Elaboración de material de soporte (dípticos, carteles, tarjeta resumen tamaño bolsillo) y realización de sesiones monográficas por parte de los farmacéuticos a los equipos de atención primaria, servicios hospitalarios y farmacéuticos de oficina de farmacia. Se revisan indicaciones, efectos adversos, recomendaciones generales, algoritmo de desprescripción e indicadores de consumo por EAPs.

Planificación de la campaña en colaboración con el DC: Edición de videos breves con mensajes clave impartidos por profesionales sanitarios. Diseño de cartelería y dípticos informativos.

Fase 2. Campaña de educación sanitaria a la población.

En centros de salud: Proyección de vídeos breves en salas de espera. Distribución de cartelería y dípticos en salas de espera y oficinas de farmacia.

En medios de comunicación: Elaboración de nota de prensa para medios locales y nacionales. Refuerzo de mensajes clave mediante cortos de voz por parte de profesionales sanitarios.

En redes sociales: Publicación de vídeos y material gráfico para reforzar el material audiovisual.

A nivel interno: Intranet y correo electrónico a los profesionales.

Fase 3: Seguimiento de indicadores de consumo (DHD) de IBPs mensualmente y a los 9 meses posteriores a la campaña.

RESULTADOS

El valor basal DHD (previo a la campaña) para algunos EAPs se situaba hasta 30 puntos por encima del valor medio de la Comunidad Autónoma (CCAA) 113.69

Tras la intervención, se observó una reducción significativa de DHD en todos los EAPs durante los 9 meses de seguimiento, según la variación mensual del coeficiente de la recta de regresión.

El porcentaje de reducción de los EAPs en el territorio intervención respecto a su valor basal osciló entre el 7,99% (EAP1) y 2,48% (EAP6), siendo esta reducción para la CCAA de 1,33%.

En valor absoluto, la reducción DHD de los EAPs respecto a la reducción global de la CCAA fue de 10.48 (EAP1), 4.67 (EAP2), 4.30 (EAP3), 2.93 (EAP4), 4.67 (EAP5), 1.83 (EAP6) 1.43 (EAP7).

Los EAPs que experimentaron mayor reducción fueron los que partían de consumos más elevados.

CONCLUSIONES

La campaña multidisciplinar ha permitido trabajar de forma transversal a distintos profesionales y entidades proveedoras por un objetivo común.

La colaboración con el DC ha favorecido la difusión a la población y profesionales sanitarios.

Se observa un efecto positivo de la intervención, aunque hay que seguir trabajando en la promoción del uso adecuado de IBPs

Las campañas de educación sanitaria pueden ayudar a promover el uso adecuado de los medicamentos en los que el modelo sea aplicable.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2854. UTILIDAD DE TWITTER EN LA DETECCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS EN LA POBLACION PEDIATRICA.

AUTORES

VILIMELIS PIULATS I, PÉREZ-RICART A, GIMÉNEZ-JUAREZ JC

UNIVERSIDAD DE BARCELONA. FACULTAD DE FARMACIA.. CAMPUS DIAGONAL, AV. DE JOAN XXIII, 27-31, 08028.. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar el potencial de Twitter como fuente de detección de resultados negativos a los medicamentos (RNM), especialmente reacciones adversas (RAM) y errores de medicación (EM).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo para detectar tweets con RNM, PRM, EM y RAM sobre antibiototerapia pediátrica del 29/03 a 17/05 descargados (data mining) mediante software gratuito vicinitas.io. Se utilizaron un total de 43 palabras clave (inglés, español) de las cuales 10 hacían referencia a poblaciones pediátricas y 33 de Principios activos (PA).

Se excluyeron manualmente retweets, duplicados, otros idiomas, institucionales o irrelevantes. Los tweets incluidos se clasificaron en RNM u opiniones (positivas/negativas/neutras). Se consideró como fuente de información sobre medicamentos (FISM) fiable si hacía referencia a instituciones avaladas. De los RNM, se determinó tipo de problemas relacionados con la medicación (PRM) y se identificaron RAM y EM. En RAM, se determinó PA, órgano, gravedad y probabilidad. Se revisó la ficha técnica (FT) para determinar conocimiento y frecuencia. Para EM, se determinó tipo de error y usuario (paciente/cuidador). Se clasificaron RNM y PRM por el tercer consenso de Granada y las RAM y su gravedad mediante la definición y clasificación de la Organización Mundial de la Salud. La causalidad por algoritmo de Naranjo (AN) y los órganos afectados mediante el Diccionario médico para actividades reguladoras. EM por clasificación de la American Society of Health-system Pharmacists.

RESULTADOS

De un total de 4321 tweets se excluyeron: 2366 retweets, 287 idiomas, 90 duplicados, 1096 irrelevantes. Se incluyeron 482 tweets (11%), escritos por padres (295;61%), abuelos (2;0,4%), los propios niños (1;0,2%) y sin especificar (184;38%). En un 2% (9) de los tweets se determinó que era FISM poco fiable.

Por PA: azitromicina (30;6,2%), amoxicilina (31;6,4%), penicilina (14;2,9%), claritromicina (1;0,2%), eritromicina (2;0,4%), ampicilina (2;0,4%) cefalexina (2;0,4%), cloxacilina (1;0,2%), trimetoprim (1;0,2%), cefadroxilo (1;0,2%).

Mayoritariamente, los tweets describieron antibióticos en general (397;82,4%).

Un 27% (130) de tweets correspondieron a RNM; mayormente inefectividad (44;70%). El resto (352;73%) eran opiniones, positivas (41;12 %) y negativas (50;14%). Un 5% (23) i 1,5% (7) fueron RAM y EM.

Se encontraron 130 PRM: 42% (55) Problemas de salud insuficientemente tratados, 25% (32) Otros, 6% (8) incumplimiento, 2% (3) duración inadecuada, 2% (2) contraindicación, 18% (23) probabilidad de RAM; 3% (4) error de prescripción y 2% (3) administración errónea. PA que causaron RAM: amoxicilina (4;17%), trimetoprim (1;4%), penicilina (2;9%), azitromicina (1;4%) y antibiótico (15;65%). Todas descritas en FT y un 22% (5) fueron muy raras.

Órganos: inmunológicas (10;43%), piel-tejido subcutáneo (6;26%), gastrointestinales (3;13%), sistema nervioso (2;9%), cardiovasculares (1;4%), renales (1;4%). Los tweets permitieron determinar 4 RAM graves (17%). Todas fueron posibles, aunque no pudiéndose aplicar totalmente el AN. Los EM (7;5%) fueron prescripción (4;57%), administración (3;43%).

Todos publicados por padres.

CONCLUSIONES

Se detectó RNM moderadamente y RAM y EM en menor proporción. Sin embargo, se detectaron RAM graves y muy raras y se dispuso de suficiente información para aplicar AN, por lo que Twitter puede ser una herramienta complementaria para farmacovigilancia.

La herramienta para el data mining utilizada fue accesible y de fácil uso pero poco precisa.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2868. EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DISPENSACIÓN EN DOMICILIO/PUNTO DE RECOGIDA.

AUTORES

FONT TARRÉS N, HERRERO MUÑOZ N, BRAVO LÁZARO C, CANALEJO FUENTES MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. CAMINO DEL MOLINO, 2. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el grado de satisfacción de pacientes tras la implantación de un circuito de entrega de medicación en domicilio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo realizado en un hospital de tercer nivel durante el periodo comprendido entre Marzo-Mayo 2020. Se incluyeron pacientes con teléfono móvil válido en la Historia Clínica Electrónica (HCE) a los que se les había entregado medicación hospitalaria durante ese periodo.

Para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes se diseñó una encuesta en la plataforma SurveyMonkeys®. La encuesta tipo Likert constaba de 7 preguntas con 5 posibles respuestas que puntuaban de 1 a 5 (1: muy insatisfecho, 5: muy satisfecho), estructuradas en 3 bloques: Seguimiento farmacoterapéutico, circuito logístico y experiencia como usuario. En ella, los pacientes clasificaban el tipo de entrega elegido para la dispensación (Domicilio o punto de entrega hospitalario). Se incluía un campo con respuesta abierta para sugerencias/incidencias para detectar posibles deficiencias del circuito.

Se programó con Sistemas Informáticos el envío de un mensaje de texto (SMS) a los pacientes citados en la Agenda de farmacia a las 48 horas de haber recibido la medicación. El SMS incluía un enlace web a la encuesta que los pacientes

respondían de forma anónima y voluntaria.

Para la recogida y el análisis de datos se empleó la misma plataforma donde se había diseñado la encuesta. El análisis de datos realizado fue descriptivo, calculando media aritmética y porcentajes de cada respuesta.

Como limitaciones, la encuesta de satisfacción era un cuestionario no validado, para acceder a ella era necesario disponer de teléfono móvil válido y con acceso a internet.

RESULTADOS

Se enviaron un total de 1.683 mensajes de texto con un total de 668 encuestas contestadas (39.69%). De los participantes que respondieron, 535 (80.09%) eran pacientes de entrega en domicilio y 133 (19.91%) de entrega en punto de recogida. En relación con las preguntas de seguimiento farmacoterapéutico: 569 (85.56%) pacientes consideraron estar muy satisfechos con la resolución de dudas sobre el tratamiento (puntuación media de 4.81) quedando 575 pacientes (86.73%) muy satisfechos con la información recibida (puntuación media 4.80).

Respecto a las preguntas sobre la logística del circuito: 607 (91.28%) pacientes consideraron muy satisfactoria la información recibida referente a la entrega (puntuación media 4.87), 593 (89.04%) pacientes quedaron muy satisfechos con el cumplimiento de plazos (puntuación media 4.84) y 586 (88.39%) respondieron estar muy satisfechos con el proceso de entrega (puntuación media 4.83).

La valoración global fue muy satisfactoria para 612 (91.89%) pacientes (puntuación media 4.88). El trato ofrecido por el farmacéutico fue valorado por 596 (89.76%) como muy satisfecho (puntuación media 4.84) y 665 (99.55%) se lo recomendarían a otros.

Hubo 454 comentarios en el apartado de sugerencias y quejas. Un elevado porcentaje de opiniones fueron positivas y las sugerencias más repetidas fueron la posibilidad de elección de horario de entrega y la ampliación del área de entrega.

CONCLUSIONES

Los pacientes muestran un alto grado de satisfacción con el circuito de dispensación a domicilio. Las propuestas de mejora a tener en cuenta son la elección de momento de entrega y ofrecer servicio a una área más amplia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2931. BASE DE DATOS CENTRAL DE MEDICAMENTOS CON TERMINOLOGÍA SNOMED-CT

AUTORES

ALIOTO ALIOTO D, LÓPEZ CENTENO B, ALONSO CASTRO V, GIL MARTIN A, MARTÍN CASASEMPERE I, SEGURA BEDMAR M, ARANGUREN OYARZABAL A, CALVO ALCÁNTARA MJ
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS. PLAZA CARLOS TRÍAS BERTRÁN, 7. MADRID

OBJETIVOS

Describir y analizar el desarrollo y utilización de una base de datos central de medicamentos (BDCM) con terminología SNOMED-CT como catálogo de medicamentos dentro de una aplicación corporativa para la gestión de compras en los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH) de una Comunidad Autónoma (CA).

MATERIALES Y MÉTODOS

La BDCM fue diseñada en el seno de un grupo de trabajo formado por farmacéuticos e informáticos de servicios centrales del Servicio de Salud y farmacéuticos de SFH. Tras analizar los catálogos de medicamentos de distintos centros de la CA se decidió trabajar con terminología SNOMED-CT. El SNOMED-CT es una terminología clínica estandarizada, adoptada a nivel internacional en más de 20 países que, en su primer nivel, codifica los medicamentos por: principio activo + dosis + forma farmacéutica ± volumen (inyectables) y establece una codificación y descripción común agrupando diferentes códigos nacionales (CN). La fuente de datos para la BDCM es el Nomenclátor Oficial (NM) que incluye la codificación snomed. Se revisaron todos los snomed para detectar posibles deficiencias y adaptar algunos de ellos a las necesidades reales de gestión en los SFH. Se definieron los campos y atributos a incluir en cada producto tanto a nivel de snomed como de CN. El mantenimiento y actualización mensual de la BDCM, a partir del NM, se realiza por especialistas en farmacia hospitalaria de servicios centrales. Los productos no contemplados por el snomed [medicamentos extranjeros (MEX), fórmulas magistrales (FM), radiofármacos, materias primas (MP), productos sanitarios/dermofarmacia (PS) y dietoterápicos] son codificados manualmente siguiendo la metodología snomed. Las altas/bajas/modificaciones de productos se realizan de forma centralizada para garantizar la uniformidad. Cada producto incluye datos farmacoterapéuticos y de gestión económica que son validados por los farmacéuticos antes de su carga. La BDCM incorpora todos los productos actualizados, incluyendo las altas manuales solicitadas por los SFH. A partir de la BDCM cada SFH incorpora los productos que necesite gestionar y parametriza algunos datos propios del centro.

RESULTADOS

La BDCM gestiona actualmente un total de 24.125 productos que incluye: medicamentos con CN (20.403), dietoterápicos (1.489), MEX (953), PS (450), FM (401), MP (351) y radiofármacos (78).

Desde junio-2014 hasta abril-2020 se han recibido 859 solicitudes manuales (674 altas, 183 modificaciones y 2 bajas) por los centros que utilizan la aplicación corporativa. El 79% de solicitudes se concentran a partir de 2017, siendo 2019 el año con mayor número de ellas (205). La distribución por tipo de producto fue la siguiente: medicamentos con CN (578), PS (118), MP (51), MEX (46), FM (43), dietoterápicos (21) y radiofármacos (2). El 95% de solicitudes fueron aprobadas y el tiempo medio de respuesta fue de 48 horas.

CONCLUSIONES

El SNOMED-CT es un lenguaje controlado útil como terminología de referencia para la codificación de medicamentos, proporciona uniformidad en la información del medicamento y facilita su gestión. Sin embargo, no ha sido capaz de

adaptarse a la totalidad de los productos utilizados en los SFH.

Disponer de una BDCM evita la dispersión y favorece la homogeneidad de los datos para su análisis y gestión a nivel regional.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2937. ANÁLISIS DE SOLICITUDES DE PRÉSTAMO DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE UNA REGIÓN ULTRAPERIFÉRICA

AUTORES

DORTA VERA D, RUIZ SANTOS I, PÉREZ CRUZ MÁ, DOMÍNGUEZ FARIÑA A, MATEOS EGIDO E, LOMBARDEO PIN M, OTERO VILLALUSTRE C, FERNÁNDEZ VERA D
COMPLEJO HOSPITALARIO INSULAR MATERNO-INFANTIL DE GRAN CANARIA. AVENIDA MARÍTIMA DEL SUR, S/N, LAS PALMAS DE GC. LAS PALMAS

OBJETIVOS

Describir y analizar los préstamos solicitados y concedidos en un hospital de tercer nivel de una región ultraperiférica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se obtuvo el histórico de préstamos interinstitucionales mediante el programa de gestión del Servicio de Farmacia (Farmatools®) en el periodo comprendido entre 2016-2019. Las variables recogidas fueron: año, medicamento, tipos de préstamos (préstamos concedidos (PC) y préstamos solicitados (PS) a centros hospitalarios), número de préstamos (P), valor total de préstamos (VT) y centro sanitario (público/privado).

Los medicamentos fueron agrupados en función del área relacionada dentro del Servicio de Farmacia, estableciendo las siguientes categorías: Hospitalización, Pacientes externos, Hospital de Día General (HDG), Onco-hematología y Otros.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 1426 P de medicamentos entre centros públicos/privados por un VT de 1.352.512 € (61% PC y 39% PS), con un incremento medio anual de P del 47% (186 – 405) que supone un incremento medio anual de VT del 40% (184.836,20€ - 502.325,91€).

Las áreas con un impacto económico más elevado, desglosadas por grupos de medicamentos, han sido: Hospitalización 37% (497.179,7€) (factores coagulación y derivados 49% y antiinfecciosos 24%), onco-hematología 33% (442.714,23€) (parenterales 61% y orales 39%), pacientes externos 21% (280.381,09€) (antivirales Virus Hepatitis C 32%, antirretrovirales 21% y patologías neurológicas 20%), HDG 7% (99.689,31€) y otros 2% (32.549,03€).

Un 5,8% de los P realizados (9,5% VT) se solicitaron a otro centro fuera de la isla, el 1,8% (5,8% VT) se realizó a centros de otra provincia dentro de la misma comunidad autónoma. Durante el periodo de estudio no se registró ningún préstamo a centros peninsulares. En lo que respecta a los tipos de centros, no se registraron PS a centros hospitalarios privados, representando los PC el 7% del VT de estos P.

CONCLUSIONES

El incremento observado en PS tanto en el P como en el VT se deben fundamentalmente a los problemas de abastecimiento de medicamentos oncohematológicos, antiinfecciosos, factores de coagulación en situaciones de urgencia vital y por la reducción del periodo de programación de pedidos para medicamentos de alto impacto económico, que ha desembocado en un aumento del número préstamos de medicamentos entre hospitales.

Los intercambios interinstitucionales han permitido reducir las roturas de stocks, consiguiendo dar solución temporal a los problemas de suministro y garantizando el acceso continuo a medicamentos en áreas alejadas de los centros de distribución.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2942. NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA TELEFARMACIA, ¿ESTAN LOS PACIENTES PREPARADOS?

AUTORES

COLLADOS ARROYO V, HERRANZ MUÑOZ C, FERNANDEZ CABALLERO R, HENARES LÓPEZ A, BLANCO HORTAL D, GARCÍA LORENZO JA, BONILLO GÓMEZ MA
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA. AV. DE LOS REYES CATOLICOS, 21. MADRID

OBJETIVOS

Las nuevas tecnologías permiten agilizar y automatizar procesos lo que conlleva a optimizar recursos. Pero debemos conocer si estas herramientas son útiles en la vida real.

El objetivo del estudio es valorar la aceptabilidad de los pacientes en el uso de las nuevas tecnologías aplicadas en un proceso de telefarmacia

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo donde se compara la respuesta de los pacientes ante el aviso del envío de medicación al domicilio por parte del servicio de farmacia mediante la llamada telefónica o mediante un mensaje a través de la plataforma "Portal del paciente". Se revisaron los pacientes que debían acudir a recoger su medicación en el servicio de farmacia en un periodo de 15 días. A los pacientes citados en los primeros 7 días se les realizó una llamada telefónica y a los pacientes citados en los siguientes 7 días se les envió un mensaje mediante la herramienta "dialogo web" de la plataforma informática, que permite una comunicación directa con los pacientes en tiempo real. Se excluyeron los pacientes que

debían acudir al hospital a otra consulta además de al servicio de farmacia. Se recogieron las variables de edad, sexo, número de respuestas, tiempo invertido y acceso a la herramienta en una tabla Excel para su posterior análisis

RESULTADOS

Del total de 361 pacientes, se incluyeron en el estudio 201 pacientes, 101 (50,02%) en el primer grupo (llamada telefónica) y 100 (49,75%) en el segundo (diálogo web), de los cuales, eran hombres 54 (53%) en el primer grupo y 59 (59%) en el segundo. La edad media de los grupos fue de 50,33 y 50,82. El tiempo total invertido en los pacientes del primer grupo fue de 2,87 horas con una media de 1,56 minutos (0,40-7) en cada llamada. No se ha tenido en cuenta el tiempo invertido en marcar el teléfono ni en las llamadas no contestadas. El tiempo total invertido en el segundo grupo fue de 20 minutos (redacción del mensaje, selección de pacientes a enviar y envío al servicio de informática para que enviase el mensaje). En 19 pacientes no fue posible el envío del mensaje al no tener activa la herramienta informática o producirse un error en el envío del mensaje. En el primer grupo contestaron un total de 77 (76,62%) pacientes, mientras que en el 2º grupo sólo contestaron 5 (3,16%) pacientes

CONCLUSIONES

Las nuevas tecnologías son una herramienta muy útil en la consulta de atención farmacéutica ya que disminuyen en tiempo en operaciones logísticas que se puede invertir en otras funciones que mejoren la atención de los pacientes, sin embargo se debe educar a los pacientes en su uso para conseguir buenos resultados en su aplicabilidad

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2951. EXPERIENCIAS MULTICENTRICAS: MAS DE DIEZ AÑOS DE MODELO DE GESTIÓN RESIDENCIAL EN CATALUNYA DESDE LA FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES

NAVARRO BRUGUERAS M, BOSACOMA ROS N, CAMÓS RAMIÓ F, CARRASCO FONS N, CASASIN EDO T, LLOBERA SERENTILL M

HOSPITAL SANTA MARIA DE LLEIDA. ALCALDE ROVIRA ROURE, 44. LLEIDA

OBJETIVOS

Describir y valorar las principales características de la atención farmacéutica a las residencias de personas mayores desde los servicios de farmacia hospitalarios.

MEJORAS ESPERADAS

La incorporación del farmacéutico hospitalario en el equipo residencial interdisciplinar ha de reducir el uso inapropiado de medicación, y mejorar la seguridad y la eficiencia de los tratamientos.

El modelo de gestión residencial desde los servicios de farmacia hospitalarios optimiza costes y contribuye a la mejora de la sostenibilidad del sistema.

DISEÑO

Se ha consensado un check list con los responsables de los servicios de farmacia implicados con el fin de conocer las características diferenciales de la atención farmacéutica, tanto a nivel estructural como de satisfacción con el modelo.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Se han confluído las distintas experiencias piloto de dispensación desde la farmacia de hospital
- Se ha puesto de manifiesto la participación activa del farmacéutico de hospital en la utilización de indicadores cuantitativos y cualitativos
- Se ha utilizado la Guía Farmacoterapéutica del Hospital, adaptada a pacientes geriátricos

IMPLANTACIÓN

Se ha consolidado e implantado el modelo de atención farmacéutica desde los servicios de farmacia hospitalaria, debido a la plena satisfacción de todas las partes y a la evolución positiva en el tiempo.

RESULTADOS

Sólo se han podido analizar tres de las cuatro experiencias actuales del modelo de gestión residencial.

• Estructurales:

Entre los tres centros estudiados, disponen de un total de 319 plazas. El 48,9% de las plazas residenciales son de titularidad pública. El resto, un 51,1%, son mayoritariamente concertadas, incluyendo algunas privadas.

En todos los casos, la dispensación farmacológica se hace de forma individualizada en dosis unitarias. En el 70% de los casos, la dispensación es semanal.

Los programas informáticos de gestión utilizados son La Gavina, Aegerus y Silicon. En un caso, se realiza la transcripción del Aegerus al Silicon.

No se contempla la gestión y la dispensación de material sanitario en ninguna de las experiencias estudiadas.

En todas las experiencias analizadas, el farmacéutico está totalmente integrado en el equipo interdisciplinar, realizándose reuniones diarias o semanales.

Todos los servicios de farmacia hospitalarios disponen de una Guía Farmacoterapéutica que suele estar ampliada para adecuación al paciente geriátrico.

• Estrategias globales de mejora asistencial:

En todas las experiencias analizadas, existe un seguimiento de la calidad y seguridad de la prescripción, según indicadores estandarizados de la Comunidad Autónoma. Se detectan y se comunican los errores de medicación según el Programa de Notificación Para la Seguridad del Paciente establecido en cada centro, sea el SiNASP o el TPSC Cloud. Sólo uno de los servicios de farmacia que atiende a residencias dispone de la ISO 9001:2015.

El coste medio de cada plaza/día es de 2,5 €. En todos los casos, el precio de coste procede del precio de venta del laboratorio (PVL). El coste puede incluir medicación financiada y espesantes, pero no medicación de dispensación hospitalaria.

• Valoración del modelo:

Todos los responsables de los servicios de farmacia implicados consideran que el modelo de gestión residencial es un modelo de dispensación seguro y eficiente.

LIMITACIONES

No debe haber limitaciones.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Si perfectamente aplicable

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS

2957. ACUERDOS INTERNACIONALES SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA (SEFH) 2020

AUTORES

NICOLAS NICOLAS J, DELGADO SANCHEZ O, MARTÍNEZ FERNÁNDEZ-LLAMAZARES C, MARCOS RODRÍGUEZ JA HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA TERRASSA. PLAÇA DR RUBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

Uno de los objetivos de la SEFH, dentro de la línea ALIANZA de su plan estratégico, es el de fortalecer las relaciones internacionales, especialmente con la American Society of Health-System Pharmacy (ASHP), y con la European Association of Hospital Pharmacists (EAHP).

El objetivo es describir los contactos realizados con la ASHP y con la EAHP, así como lo acuerdos alcanzados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis descriptivo retrospectivo de las diferentes reuniones realizadas entre la SEFH y la ASHP, y entre la SEFH y EAHP, así como la descripción de los acuerdos alcanzados y proyectos materializados.

RESULTADOS

Desde la incorporación de la nueva junta de Gobierno de la SEFH, en octubre de 2019, y hasta mayo de 2020, se han efectuado 5 reuniones con la ASHP y 3 reuniones con la EAHP.

Entre los acuerdos alcanzados, con cada una de las asociaciones destacamos los siguientes:

1.-EAHP

- organización de un webinar internacional
- promover la difusión, entre los Servicios de Farmacia de los hospitales españoles, de la herramienta SELF ASSESSMENT TOOL, que ayuda a valorar el nivel de implantación de los European Statements of Hospital Pharmacy
- promover la difusión del programa SILCC (Statement Implementation Learning Collaborative programme) para estancias en los diferentes centros colaboradores.
- participación en el 65 congreso de la SEFH

2.-ASHP

- organización de un webinar internacional
- acuerdo dirigido a los socios de la SEFH, para acceder a tres programas de certificado o Compounded sterile products certificate o Medication Safety certificate o Clinical Skills for International Pharmacists certificate
- acuerdo, dirigido a los socios de la SEFH, para formar parte de la ASHP
- preacuerdo, para facilitar la acreditación ASHP, de los Servicios de Farmacia Hospitalaria
- preacuerdo, para facilitar la acreditación ASHP, de los programas de formación de residentes.
- participación en el 65 congreso de la SEFH

CONCLUSIONES

Los diferentes contactos que se han realizado con la EAHP y ASHP ha permitido alinear objetivos a las 3 sociedades, aumentar el número de actividades conjuntas, incrementar el número de colaboraciones, así como fortalecer la relación entre ellas.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1372. INDIVIDUALIZACIÓN POSOLÓGICA DE CAPECITABINA EN PACIENTES CON CARCINOMA COLORRECTAL A TRAVÉS DE UN MODELO FARMACOCINÉTICO FARMACODINÁMICO

AUTORES

SÁEZ BELLÓ M, MANGAS SANJUÁN V, MARTÍNEZ GÓMEZ MA, LÓPEZ MONTENEGRO SORIA MÁ, CLIMENTE MARTÍ M, MERINO SANJUÁN M
H. U. DR. PESET. GASPAR AGUILAR 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Individualizar la pauta posológica de capecitabina (CAP) en pacientes con carcinoma colorrectal (CCR) tratados en monoterapia o en combinación con oxaliplatino a través de la utilización de un modelo farmacocinético – farmacodinámico (PKPD).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionó un modelo PKPD capaz de explicar y predecir la aparición de neutropenia tras la administración oral de CAP en pacientes con CCR, en función de la presencia de diferentes polimorfismos de nucleótido único (SNP) del gen ABC. La farmacocinética de CAP, 5'-deoxy-5-fluorouridine (5'-DFUR) y 5-fluorouracilo (5-FU) fueron descritas a través de un modelo concatenado de tres compartimentos con procesos de absorción y disposición lineal. El modelo farmacocinético poblacional incorporó el efecto del SNP rs6720173 en el aclaramiento de 5'-DFUR y del SNP rs6720173 en el aclaramiento de 5-FU. El modelo farmacodinámico que explicó la neutropenia inducida por CAP se basó en el modelo publicado por Friberg et al. e incorporó el efecto del tratamiento concomitante con oxaliplatino como covariable significativa sobre la pendiente del modelo.

Se realizaron simulaciones estocásticas (n=500) combinando los resultados de las diferentes covariables significativas. La exposición y los objetivos de seguridad considerados fueron el área bajo la curva de 5-FU (AUC5-FU) entre los días 7 y 8 de tratamiento y la aparición de neutropenia grado 3-4 (G3-4) al cuarto ciclo de tratamiento, respectivamente. El intervalo de dosificación de CAP fue de 588 a 2.941 mg/m²/24h (dosis equivalentes entre 500 y 2.500 mg/12h para un paciente con superficie corporal de 1,7 m²) en monoterapia y en combinación con oxaliplatino (130 mg/m²), para cada uno de los SNP seleccionados. La individualización de la pauta posológica se realizó con el objetivo de obtener menos de un 5% de probabilidad de presentar neutropenia G3-4.

RESULTADOS

El umbral de exposición que se relacionó con la aparición de neutropenia G3-4 en pacientes en tratamiento con CAP y oxaliplatino fue de 26 mg·h/L, mientras que fue de 70 mg·h/L en los pacientes en tratamiento en monoterapia. El efecto incrementado en los pacientes en tratamiento concomitante con oxaliplatino se manifiesta como un mayor descenso en el recuento absoluto de neutrófilos.

Los pacientes portadores del alelo mutado para el SNP rs2271862 pueden recibir capecitabina en monoterapia a dosis ≤2.941 mg/m²/24h (dosis equivalente a 2.500 mg/1,7m²/12h) y de ≤1.765 mg/m²/24h (dosis equivalente a 1.500 mg/1,7m²/12h) en combinación con oxaliplatino.

Los pacientes portadores del alelo salvaje para el SNP rs2271862 pueden recibir capecitabina en monoterapia a dosis ≤2.353 mg/m²/24h (dosis equivalente a 2.000 mg/1,7m²/12h) y ≤588 mg/m²/24h (dosis equivalente a 500 mg/1,7m²/12h) en combinación con oxaliplatino.

CONCLUSIONES

La determinación genética del SNP rs2271862 presente en el gen ABC y la monitorización farmacocinética de 5-FU tras la administración oral de capecitabina o tras la administración de 5-FU en perfusión intravenosa proporciona información crucial para la individualización posológica en pacientes con CCR. La estrategia de dosificación propuesta reduce el riesgo de neutropenia G3-4, especialmente en pacientes que reciben tratamiento concomitante con oxaliplatino, evitando comprometer la efectividad a largo plazo y la seguridad del tratamiento antineoplásico.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1539. MODELO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL EN PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA E INFECCIÓN GRAVE

AUTORES

BASTIDA FERNÁNDEZ C, HERNÁNDEZ TEJERO M, AZIZ F, ESPINOSA C, SANZ M, BRUNET M, FERNÁNDEZ J, SOY D
HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. CALLE VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Las infecciones bacterianas son una complicación frecuente en pacientes con cirrosis descompensada, con un alto impacto en la progresión de la enfermedad. Meropenem es un antibiótico de amplio espectro empleado como tratamiento empírico en infecciones graves. Su farmacocinética (FC) puede verse alterada en pacientes con cirrosis, especialmente por la presencia de un tercer espacio, poniendo en peligro alcanzar la diana FC/farmacodinámica (FC/FD). El objetivo de este estudio es describir las características FC de meropenem en pacientes con cirrosis descompensada e infecciones bacterianas graves, identificar factores de variabilidad FC y evaluar el comportamiento de diferentes pautas de dosificación para optimizar la diana FC/FD.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional realizado en un hospital universitario de tercer nivel. Se recogieron datos demográficos y clínicos, y muestras de suero para el análisis FC de pacientes con cirrosis en tratamiento con meropenem. Se desarrolló un modelo FC poblacional con modelos no lineales de efectos mixtos (NONMEM). El modelo final permitió simular la exposición a meropenem con el fin de evaluar la probabilidad de alcanzar la diana terapéutica.

RESULTADOS

Se incluyeron 55 pacientes en el estudio. El modelo FC poblacional se desarrolló con datos de los primeros 45 pacientes y se validó, con datos de los 10 pacientes restantes. El modelo lineal de un compartimento es el que mejor describió los

datos concentración-tiempo. Los parámetros FC (promedio \pm desviación estándar) fueron: $8,29 \pm 8$ L/h para aclaramiento plasmático (CL) y 26,9 L para volumen de distribución aparente (V). El aclaramiento de creatinina (CrCl) y la puntuación MELD influenciaron de forma significativa el CL de meropenem. El fallo hepático agudo sobre crónico (ACLF) afectó significativamente el V. Las simulaciones de Monte-Carlo mostraron que se requieren dosis inferiores de meropenem a medida que disminuye el CrCl y aumenta la puntuación MELD. Los pacientes con ACLF presentarán concentraciones máximas de meropenem inferiores a las estimadas en pacientes sin ACLF.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio identifica dos nuevas covariables, además del CrCl, que influyen la FC de meropenem en pacientes con cirrosis descompensada: la puntuación MELD y la ACLF. Se pueden establecer recomendaciones de dosis para alcanzar cierta diana FC/FD teniendo en cuenta las diferentes covariables clínicas y la concentración mínima del patógeno.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1567. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE IMATINIB COMO TRATAMIENTO EN LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, GONZÁLEZ DE LA FUENTE GA, GONZÁLEZ GARCÍA J, VIÑA ROMERO MM, CANTARELLI L, GARCÍA CAIRÓS J, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Masatomo M, et al. (Biol. Pharm. Bull. 38,645–654(2015)) mostraron la utilidad de la monitorización de los niveles plasmáticos (TDM) de imatinib como estrategia para guiar su dosificación y lograr así, respuestas más rápidas y profundas en pacientes con leucemia mieloide crónica (LMC): la tasa de respuesta molecular mayor (RMM) es superior en los pacientes que alcanzan niveles > 1.000 ng/mL (Odds-ratio: 2,48; IC95% [1,82-3,38]; $p < 0,0001$).

El objetivo del presente trabajo ha consistido en mostrar los resultados preliminares de un estudio sobre la TDM de imatinib en el tratamiento de la LMC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional de tipo retrospectivo de tres años (2015-2018) que comparó los resultados obtenidos entre los pacientes en tratamiento para la LMC con imatinib en primera línea monitorizado frente a una cohorte histórica sin monitorizar.

Para estudiar la efectividad de la TDM, se determinó la tasa de RMM a los 12 meses y a los 24 meses desde el inicio de tratamiento. También se determinó el tiempo medio que transcurría hasta el logro de la RMM en los dos primeros años de tratamiento (TRMM).

Para determinar si existían diferencias entre los dos grupos respecto a las tasas de RMM, se realizó una prueba Chi-cuadrado; se llevó a cabo un test t de Student para evaluar la significancia estadística entre los TRMM medios, mediante el programa estadístico SPSS®v22.

El estudio de las diferencias entre las características basales de los pacientes, se realizó mediante una prueba t de Student para las variables cuantitativas-continuas y Chi-cuadrado para las variables cualitativas-dicotómicas.

El estudio fue autorizado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del centro del referencia.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 23 pacientes (edad media 67,7 años (32-93); 56,5%(n=13) varones). La cohorte histórica fue de 17 pacientes (73,9%) y el grupo de pacientes con-TDM de imatinib el 26,1%(n=6).

Las características basales de los grupos con-TDM versus sin-TDM, fueron similares: edad media (75,3 versus 64,6 años; $p=0,105$); Sokal alto al diagnóstico (0% versus 5,9%(n=1); $p=0,54$), respectivamente.

Dos de los pacientes con-TDM precisaron ajustes posológicos por presentar niveles infraterapéuticos durante alguno de sus ciclos.

La tasa de RMM a los 12 meses con-TDM vs sin-TDM fue del 66,7% vs 47% ($p=0,408$) y a los 24 meses 83,3% vs 70,6% ($p=0,54$).

La TRMM de ambos grupos fue, respectivamente: 10 versus 12,6 meses ($p=0,357$).

CONCLUSIONES

Con el presente estudio hemos podido confirmar como existe una tendencia de mejoría tanto en la RMM a los 12 como a los 24 meses en el grupo de pacientes con monitorización de niveles plasmáticos de imatinib. Los resultados futuros de este estudio en los próximos años, nos permitirán confirmar la significación estadística de estas tendencias y revelar de esta forma el papel de la TDM en el tratamiento de la LMC con imatinib.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1600. DETERMINACIÓN FARMACOCINÉTICA DE AFLIBERCEPT INTRAVÍTREO MEDIANTE IMAGEN MOLECULAR

AUTORES

LUACES RODRIGUEZ A, MONDELO GARCÍA C, GONZÁLEZ BARCIA M, ZARRA FERRO I, OTERO ESPINAR FJ, AGUIAR FERNÁNDEZ P, FERNÁNDEZ FERREIRO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Los estudios farmacocinéticos de los fármacos antiVEGF empleados en el tratamiento de la degeneración macular asociada la edad (DMAE) son muy limitados debido a que suelen basarse en determinaciones indirectas de niveles plasmáticos. La determinación directa de los niveles de fármaco en el vítreo sería el “gold standart”, sin embargo, la invasividad del método ha limitado su aplicación.

El objetivo del presente trabajo es la determinación de niveles de aflibercept intravítreo radiomarcado utilizado la imagen molecular como técnica de determinación directa y no invasiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio preclínico en ratas macho Sprague-Dawley (peso: 250 g) en el que se estudia la farmacocinética intraocular y sanguínea de aflibercept intravítreo a lo largo del tiempo. Inicialmente se procede al radiomarcado del antiVEGF con el trazador Zirconio89 (89Zr). Posteriormente, se realiza la inyección intravítrea de aflibercept radiomarcado con 89Zr (89Zr-aflibercept) en 10 ojos de 5 ratas adultas. El procedimiento se llevó a cabo anestesiando los animales en una cámara con isoflurano 3%. Se inyectaron 4 µL del anticuerpo marcado con 89Zr en el vítreo a través de pars plana con la ayuda de un microscopio quirúrgico y usando una aguja de 35 G. Después de la inyección, se introdujeron los animales anestesiados en un sistema preclínico PET/TAC y se monitorizó la actividad vítrea detectada a lo largo del tiempo. Paralelamente también se realizaron mediciones plasmáticas del 89Zr-aflibercept que se iba eliminando del ojo.

RESULTADOS

La eficacia del radiomarcado para el 89Zr-aflibercept ha sido del 93,8% y la pureza radioquímica después de la ultrafiltración del 98,6%. En los estudios PET, se ha detectado 89Zr-aflibercept en el vítreo hasta el día 11 post-inyección. La farmacocinética de los niveles de aflibercept en el vítreo se ha ajustado a una disminución exponencial en dos fases con una fase rápida de eliminación hasta el día 3, seguido de una fase de eliminación más lenta. Por otra parte, las medidas indirectas de las determinaciones plasmáticas han mostrado una vida media de 3,53 días. A nivel de seguridad, ninguno de los ojos desarrolló evidencia de endoftalmítis, uveítis u otros eventos adversos durante el estudio.

CONCLUSIONES

Este estudio representa el primer trabajo publicado sobre la farmacocinética intravítrea de aflibercept radiomarcado. La imagen molecular constituye una técnica no invasiva que permite la determinación directa a nivel vítreo de fármacos radiomarcados. Esta técnica se muestra, por tanto, como una prometedora herramienta para el estudio farmacocinético de nuevos fármacos en desarrollo que estén destinados al tratamiento de patologías retinianas.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGÉNICA

1627. SUSTITUCIÓN DE LA ESPECIALIDAD EPANUTIN A SINERGINA A TRAVÉS DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA

AUTORES

CORRAL ALAEJOS Á, JIMÉNEZ CASAUS J, FERNÁNDEZ CAÑABATE S, DIAZ MADERO A, GODA MONTIJANO G, MARTÍN DOMÍNGUEZ T, GIL NAVARRO I, GIL VALIÑO C
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVENIDA DE REQUEJO 35. ZAMORA

OBJETIVOS

En septiembre de 2019, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios comunicó el cese de comercialización de fenitoína sódica (Epanutin®) el cual debería ser sustituido por fenitoína ácida (Sinergina®). Dado que Sinergina® libera en torno a un 8% más de fenitoína que Epanutin®, sus dosis no son equipotentes. El objetivo del trabajo fue la sustitución del tratamiento entre ambas especialidades a través de la monitorización farmacocinética de concentraciones plasmáticas del fármaco en los pacientes de un área de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, y multidisciplinar, llevado a cabo en un hospital de segundo nivel. En septiembre de 2019 se comunicó al equipo de neurología el cese de comercialización de Epanutin®, proponiendo cambiar el tratamiento a Sinergina® guiado a través de la monitorización farmacocinética. El servicio de farmacia de atención primaria, a través del Sistema de Información de Consumo Farmacéutico identificó a los pacientes del área en tratamiento con Epanutin®, informando al médico de familia y facilitándoles una solicitud de petición de niveles. Se propuso realizar dos monitorizaciones farmacocinéticas: una previa al cambio y otra al mes tras el cambio.

La determinación de las muestras se llevó a cabo mediante ensayo inmunoenzimático, con el aparato Inmulate-2000 de Siemens®. Para la estimación de las concentraciones se utilizó el programa PKS® (Pharmacokinetic System by Abbot®). Se registraron datos de sexo, edad, fecha de inicio de tratamiento con fenitoína, pauta posológica antes y después del cambio de especialidad y tratamientos concomitantes.

RESULTADOS

Fueron identificados 34 pacientes en tratamiento con Epanutin®, siendo un 65% varones. La mediana [rango] de edad fue de 77 [48-96] años. 9 pacientes tenían pautado al menos otro fármaco antiepiléptico de forma concomitante. Todos los pacientes llevaban en tratamiento con Epanutin® al menos 8 años, de los cuales, un 41% no había tenido nunca una monitorización farmacocinética de concentraciones plasmáticas de fenitoína. Todas las concentraciones de fenitoína fueron corregidas por el nivel de albúmina del paciente.

Tras la comunicación con el médico de familia, se tuvo una aceptación de la propuesta de un 76,5% realizándose una primera monitorización a 26 pacientes. Tras esta monitorización, 13 pacientes tenían concentración de fenitoína infraterapéutica (tres de ellos indetectables), 3 concentraciones elevadas, y 10 concentraciones dentro del margen terapéutico. Teniendo en cuenta estos resultados, y el cambio de presentación del fármaco, se propusieron

modificaciones posológicas al pautar Sinergina® en el 70% de los pacientes que habían sido monitorizados, incrementando la dosis en 11 pacientes, disminuyéndola en 8, y suspensión del fármaco en otro paciente, dado que no tenía indicación de tratamiento, siendo aceptadas todas las propuestas.

La segunda monitorización, realizada después del cambio de presentación, únicamente se realizó en 5 pacientes, encontrándose todas las concentraciones dentro del margen terapéutico.

CONCLUSIONES

La monitorización farmacocinética de fármacos de estrecho margen terapéutico es una herramienta fundamental para intercambiar presentaciones del mismo fármaco con diferente biodisponibilidad. La cooperación entre el farmacéutico hospitalario, farmacéutico de atención primaria, neurólogo y médico de familia ha hecho posible que el cambio de Epanutin® a Sinergina® se haya realizado de manera segura y eficaz.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1631. COMPARACIÓN DE CUATRO MODELOS FARMACOCINÉTICOS PARA LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE VANCOMICINA

AUTORES

HERRERA HIDALGO L, ALONSO MORENO M, DEL VALLE MORENO P, GUIADO GIL AB, GIL NAVARRO MV, ALFARO LARA ER
HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO. C/ MANUEL SIUROT SN. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar las predicciones de concentraciones vancomicina y el consiguiente ajuste posológico, según diferentes modelos poblacionales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes adultos en tratamiento con vancomicina en un hospital de tercer nivel. Se seleccionaron 20 pacientes monitorizados por el Servicio de Farmacia que tuvieran 2-3 concentraciones de vancomicina en el estado estacionario.

Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, peso, talla, creatinina, diagnóstico, aislamiento, concentración mínima inhibitoria (CMI) y tipo de infusión. Se realizaron estimaciones de concentraciones plasmáticas y área bajo la curva (AUC) según cuatro modelos poblacionales (1-4) mediante un ajuste bayesiano bicompartimental. Para ello se utilizaron tres softwares farmacocinéticos: Abbottbase-Pharmacokinetic System (1), InsightRx (2) (3) (incluye dos modelos poblacionales de adultos), Individually Designed Optimum Dosing Strategies (4). Se evaluó la desviación de las concentraciones estimadas por cada software respecto de las concentraciones reales (media \pm desviación estándar) y la adecuación del ajuste posológico según los siguientes objetivos: en infusión intermitente (II) concentración valle (Cmin) de 15-20 mg/dl y en infusión continua (IC) concentración en estado estacionario (Css) de 20-25 mg/dl. Se consideraron acertados valores con una variación ± 1 punto del rango objetivo.

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes no críticos, el 75% (n=15) hombres. La edad media fue de 55.5 (28-80) años. El tratamiento con vancomicina fue dirigido en el 75% (n=15) de los casos. Los microorganismos aislados fueron Enterococcus faecium (n=10), Staphylococcus aureus (n=3) y Staphylococcus epidermidis (n=1). El tipo de infusión fue continua en el 75% de los casos (n=108) e intermitente en el 25% (n=36). Se estimaron 144 concentraciones, con una (n=80) o dos (n=64) concentraciones previas. El porcentaje de acierto y de desviación de la concentración real total y según el tipo de infusión y el AUC y AUC/CMI estimados (media \pm desviación estándar) de los modelos 1, 2, 3 y 4 respectivamente fueron:

% acierto total: 86%, 72%, 72% y 75%.

% desviación total: 10.2 \pm 7%, 15.4 \pm 11.2%, 15.4 \pm 11.6% y 14.3 \pm 10.1%.

% acierto II: 77.8%, 55.6%, 44.4% y 66.7%.

% desviación II: 15.6 \pm 5.4%, 26.6 \pm 12.3%, 23.8 \pm 14.8% y 20.8 \pm 14.4%.

% acierto IC: 89%, 78%, 82% y 78%.

% desviación IC: 8.4 \pm 6.6%, 11.6 \pm 7.9%, 8.7 \pm 7.4% y 12.2 \pm 8.9%.

AUC: 516 \pm 71, 481 \pm 52, 512 \pm 63 y 491 \pm 73-

AUC/CMI: 746 \pm 420, 654 \pm 387, 695 \pm 491 y 673 \pm 480.

CONCLUSIONES

En general, el porcentaje de recomendaciones acertadas fue aceptable y solo superior al 80% para el modelo 1. La desviación entre los valores estimados y reales osciló entre el 10.2% y el 15.4%, siendo menor con el modelo 1, incluido en el software Abbottbase-Pharmacokinetic System. El menor grado de acierto en la estimación de concentraciones en II respecto al de IC, puede deberse al menor número de concentraciones incluidos y a una mayor sensibilidad a los errores de precisión de los datos dado el carácter retrospectivo del estudio. La validación de los modelos poblacionales usados para hacer predicciones bayesianas en cada población es fundamental antes de su aplicación a la clínica, así como su correcta interpretación por parte de un experto en farmacocinética clínica.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1654. DOSIFICACIÓN DEL FACTOR VIII EN PROFILAXIS EN EL PACIENTE HEMOFÍLICO OBESO

AUTORES

ALVAREZ TOSCO KI, OCAÑA GÓMEZ MÁ, PÉREZ MARTÍN CY, FERRER MACHÍN A, VERA CABRERA M, DE DIOS GARCÍA D, RIOS DE PAZ M, MERINO ALONSO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CARRETERA DEL ROSARIO, 145 / SANTA CRUZ DE TENERIFE. LAS PALMAS

OBJETIVOS

Evaluar la individualización de la dosificación en profilaxis de factor VIII por peso ideal en un paciente obeso con hemofilia A.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente varón de 35 años con hemofilia A grave, inversión del intrón 22 como alteración genética, obesidad tipo III (IMC de 47.5 kg/cm²), peso 130kg y altura 165cm. En profilaxis con Factor VIII cada 72 horas. La dosificación del factor VIII se determina en función del peso corporal a través de la siguiente fórmula: $[P \text{ (kg)} \times \% \text{ de factor deseado}] / 2$. En base al peso real del paciente le correspondería una dosis de 6500UI, sin embargo, la pauta profiláctica actual con factor VIII es de 3000UI cada 72h, es decir, presenta una dosificación en función de su peso ideal de 60kg. Esta pauta se encuentra avalada por diversos estudios que demuestran que no existen diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de sangrado o el requerimiento de transfusiones en pacientes obesos.

Para estimar los niveles de factor VIII en plasma durante el periodo de dosificación se utilizó el software de monitorización farmacocinética WAPPS-Hemo. Se tomaron tres muestras del paciente: pre-dosis, a la hora de la infusión y a las 29 horas después de la administración. De esta forma se obtuvo la curva de niveles plasmáticos del factor VIII con respecto al tiempo tras una dosis de factor y para una semana de tratamiento. Mediante estudios observacionales se ha demostrado que el parámetro que parece estar más relacionado con el riesgo de sangrado es el nivel valle, se ha establecido que niveles valle inferiores a 0,01UI/ml están asociados con un aumento del porcentaje de sangrados.

RESULTADOS

En nuestro paciente, con la pauta actual se estimaron valles de 0,035 UI/ml y niveles superiores a 0,01UI/ml hasta 97 horas tras la administración de una sola dosis. Por otro lado, los picos estimados fueron de 0,85 UI/ml, una concentración superior a la esperada con esa dosis por peso real. Si utilizamos la fórmula anteriormente citada, con la dosis de 3000 UI para un peso de 130kg la concentración pico alcanzada sería de 0,46 UI/ml.

La dosificación de los factores por peso ideal parece evitar una sobredosificación y disminuir el número de unidades de producto necesarias por paciente, sin comprometer su seguridad y eficacia. La estimación de los parámetros farmacocinéticos individualizados, nos ha permitido determinar que se alcanza el objetivo terapéutico.

CONCLUSIONES

En el paciente obeso hemofílico el ajuste de dosificación por peso ideal y la monitorización de las concentraciones de factor VIII ha permitido una cobertura adecuada de los niveles de factor. Cualquier complicación durante el seguimiento del paciente podemos considerar que pueda deberse a otras causas (sobrepeso, actividad física, etc.) pero no al déficit de factor.

El seguimiento de la profilaxis individualizada guiada por monitorización farmacocinética no solo favorece alcanzar la eficacia y seguridad del factor VIII en estos pacientes, sino que promueve la eficiencia del sistema por la optimización de unidades consumidas.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1657. ANÁLISIS FARMACOCINÉTICO DE LA DISPOSICIÓN DE FLUDARABINA ANTES DE LA INFUSIÓN DE LA TERAPIA AVANZADA CON CAR-T

AUTORES

MIARONS FONT M, FARRIOLS DANES A, RIVERA SÁNCHEZ L, VALDIVIA VADELL C, IACOBONI GARCÍA-CALVO G, BARBA SUÑOL P, GORGAS TORNER MQ, CARRERAS SOLER MJ
HOSPITAL VALL D'HEBRON. PASSEIG VALL D'HEBRON 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

La infusión de células T con receptores de antígenos quiméricos contra CD19 (CAR-T), requiere de la administración previa de un tratamiento quimioterápico linfodeplectivo basado en fludarabina y ciclofosfamida. En nuestro hospital, se realiza un periodo de lavado de 2 a 4 días entre la administración de fludarabina y ciclofosfamida, y la infusión de CAR-T, siguiendo las recomendaciones de las fichas técnicas de las especialidades comercializadas. No obstante, no existe una evidencia clara de que la fludarabina se haya eliminado por completo del organismo en el momento de la infusión, pudiendo afectar a la eficacia de las células. Además, la vía de excreción renal es la principal vía de eliminación de fludarabina; pero tampoco se ha establecido un consenso de ajuste de dosis según función renal en este contexto.

El objetivo principal de este estudio es confirmar, mediante un modelo teórico, la adecuada disposición de fludarabina previa a la infusión de CAR-T teniendo en cuenta el número de días transcurridos desde la última dosis. El objetivo secundario es confirmar si hay diferencias teóricas en la disposición de fludarabina una vez ajustada la posología por función renal y superficie corporal en cada paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de simulación para obtener concentraciones plasmáticas (Cp) teóricas de 12 pacientes en tratamiento con fludarabina utilizando los parámetros farmacocinéticos de un modelo poblacional previamente descrito en la literatura (Langenhorst JB, et al. Clinical pharmacokinetics 2019) en niños y adultos durante el acondicionamiento previo al trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas (TPH). El modelo que mejor describió la disposición de fludarabina fue un modelo de tres compartimentos con cinética de primer orden. Utilizando este modelo, se evaluaron diferentes posologías según superficie corporal y ajustando por función renal (siguiendo el protocolo institucional). La fracción de fármaco eliminada (FFE) se calculó mediante: $(Cp \text{ inicial} - Cp \text{ final})/Cp \text{ inicial}$ y la fracción de fármaco remanente (FFR) mediante: $1 - FFE$. Se realizó una simulación de Monte Carlo de 1000 sujetos mediante NONMEM versión 7.4.

RESULTADOS

La FFE a los 3 días de la administración de fludarabina fue de 0.899, es decir, se eliminó un 89,9% (IC 85,9-93,8%) de fármaco y la FFR en el organismo de 0.101, es decir, permaneció un 10,1% (IC de 6,2-14,2%) de fármaco. A los 4 días se eliminó el 93,6% (IC 91,6-97,1%), permaneciendo remanente el 6,4% (2,9-8,4). Los pacientes que presentaron mayor FFR, tanto en el tercer como en el cuarto día, fueron los pacientes de mayor superficie corporal (de 70 y 80 kg). Después del ajuste de dosis por función renal, la FFR en el organismo fue similar.

CONCLUSIONES

En conclusión, según los modelos teóricos de simulación, observamos que, tanto los pacientes con función renal normal como alterada se podrían beneficiar de la administración de CAR-T al menos 4 días después de la fludarabina. Para confirmar los resultados obtenidos mediante esta simulación y evaluar posibles implicaciones en la práctica clínica se plantea la necesidad de iniciar un proyecto de investigación en el que se determinen las concentraciones plasmáticas de fludarabina a los pacientes que recibirán la infusión de CAR-T.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1699. USTEKINUMAB: RESULTADOS EN VIDA REAL Y MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA

AUTORES

BALLESTA LÓPEZ O, CENTELLES ORIA M, MARQUÉS MIÑANA MR, FERRADA GASCÓ A, GUERRERO HURTADO E, FERNÁNDEZ SÁNCHEZ M, NOS MATEU P, POVEDA ANDRES JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

1) Evaluar el perfil de utilización y la eficacia de ustekinumab (UST) en pacientes con fracaso a antiTNF, 2) Analizar los niveles plasmáticos de UST en el proceso de toma de decisiones clínicas, 3) Evaluar la seguridad

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) en tratamiento con UST y bajo monitorización farmacocinética (MPK) desde 09/2017 hasta 05/2019 en pacientes que recibieron al menos 2 administraciones de UST. Variables recogidas: sexo, edad, peso, índice de masa corporal (IMC), dosis y frecuencia de administración de UST, medicación concomitante, fecha de inicio y suspensión, índice de Harvey (IH), calprotectina fecal (CF) y proteína C reactiva (PCR) medidos antes y después de comenzar tratamiento con UST (semana 16), concentración plasmática valle de UST (CVU), anticuerpos anti-ustekinumab (AAU) y efectos adversos (EAs). Se consideró como punto de corte objetivo el intervalo terapéutico (IT) de 1,0-4,5 µg/mL publicado por Restellini et al. (2018) y se consideró remisión completa (RC) si $IH \leq 4$. Análisis estadístico: porcentajes y medias/medianas con intervalo de confianza al 95% (IC95%)/rango intercuartílico (RIQ). Se utilizó el test de signos de Wilcoxon para determinar diferencias entre IH, PCR y CF antes y después de iniciar UST.

RESULTADOS

Se incluyeron 49 pacientes (38% varones), con una edad mediana de 46 años (mínimo-máximo: 19-79), un peso e IMC medios de 69,6 kg (IC95%: 64,5-74,8) y de 25,7 kg/m² (IC95%: 23,7-27,8), respectivamente. 31 pacientes (63%) llevaban pauta de 90 mg/8 semanas, 6 (12%) de 90 mg/4 semanas, 2 (4%) de 90 mg/12 semanas y el resto se desconoce. 19 pacientes (39%) con UST y medicación concomitante (n=11 azatioprina; n=7 metotrexate; n=1 salicilatos). La mediana de duración del tratamiento fue de 21,7 meses (RIQ: 19,9-24,9). 40 pacientes (82%) continuaban en tratamiento al finalizar el estudio. La media del IH basal y durante el tratamiento con UST fue de 4 y 3, respectivamente. 14 pacientes (29%) entraron en RC. Los valores de PCR y CF en semana 16 fueron menores a los valores basales. En ambos casos, la diferencia no resultó ser estadísticamente significativa. La mediana de CVU post-inducción (semana 8) fue de 5,60 µg/mL (RIQ: 3,3-12,6). La mediana de CVU en mantenimiento (semana 16 a posteriores) fue de 1,46 µg/mL (RIQ: 0,44-2,36). Gracias a la MPK, en 29 pacientes (59%) se intensificó y en 2 (4%) se desintensificó la pauta. En 37 pacientes (76%) se encontraron CVU dentro del IT objetivo en algún momento de la MPK. La PCR y la CF medianas mientras las CVU estuvieron dentro del IT fueron de 4,6 µg/mL (RIQ: 1,8-10,2) y 331,1 µg/g (RIQ: 125,6-700,4), respectivamente. No se identificaron AAU en ningún paciente. 21 pacientes (43%) desarrollaron al menos un EA (artralgias en 10 pacientes, náuseas y vómitos en 6 y lesiones dérmicas en 5). El tratamiento se interrumpió en 8 (16%) pacientes, 4 por EAs y 4 por falta de eficacia.

CONCLUSIONES

Las tasas de RC son modestas y, de hecho, alrededor de un 75% de los pacientes requiere intensificación del tratamiento, a pesar de no identificarse la presencia de AAU. Alrededor del 60% de los pacientes toleraron el fármaco sin EAs. Las CVU obtenidas son similares a las descritas en la literatura. La MPK de CVU puede ser una herramienta para guiar al clínico en el proceso de toma de decisiones.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA**1838. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB TRAS CAMBIO DE PAUTA DE INTENSIFICACIÓN POSOLÓGICA****AUTORES**

ELBERDÍN PAZOS L, OUTEDA MACIAS M, PORTA SÁNCHEZ MÁ, DIZ-LOIS PALOMARES MT, GONZÁLEZ CONDE B, VÁZQUEZ REY MT, ESTÉVEZ PRIETO E, MARTÍN HERRANZ MI
CHUAC. A CORUÑA. A CORUÑA

OBJETIVOS

Adalimumab es un anticuerpo monoclonal anti-TNF con amplia utilización en enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Algunos pacientes precisan pauta de intensificación para alcanzar respuesta clínica. Hasta ahora la pauta de intensificación posológica se realizaba con adalimumab 40 mg c/semana. Recientemente se ha comercializado una presentación de adalimumab de 80 mg (Humira®), permitiendo modificar esta pauta a 80 mg c/2 semanas y disminuyendo el número de administraciones mensuales. Nuestro objetivo es analizar si hay cambios en las concentraciones de adalimumab y la respuesta clínica tras la modificación de pauta de intensificación en pacientes con EII en un hospital de nivel terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo del 100% de pacientes con EII a tratamiento con adalimumab intensificado (40 mg/semanal) que otorgaron su consentimiento informado. Se modificó la posología a 80 mg c/2 semanas. Periodo estudio: octubre/2018-enero/2020.

Variables recogidas: Sexo, edad, peso, diagnóstico, tiempo de tratamiento en momento intensificación, tiempo de pauta intensificada, medicación inmunomoduladora concomitante, concentración adalimumab y anticuerpos anti-adalimumab (ATAs), calprotectina, PCR, respuesta clínica (Harvey-Bradshaw index-HBI-, partial Mayo score-PMS-). Se realizó entrevista clínica en consulta de "Monitorización Farmacocinética" y "Atención Farmacéutica Terapia Biológica Digestivo". Las determinaciones de concentración plasmática de adalimumab y ATAs se realizaron inmediatamente antes de la administración del medicamento (C_{min}). Determinación y cuantificación de concentraciones de adalimumab y ATAs mediante dos inmunoensayos ELISA tipo sándwich (analizador Triturus®).

Comparación de variables de concentración y respuesta clínica antes (periodo 1) y tras cambio posológico (periodo 2).

Estadística: Análisis descriptivo de variables (programa SPSS versión 24.0): variables cualitativas (%), variables cuantitativas (mediana y rango), cálculo significación estadística mediante prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

RESULTADOS

13 pacientes (61,5% hombres), 52 (25-65) años, 80 (54-107) Kg. Diagnóstico: 76,9% enfermedad de Crohn; 23,1% colitis ulcerosa. Tiempo tratamiento antes de intensificación posológica: 23,7 (1,2-67,5) meses.

Periodo 1: posología 40 mg/semana. 32,2 (12,8-80,7) meses tratamiento intensificado. 38,5% pacientes tratamiento inmunomodulador concomitante (4-azatioprina, 1-metotrexato). C_{min40}= 15,6 (1,10-38,40) mcg/ml. 100% pacientes ATAs < 2 UA/ml. Calprotectina= 111,1 (0-412) mg/Kg; PCR= 0,34 (0,04-1,27) mg/dl. HBI=0,00 (IQR 0,00-2,50), PMS=0 (0-1).

Periodo 2: posología 80 mg c/2 semanas. 35,9 (18,6-84,4) meses tratamiento intensificado; 3,9 (3,5-5) meses tras cambio posológico. No cambios en tratamiento inmunomodulador concomitante en ningún paciente. C_{min80}= 10,8 (0,60-35,30) mcg/ml. 100% pacientes ATAs < 2 UA/ml. Calprotectina= 132,5 (34-2349) mg/Kg; PCR= 0,27 (0,04-1,02) mg/dl. HBI=0,50 (IQR 0,00-2,75), PMS=0 (0-1).

En 1 paciente se modificó la pauta de intensificación a 40 mg/semanal por aparición de síntomas gastrointestinales (C_{min40}=8,6 mcg/ml; C_{min80}=10,2 mcg/ml).

Comparación variables en ambos periodos (mediana, rango):

C_{min}= -0,5 (-4,85 a 13,80) mcg/ml; Calprotectina= 12,0 (-256 a 2349) mg/Kg; PCR= 0,04(-0,29 a 0,44) mg/dl.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las concentraciones y las variables de respuesta clínica (calprotectina, PCR, HBI, PMS) entre ambos periodos.

CONCLUSIONES

La modificación de la pauta posológica de intensificación de adalimumab de 40 mg/semanal a 80 mg c/2 semanas en pacientes con EII parece ser una estrategia útil, al permitir disminuir el número de administraciones mensuales de medicación, manteniendo concentraciones adalimumab y respuesta clínica en los pacientes.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA**1895. CREACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DOSIFICACIÓN DE GENTAMICINA POR PESO IDEAL AJUSTADO EN PACIENTES EMBARAZADAS.****AUTORES**

RODRÍGUEZ RAMALLO H, ARIAS FERNÁNDEZ JL, PEREA BRENES M, GIL MORENO MV, MONLEÓN RUIZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

La evidencia sobre la dosificación por peso ideal ajustado en embarazadas es limitada, y la dosificación de gentamicina intravenosa descrita con más frecuencia en la bibliografía es de 5 mg/kg al día de peso ideal. Sin embargo, debido a las alteraciones en la composición corporal que se producen en el embarazo, se ha hipotetizado que con la dosificación por peso ideal ajustado podrían obtener mejores resultados farmacocinéticos.

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de un protocolo diseñado por los Servicios de Farmacia y Medicina Maternofetal para la dosificación de gentamicina por peso ideal ajustado en gestantes con rotura prematura de membrana pretérmino (RPMPT) o fiebre intraparto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo. Se incluyeron las pacientes tratadas con gentamicina intravenosa en ampliación de intervalo por RPMPT, o fiebre intraparto en la Unidad de Medicina Maternofetal desde el 01/01/2019 al 15/02/2020.

Las variables recogidas fueron: Edad de la paciente, edad gestacional, peso, indicación (RPMPT o fiebre intraparto) y dosis de gentamicina intravenosa administrada. Como variables de efectividad y seguridad se utilizaron: nivel plasmático pico, extraído tras 30 minutos de finalizar la infusión de gentamicina y nivel plasmático valle, extraído justo antes de la siguiente dosis.

Con el objetivo de facilitar la dosificación de la gentamicina, desde farmacia, se diseñaron una serie de rangos de dosificación en función del peso ideal ajustado de las pacientes. Para simplificar el trabajo, éstos se extrapolaron a rangos de peso real utilizando una talla media teórica de 160cm.

Peso real Dosis

> 90Kg 340mg

80-90Kg 320mg

65-80Kg 300mg

50-65Kg 280mg

< 50Kg 240mg

- Peso ideal ajustado = $\text{Peso ideal} + 0,4 * (\text{peso real} - \text{peso ideal})$
- Peso ideal: $(50 + (2,3 * (\text{talla}/2,54 - 60)) - 4,5)$

Se consideró una concentración máxima efectiva entre 7-10 mg/L. Se consideró una concentración mínima adecuada si < 1 mg/L.

Se utilizó el test Kolmogorov-Smirnov para comprobar la distribución normal de las variables cuantitativas.

Para las variables con distribución normal se calcularon media y desviación típica como medidas de tendencia central y dispersión; para el resto, mediana y rango.

RESULTADOS

Se incluyeron 52 pacientes, edad 32,2 [$\pm 6,2$] años, edad gestacional 29,1 [$\pm 5,5$] semanas, talla 162,9 [$\pm 5,6$] cm, peso real 73,3 [$\pm 14,8$] kg, a las que se administró una dosis de gentamicina de 299 [$\pm 24,4$] mg. Cuatro pacientes fueron tratadas por fiebre intraparto, el resto (n=48) por RPMPT.

La media de la concentración pico fue 9 [± 3] mg/L, la mediana de la concentración valle 0,2 [0-2,8] mg/L.

El 86,5% (n=45) y el 97,1% (n=34) de las pacientes obtuvieron una concentración adecuada para pico y valle respectivamente. Sólo se extrajo concentración valle en 35 de 52 pacientes.

No hubo ninguna reacción adversa ni toxicidad relacionada con el medicamento.

CONCLUSIONES

Las concentraciones pico y valle se encontraron dentro del rango óptimo en la mayoría de pacientes.

La dosificación de gentamicina intravenosa por peso ideal ajustado tanto en profilaxis como en tratamiento de infecciones tras RPMPT parece segura y efectiva en nuestro medio.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1907. EMPLEO DEL RÉGIMEN DE INTENSIFICACIÓN DE INFILIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

CANTARELLI . L, CARRILLO PALAU M, GONZALEZ PONSJOAN S, NAZCO CASARIEGO GJ, GUTIERREZ NICOLAS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

En los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en tratamiento con infliximab (IFX), aproximadamente el 40% experimentan un fracaso terapéutico en su primer año de tratamiento. La intensificación del régimen posológico, es una estrategia empleada para revertir esta situación y disminuir la inmunogenicidad asociada a IFX.

El objetivo del presente estudio ha consistido en realizar un descriptivo del empleo del régimen de intensificación de infliximab, en un hospital de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico y retrospectivo, de tres años de duración (2017-2020), en el que se incluyó a todos los pacientes diagnosticados de EI en tratamiento con IFX. Mediante el uso de la herramienta informática SAP®, se recogieron las variables clínicas y demográficas correspondientes a edad, sexo, diagnóstico, fecha y pauta de intensificación del fármaco y duración total del tratamiento.

Se registraron los niveles plasmáticos de IFX y la presencia de anticuerpos anti-IFX (ADAs) para cada uno de los pacientes. Se evaluó el empleo de intensificación a los 6, 12 y 24 meses y motivo de la misma. Asimismo, se determinó si se realizó un cambio de línea terapéutica.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, un total de 171 pacientes con EI se beneficiaron del tratamiento con IFX (55% hombres (n=94); edad media: 45,9 años [18-86]). De estos, el 73,1% (n=125) fue diagnosticado de enfermedad de Crohn (EC), 26,3% (n=45) colitis ulcerosa (CU) y 0,6% (n=1) colitis indeterminada (CI).

La media (desviación estándar) de tiempo de tratamiento con IFX fue de 32,9 meses (\pm 30,1). El 39,8% de los pacientes (n=68) interrumpió el tratamiento con IFX (42,6% antes del primer año) debido a: 23,6% (n=16) de los casos por aparición de efectos adversos, 42,6% (n=29) por desarrollo de ADAs y/o presentar niveles infra-terapéuticos del fármaco ($<$ 3mcg/mL) y 33,8% (n=23) por criterios clínicos.

Un total de 114 pacientes (66,3%) fueron intensificados durante el estudio: en los 6 primeros meses el 29,1% (n=43), a los 12 meses un 44% (n=56) y a los 24 meses un 43% (n=39). El tipo de intensificación aplicada fue la siguiente: en el 85% de los casos (n=97) se aplicó un acortamiento del intervalo terapéutico (AI) de IFX a 5 mg/kg/4-6 semanas, en un 1,8% (n=2) una doble dosificación (DD) de IFX a 10 mg/kg/8 semanas y en el 13,2% (n=15) una doble intensificación (DD+AI) de IFX a 10 mg/kg/4-6 semanas. En el 41% de los pacientes intensificados (n=48) se monitorizaron niveles plasmáticos de IFX.

CONCLUSIONES

Este trabajo muestra como una alta proporción de pacientes (65%) se beneficia de un régimen intensificado de IFX, siendo la estrategia más empleada en nuestro medio aquella basada en el acortamiento del intervalo terapéutico. Asimismo, se ha demostrado como la monitorización de niveles plasmáticos es una estrategia cada vez más empleada como criterio predictivo de mala respuesta y motivo de cambio de línea de tratamiento, utilizándose en más del 40% de los casos en nuestra población.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1921. EXPRESIÓN DE PD-L1 EN PACIENTES TRATADOS CON PEMBROLIZUMAB: ¿PREDICTOR DE RESPUESTA?

AUTORES

BARBADILLO VILLANUEVA S, VILLACAÑAS PALOMARES MV, OCHAGAVÍA SUFRATEGUI M, GARCÍA-AVELLO FERNÁNDEZ-CUETO A, SOTO VALENCIA CM, MARTÍNEZ CALLEJO V, GARCÍA DE LA PAZ A, VALERO DOMÍNGUEZ M HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AV. DE VALDECILLA, 25, 39008 SANTANDER, CANTABRIA. CANTABRIA

OBJETIVOS

El bloqueo entre el receptor Programmed Death-1 (PD-1) de los linfocitos T y Programmed Death-Ligand 1 (PD-L1) en las células tumorales es uno de los principales mecanismos de acción de la inmunoterapia. Pembrolizumab es un inhibidor de PD-1 y en monoterapia está indicado en primera línea del cáncer de pulmón no microcíticometastásico (CPNMm) con una expresión de PD-L1 \geq 50% en células tumorales. Sin embargo, no se ha establecido la relación exacta entre la expresión PD-L1 y respuesta. El corte de \geq 50% proviene del diseño del ensayo clínico pivotal y se ha trasladado a la práctica clínica al considerar a este tipo de paciente candidato a recibir pembrolizumab sin quimioterapia.

El objetivo es estudiar si, en tumores con expresión de PD-L1 \geq 50%, existe mejor tasa de respuesta objetiva (TRO) y mayor supervivencia libre de progresión (SLP) en función de una mayor expresión de PD-L1.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes tratados con pembrolizumab desde enero de 2015 hasta marzo 2020 que hubieran recibido al menos cuatro ciclos para CPNMm en primera línea. Las variables recogidas fueron edad, sexo, expresión de PD-L1 y respuesta tras primera evaluación. Los datos se obtuvieron de la historia clínica informática y del programa de prescripción electrónica. Para comparar la TRO, se dividió a los pacientes en dos grupos según el grado expresión de PD-L1 ($<$ 75% o \geq 75%) y se calculó el porcentaje de pacientes que obtuvieron respuesta completa (RC) o respuesta parcial (RP) según criterios RECIST v1.1 para cada grupo. La valoración de la relación entre expresión de PD-L1 y SLP se realizó mediante regresión lineal con SPSS v19 para obtener el valor p.

RESULTADOS

Se analizaron 45 pacientes, de los cuales, cinco fueron excluidos por no tener respuesta evaluada. 52,5% hombres y 47,5% mujeres, con una media de edad de 66,8 años (\pm 8,64). La mediana de expresión PD-L1 fue 80% (50%-100%), con una mediana de SLP de 10,3 meses (3-34,9). 13 pacientes (32,5%) tenían una expresión de PD-L1 $<$ 75%, con una TRO de 76,9% y 27 (67,5%) una expresión de PD-L1 \geq 75% con una TRO de 70,4%. El valor p obtenido para la relación entre expresión de PD-L1 y SLP fue de 0,746, no significativo.

CONCLUSIONES

En nuestros pacientes, un mayor nivel de expresión de PD-L1, por encima del 50%, no se relaciona con una mejor TRO ni mayor SLP.

La diferencia de TRO entre los grupos < 75% y ≥75% fue solo de un 6,5%, obteniéndose una mayor TRO en el grupo de < 75%.

El valor p es alto, lo que sugiere que hay otros motivos por los que no se encuentra la relación, además de un tamaño muestral pequeño.

Estos datos sugieren que el corte de expresión de PD-L1 en ≥50% para recibir pembrolizumab en monoterapia es adecuado, ya que encontramos un beneficio clínico similar entre los grupos de expresión < 75% y ≥75%. Queda para futuros ensayos clínicos estudiar si fuese posible bajar el umbral para evitar la quimioterapia a más pacientes, sin perder beneficio clínico.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1941. DIAGNÓSTICO GENÉTICO DE DISLIPEMIA FAMILIAR Y FARMACOGENÉTICA DE HIPOLIPEMIANTES. INTEGRACIÓN DE ABORDAJES MÉDICO, FARMACÉUTICO Y BIOLÓGICO

AUTORES

RAMUDO CELA L, BERGAMINO M, SANTANA MARTÍNEZ S, GARCÍA RAMOS M, VÉLEZ VIEITEZ P, GARCÍA GIUSTINIANI DA, SANCHEZ MIRA E, MONSERRAT IGLESIAS L

HEALTH IN CODE, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE A CORUÑA (INIBIC), COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA (CHUAC), SERGAS. UNIVERSIDADE DA CORUÑA (UD. XUBIAS DE ARRIBA, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

Desarrollo e implantación de un servicio multidisciplinar médico, farmacéutico y biológico de diagnóstico genético de dislipemias familiares y de farmacogenética de hipolipemiantes en un mismo estudio.

MEJORAS ESPERADAS

Los estudios genéticos basados en paneles de NGS se emplean de rutina para el diagnóstico de dislipemias familiares. Un rediseño de estos paneles incluyendo regiones farmacogenómicas (estudio combinado) aumentará la utilización de los servicios de farmacogenética sin repercutir en los costes de laboratorio.

DISEÑO

El laboratorio de nuestro centro ha desarrollado un panel NGS orientado al diagnóstico genético de dislipemias familiares. Desde el servicio de farmacia, se realizó la recopilación de las principales regiones genómicas relacionadas con la farmacogenética de hipolipemiantes (SLCO1B1, CYP2C9 y CYP3A4) para su inclusión en dicho panel. Se prepararon los recursos bioinformáticos para la detección de variantes e inferencia de haplotipos y se integraron los datos clínicos procedentes de fichas técnicas (AEMPS y FDA), guías de práctica clínica (CPIC y DPWG) y bases de datos (PharmGKB) en un software de gestión de conocimiento que proporciona asistencia para la elaboración de informes clínicos.

CIRCUITO Y ETAPAS

Solicitud de estudio (diagnóstico o combinado).

Envío de muestra al laboratorio. Extracción de ADN. Secuenciación mediante NGS SureSelect (Agilent®) HiSeq1500 (Illumina®).

Proceso de datos con dos pipelines bioinformáticos (diagnóstico y farmacogenético) y carga de datos en la plataforma de gestión del conocimiento como dos estudios asociados al mismo paciente.

Elaboración de informes: informe molecular (biólogo), informe diagnóstico (médico), informe farmacogenético (farmacéutico).

Reunión y puesta en común de resultados. Comentario clínico integrado y portada común a todos los informes.

IMPLANTACIÓN

Se desarrolló un piloto de 6 meses (noviembre/2018-abril/2019) con el fin de evaluar resultados y mejoras del circuito.

Desde mayo/2019 el servicio está plenamente operativo.

RESULTADOS

En el plazo de mayo/2019 a mayo/2020 se realizaron un total de 317 estudios diagnósticos, de los cuales en 145 (45,7%) se realizó un informe farmacogenético.

En ellos, se identificaron variantes clínicamente relevantes en 86 (59,7%) pacientes. 62 (43,1%) pacientes en 1 gen, 10 (6,9%) en 2 genes y 14 (9,7%) en 3 genes. 53 (36,6%) pacientes en el gen SLCO1B1, 47 (32,6%) en CYP2C9 y 13 (9%) en CYP3A4.

Para aquellos pacientes portadores de alguna variante, se realizaron las recomendaciones correspondientes basadas en guías clínicas y fichas técnicas, tales como: (1) uso de estatinas metabolizadas por vías no alteradas (2) reducciones de dosis (3) seguimiento clínico estrecho de miopatía (CK).

LIMITACIONES

No se han recogido y evaluado datos de resultados en salud de los fármacos empleados. Se está diseñando una mejora del sistema para la recogida de éstos y generar una base de datos que permita evaluar correlaciones genotipo-fenotipo. Las tecnologías NGS implican un tiempo de respuesta de entre 3-5 semanas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Dos modalidades: (a) centros médicos con equipos NGS pueden adquirir los reactivos. (b) centros sin equipamiento pueden solicitar los estudios como un servicio externo y enviar las muestras (sangre, saliva).

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA**1942. CARACTERIZACIÓN FARMACOGENÉTICA INTEGRAL MEDIANTE SECUENCIACIÓN DE EXOMA COMPLETO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.****AUTORES**

BELOQUI LIZASO JJ, TEIJIDO HERMIDA O, DELGADO DE MORA L, MAILLO RUIZ DE INFANTE A, VICUÑA ARREGUI M, ALONSO SANCHEZ A, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. IRUNLARREA 4. NAVARRA

OBJETIVOS

Identificar, mediante la secuenciación de exoma completo, el genotipo y el correspondiente fenotipo de 19 farmacogenes que poseen recomendaciones de ajuste de dosis o terapia en guías o están implementados en algún sistema de salud (clase 1a-1b según Pharmgkb): CYP2B6, CYP2C19, CYP2C9, CYP2D6, CYP3A4, CYP3A5, CYP4F2, DPYD, G6PD, HLA-A, HLA-B, MT-RNR1, NUDT15, RYR1, SLC01B1, TPMT, UGT1A1, VKORC1, XPC. La caracterización se ha realizado en 161 pacientes de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Previo asesoramiento genético y firma de consentimiento informado aprobado por el CEIC, se extrajo DNA de una muestra de sangre periférica o saliva a los pacientes y se remitió al Centro Nacional de Análisis Genómico para la secuenciación de exoma completo (WES), mediante las librerías creadas con Nextera DNA Exome Kit (Illumina®) en la plataforma NextSeq550 System (Illumina®). El análisis bioinformático se diseñó y se llevó a cabo en el propio centro mediante pipeline propio desarrollado para el proyecto con la ayuda del programa Stargazer para la caracterización de CYP2D6 y Optitype_v1.3.3 para el tipado HLA. Se realizaron ensayos de qPCR de genotipado utilizando sondas TaqMan para las variantes intrónicas de los genes CYP3A4 (rs35599367), CYP3A5 (rs776746), CYP2C19 (rs12248560), MT-RNR1 (rs267606617 y rs267606618), UGT1A1 (rs887829) y VKORC1 (rs9923231). Según las variantes genéticas individuales obtenidas se asignó un genotipo para cada participante y cada gen, asociándose a su vez un fenotipo según los datos de la literatura y las recomendaciones del Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) y el Dutch Pharmacogenetics Working Group (DPWG)

RESULTADOS

El 100% de los pacientes presentan por lo menos 1 genotipo en alguno de los genes estudiados que estaría asociado a un fenotipo distinto del considerado normal en nuestra población. La mediana de genes por paciente que presentan un genotipo distinto del normal es de 6, con un máximo de 9 y un rango intercuartílico de 5-7. Si tenemos en cuenta solo los fenotipos extremos, metabolizadores ultrarápidos, rápidos y lentos junto con genotipos asociados a alta sensibilidad al fármaco o de elevado riesgo de hipersensibilidad, el 86% de la población presenta al menos 1 fenotipo extremo (Mediana= 2, Rango intercuartílico 1-3). Todos los pacientes salvo 2 (98,7%) presentan un perfil farmacogenético único, es decir, presentan una combinación de fenotipos en los 19 genes estudiados distinta al resto de participantes en el estudio. Esta cifra se reduce al 57,3% si se tienen en consideración únicamente los 7 genes pertenecientes al Citocromo P450, aunque el número de pacientes por cada uno de los perfiles farmacogenéticos es de 1,36.

CONCLUSIONES

La caracterización farmacogenética mediante la secuenciación de exoma completo permite establecer un perfil farmacogenético individual de cada paciente. La presencia de genotipos distintos del normal en la población, aunque resulta ser baja si se considera cada gen de forma individual, afecta a su totalidad al considerar todos los farmacogenes en conjunto, aun limitándose el estudio a los genes con mayor grado de evidencia. Los datos obtenidos con esta técnica pueden ayudar a la individualización de la terapia farmacológica en conjunto con otras disciplinas como la farmacocinética.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA**1972. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE 5-FLUOROURACILO EN PACIENTES CON CÁNCER COLORECTAL: COMPARACIÓN ENTRE DOS TÉCNICAS ANALÍTICAS****AUTORES**

MARTÍNEZ GÓMEZ MA, SÁNCHEZ GONZÁLEZ JL, MORATALLA MARTÍNEZ A, PORTA OLTRA B, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVENIDA GASPAR AGUILAR,90. VALENCIA

OBJETIVOS

Comparar dos técnicas analíticas, inmunoensayo de aglutinación de nanopartículas y cromatografía líquida de alta resolución, para la determinación plasmática de 5-fluorouracilo en pacientes con cáncer colorectal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo de 5 meses de duración (septiembre 2019-febrero 2020) en el que se incluyeron 15 pacientes en tratamiento con 5-fluorouracilo (Fluorouracilo Accord® 50mg/ml solución inyectable para perfusión) con los esquemas FOLFOX/FOLFIRI. Se extrajeron 17 muestras de sangre en tubo con EDTA de una vía periférica distinta a la de administración del tratamiento. A cada tubo se le inyectó 0,1ml de estabilizador (Saladax Biomedical). La extracción se realizó el día 2, 2-4h antes de finalizar la perfusión continua. De cada muestra se obtuvo plasma por centrifugación y se mantuvo a 2-8°C máximo 1 semana o a -20°C 1 mes.

***Técnicas:**

-Inmunoensayo de aglutinación de nanopartículas: Se utilizó la técnica My5-FU™ (Saladax Biomedical) incorporada en el autoanalizador ARCHITECT_c4000 (Abbott Laboratories), con un límite de detección(LD) y cuantificación(LC) de 0,052 y

0,085mg/l, respectivamente. El volumen de plasma fue 200µl y el tiempo de análisis 20min.

-Cromatografía líquida de alta resolución con detección ultravioleta (HPLC): Se desarrolló un método analítico con las siguientes etapas: 1) precipitación de proteínas con metanol; 2) extracción en fase sólida con cartuchos Discovery® DSC-CN 3ml; 3) pre-concentración mediante evaporación por vacío; 4) análisis cromatográfico: flujo, 0,5ml/min; fase móvil, metanol:ácido fórmico:agua (20:30:50,v/v); temperatura, 30°C; longitud de onda, 266nm; volumen de plasma, 1ml; tiempo de análisis, 10min/muestra; LD, 0,12mg/l y LC, 0,41mg/l. El tiempo total del proceso analítico fue 120min.

*Análisis estadístico: Se realizó la prueba t-student de comparación de medias con Stata 13.1. Para comparar las técnicas analíticas, se calculó el coeficiente de correlación intraclase (CCI) y se realizó el análisis de Bland-Altman y el método de regresión Passing-Bablok con el coeficiente de correlación de Spearman (ρ (rho)), utilizando como técnica de referencia HPLC; se empleó la aplicación MedCalc 19.2.

RESULTADOS

La concentración basal media de 5-fluorouracilo obtenido por inmunoensayo y HPLC fue 0,55mg/l (IC95%: 0,42 a 0,68) y 0,71mg/l (IC95%: 0,51 a 0,90), respectivamente ($p=0,077$). El CCI (0,83; IC95%: 0,54 a 0,94) indica que la concordancia entre técnicas es casi perfecta (criterios de Landis y Koch). Del análisis de Bland-Altman se deduce que ambas técnicas obtienen de media valores de concentración similares ya que la diferencia media es próxima a 0 (0,16; IC95%: 0,04 a 0,28; min -0,31 y max 0,63). Al hacer la recta de regresión de Passing-Bablok se obtuvo un punto de corte en el origen de 0,04 (IC95%: -0,07 a 0,21) y una pendiente de 0,80 (IC95%: 0,45 a 1,01), indicando ausencia de diferencias sistemáticas y proporcionales, respectivamente; el ρ (rho) muestra una correlación fuerte entre las técnicas (0,82; IC95%: 0,57 a 0,93; $p < 0,0001$).

CONCLUSIONES

La comparación de la técnica de inmunoensayo de aglutinación de nanopartículas respecto a la cromatografía líquida de alta resolución para la determinación de 5-fluorouracilo en la práctica clínica asistencial muestra una buena concordancia y correlación con ausencia de diferencias sistemáticas y proporcionales entre ambas técnicas. No obstante, la complejidad y el tiempo de procesado del método analítico utilizando HPLC hace que la técnica de elección sea el inmunoensayo.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2011. CLOZAPINA EN EL 2020. TRATAMIENTO DE ELECCIÓN FRENTE A SEGURIDAD

AUTORES

SEBASTIÁN CARRASCO C, LONGONI MERINO M, MECA CASASNOVAS N, GARRETA FONTELLES G, NICOLAS PICÓ J
HOSPITAL UNIVERSITARIO MÚTUA TERRASSA. PLAÇA DEL DOCTOR ROBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar el tratamiento con clozapina en pacientes con esquizofrenia resistente (E) y con psicosis (P), valorando eficacia y seguridad, mediante la determinación plasmática de niveles de clozapina y norclozapina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia o psicosis, ingresados en psiquiatría de un hospital universitario de 450 camas, de julio 2018 a diciembre 2019. De la historia clínica obtenemos: sexo, edad, diagnóstico, parámetros bioquímicos (hematología, troponinas), ingesta de alcohol, cafeína, tabaco y cannabis. También niveles plasmáticos (NP) de clozapina (rango terapéutico, RT: 250-700 ng/ml) y norclozapina (RT: 175-350 ng/ml) previos, durante el ingreso, y posteriores al alta. Además se registraron efectos adversos graves (EAGs) durante el tratamiento. De la prescripción electrónica: dosis de clozapina, ajustes y duración del tratamiento.

Realizaremos un análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS

Tras el periodo de estudio, se ha obtenido una muestra de 51 pacientes, con una edad media de $42 \pm 13,5$ años, de los que 30 son hombres, todos diagnosticados de esquizofrenia (90,2%) o de trastorno psicótico o bipolar (9,8%). Un total de 21 pacientes consumían habitualmente tabaco (41,2%), siendo más frecuente en hombres (72,8%). Además, 14 de la muestra total son consumidores de cannabis, también la mayoría hombres (78,6%).

Se realizaron NP de clozapina y norclozapina a 22 pacientes (43,2%), tratados a diferentes dosis. Se encontró correlación positiva entre dosis y NP de clozapina (r de Pearson=0,5857), y dosis y NP de norclozapina (r de Pearson=0,6104). Los pacientes fumadores de tabaco presentaron un NP medio de 252,8 ng/ml de clozapina y fueron tratados con una dosis de media 165 mg, y los no fumadores un NP medio de 454,7 ng/ml (1,8 veces mayor), tratados con una dosis media de 300 mg.

Los consumidores de cannabis tuvieron de media NP más bajos de clozapina (203,8 ng/ml en consumidores frente a 466,5 ng/ml), y fueron tratados a dosis más bajas.

Las mujeres tuvieron de media NP más bajos de clozapina (369,4 ng/ml) frente a hombres (451,6 ng/ml). También de norclozapina se observaron NP más bajos en mujeres. Los hombres fueron tratados con dosis más altas que las mujeres.

Durante el tratamiento con clozapina se observaron EAGs en un total de 14 pacientes. La mayoría (42,9%) presentó importante sedación; dos neutropenia, uno disartria, otro sialorrea, y tres cardiotoxicidad, entre otros. A 6 de estos fue preciso retirarla tras su aparición. Observamos que a 9 (64,3%) no se les había realizado niveles.

CONCLUSIONES

A la mitad de pacientes no se les realizaron NP. Los fumadores de tabaco tienen NP en el límite del RT de clozapina, mientras que los no fumadores están dentro del RT, estos últimos tratados a dosis más altas. Las mujeres presentaron NP

medios de clozapina y norclozapina más bajos que los hombres, pero fueron tratadas a dosis más bajas. En consumidores de cannabis se observó una media de NP de clozapina más baja que en pacientes no consumidores, tratándose a dosis más bajas. De los pacientes que presentaron EAGs, a más de la mitad no se les realizaron NP.

La realización de NP es necesaria para la seguridad y eficacia del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2029. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LEVETIRACETAM A DOSIS SUPERIOR A LA RECOMENDADA EN FICHA TÉCNICA EN PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA

AUTORES

GONZÁLEZ LAGUNA M, JUVANY ROIG R, FALIP CENTELLAS M, SALA PADRÓ J, RIGO BONNIN R, RIBERA PUIG C, CLERIES ROVIRA P, JÓDAR MASANÉS R
HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE. C/ FEIXA LLARGA SN. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar si el uso de Levetiracetam (LEV) a dosis superior a la máxima recomendada en ficha técnica permite conseguir eficacia sin aumentar toxicidad, asociándose a niveles plasmáticos terapéuticos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en pacientes con epilepsia refractaria tratados con LEV a dosis superior a la máxima recomendada en ficha técnica (> 3000 mg totales diarios), visitados en Consultas Externas de la Unidad de Epilepsia de un hospital de tercer nivel entre mayo de 2017 y mayo de 2020. Se analizaron los datos de seguimiento de los pacientes desde el inicio de esta dosis. Todos los pacientes habían sido previamente tratados con LEV a dosis recomendadas según ficha técnica sin alcanzar respuesta clínica. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, función renal, dosis total diaria de LEV, nivel sérico de LEV (NSLEV), medicación antiepiléptica concomitante, efectos adversos y periodo libre de crisis. El tratamiento se considera eficaz cuando se alcanza un periodo libre de crisis mínimo de 6 meses, definido como la ausencia mantenida de crisis durante este tiempo. Se clasificaron como supraterapéuticos los valores de NSLEV > 46 mg/L. Las variables cuantitativas se expresan como la mediana y el rango intercuartílico, y las variables cualitativas en forma de porcentaje.

RESULTADOS

Se incluyeron 16 pacientes (44% mujeres) y 31 NSLEV. La mediana de edad fue de 52 años (29 – 58). En el 87% de los casos (27 de 31) se recibía tratamiento con al menos otro fármaco antiepiléptico concomitante. La mediana de seguimiento de los pacientes fue de 48 meses (26 – 116). El rango de dosis total diaria de LEV fue de 3.500 – 5.000 mg. En el 77% de los casos (24 de 31) la dosis total recibida fue de 4.000 mg diarios. La mediana de NSLEV fue 34,2 mg/L (21,7 – 43,0), encontrándose en rango terapéutico el 81% de los NSLEV (25 de 31). Tras el incremento de dosis de LEV, el 44% de los pacientes (7 de 16) permaneció libre de crisis durante un periodo mínimo de 6 meses, manteniéndose el 71% de éstos (5 de 7) sin presentar ninguna crisis durante un periodo de al menos 12 meses, con una mediana de 35 meses libres de crisis (23 – 59). El 69% de los pacientes (11 de 16) no presentó toxicidad. El 31% restante (5 de 16) presentó ligeros efectos adversos a nivel de sistema nervioso central como somnolencia y/o irritabilidad, siendo necesario reducir la dosis total de LEV a 3.000 mg diarios en 3 pacientes.

CONCLUSIONES

El uso de LEV a dosis superior a la máxima recomendada en ficha técnica con monitorización farmacocinética de los niveles séricos puede considerarse una práctica clínica adecuada para optimizar el tratamiento antiepiléptico en pacientes con epilepsia refractaria, ya que permite obtener eficacia con pocos efectos adversos y con NSLEV terapéuticos en la mayor parte de los casos.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2045. RELACIÓN ENTRE LA CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA DE ERTAPENEM Y LA FUNCIÓN RENAL

AUTORES

PAU PARRA A, GONZÁLEZ MORENO P, CEA ARESTÍN C, VIMA BOFARULL J, CAMPANY HERRERO D, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. PASSEIG DE LA VALL D'HEBRON, 119, 08035 BARCELONA. BARCELONA

OBJETIVOS

El ertapenem es un antibiótico carbapenémico de administración parenteral. Se excreta en un 80% por vía renal (38 % inalterado y 37 % como el metabolito de anillo abierto), tiene una semivida en adultos de alrededor de 4h (permite administrar 1 dosis diaria) y una elevada unión a proteínas plasmáticas (≈95%). Presenta actividad tiempo-dependiente. El objetivo es estudiar la relación entre la función renal de los pacientes, medida como depuración de creatinina (Dep_Cr), y la concentración plasmática de ertapenem (Cp_Ert).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en el que se incluyen pacientes adultos en tratamiento con ertapenem durante el ingreso en un hospital de tercer nivel, entre junio de 2019 y abril de 2020. Se recogen variables demográficas (edad y sexo), analíticas (Dep_Cr, Cp_Ert y día de recogida de muestra) y clínicas (duración del tratamiento). Todas las Cp_Ert se determinan, como mínimo, después de 48h (2 dosis) del inicio del tratamiento. Se excluyen los pacientes con Dep_Cr < 30 ml/min para evitar sesgos por ajuste de dosis. Los datos se obtienen del programa de prescripción (Silicon®) y de la historia clínica electrónica (SAP®). Para la monitorización de la Cp_Ert se ha utilizado un método cromatográfico HPLC con detector UV y una curva de calibración a 6 puntos entre 0.5 – 50 mcg/ml.

Para estudiar el grado de relación existente entre Dep_Cr (variable independiente) y Cp_Ert (variable dependiente) se calcula el coeficiente de correlación de Pearson (R). La proporción de varianza compartida entre ambas variables se obtiene a partir de R² y para determinar la significación de R se utiliza el análisis de varianza (ANOVA), obteniéndose p valor.

RESULTADOS

Se incluyeron 30 determinaciones correspondientes a 25 pacientes con una media de edad de 75,2 (±12,4) años, siendo 52% hombres (13/25). En 5 de ellos se llevaron a cabo 2 determinaciones de la concentración de ertapenem y en el resto solo 1. La depuración de creatinina media fue de 65,2 (±20,9) ml/min y la Cp_Ert media fue de 11,17 (±7,9) mcg/ml. La media de días transcurridos entre el inicio del tratamiento y la determinación es 5,42 (±2,5) días, con una duración media de tratamiento de 14,1 días.

Obtenemos R=-0,52 (relación lineal inversa entre Dep_Cr y Cp_Ert) y R²= 0,271 (el 27,1% del incremento de la Cp_Ert es debida a la disminución de la Dep_Cr). Esta relación es estadísticamente significativa (p < 0,05), con lo que se asume que no es debida al azar. Por cada unidad en ml/min que disminuye la Dep_Cr, la Cp_Ert aumenta, de media, en 0,19 mcg/ml.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la concentración plasmática de ertapenem aumenta a medida que disminuye la capacidad de extracción renal.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGÉNICA

2070. SELECCIÓN DE UNA TÉCNICA ANALÍTICA PARA LA DETERMINACIÓN PLASMÁTICA DE VORICONAZOL

AUTORES

PEÑA LORENZO D, REBOLLO DÍAZ N, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, ZARZUELO CASTAÑEDA A, APARICIO PEÑACOBIA R, OTERO LÓPEZ MJ

COMPLEJO ASISTENCIA UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO SAN VICENTE N-139. SALAMANCA

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio ha sido seleccionar una técnica analítica para determinar las concentraciones plasmáticas de voriconazol, con la finalidad de iniciar un programa de monitorización terapéutica de este fármaco en un hospital de cuarto nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Las técnicas que se validaron y compararon fueron el enzimoimmunoensayo Voriconazole ARKTM (Diagnostics, Inc.) acoplado al autoanalizador Architect C4000 (Abbott®) y una técnica de cromatografía líquida de ultraeficacia con detección ultravioleta (UPLC/UV). Para ello, se siguieron las guías de técnicas bioanalíticas de la European Medication Agency (EMA) y la Food and Drug Administration (FDA). Se usaron los mismos patrones (0,5; 1; 2,5; 5; 7,5; 10; 12,5 y 15 µg/ml) en ambas técnicas, preparados a partir de un estándar de voriconazol (Sigma Aldrich) mediante diluciones seriadas con plasma.

La linealidad se evaluó mediante la recta de regresión entre las concentraciones reales y las medidas. La exactitud se expresó como porcentaje de recuperación de las concentraciones de los patrones respecto a las concentraciones teóricas. Para calcular la precisión se analizó cada patrón tres veces en un mismo día y durante tres días, con el fin de determinar los coeficientes de variación (CV) intra e interdía.

Para comparar los resultados con ambas técnicas, se analizaron, por ambas, 51 muestras de pacientes en tratamiento con voriconazol y se realizó un análisis de correlación lineal, calculando el coeficiente de Pearson y un análisis de Bland-Altman, representando la diferencia en concentraciones (%) frente a cada concentración media. Además, se analizó la discordancia en las recomendaciones posológicas en función de la técnica, considerando un margen terapéutico de 1-5,5 µg/ml.

El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica.

RESULTADOS

Las técnicas fueron lineales obteniéndose las siguientes ecuaciones (y=concentración medida (µg/ml); x=concentración real (µg/ml)):

$$y=0,8828x-0,1212 \quad (r^2=0,9966) \quad \text{para ARKTM}$$

$$y=1,0003x-0,0005 \quad (r^2=0,9999) \quad \text{para UPLC/UV}$$

La UPLC/UV demostró mayor exactitud, con un porcentaje medio de recuperación del 100,9±2,7% (CV=2,75%), frente al 86,2±7,0% (CV=8,2%) del ARKTM.

Los CV intradía variaron entre 0,0-3,5% con el enzimoimmunoensayo y 0,5-3,4% con la UPLC/UV. Para la precisión interdía, los CV oscilaron entre 2,5 - 25,0% y entre 0,51-4,53% con enzimoimmunoensayo y UPLC/UV, respectivamente, observándose mayores CV con concentraciones bajas en ambos casos.

En la comparación de las técnicas, se descartaron 6 muestras con concentraciones fuera del rango de linealidad. Se

observó una relación lineal entre las técnicas, con una ecuación UPLC = 0,87xARKTM-0,11. El coeficiente de Pearson fue 0,991 (IC95%: 0,984-0,995, $p < 0,05$). Mediante comparación Bland-Altman se encontró una desviación de -0,52 mcg/ml (-21,50%) y un 4,4% de valores fuera del intervalo (media \pm 1,96 DE) de -46,9% a 3,9%. En un 17,8% de las muestras la diferencia de concentración entre las técnicas implicaría una actitud terapéutica distinta. Estas diferencias coincidieron con concentraciones próximas al límite inferior del margen terapéutico.

CONCLUSIONES

Aunque la implementación del enzoinmunoensayo ARKTM en la práctica clínica resulta más sencilla, la técnica de UPLC/UV es más precisa y exacta. ARKTM puede conducir a la determinación de valores superiores de voriconazol, lo que podría tener repercusión en el ajuste de dosis en pacientes con bajas concentraciones.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2075. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE LAS CONCENTRACIONES DE VORICONAZOL

AUTORES

PEÑA LORENZO D, REBOLLO DÍAZ N, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, ZARZUELO CASTAÑEDA A, MARTÍN GIL M, OTERO LÓPEZ MJ

COMPLEJO ASISTENCIA UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO SAN VICENTE N-139. SALAMANCA

OBJETIVOS

La exposición inadecuada a voriconazol puede dar lugar al fracaso de la terapia antifúngica. El objetivo ha sido desarrollar un programa de medicina personalizada para pacientes en profilaxis o tratamiento con voriconazol.

MEJORAS ESPERADAS

Aumentar el porcentaje de pacientes con concentraciones voriconazol dentro del margen terapéutico y, como consecuencia, la eficacia del tratamiento antifúngico.

DISEÑO

Programa multidisciplinar, desarrollado entre los Servicios de Farmacia, Bioquímica y Hematología.

CIRCUITO Y ETAPAS

El programa incluye las siguientes fases:

1. Puesta a punto de la técnica analítica.
2. Revisión de la bibliografía y selección de un modelo farmacocinético.
3. Obtención de muestras y registro de variables clínico-demográficas, farmacoterapéuticas y genéticas.
4. Análisis farmacocinético con NONMEN.TM®7.2. y ajuste de dosis considerando un margen terapéutico entre 1-5,5 $\mu\text{g}/\text{mL}$.
5. Análisis de polimorfismos genéticos en pacientes con sospecha de presentar un metabolismo ultrarrápido.
6. Desarrollo y validación de un modelo farmacocinético poblacional propio.

El Comité Ético de Investigación con Medicamentos del centro aprobó la implantación del programa.

IMPLANTACIÓN

Se puso a punto la técnica de enzoinmunoensayo Voriconazole ARKTM (Diagnostics, Inc.) acoplado al autoanalizador Architect C4000 (Abbott®). Se seleccionó el modelo de Yang Liu y col (2019) para realizar los ajustes de dosis.

RESULTADOS

Hasta el momento se han incluido 19 pacientes en el programa. Las indicaciones mayoritarias de voriconazol fueron aspergilosis ($n=8$) y profilaxis de infección fúngica ($n=4$). Se han analizado 65 muestras, con una mediana (rango) de determinaciones por paciente de 2 (1-18) y una C_{min} de 2,1 ($< 0,5-8,5$) $\mu\text{g}/\text{mL}$.

La dosificación de voriconazol basada únicamente en las recomendaciones de la ficha técnica condujo a que más de la mitad de los pacientes ($n= 11$) presentaran concentraciones fuera del margen terapéutico en la primera monitorización (7 pacientes infraterapéuticas y 4 potencialmente tóxicas).

El uso de la monitorización como instrumento para la individualización de dosis permitió aumentar el número de pacientes que alcanzaron concentraciones terapéuticas. En la segunda monitorización, efectuada tras el ajuste de dosis, 6 de estos 11 pacientes presentaron C_{min} dentro del margen terapéutico. En los otros 5 las concentraciones continuaban siendo infraterapéuticas y se recomendó realizar un estudio genético. Sólo fue posible llevarlo a cabo en 3 de ellos.

Estos 3 pacientes resultaron portar los alelos *1/*17 del CYP2C19 y, por tanto, eran metabolizadores ultrarrápidos de voriconazol, por lo que se recomendó el cambio de antifúngico.

Ocho pacientes tuvieron 3 o más monitorizaciones, precisando varios cambios de dosis a lo largo del tratamiento, para mantener las concentraciones dentro del margen. Este resultado refleja la alta variabilidad intraindividual en el comportamiento cinético de voriconazol.

LIMITACIONES

Probablemente no será posible reclutar un número suficiente de pacientes para la validación externa del modelo farmacocinético que se desarrolle, por lo que habrá que recurrir a la validación interna.

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 puede generar un beneficio significativo en términos de mejora de respuesta y/o reducción de toxicidad en pacientes que reciben voriconazol.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA**2076. MONITORIZACIÓN DE LA FASE DE INDUCCIÓN DE INFlixIMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL****AUTORES**

SÁNCHEZ ARROYO C, ALMENDROS MUÑOZ R
HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. DULZAINA, 2. VALLADOLID

OBJETIVOS

1. Analizar la monitorización de la fase de inducción de Infliximab en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de tercer nivel de 600 camas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de enero de 2018 a diciembre de 2019 de las inducciones con Infliximab en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Se incluyen los pacientes con nivel en semana 6. Se considera un nivel ≤ 25 mcg/mL en semana 6 para decidir acortar el intervalo y/o aumentar la dosis.

El fallo primario puede ser bien por dosis insuficiente en la fase de inducción, o bien porque no responde a esta diana.

En nuestro hospital se monitorizan los tratamientos biológicos desde junio de 2014. Y se comenzaron a monitorizar en la fase de inducción entre 2015 y 2016, para Infliximab en semanas 2 y 6.

Se registraron todas las monitorizaciones de Infliximab en el período de estudio, recogiendo los datos de: fecha inicio, fecha fin, diagnóstico, año en el que comenzó con el fármaco biológico y semana del nivel (si es en inducción) o fecha del nivel.

RESULTADOS

Disponemos de registro de concentración en semana 6 en la fase de inducción de 77 inducciones en 72 pacientes en nuestro hospital. Con Enfermedad de Crohn (EC) 60 pacientes y con Colitis Ulcerosa (CU) 17.

El nivel en semana 6 fue ≤ 25 mcg/mL en el 61% (47/77) de estas inducciones. Diferenciado por diagnóstico, con EC un 58,3% (35/60) y con CU un 70,6% (12/17). Se modificó el intervalo y/o dosis en el 85,1% (40/47) para lograr niveles en el rango terapéutico.

De estos pacientes desarrollaron fallo primario un 10,6% (5/45).

Su distribución por niveles en semana 6 fue: < 10 mcg/mL: 12 pacientes (a los 12 se les intensificó y 3 desarrollaron fallo primario); ≥ 10 y < 20 mcg/mL: 27 pacientes (a 23 se les intensificó, a 2 se mantuvo la pauta c/8 semanas y a otros 2 se suspendió el tratamiento en semana 6); y ≥ 20 y ≤ 25 mcg/mL: 8 pacientes: (a 5 se les intensificó y a 3 se mantuvo la pauta c/8 semanas, ninguno desarrolló fallo primario).

El nivel en semana 6 fue > 25 mcg/mL en el 39% (30/77) de estas inducciones. Diferenciado por diagnóstico, con EC un 41,7% (25/60) y con CU un 29,4% (5/17). Desarrollaron fallo primario el 6,7% (2/30) de los pacientes.

De estos 30 pacientes, 26 continuaron con su pauta c/8 semanas, a 4 se les intensificó y 2 desarrollaron fallo primario.

CONCLUSIONES

En la monitorización de la inducción de infliximab en semana 6, el 61% de los casos presentó concentración ≤ 25 mcg/mL y por tanto están en riesgo de fallo primario por insuficiente dosis en la inducción.

Es muy importante la monitorización en la fase de inducción de Infliximab, además de en la fase de mantenimiento.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA**2098. FARMACOCINÉTICA CLÍNICA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: NUEVA HERRAMIENTA PARA INDIVIDUALIZAR LA TERAPIA ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL****AUTORES**

ALAÑÓN PARDO MM, GÓMEZ LLUCH MT, MARCOS DE LA TORRE A, PROY VEGA B, CONDE GARCÍA MC, NOTARIO DONGIL C

HOSPITAL GENERAL LA MANCHA -CENTRO. AVENIDA DE LA CONSTITUCIÓN, Nº3. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

- Describir la actividad desarrollada por un equipo multidisciplinar formado por farmacéuticos, digestólogos y analistas clínicos para la monitorización farmacocinética (TDM) de terapias anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

- Analizar las concentraciones séricas (Cs) basales de anti-TNF y su implicación en la actitud terapéutica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo (enero – diciembre 2019) de las interconsultas de los digestólogos solicitadas al Servicio de Farmacia (SF) para monitorización farmacocinética de terapias anti-TNF (infliximab ó adalimumab) en pacientes adultos con EII desde su implantación en un hospital general con una población adscrita de 122.383 habitantes. Variables analizadas: sexo, edad, tipo de EII [enfermedad de crohn (EC) / colitis ulcerosa (CU)], fármaco anti-TNF, fármacos inmunomoduladores (IMM) concomitantes y adherencia (estimada a partir de registros electrónicos de dispensación y autocuestionario de Morisky-Green), Cs de anti-TNF, inmunogenidad [presencia/ausencia de anticuerpos anti-fármaco (AAF) en suero], motivos de interconsulta [TDM 'proactiva' (control de inducción / mantenimiento) y 'reactiva' [falta de respuesta primaria, pérdida de respuesta secundaria ó efectos adversos]] y decisión terapéutica tomada.

Las Cs de anti-TNF fueron cuantificadas en el Laboratorio de Análisis Clínicos mediante inmunocromatografía de flujo lateral en formato monotest (Quantum Blue®). Cuando las Cs fueron indetectables, se analizó la presencia de AAF.

En la Unidad de Farmacocinética Clínica del SF, se llevaron a cabo recomendaciones sobre el tratamiento en base a la correcta interpretación de las Cs de anti-TNF, algoritmos terapéuticos y modelos farmacocinéticos poblacionales implementados en el programa informático de ajuste bayesiano MW-Pharm++®.

Análisis estadístico (IBM-SPSS v.19): Chi-cuadrado para comparar variables cualitativas; “T” Student ó Mann-Whitney para comparar variables cuantitativas.

RESULTADOS

Se solicitaron interconsultas para 84 pacientes (71,4% varones, edad media: 45,7 ± 16,4 años) con EC (81,0%) ó CU (19,0%) y en tratamiento con infliximab (46,4%) ó adalimumab (53,6%). El 66,7% de pacientes tenía prescrito fármacos IMM concomitantes (56,0% tiopurinas). El 92,9% fue adherente al anti-TNF y 78,6%, al IMM. Se detectaron AAF en 7 pacientes (8,3%).

La monitorización fue ‘re-activa’ en 21 interconsultas, siendo su principal motivo la pérdida secundaria de respuesta (71,4%). 63 interconsultas se relacionaron con monitorización ‘pro-activa’, principalmente control de terapia de mantenimiento (88,9%).

Se observaron concentraciones subterapéuticas de anti-TNF en el 36,9% de pacientes, terapéuticas en 39,3% y supratrapéuticas en 23,8%. Las concentraciones subterapéuticas fueron significativamente ($p \leq 0,04$) más frecuentes en los pacientes en tratamiento con infliximab versus los pacientes que recibían adalimumab (64,1% vs. 13,3%); y en los ‘no-adherentes’ versus ‘sí-adherentes’ al IMM concomitante (85,7% vs. 25,5%).

La terapia anti-TNF fue modificada en el 47,6% de los pacientes, teniendo en cuenta las recomendaciones farmacocinéticas y la respuesta terapéutica según parámetros clínicos, analíticos y endoscópicos de actividad de la EII.

CONCLUSIONES

En nuestros pacientes con EII, la TDM de terapias anti-TNF es frecuentemente ‘pro-activa’, ha permitido individualizar y optimizar la terapia en la mitad de los pacientes monitorizados y facilita la integración del fármaco dentro del equipo multidisciplinar.

Existe gran variabilidad en las Cs de anti-TNF, explicada en parte por el fármaco anti-TNF a monitorizar y la adherencia al IMM concomitante.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2111. INFLUENCIA DE LA INMUNOGENICIDAD PREVIA A UN FÁRMACO BIOLÓGICO EN EL DESARROLLO DE ANTICUERPOS FRENTE AL SIGUIENTE BIOLÓGICO

AUTORES

GIL CANDEL M, INIESTA NAVALÓN C, PASTOR MONDÉJAR C, ONTENIENTE CANDELA M, MARTÍNEZ SOTO A, SALAR VALVERDE I, CABALLERO REQUEJO C, URBIETA SANZ E

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. AVDA. INTENDENTE JORGE PALACIOS, 1. MURCIA

OBJETIVOS

Los fármacos contra el factor de necrosis tumoral (anti-TNF) son uno de los principales tratamientos biológicos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Sin embargo, pueden desarrollar inmunogenicidad con posterior fracaso al tratamiento. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la prevalencia de inmunogenicidad al segundo anti-TNF, tras fracaso al primer fármaco biológico por formación de anticuerpos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo (2015-2019), incluyendo todos los pacientes con EII en tratamiento biológico (adalimumab, infliximab, vedolizumab, ustekinumab y golimumab). Los datos demográficos y clínicos se recogieron mediante la historia clínica: sexo, edad al diagnóstico, diagnóstico, índice de masa corporal (IMC). También se recogieron variables farmacológicas: fármaco biológico prescrito, inicio de la terapia, fecha de fin, niveles séricos de fármaco y de anticuerpo, motivo de cambio.

Las concentraciones séricas y anticuerpos fueron determinadas mediante ensayo de inmunoadsorción enzimática (ELISA, Promotino®). Las variables cualitativas se presentan como porcentajes y las cuantitativas como mediana (rango intercuartílico:RIQ). La prueba de U-Mann Whitney se utilizó para comparar variables cuantitativas y la prueba Chi cuadrado para las categóricas. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo. El análisis estadístico se realizó utilizando SPSS V23.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 196 pacientes, siendo el 61,7% hombres. La mayoría presentaba enfermedad de Crohn (69,4%) y la mediana de edad al diagnóstico fue de 30 (21) años. Se analizaron un total de 831 muestras séricas con una mediana de 4,0 (4,0) determinaciones por paciente; 279 (33,6%) de adalimumab, 449 (54,0%) de infliximab, 80 (9,6%) ustekinumab, 20 (2,4%) de vedolizumab y 3 (0,4%) de golimumab. El 21,7% del total de las muestras analizadas correspondían a un fármaco biosimilar (169 muestras de infliximab y 11 de adalimumab).

Un total de 26 pacientes (13,3%) desarrollaron anticuerpos (18 pacientes a infliximab y 8 pacientes a adalimumab ($p = 0,243$)). No se encontraron diferencias estadísticas entre ambos fármacos con las variables estudiadas (biosimilar, sexo, diagnóstico, mediana de tiempo del inicio hasta la detección de anticuerpos, nivel de anticuerpo e IMC). Ningún paciente presentó inmunogenicidad a ustekinumab, golimumab ni a vedolizumab. La mediana de tiempo desde el inicio de la terapia biológica hasta la detección de anticuerpos fue de 336 (617) días, en tres pacientes se detectaron durante el primer trimestre de tratamiento.

De los 26 pacientes con anticuerpos, a 13 pacientes se les realizó cambio a otro anti-TNF, a cinco se les cambió de diana y a tres se les intensificó la terapia biológica. De los 13 pacientes que cambiaron a otro anti-TNF, siete (53,8%) presentaron anticuerpos al segundo anti-TNF, mientras que el resto mantuvo el tratamiento con el segundo anti-TNF. De los tres pacientes intensificados ninguno revirtió los anticuerpos, cambiando el tratamiento a otra diana.

CONCLUSIONES

Nuestros datos sugieren que más de la mitad de los pacientes que han presentado inmunogenicidad al primer anti-TNF, presentan anticuerpos al segundo. La monitorización terapéutica de fármacos biológicos proactiva puede ser útil en el manejo y la prevención de la inmunogenicidad. Sin embargo, son necesarios más estudios con mayor número de pacientes que permitan determinar la mejor estrategia de optimización en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2132. COMPARACIÓN DE CUATRO MÉTODOS DE PREDICCIÓN DE LA CONCENTRACIÓN LIBRE DE ÁCIDO VALPROICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

AUTORES

GARCÍA-TREVIJANO CABETAS M, POVEDA A, CORDERO A, SALCEDO AL, CORDOBA C, PEÑA S, GARCIA B
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. PASEO DE LA CASTELLANA 261. MADRID

OBJETIVOS

La fracción libre de ácido valproico (VPA) aumenta sustancialmente en pacientes con hipoalbuminemia. Dado que la determinación de la concentración libre no se realiza rutinariamente, se han propuesto diversos métodos de predicción de niveles de VPA libre a partir de la albúmina plasmática y la concentración de fármaco total. El objetivo de este estudio es validar la fiabilidad de los métodos de estimación del valproico libre en nuestra población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo, en el que se incluyeron los pacientes ingresados en un hospital mediano, entre octubre de 2017 y febrero de 2019, de los que se disponía de niveles de VPA total y libre y que habían sido monitorizados por la Unidad de Farmacocinética del Servicio de Farmacia. Se registraron datos socio-demográficos, clínicos y relacionados con el tratamiento utilizando el programa de prescripción electrónica Farhos® y la historia clínica del hospital. Los datos analíticos se obtuvieron de la plataforma Infinity®. Para la predicción de la concentración de VPA libre, se emplearon los métodos de Hermida et al, Doré et al, Kodama et al. Se comparó la concentración libre estimada con cada método y la concentración libre obtenida en el laboratorio y se calculó el sesgo y la precisión de la medida según la metodología de Sheiner y Beal. El sesgo de predicción se calculó como la media del error de predicción (EMP). El grado de precisión se evaluó calculando la media del error absoluto de predicción (EAP).

RESULTADOS

Se realizaron 17 mediciones de la concentración libre de valproico de 15 pacientes. Los EMP de los métodos Hermida et al, Doré et al y Kodama et al fueron -4.9(95% intervalo de confianza [CI] -7.0 a -2.8), -1.5(IC 95% -3.44 a 0.44), y -8.9(IC 95% -11.76 a -6.04) y los EAP, 4.9(95% IC 2.82 a 6.98), 3.6(IC 95% 2.5 a 4.7) y 8.9 (IC 95% 6.04 a 11,76) respectivamente. La exactitud y la precisión fueron mayores con el método de Doré et al, seguido de Hermida et al y Kodama et al. El método de Kodama et al es de utilidad limitada en la práctica clínica, pues no tiene en cuenta la concentración de albúmina del paciente, si no que emplea una media poblacional. Por ello, en este estudio se propone una nueva ecuación de estimación de la concentración de VPA libre derivada de Kodama et al, que consiste en corregir el número medio de sitios de unión por el nivel de albúmina de cada individuo, según el método de Parent et al. El método propuesto fue el que obtuvo mayor precisión y exactitud, siendo el EMP -0.1(IC 95% -2.11 a 1.91) y el EAP 3.3(IC 95% 2.08 a 4.52).

CONCLUSIONES

- No hemos podido validar los métodos de Hermida et al, Doré et al y Kodama et al en nuestra población.
- La nueva ecuación propuesta en este estudio proporciona una mayor precisión y exactitud, que debe ser validada en futuros estudios.
- A la vista de los resultados, en pacientes con hipoalbuminemia se hace necesaria la monitorización de la concentración libre de VPA.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2159. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES QUE AFECTAN A LA FARMACOCINÉTICA DE INFILIXIMAB Y ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

AUTORES

VILA CURRIUS M, ALDEGUER MANTÉ X, LOPEZ NOGUERA Q, DORDÀ BENITO A, DIEZ VALLEJO C, AGUILAR SALMERON R, PEREZ PLASENCIA A, SACREST GÜELL R
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR JOSEP TRUETA. C/ AVINGUDA DE FRANÇA S/N. GIRONA

OBJETIVOS

Determinar las variables que afectan la farmacocinética de los fármacos anti-Factor de necrosis tumoral (TNF) infliximab (IFX) y adalimumab (ADA) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, multicéntrico y multidisciplinar realizado entre los servicios de Farmacia y Digestivo de un hospital de referencia provincial (HP) y un hospital Comarcal (HC). El periodo de inclusión de pacientes se realizó en dos tandas, octubre-noviembre del año 2017 y marzo-abril del 2018. Se incluyeron pacientes en tratamiento con IFX 5mg/kg/8 semanas o ADA 40 mg/15 días. La determinación de los niveles de fármaco y anticuerpos se realizó mediante analítica sanguínea siempre en el momento previo a una nueva infusión de fármaco. Las concentraciones de IFX, ADA, y anticuerpos fueron medidas usando la técnica de ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA). Se consideraron niveles bajos de IFX $\leq 3\mu\text{g/ml}$ y ADA $\leq 5\mu\text{g/ml}$ y niveles normales o altos IFX $> 3\mu\text{g/ml}$ y ADA $> 5\mu\text{g/ml}$. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de enfermedad (enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa) paciente naive, fármaco

anti-TNF utilizado, tratamiento concomitante con inmunosupresores (azatioprina o metotrexato), albúmina, formación de anticuerpos anti-TNF, índice de Harvey-Bradshaw, proteína C reactiva (PCR) y calprotectina fecal. La asociación entre los niveles de fármaco en sangre (bajo/normal-alto) y las distintas variables se analizaron mediante un modelo de regresión logística binaria. Se estimó la asociación a través de la OddsRatio (OR) con su correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC). Se consideró un nivel de significación estadística del 5%. Los análisis se realizaron mediante los programas estadísticos SPSS y STATA.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 47 pacientes (n= 30 HP y n=17 HC). En el análisis de esta muestra no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de fármaco en función de la edad del paciente, sexo, enfermedad, paciente naive, fármaco anti-TNF, tratamiento concomitante con inmunosupresores, albúmina, y calprotectina siendo por tanto variables que no afectaban las concentraciones de los fármacos anti-TNF.

No obstante, sí se encontraron variables que afectaban a la farmacocinética de estos fármacos. Se observó que los pacientes con niveles bajos de fármaco anti-TNF (n=17) tenían valores de PCR estadísticamente superiores de 1.97 ± 3.67 respecto a los pacientes con niveles altos o normales (n=30), con valores de 0.45 ± 0.54 (OR= 0.42; IC95% = 0.17-1.01) $p=0.05$. Otra variable significativa fue el índice de Harvey-Bradshaw, dónde se observó que los pacientes con niveles bajos (n=17) presentaron valores estadísticamente superiores de 4.45 ± 2.20 respecto a los pacientes con niveles altos o normales (n=30) de 2.66 ± 1.49 (OR= 0.57; IC95%= 0.35-0.93) $p=0.03$. También resultó significativa la existencia de anticuerpos anti-TNF donde se observó que todos los pacientes que desarrollaron anticuerpos tenían concentraciones de fármaco indetectables (n=6).

CONCLUSIONES

Las variables que afectan a la farmacocinética de los fármacos anti-TNF en nuestra población de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal son la formación de anticuerpos anti-TNF, la PCR y el índice de Harvey-Bradshaw. El conocimiento de la farmacocinética de los fármacos biológicos puede ser utilizado como una herramienta de ayuda, objetiva y complementaria a la valoración clínica para optimizar los tratamientos de forma individualizada.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2279. EFECTO DEL ISAVUCONAZOL EN LA CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA DE SIROLIMUS EN EL PACIENTE CON TRASPLANTE DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS

AUTORES

GARCIA MOLINA A, GÓMEZ PERALES Á, PONCE ORTEGA P, SÁNCHEZ MARTÍNEZ R, FERRIOLS LISART R, TORRECILLA JUNYENT MT, ALÓS ALMIÑANA M
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA. AVDA. DE BLASCO IBAÑEZ, 17. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar la influencia de isavuconazol en las concentraciones plasmáticas de sirolimus en pacientes hematológicos, con o sin tratamiento previo con otro antifúngico azólico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico en pacientes adultos que reciben isavuconazol y sirolimus para profilaxis post-trasplante de precursores hematopoyéticos (TPC). La identificación y selección de los pacientes se realizó con el programa de prescripción electrónica ATHOS-PRISMA®. Las concentraciones plasmáticas de sirolimus se determinaron mediante inmunoanálisis de micropartículas luminiscentes (Architect i2000 SR®). Los criterios de inclusión de los pacientes fueron: 1) tratamiento concomitante con sirolimus e isavuconazol durante, al menos siete días, 2) edad > 18 años, 3) disponibilidad de, al menos, una concentración plasmática de sirolimus por semana. Los pacientes se clasificaron en dos cohortes; cohorte 1 (C1): pacientes con tratamiento previo con otro antifúngico azólico (voriconazol o posaconazol) en los siete días previos y que cambian a isavuconazol y cohorte 2 (C2): pacientes sin tratamiento previo con otro antifúngico azólico. El efecto del isavuconazol sobre las concentraciones de sirolimus se cuantificó como la variación media semanal en la relación concentración/dosis de sirolimus (C/D), tomando como día 0 el día de inicio del tratamiento con isavuconazol. La semana 0 fue la semana previa al inicio del tratamiento con isavuconazol [día -6 al 0]; la semana 1 [día 1 al 7]; y la semana 2 [día 8 al 14]

El efecto del Isavuconazol sobre las concentraciones plasmáticas de sirolimus se evaluó mediante la comparación del ratio C/D en la semana 0 y las semanas 1 ó 2, mediante el test de Wilcoxon para muestras pareadas. La concentración se expresa en ng/mL, y la dosis en mg. La magnitud del efecto de isavuconazol respecto a voriconazol/posaconazol se realizó comparando la $\Delta C/D$ de ambas cohortes entre la semana 1 y la 0 con el test de Mann-Withney.

RESULTADOS

Se incluyeron 10 pacientes, tres en la C1 y siete en la C2. Los valores medios de C/D fueron en la C1 fueron $(21,60 \pm 5,54; 14,84 \pm 6,06$ y $29,34 \pm 40,31)$ en las semanas 0, 1 y 2 respectivamente. En la C2 $(4,04 \pm 1,13; 4,32 \pm 1,32$ y $7,10 \pm 3,13)$. Se observó un aumento significativo en la C/D en la semana 2 respecto de la semana 0 en la C2 ($p = 0,03$). El reducido tamaño muestral de la C1 limita la significación en este grupo. Los valores medios de $\Delta C/D$ entre la semana 0 y la semana 1 fueron $(-6,77 \pm 2,15)$ y $(0,28 \pm 2,34)$ para C1 y C2 respectivamente. La diferencia entre ambas cohortes fue estadísticamente significativa ($p = 0,02$).

CONCLUSIONES

Isavuconazol produce un aumento de las concentraciones plasmáticas de sirolimus estadísticamente significativo, a partir de la segunda semana de tratamiento. La relevancia clínica de esta variación no fue evaluada en este estudio. No

obstante, la variación en las concentraciones plasmáticas de sirolimus es menor con isavuconazol que con los otros azoles (voriconazol y posaconazol). Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2301. ADAPTACIÓN POSOLÓGICA DE FACTOR VIII DE VIDA MEDIA EXTENDIDA EN PACIENTES CON HEMOFILIA MEDIANTE CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS Y MODELOS FARMACOCINÉTICOS POBLACIONALES.

AUTORES

GARCIA ECHEVERRIA D, LANDA ALBERDI J, ROS OLANO A, AGUIRRE ARRIZABALAGA M, LASA EGUALDE M, ARANGUREN REDONDO M, BACHILLER CACHO M, MENDARTE BARRENECHEA L
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSITA. AVENIDA DOCTOR BEGUIRISTAIN S/N. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de la implantación de factores VIII de vida media extendida (FVIIIa) como profilaxis en pacientes con hemofilia moderada (HM) o grave (HG) a través del seguimiento farmacocinético. Comparar los datos obtenidos con los parámetros referidos en ficha técnica (FT).

Realizar ajuste posológico según modelo farmacocinético y eventos hemorrágicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron los pacientes que iniciaron tratamiento sustitutivo con FVIIIa (Elmoroctocog alfa) tras la aplicación del posicionamiento terapéutico del hospital (prioriza FVIIIa en pacientes que habían recibido previamente fármacos recombinantes).

Uso del modelo farmacocinético no compartimental con estimación poblacional (plataforma Wapps-Hemo), mediante la determinación de concentraciones plasmáticas de FVIIIa por estudio coagulativo de primer paso. Se obtuvieron concentraciones plasmática 1h, 24h, 72h y 96h desde la administración, y se estimó la semivida plasmática y tiempo necesario hasta llegar al 1% de actividad. Con estos datos se realizaron estimaciones para ajuste de dosis.

Se consideraron niveles plasmáticos valle seguros y eficientes en HG aquellos entre del 2-3% en la población pediátrica, y entre 1-2% en población adulta.

RESULTADOS

Dos pacientes eran pediátricos (7 y 12 años), y tres adultos (25, 32 y 46 años). Cuatro pacientes padecían HG, y uno HM (12 años). La nueva pauta posológica media fue 48 [33-65] mg/kg dos veces por semana. En un paciente no pudo reducirse de tres a dos infusiones semanales (siguió con pauta de lunes, miércoles y viernes) por persistencia de eventos hemorrágicos. La semivida media estimada fue 17h [12,5-20,75], siendo en pediatría de 12,5h y en adultos 19h. El tiempo estimado hasta obtener niveles del 1% fue de 132 h. Tras el cambio de terapia, 2 pacientes (7 y 12 años) tuvieron eventos hemorrágicos (dolor metatarsiano y hemartros en rodilla), que requirieron terapia a demanda temporalmente.

En 4 pacientes se utilizó el estudio farmacocinético para sugerir modificación de la pauta posológica: 1 aumento de dosis, 1 aumento de dosis e intervalo, y 2 reducciones de dosis.

CONCLUSIONES

La semivida obtenida en los pacientes pediátricos fue ligeramente menor a la obtenida en FT (12,5 vs 13,5h), mientras que en los pacientes adultos fue idéntica (19h). Sin embargo, el tiempo estimado hasta obtener niveles del 1% fue superior (132 h vs 117,6h en FT). Estas discrepancias pueden deberse al bajo número de pacientes, variabilidad en los tiempos de muestreo y/o a la falta de homogeneidad entre los pacientes. La posología en todos los pacientes estaba dentro de las recomendaciones de FT (25-65 mg/kg/2-3 veces semana), aunque se requirieron adaptaciones de la posología inicial en función de la respuesta clínica y nivel valle.

El trabajo conjunto del servicio de hemostasia con el farmacéutico permite optimizar el uso de los hemoderivados, utilizando la menor dosis eficaz, lo cual se traduce en una mayor seguridad para el paciente y ahorro de recursos farmacológicos para el hospital.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2338. COLABORACIÓN ENTRE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y COMUNITARIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA FARMACOGENÉTICA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

AUTORES

RIERA ARMENGOL P, MIR BONNÍN JF, GARIN ESCRIVÀ N, DURAN CAMBRA A, FELIU RIBERA A, GOMIS PASTOR M, BAGARÍA DE CASANOVA G, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. C/ SANT QUÍNTÍ, 89. BARCELONA

OBJETIVOS

- } Evaluar la factibilidad de un circuito piloto multidisciplinar para determinar marcadores farmacogenéticos.
- } Identificar a los pacientes tratados con clopidogrel metabolizadores intermedios/pobres del CYP2C19 (portadores del alelo *2) o ultrarápidos (portadores del alelo *17).
- } Determinar la utilidad del genotipado del CYP2C19 para mejorar la efectividad y seguridad del tratamiento con clopidogrel.

MEJORAS ESPERADAS

- Facilitar el acceso a pruebas farmacogenéticas a la población mediante la red de oficinas de farmacia (OF).
- Clarificar el papel del genotipado del CYP2C19 para optimizar el tratamiento con clopidogrel.
- Consolidar el papel de los farmacéuticos hospitalarios (FH) y comunitarios (FC) como profesionales de referencia en farmacogenética y propiciar la expansión de esta disciplina.

DISEÑO

Estudio piloto exploratorio desarrollado en un área urbana y liderado por un Servicio de Farmacia (SF), con la participación de 25 OF de su área de influencia, del Colegio de Farmacéuticos (CF) provincial y los Servicios de Genética (SG) y Cardiología del Hospital. Se incluyen prospectivamente pacientes en tratamiento con clopidogrel cuya primera prescripción procediera de un cardiólogo del Hospital. El CF coordina el desarrollo y recogida de datos del estudio.

CIRCUITO Y ETAPAS

Los FC criban a los pacientes candidatos, extraen una muestra de saliva y registran la ficha farmacoterapéutica vigente. En colaboración con el SG, los FH genotipan el CYP2C19 y revisan las historias clínicas de los pacientes para finalmente valorar con el cardiólogo la adecuación del tratamiento con clopidogrel. Los FC consultan el informe resultante a través de la plataforma de registro y comunican los resultados a los pacientes, así como la recomendación consensuada respecto al tratamiento.

IMPLANTACIÓN

La formación de los FC se realizó en noviembre 2019. El reclutamiento de pacientes se inició en enero 2020. No obstante, se suspendió temporalmente por la epidemia del SARS-CoV-2. El periodo de reclutamiento finalizará cuando se alcance un tamaño muestral de 150 pacientes.

RESULTADOS

Durante los dos meses iniciales, se registraron 114 pacientes en tratamiento con clopidogrel en 15 OF. En 40 pacientes la prescripción procedía del Hospital participante y, en 21, el prescriptor era cardiólogo. Finalmente, 15 pacientes fueron reclutados. En todos ellos se genotipó el CYP2C19. Seis de los pacientes fueron metabolizadores intermedios (cinco con genotipo *1/*2 y uno con genotipo *2/*17) y tres metabolizadores ultrarápidos (genotipo *1/*17). En todos los casos se mantuvo el tratamiento con clopidogrel. No hubo ningún incidente en los procesos de reclutamiento, distribución y genotipado.

LIMITACIONES

El tamaño muestral es relativamente pequeño debido a las dificultades en el reclutamiento. Se cuenta con un número limitado de OF y con un grado de participación desigual. Además, en nuestra área las prescripciones de clopidogrel se limitan a pacientes con contraindicaciones a prasugrel o ticagrelor, por lo que en muchos casos los pacientes no disponen de ningún tratamiento antiagregante alternativo. De momento no hay datos suficientes para determinar la utilidad del genotipado del CYP2C19 para mejorar la efectividad y seguridad del tratamiento con clopidogrel.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este proyecto es aplicable a otros SF hospitalarios con farmacéuticos formados en farmacogenética interesados en desarrollar proyectos colaborativos con las OF de su área para implementar tests farmacogenéticos en la práctica clínica.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2346. VALIDACIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA INMUNOCROMATOGRÁFICA PARA LA DETERMINACIÓN ANALÍTICA RÁPIDA DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, BEUNZA SOLA M, REBOLLO DÍAZ N, GARCÍA CASANUEVA JC, MARTÍN GUTIERREZ N, SAEZ FERNÁNDEZ EM, RECAREY GERPE V, OTERO LÓPEZ MJ
COMPLEJO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº DE SAN VICENTE, 258-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

La técnica analítica disponible en nuestro centro para determinar concentraciones de infliximab presenta el inconveniente de tener que agrupar muestra para optimizar los reactivos, lo que redundaría en una demora en la emisión de resultados. Recientemente se ha comercializado un test que permite disponer de los resultados en menos de una hora, aunque el coste de cada determinación es superior. El objetivo del estudio ha sido comparar esta nueva técnica y el ensayo inmunoenzimático (ELISA) convencional disponible.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo realizado en muestras de suero de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en tratamiento con infliximab. Las muestras fueron determinadas por ambas técnicas: ELISA tipo sándwich (Sanquin®) e inmunocromatografía de flujo lateral (ICFL) RIDA® QUICK IFX (r-Biopharm®).

Para comparar ambas técnicas se realizó un análisis de correlación lineal, calculando el coeficiente de Pearson, y un análisis de regresión lineal, obteniendo la recta y la bondad del ajuste mediante el coeficiente de determinación R². La concordancia entre técnicas se realizó mediante un análisis exploratorio de Bland-Altman, representando la media de cada pareja de concentraciones obtenidas por ambas técnicas frente a su diferencia. Además, se realizó un análisis de subgrupos diferenciando aquellas muestras obtenidas en fase de inducción o de mantenimiento del tratamiento. Se consideró como clínicamente relevante una diferencia máxima de 1,5 µg/mL para la fase de mantenimiento y de un 20% (error proporcional) para la inducción.

RESULTADOS

Un total de 41 muestras (18 en fase de inducción) fueron determinadas con ambas técnicas con una concentración media (DE) de 12,60 (11,98) $\mu\text{g}/\text{mL}$ para ELISA y 11,61 (9,74) $\mu\text{g}/\text{mL}$ para ICFL. Se observó relación lineal entre ellas, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0,961 (IC95%: 0,922-0,978, $p < 0,05$) y una relación definida por la ecuación: $\text{ELISA} = 1,18 \times \text{ICFL} - 1,11$. La bondad del ajuste fue $R^2 = 0,924$.

El análisis exploratorio Bland-Altman mostró una distribución no homogénea, con una tendencia negativa en concentraciones por encima de 10 $\mu\text{g}/\text{mL}$, habituales en las muestras en fase de inducción. La media de la diferencia entre las dos técnicas fue de 0,99 $\mu\text{g}/\text{mL}$ con límites de concordancia del 95% entre -6,43 y 8,41 $\mu\text{g}/\text{mL}$.

En el análisis de subgrupos, las concentraciones en fase de mantenimiento presentaron una desviación homogénea, con una media de -0,08 (límites de concordancia del 95%: -1,11-1,87) $\mu\text{g}/\text{mL}$. El 91,3% de las muestras no excedieron el límite establecido (1,5 $\mu\text{g}/\text{mL}$). Análogamente, para las muestras en fase de inducción, se observó una tendencia proporcional con una diferencia entre ambas técnicas del -7,89 (límites de concordancia del 95%: 30,71-23,03) % con un 66,7% de las muestras dentro del límite establecido (20%).

CONCLUSIONES

El nuevo test ICFL rápido para la determinación de infliximab mostró una buena correlación lineal y un grado de concordancia aceptable con la técnica ELISA convencional utilizada en nuestro centro, por lo que puede ser incorporada a la práctica clínica. Debido a su coste superior, su utilización estaría particularmente indicada en aquellas situaciones en que no sea aceptable clínicamente un retraso en la optimización del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2351. THERAPEUTIC DRUG MONITORING OF LINEZOLID: EVALUATION OF THE ARKTM IMMUNOASSAY

AUTORES

OUTEDA MACIAS M, ELBERDÍN PAZOS L, ROTEASALVO S, FERNÁNDEZ OLIVEIRA C, ALBIÑANA PÉREZ MS, GUTIÉRREZ URBÓN JM, SALVADOR GARRIDO P, MARTÍN HERRANZ MI
CHUAC. A CORUÑA. A CORUÑA

OBJETIVOS

The therapeutic drug monitoring of linezolid is necessary to ensure appropriate therapy. Aim of this study: To evaluate the ARKTM linezolid immunoassay on automated clinical chemistry analyzer ArchitectTM-C8000 for measuring human serum concentrations.

MATERIALES Y MÉTODOS

The study was performed following the CLSI protocol (EP5-A3, EP9-A3, EP17-A2, EP6-A). Within-day imprecision: 20 replicated analyses of three patient samples and of ARKTM linezolid low (2 mcg/mL), medium (10 mcg/mL) and high (20 mcg/mL) controls. Between-day imprecision: over a 20-day period using the three controls (low, medium, high) and patient samples; each sample was tested using two reagent lots and two runs per day. Limit of blank (LoB) and limit of detection (LoD): ten replicates of analyte-free sample (zero-calibrator) and low concentration calibrator (0.5 mcg/mL). $\text{LoD} = \text{LoB} + 1.645$ (SD low concentration calibrator). Lower limit of quantification (LLOQ): a low concentration plasma sample was diluted with a linezolid-free sample to ten different concentrations in 5 different analytical runs. Dilution linearity: five high linezolid concentration serum pools were serially diluted with calibrator A. Analytical recovery: adding concentrated linezolid into linezolid-negative samples. Calibration curve stability tested on days 1, 7, 14 and 21, using the calibrators A-F and controls (low, medium, high) in duplicate as were patient samples. The serum levels obtained with the ARKTM linezolid (C1) were compared with LC-MS/MS (C2) from 15 patients ranging from 0,5 to 40 mcg/mL. Concordance between these concentrations was assessed using the intraclass correlation coefficient (CCI: 95% limit of agreement) and graphically with the Bland-Altman method. Therapeutic range: 2-7 mcg/mL. Statistical analysis was carried out on SPSS.

RESULTADOS

Within-assay coefficient of variation (CV) was 4.1% for low (mean: 2.1 mcg/mL), 4.3% for medium (mean: 9.9 mcg/mL) and 4.9% for high control (mean: 20.6 mcg/mL). The respective total CV for patients' pool was 4.4% (mean: 2.3 mcg/mL), 4.6% (mean: 5.4 mcg/mL) and 5.2% (mean: 7.86 mcg/mL), respectively. Between-day imprecision was 4.2%, 4.7% and 5.1% for low, medium and high controls, respectively. LoB and LoD were 0.004 and 0.08 mcg/mL, respectively. LLOQ was 0.35 mcg/mL. Dilution linearity exhibited a high degree in the range studied (0.5-50 mcg/mL, $r = 0.99$). Recovery was 98%. The calibration curve remained stable for 3 weeks. Comparison patients samples: C1 = 3,58 (0,7-12,65) mcg/mL; C2 = 3,1 (0,3-11,5) mcg/mL. CCI was 0.98 (0.97; 0.99). Concordance was confirmed using the Bland-Altman analysis.

CONCLUSIONES

This study demonstrates that ARKTM linezolid Assay adapted to the ArchitectTM-C8000 analyzer presents a very good calibration curve stability, precision, reproducibility, sensitivity, specificity and a high degree of concordance with the LC-MS/MS method. Therefore, this technology could be suitable for monitoring linezolid into the routine clinical practice.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2375. EXACTITUD Y PRECISIÓN DE DIFERENTES MÉTODOS DE ESTIMACIÓN DE DOSIS DE LITIO

AUTORES

JIMÉNEZ MESEGUER M, DOMINGUEZ GARCÍA A, CORREGIDOR LUNA L, GARCÍA MARTÍNEZ S, SALAS PÉREZ JM, POVEDA ESCOLAR A, SUZ MAROTO P, GARCÍA DÍAZ B

HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA. AVENIDA DE ORELLANA S/N. MADRID

OBJETIVOS

- Cálculo del error de predicción de diferentes métodos de estimación de dosis de litio.
- Valoración del método más adecuado para la práctica clínica en la población analizada.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Estudio observacional retrospectivo (enero 2011 – diciembre 2019).
- Criterios de inclusión: Pacientes con trastorno bipolar en tratamiento con litio y con niveles en estado estacionario (SS). Cada extracción sérica se consideró un caso.
- Las ecuaciones de predicción utilizadas fueron: Keck, Zetin, Terao, Chiu y Pepin. Para el cálculo de las mismas se recogieron los siguientes datos en colaboración con el Servicio de Psiquiatría: sexo, edad, peso, talla, creatinina, urea, fecha de inicio de tratamiento, dosis de litio diaria, tratamiento concomitante con antidepresivos tricíclicos o no, ingreso por fase maníaca o no y concentración plasmática de litio.
- Análisis estadístico: Cálculo del error medio de predicción (EMP) de dosis y el error absoluto medio de predicción (EAMP) de dosis para valorar la exactitud y la precisión, usando SPSS 4.0.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 132 pacientes (69 hombres y 63 mujeres). Los datos antropométricos medios de los pacientes fueron 42.86 ± 12.93 años, 77.46 ± 19.07 kg de peso y 166.85 ± 9.63 cm de altura. La dosis media de litio diaria fue 1086.37 ± 325.21 mg y la litemia media en el SS, 0.78 ± 0.22 mmol/l.

A partir de la concentración de litio observada (mmol/l) se estimó la dosis (mg/día) necesaria para alcanzar ese nivel con las ecuaciones predictivas incluidas en el estudio. El EAMP de dosis (mg/día) fue 277.38, 231.99, 269.21, 640.408 y 582.37 para los modelos predictivos de Keck, Zetin, Terao, Chiu y Pepin, respectivamente. El EMP de dosis (mg/día) fue de 9.02, 176.28, -128.19, 455.78 y 361.05 para los modelos predictivos de Keck, Zetin, Terao, Chiu y Pepin, respectivamente.

CONCLUSIONES

- De los métodos analizados, las ecuaciones de Keck, Zetin, Chiu y Pepin sobreestiman la dosis de litio, mientras que el método de Terao hace una infraestimación de las mismas. Por otro lado, el método más exacto, dados los resultados del EMP, es el de Keck, y el más preciso, según los resultados de EAMP, el de Zetin, seguido del método de Terao y Keck.
- El método de predicción que mostró mejores resultados en la población analizada fue la ecuación de Keck, ya que combina exactitud y precisión. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el uso de un método que sobreestime podría derivar en una sobredosificación e intoxicación por litio.
- Los métodos de predicción de dosis son una herramienta proporcionada por el Servicio de Farmacia al Servicio de Psiquiatría para facilitar la prescripción de dosis y posología en los pacientes que requieren litio.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGÉNICA

2387. DOSIFICACIÓN DE GANCICLOVIR EN PACIENTES CRÍTICOS EN TERAPIA SOPORTE CON OXIGENACIÓN CON MEMBRANA EXTRACORPÓREA

AUTORES

DOMÉNECH MORAL L, MIARONS FONT M, RIERA DEL BRIO J, ROCH SANTET M, MONTORO ROSANO JB
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. PASSEIG VALL D'HEBRON. BARCELONA

OBJETIVOS

Durante los últimos años, el uso del soporte con Oxigenación con Membrana Extracorpórea (ECMO) y con Eliminación Extracorpórea de CO₂ (ECCO2R) en el paciente adulto se ha ido incrementando. Su empleo es el último recurso para pacientes con fracaso respiratorio y/o cardiovascular potencialmente reversible. Los pacientes en ECMO/ECCO2R presentan alteraciones fisiológicas que pueden modificar la farmacocinética de algunos fármacos. En general, hay poca evidencia respecto al ajuste del tratamiento antimicrobiano en adultos con soporte ECMO y muchas veces se basan en estudios antiguos sobre neonatos.

Aunque, por sus características farmacocinéticas, el ganciclovir no debería modificarse por la ECMO/ECCO2R, existe cierta evidencia que apunta a que se pueden requerir dosis más altas para obtener las concentraciones plasmáticas deseadas. Objetivo principal: Estudiar la relación entre la dosis de ganciclovir administrada y las concentraciones plasmáticas en un paciente sometido a ECMO. Objetivo secundario: estudiar si hay diferencias en las concentraciones plasmáticas y el área bajo la curva (ABC) en diferentes puntos del circuito.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional que incluye pacientes con ECMO/ECCO2R ingresados en la UCI en marzo de 2020 que reciben ganciclovir y firman consentimiento informado. Se determinan concentraciones de ganciclovir (concentración objetivo de niveles valle: 0,2-2,0 y pico 8-12 mcg/mL) predosis, y 1, 3, 5 y 12 horas post-administración en diferentes puntos del circuito (preoxigenador, posoxigenador y arteria radial) para el cálculo de ABC (valores recomendados de 40-50 $\mu\text{g}\cdot\text{h}/\text{mL}$) y valoración de posible secuestro del fármaco en el circuito. Técnica analítica: Cromatografía-Ultravioleta (HPLC-UV). Consideramos una variación en el ABC mayor al 10% como posible pérdida por retención en el circuito calculado mediante cálculo de porcentaje de variación entre valores ABC preoxigenador o postoxigenador y ABC arteria radial (ABC arteria radial-ABC preoxigenador o posoxigenador)/ABC arteria radial.

RESULTADOS

Se incluye un único paciente varón de 61 años y 80 kg, en tratamiento ECMO veno-venosa (VV) por Insuficiencia Respiratoria Aguda refractaria secundaria a gripe A. Inicia tratamiento con ganciclovir por replicación CMV a dosis 5 mg/kg cada 12h (filtrado glomerular (FG) de 58 ml/min/1,73 m²) no se ajusta dosis por insuficiencia renal por consenso

multidisciplinar tras revisar bibliografía. Tras 24h de tratamiento, se obtienen la siguientes concentraciones: pre-dosis, 1, 3, 5 y 12 h: Arteria Radial: 2,42; 13,49; 8,97; 6,8; 4,14 mcg/ml (ABC: 84,475 mcg•h/ml). Postoxigenador: 2,53; 13,15; 9,26; 7,56; 4,07 mcg/ml (ABC: 87,775 mcg•h/ml, %variación respecto a niveles plasmáticos arteriales: 3,90). Pre-oxigenador: 2,63; 13,43; 9,14; 7,15; 4,01 (ABC: 85,95 mcg•h/ml; %variación respecto a niveles plasmáticos arteriales: 1,74). Dado el elevado ABC obtenido se recomienda reducción de dosis a 3,75 mg/kg/12h y 48 h más tarde a 1,87 mg/kg/12h por empeoramiento de la función renal (FG: 38 mg/ml/min/1,73 m²) y niveles valle de 8,22 mcg/ml.

CONCLUSIONES

Se necesitan más casos y/o estudios para obtener datos y conclusiones fiables. No obstante, los pacientes tratados con ganciclovir y sometidos a terapia ECMO/ ECCO2R parecen no requerir un ajuste de dosis para la obtención de concentraciones plasmáticas deseadas; a la vista de los resultados, el fármaco no queda retenido en el circuito.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2433. EVALUACIÓN DE LA CORRELACIÓN ENTRE CONCENTRACIÓN MÍNIMA DE VANCOMICINA Y ÁREA BAJO LA CURVA EN PACIENTES ANCIANOS

AUTORES

DORDÀ BENITO A, GRATACÓS SANTANACH L, NOGUÉ PUJADAS E, DÍEZ VALLEJO C, LÓPEZ NOGUERA Q, VILA CURRIUS M, GUIJARRO HERRERA S, SACREST GÜELL R
HOSPITAL UNIVERSITARI DR. JOSEP TRUETA DE GIRONA. AVINGUDA DE FRANÇA S/N. GIRONA

OBJETIVOS

- Evaluar la relación entre la concentración mínima (C_{mín}) y el área bajo la curva (AUC) en pacientes ancianos tratados con vancomicina en perfusión intravenosa intermitente (PII).
- Evaluar porcentaje de pacientes en los que es necesario realizar modificación de la posología después de la monitorización farmacocinética (MF) para lograr una AUC entre 400-600 mg•h/L.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional llevado a cabo en la unidad de farmacocinética del Servicio de Farmacia de un hospital de referencia provincial.

Se incluyeron todos los pacientes mayores de 65 años tratados con vancomicina en PII que se les realizó MF entre octubre 2019 – abril 2020. El cálculo de los parámetros farmacocinéticos se realizó mediante ajuste bayesiano con el programa PKS de Abbot® utilizando un modelo bicompartimental.

Los datos farmacocinéticos, demográficos y analíticos recogidos fueron: C_{mín}, concentración máxima (C_{máx}), volumen de distribución central (V_{dc}), volumen de distribución en estado estacionario (V_{dee}), aclaramiento (Cl), peso, sexo, talla, edad, índice de masa corporal (IMC), creatinina sérica y filtrado glomerular estimado (FG_e) mediante Cockcroft-Gault (CG). Se calculó el AUC_{24h} de todas las monitorizaciones realizadas utilizando la fórmula AUC= Dosis/Cl.

Se determinó la correlación existente entre la C_{mín} y el AUC mediante una regresión lineal y el cálculo del coeficiente de Pearson.

RESULTADOS

Se incluyeron 37 pacientes (56 monitorizaciones), el 67,9% de los cuales fueron hombres, con una edad media±DS de 75±6,5 años, peso de 72,9±15,7kg, talla de 164,6±8,7cm, IMC de 26,7±4,2 kg/m² y FG_e de 97,7±49,4 mL/min.

Los valores (media±DS) de los parámetros farmacocinéticos fueron: V_{dc} (0,2±0,03 L/kg); V_{dee} (0,75±0,13 L/kg); Cl (3,6±1,3 L/h) y AUC_{24h} (557,6±117,6 mg•h/L).

El coeficiente de Pearson obtenido de la correlación entre C_{mín} y el AUC_{24h} fue R²=0,747. Un 97,67% de las determinaciones con C_{mín} > 10 mcg/mL consiguió obtener una AUC > 400 mg•h/L. Todos los pacientes con C_{mín} entre 10-15 mcg/mL alcanzaron una AUC < 600mg•h/L.

En un 46,4% de los pacientes, se tuvo que modificar la posología después de la monitorización farmacocinética para adecuar el AUC al valor recomendado de 400-600 mg•h/L. En un 35,7% se realizó una disminución de la dosis diaria y en un 10,7% un aumento.

Antes de la monitorización, un 42,9% de las determinaciones se encontraban con una AUC entre 400-600 mg•h/L, mientras que después del ajuste posológico, un 96,4% estaban dentro de ese intervalo.

CONCLUSIONES

Existe una buena correlación entre la C_{mín} y el AUC_{24h}. Con una C_{mín} de vancomicina dentro del rango habitual (10-15 mcg/mL), en un alto porcentaje de los casos se obtiene una AUC_{24h} superior a 400 mg•h/L y nunca una AUC > 600 mg•h/L.

En casi la mitad de los pacientes se requiere una modificación posológica para garantizar una AUC entre 400-600 mg•h/L. Por tanto, la monitorización farmacocinética en esta población de pacientes es de gran utilidad para obtener una dosificación adecuada.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2463. VARIABILIDAD EN LA EXPOSICIÓN A LINEZOLID EN LOS DIFERENTES GRUPOS POBLACIONALES

AUTORES

EDO PEÑARROCHA J, BELLES MEDALL MD, FORTANET GARCIA M, CEBOLLA BELTRAN T, SANTOS SAN SEGUNDO M, BOSO RIBELLES V, VICENTE ESCRIG E, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON. AVENIDA BENICÀSSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Analizar el comportamiento farmacocinético de linezolid (LNZ) e identificar a los pacientes candidatos a la monitorización farmacocinética en la práctica clínica diaria para optimizar la eficacia y seguridad del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional de pacientes en tratamiento con LNZ con la pauta estándar de 600mg cada 12 horas. Las muestras se tomaron antes de la administración de la 5ª dosis (Cps). Se recogieron las características demográficas (edad, sexo y peso corporal), tipo de paciente (crítico/no crítico), datos analíticos (filtrado glomerular (FG), bilirrubina, transaminasas, lactato deshidrogenasa y albúmina). El intervalo terapéutico de LNZ considerado fue 2-7 mcg/mL.

Se compararon las Cps entre los pacientes críticos vs no críticos, hombres vs mujeres, con FG > 60mL/min vs ≤60mL/min, con parámetros hepáticos basales no alterados (bilirrubina y/o transaminasas y/o lactato deshidrogenasa (LDH)) vs alterados y con albúmina < 3.5 vs ≥3.5 g/dL.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de las variables categóricas expresándose como frecuencia y porcentaje. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rangos intercuartílicos. Se realizó la prueba U de Mann-whitney para la comparación de medias. La asociación entre tipo de ajuste posológico y paciente (crítico/no crítico) se evaluó con el test chi cuadrado. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS, estableciendo la significancia estadística en $p < 0,05$

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 110 determinaciones correspondientes a 98 pacientes (30 críticos). La muestra presentaba un 35% mujeres, con una edad de 72,00 años (58,50-80,00) y un peso total de 70 Kg (62,50-80,00). Todos los pacientes tenían prescrita la pauta estándar del LNZ 600mg cada 12h. El FG fue de 75,5 mL/min (41,75-101,00), bilirrubina de 0,45 mg/dL (0,30-0,86) y un 40% de los pacientes tenían una alteración en las transaminasas y/o LDH.

La Cps en Críticos/No Críticos fue 4,68(1,30-7,9) vs 6,96(3,07-15,12) mcg/mL, $p=0,003$; FG normal/FG alterado 4,21(2,43-8,91) vs 14,72(9,17-18,17) mcg/mL, $p=0,000$; parámetros hepáticos basales no alterados/alterados 6,88 (2,99-14,5) vs 15,75 (8,34-32,55) mcg/mL, $p=0,048$. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre sexos y valores de albúmina.

Un 31,1% de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos presentaban dosis subterapéuticas y el 26,7% estaban intoxicados. Por otro lado, el 9,4% de los pacientes no críticos estaban infradosificados, frente al 50% que estaban intoxicados. Hubo diferencias estadísticamente significativas en las proporciones (Chi-cuadrado $p=0.006$), asumiendo que existe relación entre el tipo de paciente (crítico/no crítico) y ajuste posológico.

CONCLUSIONES

Se identifica la necesidad de incorporar la monitorización de LNZ a la práctica clínica diaria, debido a la gran variabilidad de las Cps obtenidas con la pauta posológica estándar de 600mg cada 12 horas.

La alteración del FG y de los parámetros hepáticos basales son factores que aumentan la exposición al fármaco pudiendo favorecer la aparición de reacciones adversas al medicamento en caso de no optimizar la pauta posológica.

Una gran parte de los pacientes críticos presentaban Cps subterapéuticas debido a la alteración de los parámetros farmacocinéticos en este tipo de pacientes, comprometiendo gravemente la eficacia del tratamiento antibiótico.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2468. VALIDACIÓN DE UN ENZIMOINMUNOENSAYO PARA LA DETERMINACIÓN SÉRICA DE LINEZOLID

AUTORES

EDO PEÑARROCHA J, BELLES MEDALL MD, FORTANET GARCIA M, VICENTE ESCRIG E, CONDE GINER S, BODEGA AZUARA J, MAHIQUES LLACER J, FERRANDO PIQUERES R

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON. AVENIDA BENICÀSSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Validar la técnica de enzimoinmunoensayo (EI) de ARK®, implementado en Architec® c4000 para la cuantificación de linezolid (LNZ) en plasma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de 4 meses de duración (septiembre 2019 – diciembre 2019) en el que se incluyeron todas las muestras séricas recibidas en la unidad de farmacocinética clínica para la determinación de las concentraciones plasmáticas de LNZ. La validación cruzada se realizó considerando el ensayo HPLC-UV como método de referencia (técnica desarrollada y validada por el propio servicio) y el inmunoensayo como el comparador. La concordancia se evaluó mediante el coeficiente de correlación de concordancia de Lin (CCC) calculado mediante la recta de regresión Passing Bablok. Se determinó el coeficiente de Pearson (r) para comparar los resultados obtenidos con los dos métodos. La prueba Kolmogorov-Smirnov se utilizó para determinar si la diferencia entre los dos métodos seguía una distribución normal. El acuerdo entre los dos métodos se evaluó mediante el análisis de Bland Altman trazando la diferencia en la concentración de LNZ versus la media de los resultados obtenidos por ambos métodos.

El análisis estadístico se realizó con SPSS v19.0. y MedCalc Statistical Software versión 14.9

RESULTADOS

El estudio se realizó a partir de 63 muestras séricas recolectadas entre septiembre de 2019 y diciembre de 2019.

La recta de regresión de Passing-Bablok mostró una intersección de -0.31 (IC del 95%, -0.59 a 0.05) y una pendiente de 1.02 (IC del 95%, 0.95 a 1.09) que sugirió la ausencia de un error sistemático constante y proporcional, con un coeficiente de Lin= 1,02 (fuerza de acuerdo casi perfecta). La correlación lineal de las concentraciones estimadas con una y otra técnica mostró una intersección de -0.056 (IC del 95%, -0.571 a 0.459) y una pendiente de 0.991 (IC del 95%, 0.923-1.060) de acuerdo con la ecuación $CpHPLC = -0.056 + 0.991CpARK$. El R2 ajustado fue de 0,93. Tras comprobar la distribución

normal de la diferencia de ambos métodos (Prueba de Kolmogorov-Smirnov: $p=0.200$), se realizó el método de Bland-Altman, mostrando una buena correlación, con una diferencia media de los resultados del EI respecto al HPLC de -0.109 (IC 95%, -0.402 a 0.185) mcg/mL.

CONCLUSIONES

Los valores analíticos entre ambas técnicas presentan un elevado grado de similitud. Tras el análisis de concordancia no se identificaron errores sistemáticos que afectaran a las concentraciones séricas de linezolid por el EI de Ark® respecto HPLC-UV. Tras los resultados obtenidos se implementó con seguridad el EI en la Unidad de Farmacocinética, para la monitorización de concentraciones plasmáticas de LNZ.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2490. ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD DEL ACLARAMIENTO DE CLOZAPINA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

AUTORES

EDO PEÑARROCHA J, ÚBEDA RUIZ B, BELLES MEDALL MD, CEBOLLA BELTRAN T, PUPLA BARTOLL A, BOSO RIBELLES V, SANTOS SAN SEGUNDO M, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON. AVENIDA BENICÀSSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Estudiar la variabilidad intra e inter-individual del aclaramiento aparente de clozapina (CL/F) y predecir su comportamiento mediante el desarrollo de una ecuación de regresión lineal múltiple (RLM) que considere el tratamiento concomitante y las variables fisiológicas de los pacientes con esquizofrenia paranoide. Como objetivo secundario se analiza la relación entre clozapina(CLO) y norclozapina(NOR) con las variables estudiadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con esquizofrenia en tratamiento con CLO, monitorizados en la Unidad de Farmacocinética Clínica desde febrero 2018 hasta febrero 2020. Todos los pacientes han estado en tratamiento con CLO durante al menos 2 meses. Los niveles plasmáticos de CLO se obtuvieron previos a la administración de la dosis y se cuantificaron mediante HPLC-MS. Se recogieron las características demográficas (edad, sexo y peso), las características del tratamiento (dosis, pauta posológica), además de la presencia de factores inductores e inhibidores del metabolismo de la CLO, así como las variables farmacocinéticas (concentración plasmática valle de CLO(ng/mL), Cl/F(L/día) y relación CLO/NOR).

Análisis estadístico: Se realizó el análisis descriptivo de las variables categóricas expresadas como frecuencia y porcentaje. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rangos intercuartílicos. Para el estudio de la correlación entre el Cl/F y las otras variables se realizó un modelo de RLM con las variables independientes sexo (hombres=1; mujeres=0), modificadores del metabolismo (MM)(0=no alteración; -1=Inhibidores; +1=Inductores), peso, filtrado glomerular (FG) y edad. Para describir la variabilidad intra e inter-paciente del Cl/F se calculó el coeficiente de variación (CV%). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS.

RESULTADOS

Se incluyeron 79 muestras séricas pertenecientes a 38 pacientes (25,3% mujeres) con una edad de 43 años (38-50), un peso total 80 Kg (70-98) y una dosis total diaria 500 mg (300-600). Un 32,9% de los pacientes utilizaban concomitantemente al menos 1 fármaco inductor o tenía hábito tabáquico, un 11,4% un fármaco inhibidor, mientras que un 17,7% mostraba presencia de inductor más inhibidor. El Cl/F de CLO estimado presentó una mediana de 1388,59 L/día (562,08-2146,69), con un CV% intra-paciente del 19,71% e inter-paciente del 65,23%.

Las variables independientes que fueron estadísticamente significativas para predecir el Cl/F en el modelo de RLM fueron el sexo, presencia de inductores y presencia de inhibidores. La ecuación de RLM obtenida fue $Cl/F(L/día) = 722,55 - 701,09 * MM + 758,92 * Sexo$, con una capacidad predictiva de $R^2=0,503$; $p=0,000$. No se observaron diferencias en base al FG, edad y peso.

La relación CLO/NOR presentó una correlación moderada por los MM ($r=0,373$; $p=0,001$) y el sexo ($r=-0,294$; $p=0,013$), mientras que no se encontró correlación alguna con la edad ($r=-0,186$; $p=0,12$), peso ($r=-0,168$; $p=0,390$), FG ($r=0,162$; $p=0,178$), dosis administrada ($r=-0,073$; $p=0,551$) y Cl/F ($r=-0,20$; $p=0,10$).

CONCLUSIONES

El estudio descrito muestra una moderada variabilidad del Cl/F intrapaciente de CLO, mientras que sí existe una gran variabilidad en el Cl/F interpaciente, siendo un 50% atribuible al tratamiento concomitante con inhibidores/inductores enzimáticos y al sexo. También se ha demostrado la influencia de los factores MM y sexo sobre la relación CLO/NOR. Por todo ello incorporar la monitorización farmacocinética de la CLO en los servicios de farmacia hospitalaria puede suponer una buena herramienta para optimizar el tratamiento con este antipsicótico.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2495. OXCARBAMACEPINA: CRITERIOS DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA

AUTORES

EDO PEÑARROCHA J, BELLES MEDALL MD, CONDE GINER S, BODEGA AZUARA J, VICENTE ESCRIG E, MAIQUES LLACER J, FORTANET GARCIA M, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON. AVENIDA BENICÀSSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Explorar la farmacocinética del monohidroxiderivado (MHD), metabolito con actividad farmacológica de la oxcarbamacepina. Analizar los efectos de las diferentes variables sobre el aclaramiento aparente del fármaco (Cl/F) e identificar que pacientes pueden beneficiarse de la monitorización farmacocinética de la oxcarbamacepina (OXC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de pacientes con epilepsia, tratados con OXC y que disponían de concentración plasmática valle en sangre de MHD. Las concentraciones de MHD se determinaron por cromatografía líquida de alta resolución acoplada a un detector ultravioleta-visible. Se recogieron los datos demográficos (sexo, edad y peso), datos analíticos (filtrado glomerular (FG), albúmina y natremia), datos del tratamiento (pauta posológica, dosis e inductores/inhibidores del metabolismo de la OXC) y se calcularon las variables farmacocinéticas (concentraciones valle y Cl/F). Análisis estadístico: Las variables categóricas se expresan como frecuencia y porcentaje. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rangos intercuartílicos. Para la determinación de la correlación entre variables se utiliza el índice de correlación. Se estratificaron los pacientes según su FG (> 60 o ≤ 60 mL/min) y se realizó la prueba t-student para la igualdad de medias. Se realizó todo análisis estadístico mediante el programa SPSS, estableciendo la significancia estadística en $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 47 determinaciones correspondientes a 47 pacientes (49% mujeres) con una edad media de 49 años (26,2-71,8), peso total de 75 Kg (59,7-90,30). Presentaron un FG de 104,68 mL/min (82,95-126,41) y una albúmina de 4,3 g/dL (3,8-4,8). La dosis diaria fue 1200 mg (575-1825). La concentración plasmática valle de MHD fue de 21 mg/L (9,57-32,43) y el Cl/F de 2,46 L/h (1,05-3,87). Ningún paciente tomaba tratamiento concomitante con fármacos inductores/inhibidores del metabolismo de la OXC.

El Cl/F de MHD presentó una correlación moderada con el filtrado glomerular ($r = 0,300$; $p = 0,048$), mientras que no se encontró correlación alguna con el sexo ($r = 0,011$; $p = 0,942$), peso ($r = -0,112$; $p = 0,524$) y albúmina ($r = 0,231$; $p = 0,145$). Tampoco se encontró correlación entre la concentración valle y natremia ($r = -0,125$; $p = 0,4$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el Cl/F entre los pacientes con el $FG \leq 60$ mL/min ($1,4 \pm 0,2$ L/h) y los de $FG > 60$ mL/min ($2,8 \pm 1,2$ L/h), con una diferencia de medias de 1,40 L/h (95% IC, 0,14 a 2,64); $p = 0,03$, con una reducción del Cl/F en pacientes $FG \leq 60$ mL/min con respecto a $FG \geq 60$ mL/min del 50%.

CONCLUSIONES

La tasa de filtrado glomerular es una covariable importante que influye en la eliminación de MHD, mientras que otras covariables como el sexo, peso o albúmina no interfieren en la eliminación del fármaco. Estos datos ponen claramente de manifiesto la necesidad de monitorizar la concentración plasmática de MHD en pacientes con un $FG < 60$ mL/min para el posible ajuste de la pauta posológica.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2501. ESTUDIO MULTICÉNTRICO BASADO EN LA VALIDACIÓN EXTERNA DE UN MODELO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL DE VORICONAZOL

AUTORES

MOLINERO MUÑOZ M, GOMEZ ZAMORA M, POVEDA ESCOLAR A, JIMENEZ MESEGUER M, DOMINGUEZ GARCIA A, GARCIA DIAZ B, DELGADO SANCHEZ O, MARTINEZ SESMERO JM
HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. PROFESOR MARTIN LAGOS S/N. MADRID

OBJETIVOS

El objetivo es determinar la exactitud y precisión del modelo farmacocinético de voriconazol propuesto por Dolton et al. Se trata de un modelo bicompartimental con absorción de primer orden y eliminación no lineal (Michaelis-Mentel).

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis observacional, retrospectivo y multicéntrico de 33 pacientes externos e ingresados con concentraciones plasmáticas (C_p) de voriconazol recogidas entre diciembre de 2015 y diciembre de 2019 en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron pacientes adultos en tratamiento con voriconazol intravenoso y/o oral con datos de C_p y se excluyeron aquellos que no tenían registro de dosis administradas.

Las fuentes de información fueron la historia clínica y el programa de prescripción electrónica y las variables recogidas fueron posología, peso del paciente y medicación concomitante con capacidad de influir en las C_p : rifampicina, dexametasona, prednisona, metilprednisolona, hierba de san juan y ritonavir.

La estimación de parámetros farmacocinéticos y de las concentraciones estimadas individuales y poblacionales se realizó mediante NONMEN (Non linear Mixed Effects Model) a través del programa Pirana®. Para determinar la exactitud y precisión, se comparó la concentración observada con la predicha y se calculó el error medio de predicción (EMP) y el error absoluto medio de predicción (EAMP), sin datos de niveles plasmáticos observados (grupo 0), con un nivel observado (grupo 1) y con dos niveles observados (grupo 2). Con el fin de comparar nuestros resultados con los publicados por Dolton et al., también se calculó el error cuadrático medio (ECM) de cada grupo. Dado que los datos no siguen una distribución normal (gaussiana), se aplica la prueba no paramétrica de Wilcoxon para comparar las medias de las C_p observadas y predichas, con un nivel de significancia de 0.05.

RESULTADOS

Se obtuvieron C_p s de 33 pacientes. En el grupo 0 se obtuvo un $EMP_0 = 0,71$ mg/L, $IC_{95\%} [0,35, 1,07]$, $EAMP_0 = 1,73$ mg/L y $ECM_0 = 2,16$ mg/L. En el grupo 1, $EMP_1 = -0,65$ mg/L; $IC_{95\%} [-0,95, -0,35]$, $EAMP_1 = 1,76$ mg/L y $ECM_1 = 2,58$ mg/L, mientras que en el grupo 2, se obtuvo un $EMP_2 = 0,13$ mg/L; $IC_{95\%} [0,06, 0,2]$, $EAMP_2 = 1,94$ mg/L y $ECM_2 = 2,26$ mg/L.

En el grupo 2, el EMP se aproxima más al valor cero, por lo que en este grupo el modelo parece ser más exacto y el EAMP

es más cercano a cero en el grupo 0, por lo que tiene mayor precisión en este grupo.

Asimismo, al comparar las medias de las C_p observadas con las C_p predichas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ningún grupo: $Z_0 = -0.234$, ($p = 0.81$); $Z_1 = -1.34$, ($p = 0.18$); $Z_2 = -0.06$, ($p = 0.98$).

CONCLUSIONES

Para nuestra muestra, el modelo farmacocinético propuesto por Dolton et al. es más exacto cuando se le introducen dos C_p reales y es ligeramente más preciso cuando no se le da información de C_p reales. Además, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las C_p observadas y las C_p predichas con el modelo. Esto nos lleva a concluir que el modelo no lineal de Dolton et al. podría ser válido para predecir C_p de voriconazol, aunque son necesarios datos con mayor número de pacientes.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2555. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA EN PACIENTES ANCIANOS CON VALORES BAJOS DE CREATININA: INFLUENCIA DE UTILIZAR UN VALOR FIJO DE CREATININA

AUTORES

DÍEZ VALLEJO C, GRATACÓS SANTANACH L, DORDÀ BENITO A, VILA CURRIUS M, LÓPEZ NOGUERA Q, TORO BLANCH C, COMA PUNSET M, SACREST GÜELL R
HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSEP TRUETA. AVENIDA DE FRANCIA S/N. GIRONA

OBJETIVOS

En pacientes ancianos con valores de creatinina sérica inferiores a 0.7 mg/dL, el aclaramiento de creatinina podría estar sobreestimado. Algunas publicaciones plantean la posibilidad de utilizar un valor fijo de creatinina de 0.7 mg/dL en este grupo de pacientes.

El objetivo es analizar si existen diferencias entre las estimaciones farmacocinéticas de vancomicina utilizando el valor real de creatinina (CrR) o un valor de creatinina teórica (CrT) en pacientes ancianos con creatinina inferior a 0.7 mg/dL.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en pacientes mayores de 65 años tratados con vancomicina en perfusión intravenosa intermitente con CrR < 0.7 mg/dL monitorizados entre septiembre 2019 y abril 2020 en el Servicio de Farmacia de un hospital de referencia de provincia.

Se calculó el filtrado glomerular (FG) mediante la fórmula Cockcroft-Gault utilizando el peso magro con el valor de CrR (FG-CrR) y con un valor de CrT de 0.7 mg/dL (FG-CrT).

Se calcularon los parámetros farmacocinéticos mediante un ajuste bayesiano utilizando un modelo bicompartimental con el programa ABBOTTBASE Pharmacokinetic Systems®. La estimación se realizó con FG-CrR y FG-CrT.

Los datos farmacocinéticos recogidos fueron: concentración mínima real ($C_{mín}$), concentración mínima estimada ($C_{míne}$), volumen de distribución central (Vdc), volumen de distribución en estado estacionario (Vdee) y aclaramiento (Cl).

Se calculó la exactitud mediante el error predictivo medio (MPE) y la precisión mediante el error predictivo medio absoluto (MPAE) entre $C_{mín}$ y $C_{míne}$ a partir de FG-CrR y FG-CrT.

Se analizaron las diferencias entre los parámetros farmacocinéticos (Vdc, Vdee, y Cl) estimados con FG-CrR y FG-CrT. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba t-student para variables apareadas ($p < 0.05$).

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes (10 hombres, 10 mujeres) con una edad media de 74.15 ± 5.14 años (rango 67-84) y un Índice de Masa Corporal (IMC) de 25.0 ± 4.7 kg/m². Los valores medios de creatinina sérica fueron de 0.50 ± 0.14 mg/dL y de urea sérica de 29.65 ± 14.16 mg/dL. El FG-CrR medio fue de 105.5 ± 46.45 mL/min, mientras que el FG-CrT fue de 70.05 ± 17.34 mL/min ($p = 0.001$).

Respecto a los parámetros farmacocinéticos estimados, se observaron diferencias estadísticamente significativas en todos los valores, siendo los valores medios de $C_{míne}$ (mcg/mL), Vdc (L/kg), Vdee (L/Kg) y Cl (L/h) del fármaco calculados con FG-CrR de 11.87 ± 5.01 , 0.21 ± 0.01 , 0.73 ± 0.09 y 4.36 ± 1.34 respectivamente; mientras los valores estimados con FG-CrT fueron 12.19 ± 5.06 , 0.21 ± 0.01 , 0.72 ± 0.10 y 4.21 ± 1.28 respectivamente ($p < 0.05$).

La exactitud medida como MPE con FG-CrR y con FG-CrT fue de 0.43 ± 0.87 y 0.11 ± 0.91 respectivamente, observando diferencias significativas entre ambas estimaciones ($p < 0.01$). Sin embargo, no se encontraron diferencias en la precisión medida mediante MPAE, obteniendo valores de 0.69 ± 0.67 y 0.59 ± 0.69 respectivamente ($p = 0.38$).

La $C_{míne}$ estimada con FG-CrT fue superior a la $C_{míne}$ con FG-CrR en todos los pacientes.

CONCLUSIONES

1. La utilización de CrR respecto a CrT en el ajuste farmacocinético bayesiano infraestima la $C_{míne}$ de vancomicina en pacientes mayores de 65 años y con creatinina inferior a 0.7 mg/dL.
2. La utilización de CrT para la estimación farmacocinética de vancomicina mejora la exactitud del cálculo de $C_{míne}$, por lo que se puede considerar que el uso de CrT es más apropiado que el de CrR para la monitorización en este grupo poblacional.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2596. VALIDACIÓN DE UN MODELO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL DE VALPROICO DE LIBERACION PROLONGADA EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

AUTORES

MARCOS FENDIAN A, SANCHEZ GONZALEZ JL, CLARAMUNT GARCÍA R, SANCHO ARTES A, CORTES SANCHEZ CJ, PORTA OLTRA B, CLIMENTE MARTI M

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVDA. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

El desarrollo y validación de modelos farmacostatísticos de valproico de liberación prolongada en población con trastornos psiquiátricos es actualmente escaso. Por tanto, el objetivo fue evaluar la capacidad predictiva de un modelo farmacocinético poblacional aplicado a la monitorización de valproico de liberación prolongada en pacientes con trastornos psiquiátricos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo desde enero 2018 a abril 2020 en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con trastornos psiquiátricos, en tratamiento con valproico de liberación prolongada y con al menos una determinación de concentración plasmática (Cp) en estado estacionario (> 4 días desde inicio o cambio de pauta posológica). Se excluyeron pacientes con determinaciones realizadas con datos antropométricos o posología no disponibles en la historia clínica. Las Cp fueron obtenidas mediante el autoanalizador Architect i1000® (Abbott).

Se registraron variables demográficas (sexo, edad, peso), así como posológicas (dosis e intervalo posológico), y Cp. Se incorporó un modelo farmacocinético poblacional (Metaneethorn et al. Clin Ther, 2017;39:1171-1181) en el aplicativo Abbotbase Pharmacokinetics System® (PKS) que permitió predecir las Cp mediante análisis poblacional y bayesiano. Se compararon ambas predicciones con las Cp experimentales y se determinó la exactitud (error medio de predicción, EMP) y la precisión (error absoluto medio, EAM). Asimismo, se comparó la capacidad predictiva entre el modelo poblacional y bayesiano a partir del porcentaje de predicciones adecuadas (con un error inferior al 10%) en las cuales se mantendría el criterio de individualización posológica.

Para obtener una mejora estadísticamente significativa del 25% de predicciones bayesianas adecuadas respecto a poblacionales, se calculó el tamaño muestral necesario, aceptando una potencia estadística del 80% (riesgo beta 0,2), un nivel de confianza del 95% (riesgo alfa 0,05) y un porcentaje de pérdidas de seguimiento del 10%, siendo éste de 56 determinaciones.

Análisis estadístico: Stata v15.1: Variables categóricas en porcentaje, comparadas mediante la prueba Chi cuadrado, y cuantitativas en media (IC95%), comparadas mediante la prueba T de Student.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 76 Cp correspondientes a 76 pacientes (51,3% hombres), edad media 49,5 años (IC95%: 46,4–52,5) y peso 77,8 kg (IC95%: 74,0–81,7). El 71,8% se correspondían a Cp pre-dosis, con una concentración media de 60,2 mcg/ml (IC95%: 55,8–64,6).

El EMP de las predicciones en PKS con el modelo poblacional fue de 25,7% (IC95%:20,6-30,7) y de 5,3% (IC95%: 3,8-6,7) con el modelo bayesiano. El EAM fue con el modelo poblacional de 50,4% (IC95% 36,9–63,9) y de 12,2% (IC95% 4,8-19,5) con el modelo bayesiano. Ambas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

En el 25% de determinaciones se obtuvieron predicciones con un error inferior al 10% con el modelo poblacional frente al 64,5% en el modelo bayesiano ($p < 0,01$).

CONCLUSIONES

El modelo farmacocinético poblacional de valproico presenta un sesgo sistemático de sobreestimación de las concentraciones plasmáticas, consecuencia de la elevada variabilidad interindividual del fármaco en la población de pacientes con trastornos psiquiátricos. La aplicación del modelo bayesiano mejora significativamente los resultados, tanto en exactitud como en precisión, aumentando a un 64,5% las predicciones con un error inferior al 10%.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2600. VALIDACIÓN Y COMPARACIÓN DE DOS MODELOS FARMACOCINÉTICOS POBLACIONALES DE LINEZOLID EN PACIENTES ADULTOS

AUTORES

SANCHEZ GONZALEZ JL, MARCOS FENDIAN A, DEL ROSARIO GARCÍA B, CORTES SANCHEZ CJ, SANCHO ARTES A, LLOPIS ALEMANY A, PORTA OLTRA B, CLIMENTE MARTI M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVDA. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar y comparar la capacidad predictiva de dos modelos farmacocinéticos poblacionales de linezolid en población adulta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo desde Septiembre 2019 a Abril 2020 en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años en tratamiento con linezolid y con al menos una determinación de concentración plasmática (Cp) en estado estacionario (≥ 3 días desde inicio o cambio de pauta posológica). Se excluyeron pacientes con determinaciones realizadas con datos antropométricos o posología no disponibles en la historia clínica. Las Cp fueron obtenidas mediante inmunoensayo enzimático homogéneo en autoanalizador Architect c4000® (Abbott).

Se registraron variables demográficas (sexo, edad, peso, creatinina (Cr), así como posológicas (dosis e intervalo) y Cp pre-dosis.

Se incorporaron dos modelos farmacocinéticos poblacionales (Yasuhiro et al. Br J Clin Pharmacology, 2017; 83 1758–1772); (Takeshi et al. Int J Antimicrob Agents, 2018; 51:745-751) en el aplicativo Abbotbase Pharmacokinetics System® (PKS) que permitió predecir las Cp mediante estimación bayesiana. A partir de las Cp predichas y Cp experimentales se calculó para ambos modelos la exactitud (error medio de predicción, EMP) y precisión (error absoluto medio, EAM). Asimismo, se comparó la capacidad predictiva entre los dos modelos a partir del porcentaje de predicciones adecuadas (con un error inferior al 10%) en las cuales se mantendría el criterio de individualización posológica. Análisis estadístico: Stata v15.1: Variables categóricas en porcentaje, comparadas mediante la prueba Chi cuadrado, y cuantitativas en media (IC95%), comparadas mediante la prueba T de Student.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 31 Cp correspondientes a 29 pacientes (58,1% hombres), edad media 65,1 años (IC95% 61,6–68,6), peso 70,1 kg (IC95% 66,0–74,3) y Cr 1,2 mg/dL (IC95% 0,8–1,6). El 100% se correspondían a Cp obtenidas pre-dosis con una concentración experimental media de 4,8 mcg/ml (IC95% 3,2–6,6).

El EMP de las concentraciones predichas frente a las experimentales con el modelo bayesiano de Yasuhiro fue 11,9% (IC95% 9,2-14,7) y el EAM 11,6% (IC95% 8,8-14,4) mientras que el EMP calculado con el modelo bayesiano desarrollado por Takeshi fue 4,6 (IC95% 3,6–5,5), el EAM 3,5%(IC95% 2,6 - 4,4). Ambas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$)

El 61,3% de determinaciones presentaban predicciones con un error inferior al 10% con el modelo de Yasuhiro frente al 90,3% en el modelo de Takeshi ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Ambos modelos farmacocinéticos poblacionales de linezolid (Yasuhiro et al); (Takeshi et al) implantados en PKS presentan un sesgo de predicción en las concentraciones plasmáticas.

Con el modelo desarrollado por Takeshi et al. se alcanza una mejor capacidad predictiva, en términos de exactitud, precisión y porcentaje de predicciones adecuadas con un error de predicción menor al 10%, por lo que puede considerarse éste como un mejor modelo para su aplicación en monitorización farmacocinética.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2605. RELACIÓN ENTRE CONCENTRACIONES SÉRICAS DE ADALIMUMAB Y RESPUESTA CLÍNICA EN PATOLOGÍAS REUMÁTICAS

AUTORES

LÓPEZ BROSETA PA, MENDOZA AGUILERA M, MARTÍN MARQUÉS M, JORNET MONTAÑA S, VUELTA ARCE M, DEL ESTAL JIMÉNEZ J, SANJUAN BELDA A, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII. C/ DOCTOR MALLAFRÉ GUARCH N7. TARRAGONA

OBJETIVOS

La monitorización terapéutica de medicamentos biológicos es útil para la optimización del tratamiento en pacientes con patologías reumáticas. Pese haberse demostrado su beneficio, no está implantado de manera rutinaria en la práctica clínica.

Tras la implementación en nuestro centro, el objetivo del estudio es conocer la asociación entre concentraciones séricas de adalimumab y respuesta clínica en pacientes con patologías reumáticas, así como su relación con: reactantes de fase aguda y tiempo en tratamiento con el fármaco.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo realizado desde enero 2019 hasta marzo 2020. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de artritis reumatoide, artropatía psoriásica y espondilitis anquilosante en tratamiento con adalimumab en fase de mantenimiento. Se recogieron las siguientes variables de la historia clínica del paciente: sexo, edad, diagnóstico, concentración sérica de adalimumab, proteína C reactiva (PCR), velocidad de sedimentación glomerular (VSG), tiempo en tratamiento con adalimumab y actividad de la patología medida mediante escalas validadas (ankylosing spondylitis disease activity score (ASDAS-PCR) para espondilitis anquilosante, disease activity score-28 (DAS-28) para artritis reumatoide y disease activity in psoriatic arthritis (DAPSA) para artritis psoriásica).

Se consideró a los pacientes con actividad moderada y alta como no respondedores y a los pacientes en remisión o con baja actividad baja actividad como respondedores. Posteriormente, se comparó la media de concentraciones séricas entre ambos grupos. Se correlacionó el nivel de fármaco con reactantes de fase aguda y tiempo en tratamiento con adalimumab.

Las muestras de concentración sérica de adalimumab fueron extraídas el día previo a la administración del fármaco y fueron analizadas mediante la técnica de inmunoensayo Quantum-blue®. Los datos fueron analizados con el programa de estadística SPSS v.26.

RESULTADOS

Se incluyeron 53 pacientes (42% hombres) diagnosticados de artritis reumatoide 39,6%(21), espondilitis anquilosante 32,1%(17) y artritis psoriásica 28,3%(15). La edad media fue de 57,8±11,3 y la mediana de tiempo en tratamiento con

adalimumab de 3,9 años (0,8 – 13,3).

Los pacientes respondedores tuvieron una media de concentraciones séricas de adalimumab más altos que los no respondedores cuya diferencia fue estadísticamente significativa (9,89±6,12 vs 3,23±4,07; p=0,01).

Además, se observó una correlación entre menor concentración de fármaco y mayor tiempo en tratamiento (correlación de Pearson $r=-0,301$; $p=0,028$) así como también una mayor elevación de la VSG ($r=-0,316$; $p=0,034$). En cambio, menores concentraciones séricas no se asociaron con una mayor cantidad de PCR ($p=0,365$).

CONCLUSIONES

Se observa que bajas concentraciones de adalimumab se asocian a menor respuesta clínica, por lo que optimizar el tratamiento en estos pacientes prevendría posibles fracasos terapéuticos. Además, se debería hacer un especial seguimiento clínico a aquellos pacientes que están más tiempo en tratamiento y/o con elevación de la VSG ya que se observan menores niveles de fármaco. Por otra parte, la falta de correlación observada entre niveles de adalimumab y PCR podría ser debida a la carencia de este parámetro en algunos pacientes. Esta información nos permite optimizar el tratamiento en aquellos pacientes que lo requieran y así favorecer la respuesta clínica farmacológica.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2629. VARIANTES EN DIHIDROPIRIMIDINADESHIDROGENASA(DPYD) Y MEDIDA DE ACTIVIDAD ENZIMÁTICA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL QUE SUFREN TOXICIDAD SEVERA TEMPRANA A FLUOROPIRIMIDINAS

AUTORES

GARCÍA GONZÁLEZ X, KACZMARCZYK B, REVUELTA HERRERO JL, GARCIA ALFONSO P, VAZ A, SALVADOR MARTIN S, SANJURJO SAEZ M, LOPEZ FERNANDEZ LA
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Las Agencias Española y Europea del medicamento (AEMPS y EMA) recomiendan la realización de un test genético de dihidropirimidina deshidrogenasa (DPYD) incluyendo las variantes c.1905+1G > A(DPYD*2A), c.1679T > G(DPYD*13), c.2846A > T y c.1129-5923C > G previo a la utilización de fluoropirimidinas (capecitabina y 5-fluorouracilo) para valorar la presencia de déficit enzimático y prevenir la aparición de reacciones adversas graves. Sin embargo, este screening no consigue evitar todas las toxicidades severas observadas en la práctica clínica.

Objetivo: Identificar y analizar variantes raras potencialmente dañinas en DPYD en pacientes que sufren toxicidad temprana severa a fluoropirimidinas, y que no presentan ninguna de las variantes incorporadas en el screening clínico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico prospectivo realizado entre los servicios de oncología médica y farmacia. Criterios de inclusión: pacientes ≥ 18 años, diagnóstico cáncer colorrectal en cualquier estadio que reciben por primera vez tratamiento con esquema basado en fluoropirimidinas, aparición de cualquier efecto adverso severo (≥ 3 según CTCAE v 5.0) tras un solo ciclo de quimioterapia, ausencia de variantes c.1905+1G > A, c.1679T > G, c.2846A > T y c.1129-5923C > G en DPYD. Se obtuvo ADN de muestras de sangre periférica y se secuenciaron los 23 exones de DPYD. Los efectos de las variantes encontradas se analizaron usando las aplicaciones SIFT y Polyphen-2 y realizando una revisión bibliográfica de otros estudios.

A continuación, se evaluó la actividad de DPD mediante determinación plasmática de uracilo endógeno (U) y su metabolito dihidouracilo (UH2). Criterios de déficit: $U > 16$ ng/mL y ratio $UH2/U < 6$.

RESULTADOS

Se analizaron 3 pacientes. Paciente 1: mujer, 64 años, colon estadio III experimentó neutropenia g3, diarrea g3 y trombopenia g2 tras XELOX(capecitabina y oxaliplatino); Paciente 2: varón 59 años, colon estadio IV experimentó neutropenia g4, diarrea g3 tras XELOX ; Paciente 3; varón 74 años recto estadio IV experimentó diarrea g3 tras infusión de 5-FU.

Se encontraron las siguientes mutaciones en heterocigosis en DPYD con las siguientes predicciones in silico y estudios previos de actividad in vitro/ex vivo: Paciente 1: C29R (benigna, act. normal) y A549P (dañina, act reducida). Paciente 2: P86L (dañina, act reducida) y I543V (benigna, act normal). Paciente 3: V362I (posiblemente benigna, actividad no informada) y L775W (dañina, act no informada). L775W se encuentra cerca del sitio de unión de 5-FU, por lo que posiblemente altere la unión sustrato-proteína.

Los tres pacientes presentaron déficit parcial de actividad en DPD, con concentraciones de U de 18,36; 33,23 y 21,44 ng/mL y ratio $UH2/U$ 5,36; 3,82 y 4,90 respectivamente.

Las variantes causales más probables del déficit de actividad en DPYD y la toxicidad experimentada en los 3 pacientes fueron A549P, P86L y L775W respectivamente.

CONCLUSIONES

Aunque el screening genético de DPYD que incluye las 4 variantes dañinas más frecuentes ha demostrado ser coste-efectivo y resulta fácil de realizar en la práctica clínica, sigue habiendo pacientes que experimentan toxicidad severa a fluoropirimidinas. Otras aproximaciones complementarias como la secuenciación completa de exones y la medida de actividad de la proteína pueden dar información valiosa en estos casos, ayudando a descubrir variantes dañinas raras y facilitando la toma de decisiones clínicas.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA**2719. IMPACTO DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE INFLIXIMAB Y ADALIMUMAB EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL****AUTORES**

GIMÉNEZ GINER S, LLOPIS ALEMANY A, LLOPIS SILVA P, SENDRA GARCÍA A, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVDA. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de las monitorizaciones farmacocinéticas de infliximab y adalimumab en la práctica clínica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 12 meses (enero-diciembre/2019) con seguimiento hasta mayo/2020. Se incluyeron las monitorizaciones farmacocinéticas (MFC) de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tratados con infliximab (IFX) o adalimumab (ADA). El intervalo terapéutico (IT) fue 3-7mcg/ml (IFX) y 6-8mcg/ml (ADA). Las concentraciones séricas (Cs) se determinaron mediante ELISA (Promonitor®, Grifols) y se realizó un informe farmacocinético con una recomendación farmacoterapéutica (RFT) basada en: Cs, situación clínica, bioquímica (calprotectina fecal (CF), PCR, y albúmina) y pruebas de imagen.

Variables descriptivas: a) paciente (edad, sexo, peso, IMC), b) tratamiento (fármaco, línea terapéutica, duración, inmunomodulación) y c) patología (tipo EII, CF, PCR, albúmina). Variables resultado: Cs, tipo de RFT (mantenimiento de pauta, optimización, intensificación, cambio de terapia biológica) y grado de aceptación de las RFT en la primera consulta médica y hasta un máximo de 6 meses post-MFC.

Análisis estadístico con R: media \pm desviación estándar o mediana [rango] según normalidad (test Kolmogorov-Smirnov) para variables cuantitativas y frecuencias (%) para variables cualitativas.

RESULTADOS

Se incluyeron 111 pacientes (80,2% enfermedad de Crohn, 19,8% colitis ulcerosa) con mediana de 42[19-70] años, 45% mujeres, peso 72[37-110] Kg e IMC 23,9[14,5-34,3] kg/m². De ellos, 38 estaban en tratamiento con IFX (86,8% 1ª línea) y 73 con ADA (84,9% 1ª línea) con una duración media de 3,9 \pm 2,9 años, y un 28,8% con inmunomodulación. En el momento de la MFC, los valores medios de albúmina fueron 4,3 \pm 0,3 g/dl y el 73,0% tenía CF \geq 15 μ g/g y 22,2% PCR \geq 5mg/l.

Se realizaron 138 MFC (mediana 1[1-3]/paciente). El 29,7% se encontraban dentro del IT, 52,2% eran supraterapéuticas y 18,1% infraterapéuticas. Las RFT realizadas fueron: mantenimiento de pauta posológica (69,6%;n=96), optimización (13,8%;n=19), intensificación (8,7%;n=12), y cambio de terapia biológica (7,8%;n=11). El 81,2% fueron aceptadas en la primera consulta médica post-MFC; entre las no implantadas (26/138), el 53,8%(14/26) fueron RFT de optimización, 26,9%(7/26) intensificaciones y 19,2%(5/26) cambios de terapia biológica.

En el 38,5% de las RFT no implantadas se justificó por cambios en la situación clínica del paciente (6 empeoramiento sintomático, 4 aumentos de CF), mientras que el 61,5% no se justificó clínicamente la no aceptación de la RFT (2 intensificaciones, 4 cambios y 10 optimizaciones). Solo en 4/14(28,6%) RFT de optimización se consideró clínicamente justificado no aplicar la modificación posológica, frente a 5/7(71,4%) de las intensificaciones y 1/5(20,0%) cambios de terapia biológica.

Tras reevaluar la aceptación de las RFT 6 meses post-MFC se constató que 4 cambios y 2 optimizaciones fueron implantados. La aceptación final fue del 92,0%: intensificación 41,7%(5/12), optimización 36,8%(7/19) y cambio de terapia biológica 90,9%(10/11).

CONCLUSIONES

Las recomendaciones farmacoterapéuticas basadas en la monitorización farmacocinética de infliximab y adalimumab en pacientes con EII constituyen un elemento de soporte en la toma de decisiones clínicas y permiten la anticipación al fracaso de la terapia biológica. A pesar de la adecuada aceptación global, se evidencia menor tendencia a la optimización del tratamiento, lo que supone una sobreexposición al biológico y repercute en el coste del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA**2779. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM MEDIANTE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA EN EL PACIENTE CRÍTICO EN CONTEXTO PANDEMIA COVID-19****AUTORES**

CLÈRIES ROVIRA P, RIBERA PUIG C, RIGO BONNIN RF, TUBAU QUINTANO F, GRANADA VICENTE RM, SABATE RIERA J, COBO SACRISTÁN S, PADULLÉS ZAMORA A
HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE. CARRER DE LA FEIXA LLARGA S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

En el contexto de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 se ha observado la emergencia de microorganismos gram-negativos multirresistentes debido a la elevada presión antibiótica. Este escenario hace necesaria la optimización del tratamiento antibiótico mediante la administración de beta-lactámicos de reserva en perfusión continua (PC). El objetivo es determinar si la PC de ceftolozano/tazobactam (C/T) y optimización de la posología mediante la monitorización farmacocinética (TDM) de concentraciones plasmáticas en estadio estacionario (Css) permiten alcanzar el objetivo farmacocinético/farmacodinámico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, en un hospital universitario de tercer nivel entre marzo y mayo del 2020, en el marco del programa multidisciplinar de optimización de antibióticos (PROA). Se incluyeron aquellos pacientes con COVID-19 e infección activa por *Pseudomonas aeruginosa* (PA) multirresistente en tratamiento dirigido con C/T. Variables recogidas: sexo, edad, filtrado glomerular (fórmula CKDEPI) (FG), foco de infección, tratamiento antibiótico previo y/o concomitante, concentración mínima inhibitoria (MIC) de C/T, posología, concentraciones plasmática (C) predosis (Cmin) si administración en perfusión intermitente (PI), C_{ss} si administración en PC (dilución 20 mg/mL) (1), C fármaco libre (fC) calculada asumiendo unión a proteínas del 15% y concentración pulmonar estimada (C_{pu}) calculada a partir de fC y la penetración pulmonar (50%) (1). Las C se determinaron mediante cromatografía líquida de alta y rápida resolución acoplada a la espectrometría de masas en tándem (2). Se calculó el ratio fC_{ss}/MIC y C_{pu}/MIC, MIC siendo real o teórica en caso de no disponer de ella (4mg/L para PA) según European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST). Las dosis se ajustaron según la fC_{ss} alcanzadas según protocolo del centro.

1. Ficha técnica de C/T 1/0.5 g vial.

2. Rigo-Bonnin R et al Measurement of Ceftolozane and Tazobactam Concentrations in Plasma by UHPLC-MS/MS. Clinical Application in the Management of Difficult-To-Treat Osteoarticular Infections. Clin Chim Acta. 2019 Jan;488:50-60. doi: 10.1016/j.cca.2018.10.034.

RESULTADOS

Se analizaron 6 pacientes en tratamiento dirigido con C/T (5 PC 6g y 1 PI 2g/8h) combinado con colistina nebulizada (todos) e intravenosa (4 pacientes) por infección respiratoria. Todos eran hombres con edad mediana de 57 años y estancia mediana en el hospital previa al inicio de C/T de 30 días. Dosis administrada: 6g PC o 2g/8h PI. Todos habían recibido tratamiento antibiótico previo (2-4 tratamientos). El FG mediano fue de 129 mL/min y 1 paciente recibió terapia de reemplazo renal continuo. La MIC obtenida se encontraba entre 1 y 12 (no determinada en 2 pacientes). La fC_{ss} mediana fue de 22.7 mg/L (rango intercuartil: 13-30) y la C_{pu} de 11.3 mg/L (rango intercuartil 3.8-15-1). El valor del ratio fC_{ss}/MIC mediana fue de 5.6 (rango intercuartil 3.2-9.7) y no se precisó cambio de dosis. El valor del ratio C_{pu}/MIC mediana fue de 1.9 (rango intercuartil 1.6-4.8) obteniendo C_{pu} > MIC en 4 de los 5 pacientes de administración en PC durante el 100% del estado estacionario, siendo ≥ 3 veces la MIC en 3 pacientes. La Cmin obtenida fue indetectable y el tratamiento se suspendió.

CONCLUSIONES

La administración de C/T en PC y TDM permitió optimizar el tratamiento alcanzando fC_{ss} por encima de la CMI durante todo el intervalo de administración.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2861. PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

RUBIO CALVO D, MARTINEZ DE LA PLATA JE, CANTO MANGANA J, HERNANDEZ DE HARO FJ
EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL DE PONIENTE. CARRETERA DE ALMERIMAR Nº 31. ALMERÍA

OBJETIVOS

La monitorización de fármacos biológicos es una práctica cada vez más común en el ámbito clínico, especialmente en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII). Debido a la gran variabilidad clínica en estas patologías y la farmacocinética cambiante que acompaña a estos tratamientos, en muchas ocasiones las dosis y posologías recomendadas en la ficha técnica de estos fármacos no son efectivas. En este estudio se pretende evaluar la implantación de un programa de monitorización de fármacos biológicos Anti-Tnf alfa: Infliximab y Adalimumab para el tratamiento de la EII.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo llevado a cabo en un hospital comarcal, desde junio de 2019 hasta diciembre de 2019. Se incluyeron pacientes diagnosticados de EII en tratamiento activo con Adalimumab o Infliximab durante al menos 3 meses. Los datos recogidos fueron: Demográficos, Diagnóstico, tratamiento concomitante con fármacos inmunomoduladores, niveles de fármaco en plasma para cada fármaco (mcg/mL), niveles de anticuerpos antifármaco en plasma para cada fármaco (mcg/mL) y número de intervenciones realizadas para cada fármaco. Dichas intervenciones fueron: Intensificación del tratamiento (aumento de dosis y/o reducción del intervalo terapéutico), desintensificación del tratamiento (disminución de dosis y/o aumento del intervalo terapéutico), cambio de diana terapéutica (SWAP), cambio a otro fármaco anti-tnf alfa (SWITCH). Cada una de las intervenciones realizadas fueron individualizadas atendiendo a los datos recogidos de la historia clínica digital y las recomendaciones descritas en la bibliografía.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 74 pacientes. 45 (60%) Hombres. La edad media fue de 40 años con un rango de 13-66 años. 36 (48%) pacientes estaban en tratamiento con Infliximab. 38 (52%) pacientes estaban en tratamiento con Adalimumab. 19 (25%) pacientes tenían diagnóstico de colitis ulcerosa y 55 (75%) pacientes tenían diagnóstico de Enfermedad de Crohn. El 30,5% de los pacientes estaban en tratamiento concomitante con algún fármaco inmunomodulador: Azatioprina 50%, corticoides 32% y metotrexato 18%. Los niveles plasmáticos medios para el infliximab fueron 5,44 mcg/mL (Desviación estándar 6,99mcg/mL) la mediana fue 2,4 mcg/mL. La media de anticuerpos anti-infliximab fue 0,44mcg/mL (desviación estándar 1,74mcg/mL). Mediana 0,1mcg/mL. Para el Adalimumab los niveles plasmáticos medios fueron 8,6mcg/mL (Desviación estándar 6,22mcg/mL) mediana 6,7mcg/mL. La media de anticuerpos anti-adalimumab fue 1,28mcg/mL (Desviación estándar 3,18mcg/mL) mediana 0,1mcg/mL. Durante el estudio 21 pacientes continuaron con la misma

pauta. En el resto de pacientes se realizó alguna intervención. Para Infliximab 30 intervenciones: 70% intensificación, 20% desintensificación, 10% SWAP. Para Adalimumab 23 intervenciones: 35% intensificación, 48% desintensificación, 17% SWAP. Del total de SWAPs realizados, ningún paciente estaba en tratamiento concomitante con fármacos inmunomoduladores. No se realizó ningún SWITCH durante este periodo.

CONCLUSIONES

En casi 2/3 de los pacientes se realizaron intervenciones para optimizar el tratamiento biológico. La intensificación de tratamiento fue la intervención más habitual en los pacientes tratados con Infliximab, por el contrario la desintensificación fue más común en pacientes tratados con Adalimumab. La adición de un fármaco inmunomodulador al esquema terapéutico parece ser beneficioso para evitar la aparición de anticuerpos frente al fármaco. La monitorización de estos fármacos juega un importante papel en la terapéutica de la EII.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2865. CONVERSIÓN A NUEVA PRESENTACIÓN DE TACROLIMUS EN TRASPLANTADOS RENALES ESTABLES MEDIANTE ANÁLISIS FARMACOCINÉTICO

AUTORES

MARTÍNEZ-CABALLERO MARTÍNEZ D, BERNABEU CASTELLA S, DÍAZ GONZALEZ M, CLIMENT BALLESTER S, FRANCO ESTEVE A, NALDA MOLINA R, RAMÓN LÓPEZ A, MÁS SERRANO P
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. PINTOR BAEZA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

La mayor parte de los regímenes de terapia inmunosupresora utilizados en trasplante renal incluyen tacrolimus como anticalcineurínico. Recientemente, se ha comercializado una nueva presentación con una tecnología similar a las cápsulas de formulación de liberación prolongada que se administra una vez al día. El objetivo del estudio piloto fue evaluar las concentraciones valle (CvTAC) y el área bajo la curva estimada de 0 a 24h (ABCe) antes y después de la conversión (periodo basal y conversión) a la nueva formulación en pacientes con trasplante renal estable.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo (Marzo 2020 – Mayo 2020). Criterios de inclusión: pacientes adultos trasplantados renales estable (> 12 meses), convertidos a la nueva formulación manteniendo la dosis y a los que se les realizó una curva abreviada (valle, post-2h, post-3h tras administración) pre- y post-conversión extraída dentro de la práctica clínica habitual. Se evaluó CvTAC, el ABCe, tiempo transcurrido entre curvas, los parámetros farmacocinéticos medios (aclaramiento (Cl), volumen de distribución central (Vd) y constante de absorción (KTR)) y la función renal (filtrado glomerular (FG) CKD-EPI) en cada periodo. Se evaluó la absorción con el tiempo de concentración máxima entre curvas (Tmax) y la constante de absorción (KTR). Los parámetros farmacocinéticos se calcularon mediante estimación bayesiana utilizando un modelo farmacocinético bicompartimental con absorción de Erlang. Se realizó el análisis estadístico con SPSS® v.25.0 y la determinación de las CvTAC mediante enzoinmunoensayo (Dimension®, Siemens).

RESULTADOS

Se incluyeron 10 pacientes, con edad media de 54,9 años (IC95%: 46,9-62,9), peso medio de 74,1 kg (IC95%: 64,3-83,9) y dosis media de 2,25 mg (IC95%: 1,63-2,87). El tiempo medio postrasplante en el momento de la conversión fue de 81,1 meses (IC95%: 44,5-117,7) y el tiempo medio transcurrido entre curvas de 19,6 días (IC95%: 8,2-31). Para periodo Basal y Conversión, las CvTAC medias fueron 4,7 ng/mL (IC95%: 4,2-5,2) vs 4,7 ng/mL (IC95%: 4,1-5,3) (p=0,98) respectivamente, y las ABCe medias fueron 143,9 ng/mL (IC95%: 128,7-159,1) vs 143,8 ng/mL (IC95%: 123,6-164) (p=0,99), respectivamente. El FG se mantuvo estable con valores de 54,3 ml/min (38,5-70) en Basal vs 54,7 ml/min (39,2-70) en Conversión (p=0,82). El Cl medio fue de 15,1 mL/min (11,7-18,5) en Basal vs 15,3 mL/min (12-18,7) en Conversión (p=0,82) y el Vd central medio fue de 275,5 L (269,2-281,7) vs 278,7 L (273,2-284,1) (p=0,34), respectivamente. La mediana de Tmax Basal y conversión fueron las mismas: 2 h (p25-p75: 2-3) vs 2 h (p25-75: 2-3), respectivamente. La KTR media fue de 3,1 h⁻¹ (IC95%: 2,9-3,4) en Basal vs 3,3 h⁻¹ (IC95%: 3,1-3,5) en Conversión (p=0,055).

CONCLUSIONES

En el presente estudio piloto con pacientes trasplantados renales estables y durante el tiempo analizado, la conversión a la nueva presentación, permite mantener CvTAC y ABCe, con similares parámetros farmacocinéticos estimados en ambos grupos. Durante el periodo estudiado la función renal se mantuvo estable. Es necesario corroborar estos resultados en estudios posteriores a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2869. MONITORIZACIÓN DE BETALACTÁMICOS EN PACIENTES CRÍTICOS

AUTORES

NÚÑEZ- NÚÑEZ M, CRUZ-VALERO IM, PORTILLO-HARO S, VILLANOVA-GARCÍA J, CABEZA-BARRERA J, YUSTE-OSSORIO ME
HOSPITAL SAN CECILIO (PARQUE TECNOLÓGICO DE LA SALUD). AVENIDA DE INVESTIGACIÓN, S/N. GRANADA

OBJETIVOS

Determinar la consecución del objetivo farmacocinético/farmacodinámico (PK/PD) con las estrategias de dosificación empíricas en práctica clínica de meropenem(MRP) y piperacilina/tazobactam(PTZ) en pacientes críticos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en que se analizaron datos de pacientes ingresados en cuidados intensivos (UCI) de nuestro hospital, con capacidad para 20 camas (6 cardiológicos y 14 polivalentes), desde 31/enero/2019 a 30/junio/2019. Se incluyeron pacientes consecutivos en tratamiento con MRP o PTZ que tuvieran una determinación de concentraciones séricas del antibiótico antes de la recomendación de ajuste de dosis por niveles. Se analizaron las variables: edad, sexo, índice de masa corporal, score Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System-II (APACHE-II), creatinina sérica y el aclaramiento de creatinina (ClCr) estimado según Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration group (CKD-EPI), presencia de insuficiencia renal aguda, técnicas de eliminación extracorpórea, ventilación mecánica, sepsis o shock séptico, síndrome infeccioso, mortalidad y días de estancia en UCI. Los objetivos PK/PD definidos como “mínimo” son: nivel plasmático predosis por encima de la concentración mínima inhibitoria (CMI) ($ft100\% > CMI$) y “óptimos” si superior a 4 veces la CMI ($ft100\% > 4 \times CMI$) tomando la CMI objetivo según criterios del Comité Europeo de Pruebas de Susceptibilidad a los Antimicrobianos (EUCAST). Las muestras fueron analizadas mediante cromatografía líquida de alta resolución acoplada a luz ultravioleta (HPLC-UV). El análisis estadístico se realizó con el uso de medianas y rango intercuartílico (RIQ) y/o número de pacientes (%). El análisis bivariado se realizó mediante test de “chi” cuadrado (variables categóricas) o “t” test (variables continuas) considerándose la significación estadística cuando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 24 pacientes de los cuales 16 recibieron MRP y 8 PTZ. El nivel “mínimo” fue alcanzado en 12/16 y 3/8, mientras que el nivel “óptimo” lo alcanzaron únicamente 6/16 y 1/8 pacientes con MRP y PTZ respectivamente. Comparando los pacientes que no alcanzan el nivel plasmático “mínimo” con aquellos que sí, no se encontraron diferencias significativas, salvo en la forma de administración (extendida frente a bolo: 0 frente a 7 (46.7%); $p=0.015$), en mediana de edad (58 [RIQ] 56-66 frente a 70 [RIQ] 67-77), APACHEII (22 [RIQ] 13-29 frente a 26 [RIQ] 20-31), presencia de sepsis/shock séptico (78% frente a 80%), ventilación mecánica (67% frente a 80%), técnicas de eliminación extracorpórea (11% frente a 13%), insuficiencia renal aguda (56% frente a 80%), ClCr estimado por CKD-EPI (65 [RIQ] 48-106 frente a 58 [RIQ] 46-79), mortalidad cruda en UCI (2/4 (22%) frente a 4/15 (26.7%)) o días de estancia en UCI (10 [RIQ] 5-11 frente a 10 [RIQ] 5.5-21.5). Respecto los síndromes infecciosos cabe destacar el foco neumónico donde 4/6 pacientes no alcanzaron el umbral mínimo mientras que en bacteriemias sólo 1/5 pacientes.

CONCLUSIONES

Se observa que con la dosificación empírica en práctica clínica de MRP Y PTZ, el 37.5% de los pacientes no alcanzaron el objetivo PK/PD mínimo recomendado y el 70% no lograron el objetivo óptimo. La determinación de niveles séricos de MRP y PTZ de forma rutinaria permite la detección precoz de pacientes en riesgo de infradosificación, especialmente en tratamientos empíricos y máxime cuando se sospecha que puedan estar implicados pacientes con CMI elevadas.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2888. VARIABILIDAD INTERINDIVIDUAL Y RESULTADOS EN SALUD DE RITUXIMAB SUBCUTÁNEO A DOSIS FIJAS

AUTORES

RAGA JIMENEZ C, BELLÉS MEDALL MD, ALVAREZ MARTIN T, CONDE GINER S, TRIPIANA RALLO M, CEBOLLA BELTRAN T, SANTOS SANSEGUNDO M, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL DE CASTELLON. AVDA BENICASSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

El rituximab es un anticuerpo monoclonal antiCD20 indicado en Linfoma No Hodgkin (LNH). Comercializado inicialmente a dosis variables según superficie corporal para vía endovenosa. Posteriormente se efectuó el estudio SABRINA que permitió su comercialización a dosis fijas de 1400mg para vía subcutánea (SC).

Los objetivos fueron analizar en vida real la variabilidad interindividual de concentraciones plasmáticas mínimas (Cmin) de rituximab SC e identificar factores que afectaran a la misma. Como objetivo secundario relacionar Cmin con resultados en salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con LNH tratados con rituximab SC desde septiembre de 2018 hasta noviembre de 2019 en un hospital de tercer nivel.

La variable utilizada para conocer la variabilidad interindividual de Cmin fue el coeficiente de variación expresado en porcentaje (CV%) y se comparó frente a la bibliografía.

Para detectar factores que pudieran afectar a dicha variabilidad se calculó el aclaramiento aparente (Cl/F) de los pacientes. Posteriormente se seleccionaron tres descriptores antropométricos divididos en subgrupos y se clasificaron los pacientes. Estos fueron: Superficie corporal: $< 1,7m^2$; $1,7-1,9m^2$ y $> 1,9m^2$; Índice de masa corporal (IMC): $< 25kg/m^2$; $25-30kg/m^2$ y $> 30kg/m^2$ y porcentaje de masa magra (MM%): $\geq 75\%$ o $< 75\%$.

Para relacionar las Cmin con resultados en salud se utilizó para efectividad la respuesta al tratamiento: respuesta completa (RC) o respuesta parcial (RP) y para seguridad: aparición o no de reacciones adversas (RAM).

Las variables numéricas se expresaron en mediana (Md) y como medida de dispersión rango intercuartílico (IQR).

La prueba estadística fue U de Mann-Whitney y el programa estadístico utilizado fue SPSSv19®.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 34 pacientes. La variabilidad interindividual obtenida en vida real fue de 42,5% frente a 43,2% en la bibliografía.

Los resultados de Cl/F obtenidos al distribuir los pacientes según superficie corporal fue para $< 1,7m^2$ (n=8) Md=0,31 L/día (IQR=0,21-0,41), para $1,7-1,9m^2$ (n=9) Md=0,42 L/día (IQR=0,34-0,52) y para $> 1,9m^2$ (n=17) Md=0,63 L/día (IQR=0,37-1,14). Según IMC fue para $< 25kg/m^2$ (n=9) Md=0,34 L/día (IQR=0,22-0,42) para $25-30kg/m^2$ (n=10) Md=0,58

L/día (IQR=0,37-0,84) y para $> 30\text{kg/m}^2$ ($n=15$) $Md=0,55$ L/día (IQR=0,35-0,96). Y según MM% fue para $< 75\%$ ($n=24$) $Md=0,55$ L/día (IQR=0,35-0,76) y para $\geq 75\%$ ($n=10$) $Md=0,35$ L/día (IQR=0,23-0,47) ($p=0,009$)
Se obtuvo para pacientes con RC ($n=10$) una C_{min} $Md=168,77$ mcg/mL (143,01-212,41) y para RP 102,71mcg/mL (76,91-117,52) ($p=0,008$).

Para la seguridad se obtuvo: pacientes con RAM ($n=5$) una $C_{min}=161,75$ mcg/mL (143,01-212,41) y para pacientes sin RAM ($n=10$) 139,38mcg/mL (100,38-191,56) ($p=0,45$).

CONCLUSIONES

La variabilidad obtenida en vida real fue similar a la bibliografía. Se identificó la presencia de grasa como uno de los factores responsables la variabilidad.

Pacientes con RC presentaron C_{min} superiores frente aquellos con RP. Pacientes con toxicidad presentaron C_{min} superiores frente a aquellos que no presentaron.

Se identifica una población de pacientes con MM $< 75\%$ en los que puede resultar insuficiente el tratamiento de rituximab SC con dosis fijas de 1400mg.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2908. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB COMO MARCADOR PRECOZ DE FALLO SECUNDARIO EN PACIENTES CON PSORIASIS

AUTORES

SÁEZ BELLÓ M, CLIMENTE MARTÍ M, LLOPIS SALVIA P, SANTOS ALARCÓN S, MATEU PUCHADES A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. JUAN DE GARAY 21. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar la relación entre las concentraciones séricas (C_s) infraterapéuticas (IT) de adalimumab (ADA) y el fallo secundario al tratamiento en pacientes con psoriasis en placa moderada - grave.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: estudio retrospectivo descriptivo observacional. Criterios de inclusión: pacientes adultos diagnosticados de psoriasis en placa moderada – grave en tratamiento con ADA en los que se hubiera realizado al menos una monitorización farmacocinética (MFC). Variables: antropométricas (sexo, edad e índice de masa corporal (IMC)), relacionadas con la patología (respuesta clínica según el psoriasis area severity index (PASI): $PASI \geq 5$ no respondedor y $PASI < 5$ respondedor), relacionadas con el tratamiento (tiempo en tratamiento con ADA y pauta posológica) y relacionadas con la monitorización (determinaciones de fármaco y anticuerpo (AAA)). Se consideraron concentraciones IT aquellas $< 3,5$ $\mu\text{g/ml}$ y por encima del límite inferior del intervalo terapéutico de referencia aquellas $\geq 3,5$ $\mu\text{g/ml}$. La asociación entre los resultados de la MFC y la efectividad del tratamiento se evaluó mediante la relación entre las C_s IT de ADA y la aparición del fallo secundario, así como el tiempo transcurrido entre la determinación IT y el fallo, entendido como el primer $PASI \geq 5$. También se realizó un análisis de concordancia: sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), área bajo la curva ROC y punto de corte sugerido por la misma.

RESULTADOS

Se reclutaron 25 pacientes, 7 de ellos mujeres, con una media de 49 (44, 54) años y un IMC de 28,1 (6,4) kg/m^2 , siendo el 36% (9/25) considerados como no respondedores en el momento de la MFC. Los pacientes recibieron ADA durante una media de 3,6 (2,6; 4,7) años, el 32% (8/25) con la dosis de ficha técnica, el 40% (10/25) con optimizaciones y el 28% (7/25) con intensificaciones de la pauta posológica.

Se realizaron 34 monitorizaciones de C_s de ADA (1,4 determinaciones/paciente), con una mediana de 3,8 (9,2) $\mu\text{g/ml}$; y 12 determinaciones de AAA en 11 pacientes, (1,1 determinaciones/paciente), siendo 6 de ellas positivas en 6 pacientes distintos, con una mediana de 52,8 (171) UA/ml.

El 67% (6/9) de los pacientes no respondedores presentaron concentraciones IT, mientras que el 33% restante (3/9) presentaron concentraciones por encima del límite inferior del intervalo terapéutico. El 56% (9/16) de los pacientes respondedores presentaron concentraciones por encima del límite inferior del intervalo terapéutico de referencia, mientras que el 33% restante (7/16) presentaron concentraciones IT. En el subgrupo de pacientes respondedores en el momento de la MFC que presentaron concentraciones IT, la mediana de tiempo transcurrido entre la monitorización y la aparición de fallo secundario fue de 3,4 (1,5) meses.

La S de la MFC fue del 75%, la E del 77,8%, el VPP de 85,7% y el VPN de 63,6%. El área bajo la curva ROC fue de 0,80 (0,59; 0,93), siendo el punto de corte sugerido de 2,99 $\mu\text{g/ml}$.

CONCLUSIONES

En nuestro centro, 33% de los pacientes respondedores presentaron C_s IT, siendo la MFC de ADA un marcador precoz de fallo secundario al tratamiento en pacientes con psoriasis en placa moderada-grave.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2950. EVALUACIÓN FARMACOCINÉTICA DE LA DOSIS INICIAL DE TACROLIMUS LIBERACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES DE NOVO

AUTORES

COLOMER AGUILAR C, DÍAZ GONZÁLEZ M, BOADA HERNÁNDEZ P, RAYMUNDO PIÑERO A, FRANCO ESTEVE A, NALDA MOLINA R, RAMÓN LÓPEZ A, MÁS SERRANO P
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. CALLE PINTOR BAEZA. ALICANTE

OBJETIVOS

Tacrolimus es un inhibidor de la calcineurina utilizado como parte del esquema inmunosupresor para la profilaxis del rechazo del trasplante renal. La dosis inicial según ficha técnica para una nueva forma farmacéutica de liberación sostenida (tecnología Melt-dose) es de 0,17 mg/kg, variando dicha dosis según la experiencia clínica adquirida con su uso. El objetivo del presente estudio es evaluar la dosis inicial de tacrolimus en pacientes trasplantados renales de novo con una forma farmacéutica de liberación sostenida.

MATERIALES Y MÉTODOS

-Estudio observacional retrospectivo (2018-2019). Criterios de inclusión: adultos trasplantados renales de novo, esquema inmunosupresión con timoglobulina, corticoides, sirolimus y tacrolimus, curva de concentraciones plasmáticas (Cp) completa de tacrolimus tras tres dosis y seguimiento 3 meses post-trasplante. Se establecieron tres grupos según la dosis por kg inicial: Grupo 1: 0,15, Grupo 2: 0,12 y Grupo 3: 0,10 mg/kg/24h.

-Variables demográficas: edad, sexo, peso, fecha inicio de tacrolimus; variables de resultado: dosis inicial por grupo, Cp_48h (Cp valle a las 48h desde inicio), Cp_72h (72h desde inicio), AUC trapezoidal, creatinina y filtrado glomerular, pacientes con suspensión de dosis tras Cp_72h, pacientes con Cp entre 6-8 ng/mL (dentro del intervalo terapéutico (IT)), con Cp > 8 ng/mL (superior al IT) y con Cp < 6 ng/mL (inferior al IT) a las 72h.

-El análisis estadístico se realizó con SPSS® v.25.0 y la determinación de las Cp mediante enzoinmunoensayo (Dimension®).

RESULTADOS

Se incluyeron 114 pacientes (63,2% hombres) (edad media 57,4 años y peso medio 70,2 kg); grupo 1: n=43, dosis inicial media de 10,1 mg/24h (IC95%:9,5-10,7) y 0,143 mg/kg/24h (IC95%:0,141-0,145); Grupo 2: n=38, dosis inicial media de 8 mg/24h (IC95%:7,4-8,6) y 0,117 mg/kg/24h (IC95%:0,115-0,119); y Grupo 3: n=33 pacientes con dosis media inicial de 7 mg/24h (IC95%:6,7-7,4) y 0,098 mg/kg/24h (IC95%:0,096-0,099).

La Cp_72h media fue 11,9 ng/mL (IC95%:10,2-13,5) y AUC trapezoidal 441,4 ng•h/mL (IC95%:396-486,7) en el Grupo 1; 12 ng/mL (IC95%:10,2-13,8) y 439 ng•h/mL (IC95%:386,9-491) en el Grupo 2, y 8,4 ng/mL (IC95%:6,9-9,9) y 311,3 ng•h/mL (IC95%:270-352,4) en el Grupo 3. La Cp_72h y AUC fueron diferentes entre los Grupo 3 vs Grupo 1 y 2 (p < 0,05), respectivamente.

El porcentaje de pacientes con Cp_72h dentro y por debajo del IT fue similar en los tres grupos: 18,6%, 18,4% y 18,2% y 9,3%, 10,5% y 36,4%, para los grupos 1, 2 y 3 respectivamente. Sin embargo, el porcentaje de pacientes con Cp_72h por encima del IT fue estadísticamente inferior para los pacientes del grupo 3 vs. 1 y 2: 45,5% vs. 72,1% y 61,1%, respectivamente. Además, en un 15% en el grupo 3 frente a un 28% y 32% en los grupo 1 y 2, se les suspendió el tratamiento con tacrolimus durante 24h debido a Cp excesivamente elevados.

CONCLUSIONES

En la población analizada, la dosis inicial de 0,10 mg/kg/24h de tacrolimus consigue Cp y AUC adecuadas, un mayor porcentaje de pacientes dentro del intervalo terapéutico y un menor número de casos de suspensión del tratamiento con tacrolimus por niveles excesivamente altos a las 72h. Sin embargo, no se han observado diferencias estadísticamente significativas en la función renal a los tres meses entre los tres grupos.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

2953. COMPARACIÓN DE LA VARIABILIDAD CINÉTICA ENTRE TACROLIMUS DE LIBERACIÓN INMEDIATA Y LIBERACIÓN RETARDADA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

AUTORES

MARCOS FENDIAN A, KRASIMIROVA NIKOLOVA G, SANCHO ARTES A, RUIZ MILLO O, PORTA OLTRA B, CLIMENTE MARTI M

HOSPITAL UNIV. DOCTOR PESET. AVDA. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Comparar la variabilidad cinética de dos presentaciones de tacrolimus (TAC) [liberación inmediata (TAC_PRO) y retardada (TAC_ADV)] durante el primer año post-trasplante en pacientes trasplantados renales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, de 45 meses (Junio 2015 a Febrero 2019) con un período mínimo de seguimiento de 12 meses post-trasplante, realizado en un hospital terciario con una media anual de 670 pacientes monitorizados en tratamiento con Tac.

Se incluyeron pacientes adultos tratados con TAC (TAC_PRO y TAC_ADV) combinado desde el inicio del trasplante con micofenolato de mofetilo (MMF) o everolimus (EVE), y sin cambios en la presentación de TAC ni en el tratamiento inmunosupresor en los 12 meses posteriores.

Se recogieron características basales: sexo, edad, presentación y dosis total diaria de TAC (DTD;mg/día) y combinación de inmunosupresor (MMF/EVE).

Para cada presentación de TAC se calcularon los siguientes indicadores farmacocinéticos en función del tiempo post-trasplante inmediato (< 3 meses) y mantenimiento (3-12 meses): número de determinaciones/paciente, concentración sanguínea (Cs;ng/mL), relación Cs/DTD (ng/ml por mg), % de determinaciones infraterapéuticas, dentro de intervalo

terapéutico (IT) y supraterapéuticas, % modificación de dosis, coeficiente de variación intraindividual medio (CV) y % pacientes con CV < 25%.

La Cs objetivo de TAC con MMF: 8-12ng/mL (< 3 meses), 7-10 ng/mL (≥3-6 meses) y 6-8 ng/mL (≥6 meses); con EVE: 5-8 ng/mL (< 3 meses), 3-6 ng/mL (≥3-6 meses) y 3-5 ng/mL (≥6 meses).

Análisis estadístico (STATA v13.1). Variables categóricas: frecuencias (%) y cuantitativas: media(min-max). Diferencias entre variables: prueba de chi-cuadrado; significación: p < 0,05.

RESULTADOS

Se incluyeron 52 pacientes, 35 con TAC_PRO y 17 con TAC_ADV.

Características basales TAC_PRO vs TAC_ADV: 60,0% vs 64,7% hombres, 55(33-79) vs 55(32-73) años. DTD (< 3meses): 7,38 (1,00-20,00) vs 9,02 (2,00-18,00). DTD (3-12meses): 6,09 (0,75-15) vs 5,41 (1,50-16,50). Tratamiento con MMF: 82,9% vs 76,5%.

Indicadores farmacocinéticos TAC_PRO vs TAC_ADV: Número de determinaciones/paciente (< 3meses): 16(13-21) vs 13(4-19) y (3-12meses): 12(9-22) vs 11(6-23). Cs (< 3 meses): 9,94 (2,1-27,7) vs 10,47 (2,4-30) y (3-12 meses): 8,38 (2,60-23,30) vs 7,65 (2,90-16,70). Relación Cs/DTD (< 3meses): 1,80 (0,19-9,23) vs 1,34 (0,24-6,75) y (≥3-12meses): 1,96 (0,42-9,80) vs 1,69 (0,44-4,77). El % de determinaciones infraterapéuticas (< 3meses): 24,3% vs 18,5% y (3-12meses): 12,5% vs 18,5%; dentro de IT (< 3 meses): 52,3% vs 57,3% y (3-12meses): 52,7% vs 53,9%; y supraterapéuticas (< 3meses): 23,4% vs 24,2% y (3-12meses): 34,8% vs 27,5%. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre presentaciones.

En cuanto al % de modificaciones de dosis (< 3meses): 65,9 vs 65,4% y (3-12meses): 47,8 vs 60,1%. El CV medio (< 3meses): 35,2% vs 32,6% y (3-12meses): 24,9% vs 19,8%. Pacientes con CV < 25% (< 3 meses): 25,7% vs 88,2% (p < 0,05) y (3-12meses): 60,0% vs 23,5% (p < 0,05).

CONCLUSIONES

Con ambas presentaciones de TAC (TAC_PRO y TAC_ADV) se obtienen más de un 50% de determinaciones dentro del intervalo terapéutico, tanto en el post-trasplante inmediato como durante el mantenimiento, con mayor variabilidad farmacocinética intraindividual en ambas presentaciones durante el post-trasplante inmediato. A su vez, se evidencia una menor variabilidad intraindividual (CV < 25%) para TAC_ADV en el post-trasplante inmediato y para TAC_PRO en el post-trasplante de mantenimiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1375. RESULTADOS EN SALUD DEL USO COMPASIVO DE DURVALUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN

AUTORES

GIL SIERRA MD, MARTIN RODRIGUEZ S, BRICEÑO CASADO MDP, ARIAS BLANCO JA, VILLASTRIGO GARCIA C HOSPITAL DOCTOR JOSE MOLINA OROSA. CRTA. ARRECIFE-SAN BARTOLOMÉ, KM 1, 3, 35500 ARRECIFE, LAS PALMAS. LAS PALMAS

OBJETIVOS

Durvalumab está indicado en cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado e irreseccable con expresión PD-L1≥1%. La reciente financiación se restringe a pacientes con buen estado general (performance status, PS 0-1), tratados con ≥2 ciclos de quimioterapia basada en platino concurrente con radioterapia sin progresión, con duración máxima de tratamiento de 12 meses (24 ciclos). El uso compasivo de durvalumab se permitió en pacientes con PD-L1 indeterminado y duración de tratamiento > 12 meses. Actualmente, apenas hay resultados de este anticuerpo en práctica clínica. El objetivo es describir los resultados en salud obtenidos por el uso compasivo de durvalumab en CPNM localmente avanzado e irreseccable.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con CPNM que recibieron durvalumab de 12/2017 a 02/2020. Se administró 10 mg/kg de durvalumab bisemanalmente. Se usó la historia clínica electrónica para la obtención de datos. Se registraron edad, sexo, estadio, PS, esperanza de vida > 12 meses, expresión PD-L1, días entre finalización de radioterapia y comienzo de durvalumab, seguimiento de pacientes, tratamientos previos, progresión a quimiorradioterapia, y número de ciclos de durvalumab. La efectividad se evaluó mediante supervivencia global(SG) y supervivencia libre de progresión(SLP) con método de Kaplan Meier usando SPSS® versión 22. La seguridad se analizó recogiendo reacciones adversas(RA) asociadas, grado de las mismas, retrasos y suspensiones de tratamiento.

RESULTADOS

Fueron incluidos 5 pacientes con una mediana de edad de 70 (58-75) años. Todos fueron hombres. Estadio IIIA fue diagnosticado en 2 (40%) pacientes, IIIB (40%) en otros 2, y 1 (20%) no dispone de datos. Todos los pacientes presentaron PS 0-1. La esperanza de vida de todos los pacientes fue > 12 meses. La expresión PD-L1 fue positiva en 2 (40%) pacientes, determinándose en 80% en uno y no cuantificándose en otro. Los 3 (60%) pacientes restantes no fueron sometidos a determinaciones de PD-L1. La mediana del número de días entre radioterapia y durvalumab fue 75 (43-133) días. La mediana de seguimiento fue 19 (7-25) meses. Se administró cisplatino en la quimiorradioterapia de 3 (60%) pacientes, y carboplatino en 2 (40%). La mediana del número de ciclos de quimiorradioterapia fue 6 (4-10). No se observó progresión tras quimiorradioterapia en 4 (80%) pacientes. La mediana del número de ciclos de durvalumab fue 30 (15-48). No se alcanzó la mediana de SG(sin exitus) ni SLP, estimándose superiores a 19 meses. Se notificaron 17 RA distribuidas en los 5 pacientes. Las más frecuentes fueron infecciones respiratorias (4 episodios; 28,6%) y tos (3 episodios; 17,6%). Todas las

RA fueron grado 1, excepto 1 neumonía (grado 3). Se registraron 8 retrasos de tratamiento, distribuidos en 3 pacientes. No se observaron suspensiones de tratamiento.

CONCLUSIONES

No se determinó el PD-L1 en más de la mitad de los pacientes que recibieron durvalumab como uso compasivo. Más de $\frac{3}{4}$ de pacientes no presentaron progresión a quimiorradioterapia. La mediana de ciclos del uso compasivo de durvalumab fue superior al financiado. No se alcanzaron las medianas de SG y SLP a los 19 meses de seguimiento. La mayoría de RA fueron grado 1, aunque se observaron algunos retrasos de tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1391. USO DE REGORAFENIB TRAS TRIFLURIDINA/TIPIRACILO EN CÁNCER COLORRECTAL

AUTORES

CORDERO RAMOS J, GIL SIERRA MD, ROMERO PUERTO J, MARTÍNEZ SUÁREZ A, CASTILLO MARTÍN C
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. DOCTOR FEDRIANI S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Regorafenib y trifluridina/tipiracilo son usados en pacientes con cáncer colorrectal que han recaído a varias líneas de tratamiento. Por ello, la evidencia científica sobre el uso secuencial de regorafenib tras trifluridina/tipiracilo es muy escasa. El objetivo de este estudio es describir la experiencia clínica de varios hospitales con el uso de regorafenib en pacientes que han recibido trifluridina/tipiracilo, así como analizar su efectividad y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, descriptivo y retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal tratados con regorafenib tras trifluridina/tipiracilo desde marzo-2014 a marzo de 2020. Se usaron la Historia Clínica Única Digital de la comunidad autónoma y el programa de dispensación a pacientes externos para recoger los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico, estadio y metástasis al inicio de tratamiento con regorafenib, ECOG, inestabilidad de microsatélites, mutación KRAS, tiempo de seguimiento, líneas de tratamiento, ciclos de trifluridina/tipiracilo y de regorafenib. La efectividad fue medida mediante supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP) usando el método de Kaplan Meier. La seguridad fue valorada a través del registro de efectos adversos, el grado de las mismas y los ingresos hospitalarios asociados.

RESULTADOS

Fueron incluidos 15 pacientes en el estudio de los que el 60% fueron mujeres. La mediana de edad fue de 55 (46-66) años. El 60% de los pacientes incluidos presentaban un diagnóstico cáncer de colon y el 40% de recto, todos ellos en estadio IV. Se detectaron metástasis pulmonares en el 60% de los pacientes y hepáticas en el 40% al empezar el tratamiento con regorafenib. Todos los pacientes presentaron ECOG 1 al inicio de tratamiento con regorafenib y ninguno inestabilidad de microsatélites. La mutación KRAS fue detectada en el 60% pacientes. El tiempo de seguimiento medio fue de 4,5 (2,5-6,8) meses. Regorafenib fue usado como 5ª línea o posterior en el 80% de los pacientes. La media del número de ciclos administrados de trifluridina/tipiracilo administrados fue 3 (2-5) y de regorafenib fue 2 (1-3). La mediana de meses de SG obtenida fue 4,3 meses (IC95%, 2,4-6,2) y de SLP fue 1,9 meses (IC95%, 0,6-3,2). Todos los pacientes presentaron EA asociadas a regorafenib, registrándose un total de 16 eventos. El EA más frecuente fue el de astenia, 4 (80% de los pacientes), seguido de estreñimiento 2 (40% de los pacientes). Se clasificaron el 25% de los EA como grado 3: astenia en el 60% de los casos y estreñimiento en el 20%. Se requirió de hospitalización en el 75% pacientes por los eventos de metrorragia, neumonía y astenia.

CONCLUSIONES

Todos los pacientes tratados con regorafenib habían progresado a un número importante de líneas de tratamiento. El uso secuencial de regorafenib tras trifluridina/tipiracilo alcanzó unas SG y SLP modestas. Se registró al menos una RAM en todos los pacientes, siendo una quinta parte RAM grado 3 y provocando ingresos hospitalarios en tres cuartas partes de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1392. IMPACTO DEL TEST GENÓMICO ENDOPREDICT® EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DEL CÁNCER DE MAMA LUMINAL

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, ÁLVAREZ AMBITE R, MORALES BARRIOS JA, CEBALLOS LENZA I, GUTIÉRREZ NICOLÁS F,
CANTARELLI L, GARCÍA CAIRÓS J, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

La Sociedad Americana de Oncología Clínica recomienda el uso de Endopredict®, un test multigenómico para guiar el uso de quimioterapia adyuvante (QT) y/o terapia hormonal (HT) en pacientes con cáncer de mama luminal (CML) receptor estrogénico+ y HER2- en estadios tempranos. Los individuos clasificados por este test como de "alto riesgo" (AR) de recurrencia se beneficiarán de QT-HT, mientras que los de "bajo riesgo" (BR), serán candidatos a HT.

El objetivo del presente trabajo es analizar la concordancia entre la decisión terapéutica tomada por un comité de expertos en CML y Endopredict®. Además, se evaluará el impacto económico de la introducción del test.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron todas las pacientes con CML entre 2016-2018 en nuestro centro. El comité indicó qué pacientes serían candidatos a HT o a QT basándose en criterios clínicos y características tumorales. Se analizó la discordancia entre el dictamen del comité de mama y el resultado de Endopredict®.

El coste de la QT y de la medicación asociada (antieméticos/factores estimuladores de colonias de granulocitos) se calculó en función del PVL (precio venta laboratorio). El esquema de QT consistió en: doxorubicina (60mg/m²) + Ciclofosfamida (600mg/m²) cada 21 días, administradas durante 4 ciclos, y paclitaxel (80mg/m²) semanal durante 12 semanas. Además, se tuvo en cuenta el coste asociado a su administración en hospital de día de oncología (dato publicado en el Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma).

RESULTADOS

Se analizaron 116 pacientes (edad media: 54'7[35-73]; el 99'1%(n=115) mujeres).

El impacto económico de la realización del test ha sido de 172.028€, pero ha modificado en el 41'4% de los casos (n=48) la decisión terapéutica:

Resolución del comité:

Candidatas a HT: 65/116

Confirmación por Endopredict®: el 46'1% (n=30) de estas pacientes fueron de AR.

Candidatos a QT-HT: 51/116

Confirmación por Endopredict®: el 35'4% (n=18) de estas pacientes fueron de BR. En este subgrupo el coste asociado al test fue de 75.633€, pero supuso un ahorro en QT y costes asociados de 94.248€.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio hemos mostrado como la incorporación del test genético permite corregir en más de 40% de los casos la decisión terapéutica establecida por el comité de cáncer de mama. Este consiguió un ahorro final en el grupo de las pacientes inicialmente consideradas candidatas a HT+QT de 18.615€; de las pacientes que el comité consideró candidatas a HT, necesitaban tratamiento quimioterápico casi el 50% de ellas.

Por tanto, Endopredict® se ha mostrado como una herramienta fundamental en la toma de decisiones terapéuticas del CML. Futuros estudios de coste-efectividad en nuestro entorno serán realizados para estimar el impacto presupuestario de su uso.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1393. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE PALBOCICLIB VERSUS RIBOCICLIB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, MORALES BARRIOS JA, GONZÁLEZ GARCÍA J, CANTARELLI L, GARCÍA CAIRÓS J, RAMOS SANTANA E, NAZCO CASARIEGO GJ, GUTIÉRREZ NICOLÁS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Los inhibidores de la quinasa dependiente de ciclina (CDK4/6), como palbociclib y ribociclib, han mostrado que, en combinación con letrozol o fulvestrant, aumentan la supervivencia libre de progresión en las pacientes con cáncer de mama metastásico con receptores hormonales positivos y HER2 negativo. A pesar de que ambos fármacos han mostrado una eficacia similar, parecen diferir en su perfil de seguridad.

El objetivo del presente trabajo consistirá en analizar el perfil de seguridad de palbociclib y ribociclib.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes tratados con palbociclib o ribociclib entre 2017-2019.

Se analizó: la tasa de efectos adversos (EA) grado≥3 (TEA), la tasa de neutropenia grado≥3 (TN), la media de ciclos recibidos (MCR), la proporción de individuos que precisaron una reducción de dosis (TRD) y la tasa de suspensión del tratamiento por EA (TST).

Las diferencias estadísticas entre ambos grupos de pacientes se evaluaron mediante una prueba t de Student. El mismo método se empleó para el estudio de la significancia entre las medias de MCR; se realizó un análisis de tipo Chi-cuadrado para la evaluación estadística de: TEA, TN, TRD y TST, mediante el uso del software SPSS®v22.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 58 pacientes. El 74'1%(n=43) de los pacientes recibió tratamiento con palbociclib y el 25'9%(n=15) fue tratado con ribociclib.

Cuando se analizaron las características basales de los pacientes con palbociclib y ribociclib, no se observaron diferencias respecto a la edad media: 62'4[40-84] versus 58'9[39-77] años (p=0'33); ni para la tasa de pacientes que recibieron estos fármacos como tratamiento de primera línea de la enfermedad metastásica: 69'8%(n=30) versus 80%(n=12) (p=0'44).

La TEA para palbociclib fue del 46'5%(n=20), siendo los EA observados: anemia (25%), trombopenia (10%), neutropenia (90%), diarrea (5%), rash (10%), astenia (15%).

Para ribociclib, la TEA fue del 60%(n=9): anemia (11'1%), trombopenia (11'1%), neutropenia (55'5%), rash (33'3%), transaminitis (22.2%).

Los resultados que se obtuvieron de los parámetros estudiados para palbociclib versus ribociclib, fueron:

- TEA: 46'5% versus 60%;p=0'37
- TN: 41'9%(n=18) versus 33'3%(n=5);p=0'56
- TRD: 30'2%(n=13) versus 53'3%(n=8);p=0'11

- TST: 23'2%(n=10) versus 13'3%(n=2);p=0'41
- MCR: 7,6 versus 12'7;p=0'069

CONCLUSIONES

No se encontraron diferencias entre ambos fármacos respecto al perfil de toxicidad. Sin embargo, parece existir una mayor tendencia a la aparición de EA grado \geq 3 en el grupo de ribociclib, mientras que la neutropenia grado \geq 3 y las suspensiones de tratamiento fueron más frecuentes en la cohorte de palbociclib.

Una de las limitaciones de este trabajo radica en el número de pacientes incluidos con ribociclib. Futuros estudios con un tamaño muestral mayor podrían llegar a confirmar estas tendencias en el perfil de seguridad de ambos fármacos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1395. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON PERTUZUMAB JUNTO A TRASTUZUMAB Y QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER DE MAMA HER2 POSITIVO LOCALMENTE AVANZADO

AUTORES

PUIVECINO MORENO C, SIERRA SÁNCHEZ JF, MARTÍNEZ BAUTÍSTA MJ, VACAS RAMA AI, ROLDÁN MENA A, GAVIRA MORENO R

HOSPITAL UNIVERSITARIO JEREZ DE LA FRONTERA. RONDA CIRCUNVALACIÓN S/N. CÁDIZ

OBJETIVOS

Conocer la efectividad de la adición de pertuzumab a trastuzumab y quimioterapia en pacientes que reciben tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama HER2+ localmente avanzado, inflamatorio, o en estadio temprano con alto riesgo de recaída.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico en el que se seleccionaron todas las pacientes que habían recibido pertuzumab junto a trastuzumab y quimioterapia como terapia neoadyuvante (PT-QTneo) para el cáncer de mama HER2+ localmente avanzado, inflamatorio, o en estadio temprano con alto riesgo de recaída. La variable principal de efectividad fue el porcentaje de pacientes que alcanzaron respuesta patológica completa (RPC), medida en el tumor primario tras la resección quirúrgica. Como variable secundaria, se midió el porcentaje de pacientes sin progresión de la enfermedad desde el inicio del tratamiento neoadyuvante. Como variable de seguridad, se estudió el porcentaje de pacientes con reducción de la fracción de eyección ventricular (FEVI) < 50% y/o reducción de > 10%. Otras variables recogidas: Edad, porcentaje de expresión de los receptores estrogénicos (RE), receptores progestágenos (RP), proteína Ki67 e inmunohistoquímica del receptor HER2 (0: negativo; 1+: negativo; 2+: ambiguo; 3+: positivo). Los datos demográficos, clínicos y analíticos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y los datos relativos al tratamiento del programa de prescripción oncológico.

RESULTADOS

Entre noviembre de 2015 y febrero de 2020 fueron tratadas con PT-QTneo 32 pacientes pertenecientes a dos hospitales. La media de edad fue de 54,3 años [33,9- 77,1]. La distribución de la expresión de los receptores hormonales fue la siguiente: 59,4% RE-/RP- (19/32); 18,8% RE+/RP+ (6/32); 12,5% RE+/RP- (4/32); 9,4% RE-/RP+ (3/32). El porcentaje medio de expresión de la proteína Ki67 fue de 49% [5-85%]. Distribución de la inmunohistoquímica del receptor HER2: 27 pacientes positivas (84,4%), 2 pacientes ambiguas (6,3%), 2 pacientes negativas (6,3%) y una paciente con expresión de HER2 desconocida. El valor medio de FEVI inicial fue de 63,2% [54- 73%]. De las 32 pacientes incluidas, 27 habían finalizado el tratamiento neoadyuvante y habían sido intervenidas quirúrgicamente. El 89% de las pacientes intervenidas (24/27) alcanzó RPC. En el momento del análisis de los datos, el 93,7% de las pacientes no habían progresado desde el inicio del tratamiento neoadyuvante (30/32). Las dos pacientes que sí habían progresado lo hicieron a los 7,8 y 18,2 meses desde el inicio del tratamiento neoadyuvante. La segunda de ellas, fue el único exitus, ocurriendo a los 20,7 meses. Ningún paciente redujo su FEVI < 50%. El 20% de las pacientes con FEVI evaluable redujo > 10% la FEVI (4/20).

CONCLUSIONES

Nueve de cada diez pacientes alcanzaron RPC tras el tratamiento neoadyuvante con pertuzumab asociado a trastuzumab y quimioterapia. Este resultado parece concordar más con los resultados obtenidos en diversos estudios sobre el uso de antraciclinas en contexto neoadyuvante que con los resultados obtenidos en el estudio Neosphere. Sin embargo, los resultados relativos al perfil de seguridad fueron peores a los resultados publicados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1396. ANÁLISIS EXPLORATORIO DE LA INFLUENCIA DE LA PROTEÍNA KI67 EN LA EFECTIVIDAD DE PERTUZUMAB EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER-2POSITIVO

AUTORES

PUIVECINO MORENO C, SIERRA SÁNCHEZ JF, GAGO SÁNCHEZ AI, MARÍN POZO JF, MARCOS RODRÍGUEZ JA, RUÍZ DE VILLEGAS M

HOSPITAL UNIVERSITARIO JEREZ DE LA FRONTERA. RONDA CIRCUNVALACIÓN S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS

Realizar un análisis exploratorio sobre la influencia de la proteína Ki67 en la efectividad del esquema pertuzumab/trastuzumab/taxano (PT-taxano) en pacientes con cáncer de mama metastásico (CMm) HER2+.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo y multicéntrico. Se seleccionaron pacientes diagnosticados de CMm HER2+ que recibieron tratamiento con el esquema PT-taxano en primera línea metastásica, entre el 01 de junio de 2014 y el 30 de abril de 2018. En el análisis exploratorio, fueron comparados 3 cortes del valor de expresión de proteína Ki67: Primer corte (0-20% vs > 20%), segundo corte (0- 50% vs > 50%) y tercer corte (0- 70% vs > 70%). La variable de efectividad estudiada fue la supervivencia libre de progresión (SLP: tiempo desde el inicio del tratamiento a estudio hasta la progresión de la enfermedad o muerte por cualquier causa) en función de la expresión de proteína Ki67. Fueron censurados los datos de los pacientes que, a fecha del análisis, no habían progresado ni fallecido. Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y los datos relacionados con el tratamiento del programa de prescripción oncológica que perteneciese a cada hospital. La diferencia en la SLP entre ambas cohortes se analiza a través del log-rank test, obteniéndose las curvas de supervivencia mediante la metodología de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

En el período de estudio, fueron incluidos 351 pacientes pertenecientes a 31 hospitales nacionales. La cohorte Ki67=0-20% estuvo constituida por 82 pacientes y la cohorte Ki67 > 20% por 269. La media de SLP fue de 19,37 y 17,94 meses respectivamente (diferencia 1,43; log-rank test $z=1,59$; $p=0,11$). La cohorte Ki67=0-50% estuvo constituida por 266 pacientes y la cohorte Ki67 > 50% por 85. La media de SLP fue de 18,34 y 18,06 meses respectivamente (diferencia 0,28; log-rank test $z=1,26$; $p=0,21$). La cohorte Ki67=0-70% estuvo constituida por 328 pacientes y la cohorte Ki67 > 70% por 23. La media de SLP fue de 18,74 y 11,64 meses respectivamente (diferencia 7,09; log-rank test $z=2,31$; $p=0,021$).

CONCLUSIONES

La expresión de proteína Ki67, como marcador de la tasa de crecimiento celular, podrían influir negativamente sobre la efectividad de pertuzumab en pacientes con cáncer de mama metastásico HER2 positivo que expresan la proteína Ki67 por encima del 70%. Sin embargo, se trata de un análisis exploratorio y no han sido estudiados otros factores que podrían influir sobre este resultado.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1402. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

MEROÑO SAURA MA, TITOS ARCOS JC, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ T, PACHECO LÓPEZ P, FERNÁNDEZ ZAMORA C, CARVAJAL SANCHEZ M, CLAVIJOS BAUTISTA S, IBAÑEZ CATURLA J
HOSPITAL MORALES MESEGUER. AVDA. MARQUÉS DE VELEZ, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de pembrolizumab utilizado en primera línea en práctica clínica real en el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) en pacientes con expresión de PDL-1 > 50%.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de CPNM y tratados con pembrolizumab en primera línea (mayo 2018-noviembre 2019). Variables recogidas: sexo, edad, histología, estado funcional ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). Para analizar la efectividad se evaluó mejor respuesta según criterios Response evaluation criteria in solid tumors (RECIST1.1), la supervivencia libre de progresión (SLP), definida como el tiempo desde el inicio del tratamiento y la primera progresión documentada o muerte, y la supervivencia global (SG). Como criterio de seguridad se analizó aparición de efectos adversos (EAs) y grado según los Criterios Comunes de Terminología para Eventos Adversos (CTCAE 5.0), así como retrasos en el tratamiento. Los datos se obtuvieron de la historia clínica (Selene®_version_5.3.3) y prescripción electrónica (Farmis_Oncofarm®_version_12.220). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS Statistics 20.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 30 pacientes diagnosticados de CPNM no microcítico con un grado de expresión de PDL-1 > 50% según indicación aprobada en ficha técnica. 25 (83,3%) hombres y 5 (16,7%) mujeres con una mediana de edad de 60,5 (43-80) años. 7 (23,3%) pacientes con histología escamosa, mientras que 23 (76,7%) no escamosa. La mayoría de los pacientes tenían un buen estado funcional, ECOG0=2(6,7%), ECOG1=23(76,7%) y ECOG 2=5(16,7%). Los pacientes recibieron una mediana de 9(2-30) ciclos de pembrolizumab a dosis fijas de 200mg .

En cuanto al análisis de efectividad según la mejor respuesta obtenida, 17 (56,7%) lograron respuesta parcial, 4 (13,3%) enfermedad estable, 5 (16,7%) progresaron y en 4 (13,3%) la respuesta no fue evaluable. La mediana de SLP en la población global fue de 15 meses (IC95% 7,33-22,66), mientras que, según la histología del tumor, en el escamoso no fue alcanzada y en el no escamoso fue de 11 meses (6,31-15,69) ($p > 0,05$). Sin embargo, la mediana de SG no fue alcanzada, pero un 87,84% de los pacientes permanecían vivos a los 6 meses, y un 75% a los 12 meses.

Referente a la seguridad, 26 (86,7%) pacientes sufrieron algún tipo de EA, mayoritariamente leve. Únicamente 2(6,7%) pacientes presentaron toxicidad grado 3, cutánea, y diarrea. 18 (60%) pacientes sufrieron algún tipo de retraso en el tratamiento, aunque únicamente en 5 (16,7%) ocurrió en más de una ocasión. La toxicidad principalmente consistió en: astenia (60%), toxicidad cutánea (30%), diarrea (26,7%) y toxicidad renal (20%).

CONCLUSIONES

El uso de pembrolizumab como tratamiento de primera línea del CPNM metastásico demostró producir un número de respuestas objetivas considerable y superiores a las del KEYNOTE-024 (56,7% vs. 44,8%) y se encontró una SLP superior (15 vs 10,3 meses). No se alcanzó la mediana de supervivencia global, pero el porcentaje de pacientes vivos a los 6 meses

fue mayor en nuestro trabajo (87,84% vs 80,2%), y de un 75% al año. La mayoría de los EA fueron leves, pero en mayor cantidad que en el ensayo pivotal (86,7% vs 70,3%), aunque con un menor porcentaje de EAs graves (6,7% vs 26,6%).

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1404. EVALUACIÓN DE LA TOLERABILIDAD, SEGURIDAD Y USO DE INHIBIDORES DE TIROSIN-KINASA EN PACIENTES DE CÁNCER DE PULMON NO MICROCÍTICO ALK+

AUTORES

CHINCHILLA ALARCON T, FERNANDEZ CUERVA C, ESPINOSA BOSH M
HOSPITAL REGIONAL DE MALAGA. AVENIDA CARLOS DE HAYA. MÁLAGA

OBJETIVOS

En los últimos años se han aprobado crizotinib y alectinib, inhibidores de la tirosina-kinasa (ITK), indicados en el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado, ALK+. Además, alectinib tiene la indicación en pacientes previamente tratados con crizotinib.

Nuestro objetivo es evaluar la utilización, tolerabilidad y perfil de seguridad de los ITK selectivos de ALK, crizotinib y alectinib, en nuestro hospital en pacientes con CPNM.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes tratados con crizotinib y alectinib desde Mayo de 2014 a Febrero de 2020.

Variables recogidas: sexo, edad, ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), diagnóstico, estadio, duración del tratamiento, reducción de dosis, discontinuaciones y efectos adversos (EA) [clasificados según la CTCAE (Criterios de Terminología Común para Eventos Adversos)]. Los datos se recogieron de las historias clínicas y del programa de farmacia de dispensación a pacientes externos y hospitalizados.

RESULTADOS

Se incluyeron veinte pacientes (10 mujeres, 10 hombres), mediana de edad de 71,5 años (48-80). El ECOG fue 0-1 en diecisiete pacientes (85%) y 2 en tres pacientes (15%). Estadio III (n=3) al inicio del tratamiento y IV (n=17). Cinco pacientes (25%) presentaban metástasis en SNC.

La duración mediana de tratamiento para crizotinib fue de 296 días (31-1372) y 106 (23-633) para alectinib. Cuando el estudio se cerró, de los 14 pacientes que habían iniciado tratamiento con crizotinib, el 42,9% había progresado, el 28,6% continuaba, hubo un 2,34% de exitus y un paciente discontinuó por pérdida de visión del ojo derecho. De los 9 pacientes que reciben alectinib; tres habían recibido crizotinib anteriormente, el 88,9% continuaba y hubo un 11,1% de exitus.

Se realizó reducción de dosis en cuatro casos: dos tratados con crizotinib: uno por toxicidad neurológica y otro por toxicidad digestiva; y otros dos con alectinib, uno por empeoramiento del ECOG y otro por astenia y elevación de ALT. Dos de los pacientes necesitaron retrasar el tratamiento y en otros dos casos, soporte: epoetina y factor estimulante de colonias.

Once (78,5%) de los pacientes tratados con crizotinib sufrieron EA de grado 1-2: náuseas (n=2), diarrea (n=2), astenia (n=2), vómitos (n=2), disnea (n=1), rash cutáneo (n=1), edemas en los MMII (n=1) y menangioma (n=1); (28,57%) pacientes presentaron reacciones de grado 3: vómitos (n=3), astenia (n=1), toxicidad hepática (n=1) y toxicidad ocular (n=1). De los que reciben alectinib, seis (66,66%) sufrieron EA, todos grado 1-2: toxicidad hepática (n=4), astenia (n=2), estreñimiento (n=1), paniculitis de MMII (n=1), eritema nodoso (n=1), náuseas (n=1), anemia (n=1), mialgias (n=1).

En los casos de diarrea, astenia, náuseas y toxicidad cutánea se ofrecieron recomendaciones higiénico-dietéticas en el momento de la dispensación.

CONCLUSIONES

Nuestra cohorte de pacientes recibe alectinib y crizotinib ajustándose a las indicaciones aprobadas. Asimismo, el perfil de seguridad de estos ITK se asemeja a lo descrito en ficha técnica, requiriendo una disminución de dosis en cuatro pacientes. El principal EA asociado al crizotinib fueron los vómitos G1-2 y en el caso del alectinib fue la astenia G1-2. Las recomendaciones higiénico-dietéticas en pacientes que sufren reacciones adversas leves a moderadas ayudan a un mejor manejo de las mismas por parte del paciente.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1421. MULTICENTER STUDY TO DETERMINE SAFETY AND EFFECTIVENESS OF PALBOCICLIB IN METASTATIC BREAST CANCER

AUTORES

FERNÁNDEZ CUERVA C, DEL RIO VALENCIA JC, TAMAYO BERMEJO R, MUÑOZ CASTILLO I
HOSPITAL REGIONAL DE MALAGA. AV. DE CARLOS HAYA, S/N,. MÁLAGA

OBJETIVOS

Palbociclib is an inhibitor of cyclin-dependent kinase 4 and 6 indicated for the treatment of hormone receptor-positive (HR+), human epidermal growth factor receptor 2-negative (HER2-) locally advanced or metastatic breast cancer (MBC) in combination with an aromatase inhibitor or fulvestrant. The objective of this abstract has been to describe the safety profile and effectiveness of palbociclib in the real life clinical practise in three different hospitals.

MATERIALES Y MÉTODOS

Retrospective observational multicentre study which evaluates all females diagnosed with MBC, HR+ and HER2-, treated with palbociclib from May 2015 to March 2020 in three hospitals. Demographical (age), and clinical variables (diagnoses, stage, line of treatment and dose administered) were collected. Frequency of adverse effects and severity (according to CTCAE V.5.0: common terminology criteria for adverse events) established the safety profile of the treatment. Response was assessed through the progression free survival (PFS) according to RECIST1.1 criteria (Response Evaluation Criteria In Solid Tumours). Data were collected from electronic clinical history, electronic prescribing software and drug therapy follow-up. Analysis of the PFS was performed using the Kaplan-Meier curve (SPSS v17).

RESULTADOS

Fifty-three patients were included in this study: median age was 57 years old (range 31-87). Palbociclib was prescribed as first-line treatment in 43.40% of them (n=23), second-line in the 43.40% (n=23), and third or more in 13.20% (n=7). The median length of treatment was 6.53 (range 1-20.53). Fourteen females had their doses reduced to 100 mg due to neutropenia grade 3/4, and half of them required a second dose reduction to 75 mg. Twenty-two patients had to discontinue their treatments for at least one-week owing to neutropenia and twelve of them discontinued in more than one cycle. Adverse events described in our population were: grade 1/2 neutropenia (n=11), anaemia (n=6), asthenia (n=11), diarrhoea (n=2), vomiting (n=2), nausea (n=3). Twenty-two (41.51%) suffered from grade 3/4 neutropenia, one from grade 3 platelet disease and another underwent grade 3 anaemia. Regarding effectiveness, PFS was not reached in first-line therapy patients who have taken a median of 11 months (range 2-22) until now, and three (13.04%) of them have discontinued palbociclib because of disease progression. The median PFS in previously treated patients was 8 months, confidence interval 95% (6.32-9.68).

CONCLUSIONES

In our cohort of patients, palbociclib has shown similar adverse events as those described in bibliography, being neutropenia the most frequent and limiting. PFS in previously treated women don't match that described in PALOMA-3 essay because some of our patients had received three or more line of treatment and sample size is much smaller. As to patients are on palbociclib as first-line of treatment, the follow-up must continue in order to know the PFS and overall survival, if it is possible. Anyway more studies should be done to provide more data of effectiveness and safety of this drug in the real life clinical practise.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1423. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE IMATINIB EN PACIENTES CON TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST)

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, RAMOS DÍAZ R, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, MORALES BARRIOS JA, MOURANI PADRÓN I, VIÑA ROMERO MM, CRUZ JURADO J, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

La primera opción terapéutica de los pacientes con tumor del estroma gastrointestinal (GIST) irresecable o metastásico es el imatinib. Demetri GD et al.(1) demostraron como la supervivencia libre de progresión (PFS) era significativamente superior en aquellos pacientes que alcanzaban una nivel valle (C_{min}) ≥ 1.100 ng/ml (30 versus 11,3 meses; $p=0,0029$). El objetivo del presente trabajo ha consistido en analizar las C_{min} de imatinib en los pacientes con GIST, y su relación con la eficacia/seguridad del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo trasversal en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de edad, en tratamiento con imatinib para GIST, desde febrero-2019 a marzo-2020.

Las características de los pacientes y los datos clínicos se obtuvieron a partir de la historia clínica electrónica.

Las determinaciones de las concentraciones plasmáticas correspondientes a los niveles valle de fármaco, fueron realizadas una vez alcanzado el estado estacionario (CSS_{min}). Las recomendaciones actuales establecen que las CSS_{min} óptimas deben encontrarse entre: 750-1.500ng/mL.

La cuantificación de dichos niveles se llevó a cabo mediante un inmunoensayo de aglutinación (MyImatinib®).

Se realizó un análisis estadístico de tipo Chi-cuadrado para la evaluación de la diferencia entre las tasas de efectos adversos grado > 1 (EA). Se determinó la PFS mediante un análisis de tipo Kaplan-Meier; para estudiar la significancia estadística entre las curvas se empleó un análisis de tipo log-rank mediante el uso del software SPSS®v22.

RESULTADOS

Se han incluido un total de 11 pacientes (edad media 62,9 años [53-82]; 54,5% (n=6) mujeres). El 81,8% (n=9) de los individuos estaba recibiendo la dosis estándar de imatinib (400 mg/día) en el momento del estudio y el 18,2% (n=2) recibía dosis superiores.

La CSS_{min} media para la población de estudio resultó ser de 1.464,4 ng/mL (665-2.449 ng/mL).

Los niveles plasmáticos observados fueron:

< 750ng/mL: el 9,1% (n=1) de los pacientes

750-1.500ng/mL: el 54,5% (n=6)

> 1.500ng/mL: el 36,4% (n=4)

La toxicidad según los niveles plasmáticos de imatinib:

> 1.500ng/mL(n=4): el 25%(n=1) mostró toxicidad en forma de trombocitopenia.

< 1.500ng/mL(n=7): el 14,3%(n=1) presentó neutropenia (p=0'66).

Eficacia según los niveles plasmáticos de imatinib

> 750ng/mL(n=10): la mediana de PFS no ha sido alcanzada en este grupo de pacientes.

< 750ng/mL(n=1): la mediana de PFS fue de 7 meses (p=0'005).

CONCLUSIONES

Con el presente trabajo hemos querido mostrar los datos preliminares de un estudio cuyo objetivo consistirá en describir la correlación entre la toxicidad/eficacia del imatinib y sus niveles plasmáticos.

A pesar del pequeño tamaño muestral, nuestros resultados ya indican la importancia de monitorizar los niveles plasmáticos de imatinib en los pacientes diagnosticados de GIST. Futuros resultados nos permitirán establecer si esta estrategia también consigue prevenir la aparición de toxicidades en aquellos pacientes con niveles elevados de fármaco.

Bibliografía:

1. J Clin Oncol. 2009 Jul 1;27(19):3141-7.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1429. USO DE OSIMERTINIB EN CÁNCER DE PULMÓN EN VIDA REAL

AUTORES

PINTADO ALVAREZ A, CHINCHILLA ALARCON T, ESPINOSA BOSCH M
HOSPITAL REGIONAL UNIV. MALAGA. AVDA. CARLOS HAYA, S/N.

OBJETIVOS

Osimertinib es un fármaco oral inhibidor de la tirosina-kinasa (ITK) que inhibe irreversiblemente los Receptores del Factor de Crecimiento Epidérmico (EGFRs) que albergan mutaciones sensibilizantes (EGFRm) y mutación T790M de resistencia a los ITK.

El objetivo es evaluar la efectividad y seguridad del osimertinib en el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico EGFR mutado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó aquellos pacientes con CPNM EGFR mutado que comenzaron tratamiento entre Ene 2017-Dic 2019.

Variables analizadas: demográficas (sexo, edad), clínicas (presencia de metástasis, perfil mutacional, tratamiento previo, ECOG al inicio de tratamiento con osimertinib, duración del tratamiento y tratamiento posterior) y de seguridad (efectos adversos (EA): grado clasificado según la Common Toxicity criteria v5, reducción de dosis y motivo de discontinuación del tratamiento).

Los datos se obtuvieron de la historia clínica (Diraya®) y del programa de dispensación ambulatoria (ATHOS®).

La efectividad fue determinada como la supervivencia libre de progresión (SLP) entendida como el tiempo desde que comienza el tratamiento hasta que progresa.

RESULTADOS

Se incluyeron 12 pacientes (75% mujeres) con mediana de edad de 74,5 años (rango 53-83). Un 50% presentaba metástasis (16,66% cerebrales). Se confirmó la mutación T790M en el 75% de los pacientes. El 8,33% recibió el tratamiento como primera línea, el 41,67% en segunda línea, el 41,67% en tercera línea y el 8,33% en cuarta línea. El 50% de los pacientes recibieron en algún momento como líneas previas gefinitib o quimioterapia endovenosa (QT ev) y el 25% erlotinib o afatinib.

ECOG al inicio del tratamiento: 0 en el 16,67%, 1 en el 50%, 2 en el 16,67% y no hay datos en 2 pacientes.

La mediana de duración del tratamiento fue 4 meses (rango 1-29), 3 pacientes continúan con tratamiento. Un 33,33% recibieron tratamiento posterior basada en QT ev. En el momento de finalizar el estudio habían fallecidos el 41,66% (n=5). El 41,66% de los pacientes presentaron algún EA: neumonitis (n=2; grado 2-3), diarrea (n=2; grado 1), astenia (n=1; grado 2), rash cutáneo (n=1; grado 1) y derrame pleural (n=1; grado 2). Se redujo la dosis en los dos pacientes (16,66%) que presentaron neumonitis.

El 66,66% discontinuaron el tratamiento: 50% por progresión de la enfermedad y 16,66% por toxicidad (neumonitis grado 2-3).

La mediana de SLP de los pacientes que progresaron fue de 8 meses (rango 1-29). Todos los pacientes que progresaron presentaban mutación T790M y habían recibido un ITK previo.

CONCLUSIONES

Más del 50% de los pacientes presentaron ECOG 0-1 y en la mayoría se determinó la mutación T790M. En general es un fármaco bien tolerado, causando solo la discontinuación del tratamiento en 2 pacientes.

Sin poder extrapolar los datos debido al reducido tamaño muestral, la mediana de SLP es menor a los resultados del ensayo clínico AURA 3 (10,1 meses).

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1445. INFLUENCIA DE LA LOCALIZACIÓN TUMORAL EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, MOURANI PADRÓN I, PÉREZ RODRÍGUEZ M, PÉREZ CABRERA A, MORALES BARRIOS JA, LLANOS MUÑOZ M, NAZCO CASARIEGO GJ, GUTIÉRREZ NICOLÁS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

En el cáncer colorrectal la localización de la lesión tumoral se ha mostrado como un factor pronóstico, siendo las de afectación derecha las que peores supervivencia tienen.

En el presente trabajo hemos querido analizar la influencia de la localización tumoral en la supervivencia de los pacientes con cáncer colorrectal metastásico en condiciones de la práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional de 4 años, en el que se han incluido pacientes con cáncer colorectal metastásico en tratamiento antineoplásico, que recibieron dosis plenas del esquema de quimioterapia en el primer ciclo y con un ECOG inferior a 2. Las características de los pacientes y los datos clínicos se obtuvieron a partir de la historia clínica electrónica. Se determinó la PFS (supervivencia libre de progresión) y OS (supervivencia global) mediante un análisis de tipo Kaplan-Meier; para estudiar la significancia estadística entre las curvas se empleó un análisis de tipo log-rank mediante el uso del software SPSS®v22.

El ensayo fue autorizado por el CEIC del centro con el código CCR_pol_2013. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado para su inclusión en el estudio.

RESULTADOS

Para el estudio se han incluido un total de 47 pacientes (edad media 60,1 años [26-80]; 46,8% mujeres). El 25,5% de ellos con afectación del colon derecho. El 46,7% de los pacientes tuvieron alguna mutación en los genes RAS: un 72,2% en los colon derecho (CD) y un 40,0% en los colon izquierdo (CI).

El 95,8% de los pacientes fueron tratados con esquemas basados en oxaliplatino (49,5% FOLFOX y 45,2% XELOX) y el 4,2% con FOLFIRI.

La media de PFS para la población de estudio fue de 11,0 meses y una OS de 24,0 meses. Y por grupos de localización tumoral:

CD vs CI: 9,0 vs 15,0 meses (p=0,189) 19,0 vs 39,0 meses (p=0,243) de PFS y OS respectivamente

CONCLUSIONES

Con el presente trabajo hemos querido mostrar un análisis sobre la influencia que tiene la localización del tumor en la supervivencia de los pacientes con cáncer colorrectal en condiciones de práctica clínica habitual. El tamaño muestral no nos ha permitido identificar diferencia estadísticamente significativas, aunque numéricamente sí existe una franca diferencia, posicionando a la localización derecha como un factor pronóstico negativo en el cáncer colorectal metastásico.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1453. FACTORES QUE CONDICIONAN EL REGISTRO DE PROS (PATIENT-REPORTED OUTCOME) EN ONCOLOGÍA

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, MORALES BARRIOS JA, CANTARELLI L, VIÑA ROMERO MM, RAMOS SANTANA E, ORAMAS RODRÍGUEZ J, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Involucrar al paciente oncológico en el control de su proceso patológico mediante los PROs (patient-reported outcomes) ha permitido mejorar los resultados en salud logrados. Basch E, et al. mostró como un seguimiento basado en este sistema, mejoraba la supervivencia global (31.2 vs 26.0 meses; HR:0.83 (IC95%[0.70-0.99];p=0.04)) de los pacientes con cáncer de pulmón metastásico, pero sobre todo, en aquellos que tenían experiencia informática previa.

El objetivo del presente trabajo ha consistido en analizar el grado de alfabetización digital de los pacientes en tratamiento oncológico así como la percepción que tienen sobre la utilidad de las herramientas informáticas en el control de su enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal-descriptivo, realizado en septiembre-2019, en el que se encuestó, de forma anónima, a los pacientes que acudían a recibir su tratamiento al hospital de día de oncología (HDO).

La encuesta constaba de 4 preguntas para el reporte de información demográfica/social; y de 9 preguntas que permitieron recopilar información sobre el manejo de las herramientas-2.0 de los participantes.

Para evaluar el grado de alfabetización digital se determinó la tasa de pacientes que utilizan internet en su vida diaria-(TI), el porcentaje de individuos que usan el email-(TM) y la tasa de pacientes que consideran útil el uso de herramientas-2.0 durante su tratamiento para mejorar la comunicación entre el facultativo y el paciente-(TH2.0).

Se llevó a cabo una prueba Chi-cuadrado de Pearson para el estudio de la influencia de las variables cualitativas demográficas/sociales sobre la TM y la TH2.0. La relación entre variables cuantitativas continuas y la TM y la TH2.0, se evaluó con una prueba U-Mann-Whitney.

RESULTADOS

Se incluyeron 122 pacientes. Las características demográficas/sociales, fueron:

- Sexo: 63,9%(n=78) mujeres.
- Edad: 59,9 años[28-85]).
- Formación: 12,3%(n=15) sin estudios; 34,4%(n=42) primaria; 17,2%(n=21) secundaria; 16,4%(n=20) no universitaria;

19,7%(n=24) universitaria.

• Situación laboral: 0,82%(n=1) estudiante; 22,9%(n=28) desempleado; 33,6%(n=41) jubilado; 42,6%(n=52) activo.

La TI fue del 70,5%, la TM fue del 45,1% y la TH2.0 del 77,9%.

La TM estaba condicionada por la edad($p < 0,001$), el nivel de estudio($p < 0,001$) y la situación laboral($p < 0,001$); El único factor que condicionó la utilidad de las tecnologías 2.0 fue la edad($p=0,013$).

CONCLUSIONES

Nuestro trabajo muestra como más del 50% de los pacientes no usa el email, que un 30% no consulta internet, pero sobre todo, que uno de cada cuatro no cree que estas herramientas-2.0 les vaya a suponer ninguna mejora. Las principales limitaciones han sido la edad el nivel de estudios. Este tipo de análisis nos permite establecer un perfil de pacientes sobre los que dirigir el seguimiento por PROs de una manera más eficiente. Los resultados han mostrado que aproximadamente el 60% de los pacientes de nuestra población de estudio podrían ser candidatos a recibir este tipo de atención sanitaria basada en los PROs.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1459. CAMBIOS DE TRATAMIENTO ANTIANDROGÉNICO ORAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN. ANALIZANDO EL SWITCHING.

AUTORES

VALDAZO MARTÍN C, GARCÍA ALBÁS JJ, ANDRÉS MORALEJO MÁ, AYERRA PÉREZ H, ROSADO ANCÍN M, SANTAOLALLA SÁNCHEZ A, RAMON RIGAU N, MARTÍNEZ MARTÍNEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA. C/ JOSÉ ATXOTEGI, S/N. ÁLAVA

OBJETIVOS

Analizar los cambios de tratamiento entre dos fármacos antiandrogénicos orales, abiraterona y enzalutamida, en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRCm).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y unicéntrico. En él se incluyeron 150 pacientes con CPRCm, que desde enero de 2015 a marzo de 2020 iniciaron tratamiento con abiraterona o enzalutamida. Se analizaron datos clínicos y terapéuticos recogidos de una base de datos de la consulta de atención farmacéutica a pacientes externos y de la historia clínica informatizada. Los motivos de cambio de tratamiento se clasificaron en: seguridad, interacciones farmacológicas y ventajas galénicas.

RESULTADOS

De los 150 pacientes analizados, 51 empezaron tratamiento con abiraterona y 99 con enzalutamida.

Abiraterona se usa en combinación con prednisona, tiene metabolismo hepático (CYP3A4) y es inhibidor enzimático (CYP2D6 y CYP2C8). Enzalutamida tiene metabolismo hepático (CYP2C8 y CYP3A4) y es inductor enzimático potente (CYP3A4, CYP2B6, CYP2C9, CYP2C19).

5 de los 51 pacientes que empezaron tratamiento con abiraterona, cambiaron a enzalutamida (10%), debido a motivos de seguridad en todos los casos (100%, n=5) por aparición de efectos secundarios: intolerancia digestiva y diarrea (40%, n=2), edemas (40%, n=2), y diabetes no controlada (20%, n=1); este último en probable relación con prednisona.

10 de los 99 pacientes que empezaron tratamiento con enzalutamida cambiaron a abiraterona (10%) debido a motivos de seguridad en 6 pacientes (60%) por aparición de efectos secundarios: pérdida de memoria y desorientación (20%, n=2), astenia (10%, n=1), depresión y ansiedad (10%, n=1), hipertensión (10%, n=1), y parkinsonismo (10%, n=1). En 3 pacientes (30%) los cambios de tratamiento se debieron a interacciones farmacológicas, que modificaron el perfil de eficacia y seguridad tanto de la enzalutamida como de los otros fármacos implicados. 4 fármacos estuvieron implicados, 2 (50%) eran antihipertensivos (manidipino y verapamilo) y 2 (50%) anticoagulantes (rivaroxaban y acenocumarol). En 1 paciente (10%) el cambio de tratamiento fue debido a la ventaja galénica que supuso el menor número y tamaño de los comprimidos de abiraterona respecto a las cápsulas de enzalutamida, debido a la dificultad para deglutir por una neoplasia de esófago.

CONCLUSIONES

Los cambios de tratamiento entre abiraterona y enzalutamida en nuestros pacientes fueron mayoritariamente por motivos de seguridad. Algunos efectos adversos del tratamiento con abiraterona y prednisona podrían tener un origen esteroideo. Enzalutamida está involucrada en interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas con relevancia clínica, por lo que este supone un motivo importante de cambios de tratamiento. El menor número y tamaño de los comprimidos puede suponer una ventaja galénica.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1461. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BRENTUXIMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

CASO GONZÁLEZ A, MARÍN GORRICO R, ALFARO OLEA A, GONZÁLEZ PÉREZ Y, LERALTA GONZÁLEZ C, SANZ ALONSO V, ITURBE HERAS M, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J
HOSPITAL SAN PEDRO. C/ PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Analizar el perfil de utilización, efectividad y seguridad de Brentuximab en la práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un Hospital General de 630 camas. Se incluyeron los pacientes tratados con Brentuximab desde su comercialización. Mediante la historia clínica electrónica y los programas de prescripción de citostáticos se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, tratamientos previos, intencionalidad, dosis y número de ciclos administrados, fecha de inicio y fin de tratamiento, respuesta clínica, reacciones adversas (RA) y sus consecuencias. También se registró si los pacientes habían recibido autotrasplante o alotrasplante.

RESULTADOS

Se incluyeron 15 pacientes (10 varones) con linfoma CD30+ tratados con Brentuximab, con una edad media de 49.4±14.3 años. Todos iniciaron a dosis de 1.8 mg/kg cada 21 días. Nueve pacientes padecían Linfoma de Hodgkin(LH), uno Linfoma No Hodgkin (LNH) anaplásico de células grandes y cinco LNH cutáneo de tipo T, uno de ellos subtipo Micosis Fungoide. De los pacientes con LH, dos lo recibieron como terapia de rescate, dos como consolidación tras autotrasplante y los cinco restantes previo al trasplante para lograr respuesta completa (RC) y posteriormente como consolidación. Ocho de ellos fueron tratados previamente con ABVD seguido de ESHAP o R-ESHAP.

Un paciente con LNH recibió ABVD y ESHAP previamente (en 2012 padeció LH) y el resto recibieron anteriormente CHOEP o CHOP +/- Rituximab. El paciente con micosis fungoide fue tratado con corticoides, interferón- α y rayos UVA. Brentuximab se utilizó en LNH como 2ª línea en cuatro pacientes y como 3ª en uno; mientras que en LH como 5ª en uno, como 4ª en tres y como 3ª en los seis restantes. Nueve pacientes recibieron un autotrasplante y uno, un doble autotrasplante. Un paciente con LH y otro con LNH se sometieron a alotrasplante y dos LH están pendientes de realizarlo. Respecto a la efectividad, de los diez pacientes que no suspendieron el fármaco por toxicidad, uno falleció por progresión, cinco alcanzaron RC, uno respuesta parcial y tres continúan en tratamiento pendientes de RC para autotrasplante. Si progresan tras Brentuximab solicitan Nivolumab y/o Bendamustina (dos pacientes están en tratamiento).

En cuanto a la toxicidad, doce pacientes (un 80%) tuvieron alguna RA, tres de ellas leves (diarrea, epigastralgia y dolor lumbar). Cinco desarrollaron polineuropatía, que obligó a la suspensión de Brentuximab en un caso, y a la reducción de dosis en otros tres. Dos pacientes presentaron neutropenia, de los cuales uno precisó retrasar la aféresis y otro suspender el Brentuximab por presentar además trombocitopenia y anorexia. Dos pacientes desarrollaron reacciones infusionales, por lo que se le disminuyó la dosis y la velocidad de infusión. Dos pacientes desarrollaron hepatotoxicidad, uno de los cuales falleció, mientras que el otro continuó el tratamiento reduciendo la dosis.

CONCLUSIONES

Brentuximab se reserva para líneas avanzadas de LH y LNH CD30+, siempre unido a autotrasplante.

En cuanto a la eficacia, al menos un 50% logra RC aunque es conveniente esperar resultados, pues tres pacientes continúan en tratamiento.

Un 80% de los pacientes presentaron RA, cinco suspendieron Brentuximab y uno falleció a causa de la misma.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1466. EFICACIA Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

LERALTA GONZÁLEZ C, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J, SANZ ALONSO V, GONZÁLEZ PÉREZ Y, MARÍN GORRICO R, ITURBE HERAS M, ALFARO OLEA A, CASO GONZÁLEZ A
HOSPITAL SAN PEDRO. PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Estudiar la efectividad y seguridad del nivolumab en uso fuera de indicación en pacientes con hepatocarcinoma en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional longitudinal y retrospectivo dónde se incluyeron los pacientes diagnosticados de hepatocarcinoma tratados con nivolumab entre marzo 2019 y abril 2020. Se recogieron las variables mediante los programas Farmis-Oncofarm® y Selene®: edad, sexo, peso, alcoholismo, cirrosis, virus de hepatitis C (VHC), obesidad, dislipemia (DLP); Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), puntuación Child-Pugh, características del tumor (invasión vascular, tamaño, grado diferenciación), metástasis y líneas previas de tratamiento.

Se recogieron los efectos adversos y se evaluó la gravedad según CTCAEv.5.0. La medida de la efectividad fue la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP) y los factores de riesgo. El análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM-SPSS-Statistics®v25.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 7 pacientes (85,7% hombres), media de edad 63±10,8 años.

Los antecedentes de los pacientes fueron: 4 (57,1%) alcoholismo, 4 (57,1%) VHC, 3 (42,9%) obesidad y 2 (28,6%) DLP. El ECOG fue de 0-1 en 85,7% de los pacientes y de 2 en el 14,3%. Child-Pugh A en 5 (71,4%) pacientes y Child-Pugh B en 2 (28,6%). Todos los pacientes con VHC habían llevado tratamiento antiviral previo.

Al diagnóstico 5(71,4%) pacientes presentaban cirrosis, 2(28,6%) tumor mayor a 5cm, 1(14,3%) invasión vascular, 4(57,1%) grados diferenciación I-II y 3(42,9%) grado III.

Previamente se realizó quimioembolización en 3 pacientes y resección hepática en otros 3. Los pacientes recibieron sorafenib 400mg/12h en primera línea, duración media de 14,7±10,4 meses. La causa de finalización fue 6 progresión y 1 intolerancia.

En segunda línea, 6 pacientes fueron tratados con nivolumab 3mg/kg/14 días y uno con ramucirumab 8mg/kg/14 días durante 25 meses hasta progresión y después nivolumab. La media de duración con nivolumab fue de 4,3 meses [14-384 días] con media de 10±8,6 ciclos. 4 finalizaron tratamiento: 1 por progresión y 3 exitos.

Con una mediana de seguimiento de 84 días, la SG fue del 57,1% de los pacientes. La mediana de SLP fue de 60 días [IC95%:56,2-63,9]. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad entre obesos y no obesos (100% vs 0%, p=0,008) y pacientes con VHC y no VHC (75% vs 0%, p=0,047) y diferencias en la mediana de SLP de obesos: 57 días [IC95%:29,8-84,2](p=0,029).

En cuanto a la seguridad se encontraron elevación de GGT grado 4 en 6(85,7%) pacientes, anemia grado-I en 3(42,9%), grado-II en 2(28,6%); elevación de ALT en 4(57,1%) y de AST en 3(42,9%); astenia y fibrilación auricular en 2(28,6%) pacientes; disminución de peso en 1(14,3%); boca seca y hepatitis en 1(14,3%).

CONCLUSIONES

-La mediana de SLP (2 meses) es menor que en el estudio CheckMate040 (4 meses), debido posiblemente a que nuestros pacientes presentan peor ECOG y mayor alteración hepática (Child-pughB) y al menor tamaño muestral.

-Los pacientes sufrieron algún efecto adverso en grado bajo aunque ninguno tuvo que suspender el tratamiento.

-Nivolumab es una alternativa efectiva y segura tras sorafenib aprobada por la FDA y con posibilidad de financiarse, siendo necesario ampliar el estudio con más pacientes y tiempo de seguimiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1467. EFECTIVIDAD DE PERTUZUMAB COMO TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA PRECOZ HER2+

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, CANTARELLI L, RAMOS SANTANA E, MORALES BARRIOS JA, VIÑA ROMERO MM, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

La aprobación del uso del pertuzumab, en combinación con trastuzumab y docetaxel, en neoadyuvancia del cáncer de mama, está basado en dos estudios: Neosphere y Tryphaena, los cuales mostraron como la adición de este fármaco mejoraba la tasa de respuesta patológica completa (RCp) lograda (45'8% versus 29%; p=0,0141) y la supervivencia libre de progresión (PFS), aunque sin diferencias estadísticamente significativas (HR=0,69; IC95%[0,34-1,40]).

El objetivo del presente trabajo ha consistido en describir la efectividad del pertuzumab en neoadyuvancia en pacientes con cáncer de mama HER2+ precoz (CMH2) en condiciones de práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de dos años de duración (2018-2020), en el que se incluyeron todos los pacientes con CMH2 precoz.

Las características de los pacientes y los datos clínicos necesarios fueron obtenidos a partir de la historia clínica electrónica.

Para estudiar la efectividad se determinó la tasa de RCp y se evaluó la mediana de la PFS mediante un análisis de tipo Kaplan-Meier. Para analizar la significancia estadística entre las curvas de PFS de pacientes con-RCp versus sin-RCp tras cirugía, se empleó un análisis log-rank mediante el uso del software SPSS®v22.

El estudio fue aprobado por el comité ético de nuestra institución y clasificado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como un EPA-SP (estudio posautorización observacional de seguimiento prospectivo) con código FER-TRAS-2015. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes antes de participar en el estudio.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 43 pacientes (edad media 55'9 años [32-78]). El 93% (n=40) de las pacientes tenía un tumor de tipo ductal infiltrante, el 4'6% (n=2) inflamatorio y el 2'3% (n=1) lobulillar. El 62'8% (n=27) presentaba receptores hormonales.

El 90'7% (n=39) recibió doxorubicina-ciclofosfamida seguido de taxol-trastuzumab-pertuzumab, el 7% (n=3) recibió taxol-trastuzumab-pertuzumab y el 2'3% (n=1) carboplatino-taxol-pertuzumab-trastuzumab.

La tasa de RCp fue del 51,2% (n=22). Tras un periodo medio de seguimiento de 24 meses, el 6'97% (n=3) de las pacientes ha progresado y la mediana de PFS aún no se ha alcanzado para esta población.

La PFS para los pacientes sin-RCp fue de 26 meses, mientras que para los pacientes con-RCp aún no ha sido alcanzada (p=0'375).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, la tasa de RCp fue muy similar a la lograda en los ensayos pivotaes. Por otro lado, aunque tampoco son datos estadísticamente significativos, nuestros resultados confirman que existe una tendencia a lograr una mayor PFS en aquellos pacientes que consiguen RCp tras la cirugía. Este beneficio clínico de pertuzumab en neoadyuvancia podría

traducirse, a largo plazo, en una mayor supervivencia para estos pacientes. Próximos estudios con un mayor tiempo de seguimiento, podrían confirmar esta tendencia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1469. ESTUDIO COMPARATIVO DE EFECTIVIDAD DE REGORAFENIB EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES

JUEZ SANTAMARÍA C, SANCHEZ CATALICIO MDM, NUÑEZ BRACAMONTE S, CONESA NICOLAS E, LLORET LLORCA A, FERNANDEZ-LOBATO B

C.H.UNIVERSITARIO STA. MA DEL ROSELL - STA. LUCÍA. MEZQUITA, S/N. PARAJE LOS ARCOS. SANTA LUCIA. MURCIA

OBJETIVOS

Comparar la efectividad de regorafenib en los pacientes con Cáncer Colorrectal metastático (CCRm) en función de la probabilidad de beneficio tratados en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes tratados con Regorafenib para el CCRm desde marzo de 2015 hasta marzo 2020.

Los pacientes se clasificaron en función de la probabilidad de beneficio, según criterios del estudio REBECCA (score FAS CORRECT), en: alto (score: 0-1), moderado (score :2) y escaso (score: 3) beneficio. Este score se obtuvo de la suma de la puntuación(P) de los siguientes ítems: metástasis hepática [no (p:0); sí (p:+1)], tiempo desde metástasis a inicio de regorafenib [< 18meses (p:0); > 18meses (p:+1)], nº de localizaciones de metástasis [< 3 (p:0); ≥3 (p:+1)] y ECOG [0 (p:0); ≥1 (p:+1)]. Una vez clasificados los pacientes, se evaluó la efectividad en cada uno de los grupos mediante la SLP (Supervivencia Libre de Progresión) que se midió desde el inicio del tratamiento hasta la progresión de la enfermedad o muerte y porcentaje de pacientes vivos a los seis meses.

Para realizar el estudio, además de los ítems para medir el score y la SLP, se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, fecha de inicio y fin de tratamiento.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 27 pacientes:

2 (7,40%) obtuvieron un Score 1 con una mediana de edad de 65,5 años (63-68) y un 50% hombres. La SLP fue de 4,25 meses y el 100% de los pacientes estaban vivos a los 6 meses.

7 (25,93%) pacientes obtuvieron un Score 2 con una mediana de edad de 66,5 años (56-71) y la mayoría eran hombres (85,71%). La SLP fue de 4,25 meses (2-11,75) y el 100% de los pacientes estaban vivos a los 6 meses.

18 (66,67%) pacientes obtuvieron un Score 3 con una mediana de edad de 70 años (48-86) y un 61,11% hombres.

Mostraron una SLP de 3 meses (1,25-17,5) y el 66,67% de los pacientes estaban vivos a los 6 meses.

CONCLUSIONES

La SLP fue mayor en los pacientes con una alta y moderada probabilidad de beneficio, siendo incluso muy superior a la obtenida en el ensayo pivotal (1,9 meses), mientras que en los de escasa probabilidad la efectividad fue menor.

Por lo que, la clasificación de los pacientes por score según los criterios utilizados en el estudio REBECCA podría ser útil para seleccionar los pacientes candidatos a recibir tratamiento con regorafenib, siendo los de alta y moderada probabilidad de beneficio los que más se podrían beneficiar.

Aun así, sería necesario realizar un estudio posterior con una muestra mayor para obtener conclusiones más definitivas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1470. USO DE PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO EN PRIMERA LINEA DE CÁNCER DE PULMON NO MICROCÍTICO METASTÁSICO

AUTORES

JUEZ SANTAMARÍA C, MARTINEZ PENELLA M, NUÑEZ BRACAMONTE S, CONESA NICOLAS E, MONTOYA EGEA JM, FERNANDEZ-LOBATO B

C.H.UNIVERSITARIO STA. MA DEL ROSELL - STA. LUCÍA. MEZQUITA, S/N. PARAJE LOS ARCOS. SANTA LUCIA. MURCIA

OBJETIVOS

Según una estimación realizada por la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) en el año 2020 el cáncer de pulmón será el cuarto tumor más diagnosticado en España. En el año 2018 fue el cáncer que causó una mayor mortalidad. El 85% del cáncer de pulmón se clasifica como Carcinoma de Pulmón No Microcítico (CPNM). Este estudio evalúa la efectividad y seguridad de Pembrolizumab en el CPNM en primera línea y compara los resultados con el estudio pivotal que le dio la indicación (KEYNOTE-024).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Mediante el Programa Farmis_Oncofarm® se recogieron todos los pacientes tratados con Pembrolizumab en primera línea desde Septiembre 2016 hasta Febrero 2020 con expresión del marcador PDL1 > 50%. Se excluyeron los pacientes que recibieron 2 o menos ciclos de tratamiento.

Se recogieron las siguientes variables demográficas a través de la historia clínica de Selene®: edad, sexo, ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) al inicio de tratamiento, porcentaje de expresión de PDL-1 y número de ciclos administrados. Para medir la efectividad se calculó la Supervivencia Global (SG) y la Supervivencia Libre de Progresión (SLP). Para medir la seguridad se recogieron los efectos adversos (EA) clasificándolos según la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) e infecciones.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 18 pacientes con una mediana de edad de 60,5 años (46-84). La mayoría de los pacientes eran hombres (72,22%) y tenían una ECOG 1 (77,78%). El resto presentaban un ECOG 0 (11,12%) o ECOG 2 (11,12%). El 50% de los pacientes tenían niveles de PDL1 \geq 90%. Se administraron una mediana de 10,5 ciclos (4-32). Se retrasaron los ciclos de tratamiento en 5 pacientes (27,78%). Cuando se realizó el estudio más de la mitad de los pacientes habían presentado progresión de la enfermedad. Se obtuvo una SLP de 7,74 meses (2,69-25,79). El 69,23% de los pacientes seguían vivos a los 12 meses de iniciar el tratamiento.

Los EA que más se encontraron fueron: anemia (55,55%) mayoritariamente G1 (33,33%); trombocitopenia G1 (16,66%); astenia (66,67%) mayoritariamente G1 (38,89%) y G2 (22,22%), diarrea (16,67%) con un paciente G1, otro G2 y otro G3 (5,55% respectivamente), estreñimiento G1 (16,67%), exantema o prurito G1 (16,67%), sequedad de mucosas (16,67%) e hipotiroidismo (11,12%). El 27,78% presentaron alguna infección durante el tratamiento siendo la mayoría (11,12%) neumonía que requirieron ingresos hospitalarios.

CONCLUSIONES

Los resultados en cuanto a beneficio mostrados con la SLP son inferiores a los obtenidos en el estudio KEYNOTE-024 (10,3 meses). La SG a los 12 meses obtenida en este estudio (69,23%) es muy similar a la obtenida a el estudio pivotal (69,9%). En cuanto a la seguridad, los EA más comunes concuerdan con los de su estudio, siendo la anemia y la astenia las complicaciones más frecuentes. Además, los grados suelen ser 1-2, pudiendo manejarse de una manera asequible clínicamente. La frecuencia de reacciones adversas inmunomediadas como infecciones e hipotiroidismo es la esperada para un tratamiento basado en la inmunoterapia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1471. UTILIZACIÓN, EFICACIA Y SEGURIDAD DE IBRUTINIB EN LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

LÓPEZ LÓPEZ AM, LÓPEZ LÓPEZ MDP, GARCÍA GÓMEZ N, MUÑOZ CID CL, CLARAMUNT GARCÍA R, LÓPEZ LÓPEZ JA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN. AVD. DEL EJERCITO ESPAÑOL, 10. JAÉN

OBJETIVOS

Estudiar la utilización de ibrutinib en leucemia linfocítica crónica (LLC) en un hospital de tercer nivel, tanto en primera línea de tratamiento como en sucesivas. Evaluar su eficacia y seguridad con datos de la práctica clínica real

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de pacientes tratados con ibrutinib, desde marzo 2016 hasta marzo 2020. Se recogieron variables demográficas: edad, sexo; clínicas: fecha de diagnóstico, estadio de la enfermedad y factores de mal pronóstico (mutación TP53 y/o del17p y perfil mutacional de IGVH); y farmacoterapéuticas: líneas previas de tratamiento, fecha de inicio y fin del tratamiento, pauta posológica inicial, reducciones de dosis, causa de suspensión y reacciones adversas. Se empleó la historia clínica digital (DIRAYA®) y el programa de dispensación a pacientes externos (ATHOS™ PRISMA). La eficacia del fármaco se evaluó mediante la determinación de las siguientes variables de supervivencia, empleando el método de Kaplan-Meier: SLP definida como el tiempo desde el inicio del tratamiento hasta progresión o toxicidad inaceptable; SG como tiempo desde el inicio del tratamiento hasta la muerte. La toxicidad a ibrutinib se evaluó, siguiendo la clasificación CTCAE v5.0, en función de la gravedad de los efectos adversos y si éstos fueron causa de reducción de dosis o discontinuación de tratamiento. El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS®

RESULTADOS

Se estudiaron 24 pacientes (54'2% mujeres) con LLC que fueron tratados con ibrutinib en monoterapia. La mediana de edad fue de 70'5 años (rango 40-95). Al momento del diagnóstico, el 50% de los pacientes tenían estadio RAI 0/Binet A, 25% RAI 2/Binet B y 25% RAI 4/Binet C. El 37'5% tenían IGVH no mutadas, 29'2% presentaban del(17p) y 41'7% tenían presente mutación TP53, de los cuales la mitad no tenía asociada del(17p). Ocho (33'3%) pacientes recibieron ibrutinib como primera línea, y 16 (66'7%) presentaban enfermedad recidivante o refractaria. La mediana de número de líneas previas de tratamiento fue 2 (rango 1-6). La mediana de seguimiento fue de 22 meses (rango 1-41). A los 36 meses, se obtuvo una SLP de 76'6% y una SG de 95'8%. Tres (12'5%) pacientes suspendieron el tratamiento, 2 por progresión y 1 por toxicidad. Los efectos adversos, de cualquier grado, más frecuentes fueron: sangrado cutáneo (8/24), sangrado mucoso (6/24) y molestias gastrointestinales (6/24). El 45'8% de los pacientes requirieron reducciones de dosis. El 33'3% de los pacientes continúan con una reducción dosis a 280mg al día y 8'3% con 140mg/24h. Los efectos adversos causantes de estas reducciones fueron: anemia, herpes zóster, neutropenia, hematomas generalizados, plaquetopenia, sangrado mucoso, diarrea y lesiones cutáneas pruriginosas. Los eventos adversos hematológicos de grado 3-4 fueron neutropenia presente en 4 pacientes, anemia en 3 y plaquetopenia en 2. Las citopenias ocurrieron principalmente durante los primeros meses de tratamiento y mejoraron a lo largo del mismo

CONCLUSIONES

El tratamiento con ibrutinib da lugar a unas altas tasas de SLP y SG y a una tolerabilidad aceptable mediante el manejo con reducciones de dosis que permiten un buen control de la enfermedad y disminuye la exposición a efectos adversos dosis-dependientes

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1475. ESTUDIO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO CON PERTUZUMAB

AUTORES

PALANQUES PASTOR T, IGLESIAS GÓMEZ R, CENTELLES ORIA M, ALBERT MARÍ A, SANTABALLA BELTRÁN A, MARTÍN CEREZUELA M, LÓPEZ BRIZ E, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVINGUDA DE FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Estudiar la población de pacientes con cáncer de mama con sobreexpresión del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico (HER2 positivo) en tratamiento con pertuzumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital terciario. Se utilizó el módulo para el análisis y la visualización de datos clínicos y terapéuticos (AVIDA®) del programa de gestión del paciente onco-hematológico Farmis-Oncofarm® (IMF®). Del mismo modo, se empleó la herramienta analítica Savana Farma® (Savana®) para transformar la información contenida en las historias clínicas electrónicas en Big Data, examinándose aproximadamente 4.700 documentos que englobaron los términos “pertuzumab” y “cáncer de mama”.

Se estudiaron las características basales y fisiopatológicas de las pacientes y los procedimientos terapéuticos a los que se sometieron, indagando sobre los fármacos antineoplásicos empleados.

RESULTADOS

Se trataron con pertuzumab 75 pacientes correspondiente al 26% del total de diagnósticos de carcinomas mamarios HER2 positivos (n=294). Prácticamente la totalidad de los casos afectaron a mujeres (99%, n=74), siendo el 31% (n=23) menopáusicas y con una media de edad de 52 (±12) años. La presentación principal fue el carcinoma ductal infiltrante de mama (85%, n=64) y en un 43% (n=32) de las pacientes se detectó metástasis. En cuanto a factores de riesgo cardiovascular, se observó dislipemia (37%, n=28), hipertensión arterial (31%, n=23), diabetes mellitus (24%, n=18) y hábito tabáquico (23%, n=17).

Los procedimientos terapéuticos sistémicos aplicados, además de la quimioterapia, fueron la cirugía y la radioterapia (ambos casos 73%, n=55). En cuanto al tipo de quimioterapia se clasificó en neoadyuvante (48%, n=36), adyuvante (25%, n=19), combinada con radioterapia (15%, n=11) y solo quimioterapia (12%, n=9). Profundizando en los tratamientos antineoplásicos diferentes a pertuzumab, las pacientes recibieron trastuzumab (97%, n=73), paclitaxel (67%, n=50), docetaxel (51%, n=38), vinorelbina (16%, n=12) y lapatinib (9%, n=7). En cuanto a la terapia hormonal se empleó tamoxifeno (31%, n=23), letrozol (21%, n=16), anastrozol (9%, n=7) y fulvestrant (8%, n=6). Los signos y síntomas principalmente manifestados fueron diarrea (45%, n=34), náuseas (45%, n=34), fiebre (41%, n=31) y vómitos (33%, n=25).

CONCLUSIONES

Pertuzumab fue empleado en el tratamiento de la cuarta parte de las pacientes con cáncer de mama HER2 positivo y la presentación mayoritaria fue el carcinoma ductal infiltrante. La cirugía y la radioterapia fueron ampliamente utilizadas, así como la quimioterapia de tipo neoadyuvante. Los principales fármacos empleados en combinación con pertuzumab fueron trastuzumab, paclitaxel y docetaxel y las reacciones adversas más frecuentemente descritas diarrea y náuseas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**1478. ESTUDIO EN VIDA REAL DE ATEZOLIZUMAB EN SEGUNDA LÍNEA DE CARCINOMA UROTELIAL****AUTORES**

SERRANO GIMÉNEZ R, MUÑOZ BURGOS M, CORDERO RAMOS J, ARTACHO CRIADO S, GALVÁN BANQUERI M, MÁRQUEZ SAAVEDRA E
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. AVDA. BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de atezolizumab como segunda línea de tratamiento en pacientes con carcinoma urotelial (CU).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico (participaron tres centros), en el que se incluyeron todos los pacientes con CU que hubieran recibido atezolizumab en segunda línea de tratamiento desde enero 2017 hasta enero 2020.

Variables recogidas: sexo, edad, estado funcional según escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) y causa de finalización del tratamiento. Variables evaluadas de efectividad y seguridad: supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y porcentaje y tipo de reacciones adversas (RA) de grado (G) 3-4 (según Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) V.4.0). Las fuentes de información fueron: historia clínica electrónica (Diraya) y programa informático Farmis-Oncofarm®.

RESULTADOS

Se incluyeron 38 pacientes (31 hombres; 81,6%), con una edad mediana de 68 años (rango= 39-84). El 57,9% de los pacientes (n= 22) presentaron un valor de ECOG de 1, el 36,8% (n= 14) de 0 y el 5,3% (n= 2) de 2. De los 38 pacientes, 29 (76,3%) habían finalizado el tratamiento en la fecha de recogida de datos; solamente 9 (23,7%) mantenían el tratamiento. La causa de finalización de atezolizumab fue: progresión en 23 casos (79,4%), éxitus en tres de los casos (10,3%) y reacción adversa atribuida a atezolizumab en otros tres casos (10,3%).

La SLP mediana fue de 4,0 meses (RIQ= 1,6-6,6). La SG mediana fue de 6,0 meses (RIQ= 3,0-10,4), con un porcentaje de éxitus del 52,6% (n= 20). Tres de los pacientes (7,9%) presentaron RA de G3-4. Un paciente (2,6%) sufrió adrenalitis autoinmune y neutropenia G3, otro (2,6%) presentó dermatitis psoriásica G3 y en otro (2,6%) se notificó astenia G3. Todas las RA llevaron a la discontinuación del tratamiento.

CONCLUSIONES

Estos resultados son superiores a los del ensayo clínico (EC) pivotal para la SLP (en el EC fue de 2,1 meses) pero inferiores para la SG (en el EC fue de 8,6 meses), aunque es necesario tener en cuenta que existía un porcentaje considerable de pacientes aún vivos. Estos datos deberían interpretarse con cautela debido al tamaño muestral. El porcentaje de pacientes que presentaron RA G3-4 atribuibles al fármaco fue similar al EC (en el EC fue de alrededor de un 9,0%). Todas ellas coinciden con las descritas en el EC y en la ficha técnica, y dos de ellas son manifestaciones típicas de la inmunoterapia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1483. ATEZOLIZUMAB: EFFECTIVENESS AND SAFETY IN PATIENTS WITH HIGH GRADE UROTHELIAL CARCINOMA

AUTORES

CONESA NICOLAS E, MARTINEZ PENELLA M, JUEZ SANTAMARÍA C, GARCÍA MATILLAS CN, MONTOYA EGEA JM, CHICA MARCHAL AM

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. C/MEZQUITA S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Atezolizumab is a checkpoint inhibitor. It is indicated in high-grade urothelial carcinoma, non-small cell lung cancer and triple negative breast cancer locally advanced or metastatic.

The aim is to analyze the efficacy and safety of atezolizumab in patients with high-grade urothelial carcinoma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Retrospective observational study of patients diagnosed with high-grade urothelial carcinoma treated with atezolizumab in a third level hospital until March-2020.

The variables collected were: age, sex, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), tumor location, presence of liver metastases, previous treatment lines, time since administration of the last treatment received, treatment duration, progression free survival (PFS) according to RECIST 1.1, cause of exitus and adverse effects (AE) according to CTCAE v4.0.

RESULTADOS

15 patients were included, 13 of them were men. Median age was 68 years (range: 55-84) and ECOG 0 (n=3), 1(n=9) and 2(n=3).

14 patients had a bladder-level tumor and 1 in the renal pelvis. 6 of them had liver metastases. 2 patient received atezolizumab in first line, 11 in second line and 2 in third line being the previous lines cisplatin+gemcitabine(n=6), carboplatin+gemcitabine (n=5) in first line and weekly paclitaxel (n=1) or carboplatin weekly+radiotherapy (n=1) in the second line. The median time since administration of previous chemotherapy was 5 months.

The median duration of treatment was 3.5 months (range 0.4-18.6).4 of the patients died during treatment, 3 of them received one cycle and one received two cycles. The causes of exitus were respiratory failure, sepsis urinary, gastrointestinal bleeding and refractory dyspnea.

4 patients discontinued due to progression being median PFS 3.8 months (range: 1.0-9.5 months). 7 patients continue in treatment at the time of the study cut-off point. 6 of them present partial response and 1 patient complete response. These patients had no liver metastases. One of them presented brain metastases being these resected before the start of treatment.

10 of the patients presented AE grade 1-2: liver toxicity (n=3), diarrhea (n=3), nausea/vomiting (n=2), thrombocytopenia (n=1), asthenia (n=2), joint pain (n=1), skin disorders (n=2), hiporexia (n=2).

CONCLUSIONES

The detected AEs are found in the most frequent of the pivotal trial, with the exception of liver toxicity, which is the most common in our study.

Based on the efficacy results obtained, it is essential to properly select the patients in which the benefit of the treatment is greater.

More studies are necessary in the usual clinical practice to be able to elucidate the effectiveness and safety of atezolizumab.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1484. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS AND SAFETY OF FOTEMUSTINE AFTER FAILURE TO PEMBROLIZUMAB OR NIVOLUMAB IN METASTATIC MELANOMA

AUTORES

CONESA NICOLÁS E, MARTINEZ PENELLA M, LLORET LLORCA A, GARCÍA MATILLAS CN, FERNÁNDEZ MARTINEZ I, CHICA MARCHAL AM

HOSPITAL SANTA LUCÍA CARTAGENA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

The implantation of immunotherapy, and of the target molecules in the melanomas with BRAF mutation has meant an advance in the treatment of metastatic melanoma. Because of this, the role of conventional chemotherapy in the treatment of this disease is increasingly residual.

The objective is to evaluate the use of fotemustine in patients with metastatic melanoma who have progressed to pembrolizumab or nivolumab and to establish its usefulness as an appropriate therapeutic option.

MATERIALES Y MÉTODOS

Retrospective descriptive observational study of all patients treated with chemotherapy after progression to pembrolizumab or nivolumab until Marzo 2020 in a third level hospital.

The variables collected were: age, sex, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), BRAF mutation, previous lines, number and location of metastases, duration of treatment, overall survival (OS) and adverse effects (AE) according to CTCAE 4.0.

Data were obtained through the validation and preparation programme for cytostatic drugs (Farmis-Oncofarm®) and the programme of clinical histories (Selene®).

RESULTADOS

10 patients were included in the study being the median age 65,5 years [30-80]. 7 patients were women. The ECOG was 0 (n=1), 1 (n=6) and 2 (n=3).

2 patients presented mutated BRAF. They received dabrafenib/trametinib and vemurafenib/cobicitat in first line and pembrolizumab in second line.

8 patients presented native BRAF. 5 of them received pembrolizumab as a first-line treatment, 2 patients received nivolumab as a first-line treatment and one patient received ipilimumab in first line and pembrolizumab in second line. All patients had lymph node involvement. 4 patients presented cutaneous metastasis, 2 patients presented pulmonary metastasis, 2 patients liver metastasis, and 2 patients had non-active brain metastasis.

To date, the median duration of treatment was 2.80 months (95% CI 1.80-3.74). 8 patients died being the median OS 22.6 weeks (95% CI 3.05- 5.95).

AE described by 4 of the patients were: asthenia grade 2-3 (n=2), constipation grade 1 (n=3), vomiting grade 1 (n=2), increased transaminases grade 2 (n=1), hematological toxicity grade 3 (n=3). This last adverse effect caused delay and dose reduction of the drug in 2 of them. The other 6 patients had no adverse effects.

CONCLUSIONES

Fotemustine was used as the last treatment possibility in patients with an advanced stage of their disease. This was intended to achieve a stabilization of it as long as possible. Fotemustine is an appropriate treatment option in the absence of further studies to assess changes in the immune system and tumor after immunotherapy.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1498. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE NILOTINIB VERSUS IMATINIB COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, GONZÁLEZ DE LA FUENTE GA, GONZÁLEZ GARCÍA J, VIÑA ROMERO MM, CANTARELLI L, GARCÍA CAIRÓS J, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

En el estudio ENESTnd, el nilotinib demostró mayor eficacia (en tasa de respuesta molecular mayor (RMM) a los 24 meses) que el imatinib (71% vs 44%; $p < 0,0001$), así como una mayor velocidad de respuesta (TRMM) (8,6 meses vs no alcanzado; $p < 0,001$).

El objetivo del presente trabajo ha consistido en evaluar la efectividad de nilotinib frente a imatinib como tratamiento de primera línea en la LMC en condiciones de práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional-retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de LMC que recibieron nilotinib ó imatinib como tratamientos de primera línea entre 2015-2018.

Las características de los pacientes y los datos clínicos necesarios fueron obtenidos a partir de la historia clínica electrónica.

Para estudiar la efectividad se determinó la tasa de RMM a los 12 meses y a los 24 meses desde el inicio de tratamiento. Para determinar si existían diferencias entre estos datos, se realizó una prueba Chi-cuadrado. También se determinó la mediana del TRMM durante los 2 primeros años de tratamiento mediante un análisis Kaplan-Meier. Para estudiar la significancia estadística entre las curvas de incidencia acumulada se empleó un análisis de tipo log-rank, mediante el uso de SPSS®v22.

El estudio de las diferencias entre las características basales de los pacientes, se realizó mediante una prueba t de Student para las variables cuantitativas-continuas y Chi-cuadrado para las variables cualitativas-dicotómicas.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 35 pacientes (edad media 63,3 años (20-92); 54,3%(n=19) mujeres): el 60% (n=21) recibieron imatinib y el 40% (n=14) nilotinib.

No existían diferencias entre las características basales de los pacientes tratados con imatinib versus nilotinib: edad media (65,6 años versus 59,7 año; $p=0,27$); Sokal alto al diagnóstico (4,8% (n=1) versus 21,4% (n=3), $p=0,13$), respectivamente.

El análisis de las RMM mostró que no existían diferencias ni a los 12 meses (52,4% (n=11) versus 71,4% (n=10); $p=0,26$) ni a los 24 meses (71,4% (n=15) versus 78,6% (n=11); $p=0,63$) entre los pacientes que recibieron imatinib y nilotinib, respectivamente.

Sin embargo, si hubo diferencias en cuanto a la velocidad de respuesta: la mediana del TRMM resultó ser de 6 meses para nilotinib y de 12 meses para imatinib ($p=0,019$).

CONCLUSIONES

A diferencia de lo descrito en la literatura científica, nuestros datos indican que ambos fármacos son equivalentes en relación a la tasa de RMM lograda a los 12 y a los 24 meses. Respecto al TRMM sí coincidimos con la evidencia existente, obteniéndose un tiempo significativamente menor para alcanzar la RMM en los pacientes con nilotinib. Estas discrepancias encontradas con los datos bibliográficos pueden estar condicionadas por el hecho de que en un nuestro centro las dosis de imatinib están guiadas por una monitorización de niveles plasmáticos, que ha demostrado mejorar los resultados de este fármaco.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1500. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA INMUNOTERAPIA EN EL CÁNCER DE VEJIGA AVANZADO: ATEZOLIZUMAB Y NIVOLUMAB.

AUTORES

LERALTA GONZÁLEZ C, SANZ ALONSO V, CASO GONZÁLEZ A, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J, GONZÁLEZ PÉREZ Y, NEBOT VILLACAMPA MJ, ZAFRA MORALES R, ALFARO OLEA A
HOSPITAL SAN PEDRO. PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Comparar la efectividad y seguridad de atezolizumab y nivolumab en pacientes con cáncer de vejiga avanzado en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional longitudinal y retrospectivo realizado entre abril 2017-abril 2020. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de cáncer de vejiga en tratamiento con inmunoterapia (atezolizumab o nivolumab), tras progresión a platino. Se recogieron las siguientes variables mediante Farmis-Oncofarm® y Selene®: edad, sexo, ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), diagnóstico, cirugía, características tumorales (grado, PDL-1) y líneas previas de tratamiento.

Se recogieron todos los efectos adversos y gravedad según CTCAE v.5.0. Se estudió la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP) y posibles factores de riesgo. El análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM-SPSS-Statistics®v25.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 17 pacientes (94,1% hombres), con una media de edad 68,1±7,5 años.

Se registraron 14 pacientes en tratamiento con atezolizumab 1200 mg/21 días (13 en 2ª línea y 1 en 3ª línea) y 3 con nivolumab 3 mg/kg/14 días (3 en 3ª línea). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las variables demográficas de las poblaciones de ambos tratamientos. El ECOG al inicio de la inmunoterapia fue respectivamente (atezolizumab vs nivolumab): 0-1 (85,7% vs 100%) y 2 (14,3% vs 0%). El 100% de los pacientes presentaban carcinoma urotelial de alto grado (IV): localmente avanzado (21,4% vs 66,7%) y metastásico (78,6% vs 33,3%). Tenían PDL-1 < 1% (28,6% vs 0%), PDL-1 1-49% (21,4% vs 66,6%), PDL-1 > 50% (35,7% vs 33,3%). Cistectomía radical (5 vs 3), ureterectomía parcial (1 vs 0). El tratamiento en 1ª línea fue platino-gemcitabina, neoadyuvante (3 vs 2).

La duración media para atezolizumab y nivolumab (4,4±3,4 vs 15,9±17,1 meses) y media de ciclos (5,3±2,6 vs 34,3±35,3). La tasa de respuesta (TR) de atezolizumab fue 35,7% y la de nivolumab 66,7%. Se suspendió atezolizumab y nivolumab por progresión tumoral en 11 vs 2 pacientes. Tras progresión recibieron vinflunina 5 pacientes, 1 platino-taxano y 1 platino-gemcitabina.

La mediana de tiempo de seguimiento fue 6 meses atezolizumab y 8,8 meses nivolumab. La supervivencia durante la inmunoterapia (71,4% vs 66,6%). La mediana de SG nivolumab 8,8 meses [IC95%:2,4-15,3] y mediana de SG de atezolizumab no alcanzada. La mediana de SLP inmunoterapia fue 4,7 meses [IC95%:2,8-6,6], no hay diferencias estadísticamente significativas en función de ECOG, metástasis, número de línea y cirugía. La mediana de SLP atezolizumab fue 4,3 meses [IC95%:3-5,7] y de nivolumab 7,5 meses [IC95%:0,6-14,3], sin diferencias estadísticamente significativas (p=0,393).

El 70,5% de los pacientes presentaron algún efecto adverso (EA) (71,4% atezolizumab vs 66,7% nivolumab). La media de EA/paciente fue 1 para ambos fármacos, todos de bajo grado. EA con atezolizumab: 3 pacientes infección urinaria, 2 náuseas, 1 erupción cutánea, dolor de espalda, vómitos, artralgias, astenia, infección del reservorio, estreñimiento y derrame pleural; con nivolumab: 1 tos, astenia y disgeusia.

CONCLUSIONES

- La SLP es mayor que en los estudios publicados: atezolizumab (Imvigor211: 2,1 meses) y nivolumab (CheckMate275: 2 meses).
- La inmunoterapia en 2ª línea fue un 76,5%. El tratamiento posterior (41,2%) fue: vinflunina (71,4%), platinos, taxanos.
- El porcentaje de EA es elevado, aunque son de bajo grado y no fueron la causa de suspensión de los tratamientos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1511. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DE QUIMIOINMUNOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

FERNÁNDEZ VARELA AM, RODRÍGUEZ PENÍN I, VALCARCE PARDEIRO N, LÓPEZ SANDOMINGO L
HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE- PROFESOR NOVOA-SANTOS. AVENIDA DE LA RESIDENCIA, S/N A CORUÑA. A CORUÑA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de la quimioinmunoterapia en el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico de histología no escamosa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón no microcítico localmente avanzado o metastásico de histología no escamosa que recibieron quimioinmunoterapia entre octubre de 2018 y marzo de 2020, ambos inclusive.

De la historia clínica electrónica se recogieron datos demográficos (edad, sexo), oncológicos [histología, estadio, presencia de mutaciones target (EGFR, ALK; ROS1), valor de PD-L1], hábito tabáquico, estado funcional al inicio de la quimioinmunoterapia, efectividad y tolerabilidad. Del programa de gestión farmacoterapéutica se obtuvieron tratamientos oncológicos previos, tratamiento con quimioinmunoterapia (número de ciclos de inducción y mantenimiento) y terapias empleadas a la progresión. Para la valoración de la respuesta, se aplicaron criterios RECIST, versión 1.1. Para la valoración del grado de toxicidad se emplearon criterios del National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events (NCI-CTCAE) versión 4. Análisis estadístico (paquete estadístico SPSS v21): análisis de SLP mediante el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Dieciocho pacientes (14 hombres, 4 mujeres). Mediana de edad: 67 años (RIQ: 60.75-70). Histología: 17 adenocarcinoma, 1 células grandes. Estadio al inicio del tratamiento: IIC (1 paciente), IV (17 pacientes). Ningún paciente presentó mutaciones target. Valor de PD-L1: 8 pacientes PDL-1 < 1%, 9 pacientes PDL-1 > 1% (7 PDL-1 1-49%, 2 PDL-1 > 49%), 1 paciente PDL-1 desconocido. Estado funcional (PS): 1 (16 pacientes), 2 (2 pacientes). Hábito tabáquico: fumador/exfumador 16 pacientes, nunca fumador 2 pacientes. Ningún paciente recibió tratamiento quimioterápico previo. Dos pacientes fueron sometidos a cirugía en estadios precoces de la enfermedad.

Todos los pacientes recibieron pembrolizumab+ pemetrexed+ carboplatino.

Mediana de seguimiento: 123 días (RIQ: 72.5-341.5). Duración media del tratamiento: 4,6 ± 5,04 meses.

Nueve pacientes recibieron los 4 ciclos de inducción. Siete pacientes recibieron tratamiento de mantenimiento (mediana de ciclos de mantenimiento de 12, RIQ: 5-14). Evaluación de la respuesta: respuesta parcial 8 pacientes (grado de respuesta 44,4%). A la progresión, 5 pacientes recibieron tratamiento alternativo: docetaxel+ nintedanib (n=2), docetaxel (n=3). A fecha de corte 9 pacientes fueron éxitus, 6 pacientes continuaban tratamiento con quimioinmunoterapia, hubo 2 cambios de línea y un paciente permanecía sin tratamiento activo.

Supervivencia libre de progresión: 2,73 meses (IC 95%, 1,97 a 3,49).

La incidencia de efectos adversos fue 61,10% (11 pacientes). Los más frecuentes fueron hematológicos (anemia, neutropenia y trombocitopenia), renales y astenia. Toxicidad grado 3: renal (1), anemia (1), vómitos (1), estreñimiento (1). Toxicidad grado 2: neutropenia (1), anemia (1), náuseas (1), astenia (1), hepatotoxicidad (1) y mucositis (1). No se observó ningún efecto adverso grados 4-5.

CONCLUSIONES

Los datos de efectividad son inferiores a los encontrados en el pivotal Keynote 189. Nuestro seguimiento ha sido más corto, el PS de los pacientes al inicio fue más desfavorable (todos los pacientes PS ≥ 1) y el porcentaje de pacientes PD-L1 positivo fue inferior.

La tolerancia al tratamiento fue superponible a la encontrada en los ensayos pivotales.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**1519. EVALUACIÓN DE REACCIONES RELACIONADAS CON LA PERFUSIÓN ASOCIADAS A DARATUMUMAB EN INFUSIÓN RÁPIDA DE 90 MINUTOS****AUTORES**

BUSTOS MARTÍNEZ M, MADRID GARZON D, SIERRA ZABALA A, RAYON JEREZ M, MIRON ELORRIAGA G, PALACIOS FILARDO M

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. BARRIO LABEAGA S/N. VIZCAYA

OBJETIVOS

Evaluar frecuencia y severidad de las reacciones relacionadas con la perfusión (RRP) asociadas a daratumumab en todos los pacientes tratados entre el 01-mayo-2019 y el 14-febrero-2020 cuando se administra en infusión rápida de 90 minutos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Las RRP asociadas a daratumumab son una complicación frecuente, asociada a la velocidad de infusión y al número de perfusiones recibidas previamente. Por ello, la velocidad máxima de infusión según Ficha Técnica (FT) es 200ml/h tras un aumento escalonado durante las 3 primeras infusiones. Esto se traduce a partir de la 3ª dosis en infusiones de 3,5 horas de duración generando un elevado número de horas de ocupación en hospital de día médico (HDM). Desde el 1-mayo-2019 a aquellos pacientes que han recibido 4 infusiones de daratumumab, se les infunde la 5ª dosis a velocidad de 200ml/h durante los primeros 30 minutos. Tras este escalón, si hay buena tolerancia, se infunde la dosis restante en 1 hora (duración total de la infusión 90 minutos), a una velocidad calculada por el servicio de farmacia y, enviada al HDM en una hoja de ritmo individual. Hay que remarcar que en nuestra práctica asistencial, en las 4 primeras infusiones de daratumumab, se administra como postmedicación extra a las 2 horas del inicio 40 mg de metilprednisolona y 5mg de dexclorfeniramina, además de la pre y postmedicación recomendada en FT.

RESULTADOS

Hasta la fecha de corte (14-Febrero-2020) un total de 27 pacientes han recibido la pauta rápida en 90 minutos. Del total de pacientes ninguno (0%) ha presentado RRP con la infusión rápida, tras ser analizado por nuestro grupo de trabajo integrado por Farmacia, enfermería HDM y enfermería de hospitalización del Servicio Hematología. Respecto a los esquemas quimioterápicos: 20 pacientes (74%) estaban en tratamiento con daratumumab-lenalidomida-dexametasona; 7 (26%) con daratumumab-bortezomib-dexametasona y, ninguno (0%) con daratumumab en monoterapia. El rango de dosis de daratumumab estaba comprendido entre 1600 y 800mg, a razón de 16mg/kg. La distribución del número de dosis previas recibidas con anterioridad a la pauta rápida fue la siguiente: 4 pacientes (14%) recibieron ≥ 15 dosis previas; 7 (26%) recibieron entre 14-10 dosis; 8 (30%) recibieron entre 9-5 dosis y, 8 pacientes (30%) recibieron 4 dosis previas a la infusión rápida. Las velocidades de infusión de la pauta rápida estaban en el rango de 440-480 ml/h, como hemos comentado, todas toleradas correctamente. De los 27 pacientes, 6 (22%) habían tenido como antecedente haber sufrido previamente una RRP asociada a daratumumab (grado I/II). En los 6 casos se produjo en la primera infusión y, a pesar de ello, hemos obtenido una correcta tolerancia con la pauta rápida.

CONCLUSIONES

La pauta de daratumumab en 90 minutos a partir de la 5ª dosis ha sido bien tolerada en todos los pacientes. Se ha tolerado correctamente ritmos de infusión de hasta 480ml/h, acortándose significativamente los tiempos de ocupación de sillones en el hospital de día. Por otro lado, se ha contribuido a una mayor humanización de la asistencia sanitaria que prestamos reduciendo la estancia en HDM en 2 horas por cada dosis administrada y paciente.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1523. SORAFENIB EN EL TRATAMIENTO DEL TUMOR DESMOIDES

AUTORES

MEJIAS TRUEBA M, MUÑOZ BURGOS M, MONTECATINE ALONSO E, DESONGLES CORRALES T
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVENIDA MANUEL SIUROT S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de sorafenib en el tratamiento del tumor desmoides (indicación fuera de ficha técnica).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de especialidades, en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de tumor desmoides hasta el 30/04/2020.

A través de la historia clínica (Diraya[®]) y farmacoterapéutica (Athos[®] Prisma) se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, localización del tumor, Performance status (PS) al inicio del tratamiento, radioterapia previa (sí/no), líneas de tratamiento previas, fechas de inicio y fin de los tratamientos y motivo de suspensión de los mismos. La efectividad se analizó según la tasa de respuesta objetiva, evaluada mediante prueba de imagen o, en su defecto, según la evolución clínica. La seguridad se valoró según las reacciones adversas experimentadas y la necesidad de reducción de dosis/suspensión temporal del tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 11 pacientes, todas mujeres (edad media de 44,2 \pm 17,9 años). La localización del tumor fue muy diversa: 4 en extremidades inferiores, 3 en región torácica, 2 en zona abdominal y 2 en zona pélvica. Al inicio del tratamiento con sorafenib, todas las pacientes presentaron un PS comprendido entre 0 (n=6) y 1 (n=5). Sólo una paciente recibió radioterapia previa al tratamiento sistémico.

Tratamientos recibidos previos a sorafenib:

- Siete pacientes recibieron en primera línea raloxifeno combinado con indometacina, a diferentes dosis en función de la tolerancia. La mediana de duración fue de 160 días (RIQ 115,5-472,5). El motivo principal de suspensión fue progresión de la enfermedad (n=6) e intolerancia (n=1).
- Dos pacientes recibieron en primera línea raloxifeno asociado a meloxicam, con una duración de 132 y 333 días respectivamente, abandonando el tratamiento por progresión. Una de ellas recibió posteriormente metotrexato junto a vinorelbina, experimentando progresión de la enfermedad a los 90 días.
- Una paciente fue derivada desde otro centro, donde recibió múltiples líneas de tratamiento (talidomida, hidroxiurea, topotecán con etopósido, cisplatino con dactinomicina). Se desconoce la duración exacta de cada tratamiento, aunque fue progresando a todos ellos.
- La restante no recibió ningún tratamiento previo a sorafenib.

Tratamiento con sorafenib a dosis de 400 mg diarios:

A fecha de recogida de datos, ocho continuaban en tratamiento y tres lo habían suspendido por progresión (n=1) y toxicidad inaceptable (n=2). La mediana de duración fue de 80 días (RIQ 50-142). En cuanto a la tasa de respuesta, sólo tres pacientes tenían prueba de imagen realizada, presentando respuesta parcial (n=2) y progresión (n=1); seis presentaban muy buena respuesta clínica y en 2 no fue valorable dado que estuvieron muy poco tiempo en tratamiento (13 y 16 días, respectivamente).

Diez experimentaron reacciones adversas: dermatológicas (n=8), gastrointestinales (n=3) y generalizadas (cansancio, artralgias, mucositis) (n=7). En ningún caso se redujo la dosis, aunque dos precisaron una suspensión temporal del tratamiento.

CONCLUSIONES

Ocho de las once pacientes analizadas continúan en tratamiento con sorafenib por presentar respuesta clínica y/o radiológica. Pese a la limitación de la población evaluada, sorafenib se puede considerar efectivo en el tratamiento del tumor desmoides, si bien destaca su elevada toxicidad, que en ocasiones puede ser limitante.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**1534. COMORBILIDADES DEL PACIENTE Y EFICACIA DE PEMBROLIZUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO****AUTORES**

JUEZ SANTAMARÍA C, MARTINEZ PENELLA M, NUÑEZ REDONDO S, FERNANDEZ MARTINEZ I, MONTOYA EGEA JM, BALSALOBRE YAGO J

C.H.UNIVERSITARIO STA. M^ª DEL ROSELL - STA. LUCÍA. MEZQUITA, S/N. PARAJE LOS ARCOS. SANTA LUCIA. MURCIA

OBJETIVOS

La Inmunoterapia ha supuesto una mejora en las expectativas de tratamiento de varios tumores. Este es el caso de Pembrolizumab, un anticuerpo anti-PD1 utilizado en varios tipos de cáncer como el Carcinoma de Pulmón No Microcítico. Sin embargo, aun cumpliendo con todos los criterios de inclusión de los estudios pivotaes, se observa un grupo de pacientes que no se benefician de dicho tratamiento y lo suspenden a los pocos ciclos. El objetivo primario de este estudio es comprobar si existe una relación entre el número de ciclos administrados y el Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC). El objetivo secundario es identificar las comorbilidades recogidas para el ICC que implican un menor número de ciclos administrados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todos los pacientes tratados con Pembrolizumab para el Carcinoma de Pulmón no Microcítico en cualquier línea de tratamiento desde Enero 2018 hasta Febrero 2020. Los pacientes y el número de ciclos se recogieron de la base de datos OncoFarm[®]. Las siguientes variables demográficas se recogieron de la historia clínica de Selene[®]: edad, sexo y comorbilidades incluidas en el ICC al inicio de tratamiento.

Se realizó el estudio estadístico con el programa informático SPSS Statistics 21[®]. Se determinó el Índice de Correlación de Pearson entre el número de ciclos administrados y el ICC. Posteriormente, se calculó el estadístico U de Mann-Whitney para determinar si la presencia de algunas de las comorbilidades recogidas para calcular el ICC suponían un menor número de ciclos a administrar.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 41 pacientes en el estudio con una mediana de edad de 63 años (45-84). Un 73,2% eran hombres. Se administraron una mediana de 5 ciclos (1-34) y la mediana del ICC fue de 9 (8-12).

Al realizar el análisis estadístico se obtuvo un Índice de Correlación de Pearson de -0,004 (p=0,009) entre el ICC y el número de ciclos administrados.

El valor de la prueba U de Mann-Whitney no fue significativo entre el número de ciclos a administrar y las siguientes comorbilidades: infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad hepática benigna o maligna, enfermedad cerebrovascular, enfermedad del tejido conectivo, hemiplejía, linfoma y diabetes sin o con afectación orgánica. La única comorbilidad que presentó un nivel de significación estadística fue la enfermedad vascular periférica (p=0,050).

CONCLUSIONES

Existe una significación estadística que implica que a mayor ICC menor número de ciclos de Pembrolizumab administrados, aunque no podemos determinar el valor de ICC idóneo.

El estudio realizado según las distintas comorbilidades sólo indica significación estadística para la enfermedad vascular periférica, por lo que en dichos pacientes se debería valorar el caso individualmente a la hora de iniciar tratamiento con Pembrolizumab.

Aun así, sería necesario realizar un estudio posterior con una muestra mayor para obtener conclusiones más definitivas y seleccionar otras comorbilidades que pudieran ser determinantes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**1540. DATOS EN VIDA REAL DE ATEZOLIZUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO: ESTUDIO DE EFECTIVIDAD/SEGURIDAD.****AUTORES**

ALCARAZ SANCHEZ JJ, DEL RIO VALENCIA JC, MORA RODRIGUEZ B, MUÑOZ CASTILLO I
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA. AVENIDA CARLOS HAYA S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Atezolizumab en monoterapia está indicado en el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico tras quimioterapia. Aquellos pacientes con mutación EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) o ALK (anaplastic lymphoma kinase) positivas también debían haber recibido previamente una terapia dirigida. El objetivo es analizar la efectividad y la seguridad en pacientes tratados con atezolizumab en la práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo llevado a cabo entre abril de 2018 y abril de 2020. Se incluyeron todos aquellos pacientes con CPNM de histología tanto escamosa como no escamosa que fueron tratados con atezolizumab en monoterapia tras quimioterapia previa. La información se obtuvo de la historia clínica electrónica de cada paciente. Se recogieron las siguientes variables demográficas: sexo y edad; variables clínicas: diagnóstico, estadio de la enfermedad, línea de tratamiento, dosis administrada, performance status (PS) en función de la escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). La variable principal de eficacia fue la supervivencia global (SG) y la variable secundaria la supervivencia

libre de progresión (SLP) evaluada mediante los criterios iRECIST y analizadas a través de la curva Kaplan Meier. Respecto a la seguridad se recogieron las reacciones adversas de acuerdo a los criterios: NCI-CTCAE, v.4.0, (Criterios de Terminología Común del Instituto Nacional del Cáncer para Reacciones Adversas).

RESULTADOS

Se incluyeron 21 pacientes con CPNM de los cuales 66,7% eran hombres, media de edad de 60,69±11.83 años. 100% (n=21) tenían ECOG-PS 0-1 y fueron tratados con intención paliativa (estadio IV). El 57,14% de los pacientes recibió el tratamiento en segunda línea, 19,04% en tercera línea y el 23,80% en cuarta o quinta línea. Solamente 1/21 pacientes tenía una mutación EGFR positiva. La pauta posológica fue en todos los casos 1200mg cada 3 semanas. La mediana de SLP fue de 89 (IC 95%: 66-249) días y la SG fue de 190 (IC 95%: 132-NA) días. 2/21 (9,5%) pacientes seguían recibiendo tratamiento con atezolizumab y 5/21 (23,8%) vivían en el momento de corte del estudio. Las causas de suspensión de tratamiento fueron progresión de la enfermedad (n=16), exitus (n=2) y toxicidad neurológica progresiva (n=1). 7/16 (43,8%) de los pacientes que progresaron lo hicieron debido a hiperprogresión de la enfermedad y en 3/21 (14,3%) se documentó pseudoprogresión. Las reacciones adversas más comunes fueron: astenia grado 2-3 33,3%, artralgias grado 1-2 9,5%, anorexia 9,5%, dermatitis 4,8%, diarrea 4,8%, neumonitis 4,8%, vómitos 5% y aumento de transaminasas 4,8%.

CONCLUSIONES

La mediana de SLP en nuestro estudio fue similar a la obtenida en el estudio fase 3 OAK (84 días). La SG, en cambio, fue muy inferior comparada con el estudio de referencia (414 días), probablemente debido al hecho de que entre los criterios de inclusión del estudio OAK se restringía a pacientes con una o dos líneas de tratamiento previo. Atezolizumab fue seguro y bien tolerado; el perfil de seguridad fue similar al descrito en los ensayos clínicos. Son necesarios más estudios para definir qué perfil de paciente se beneficiaría más de esta terapia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1566. EXPERIENCIA CON OSIMERTINIB EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO.

AUTORES

MEROÑO SAURA MA, DOMINGUEZ LEÑERO V, GARCÍA TORRALBA E, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ T, MUÑOZ GUILLERMO V, FERNÁNDEZ ZAMORA C, PACHECO LÓPEZ P, IBAÑEZ CATURLA J
HOSPITAL MORALES MESEGUER. AVDA. MARQUÉS DE VELEZ, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del inhibidor de la tirosin quinasa (ITK) Osimertinib en el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico metastásico (CPNMm) EGFR mutado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes diagnosticados de CPNMm EGFR mutado tratados con osimertinib entre agosto 2016-abril 2020. Los datos demográficos, diagnósticos y de tratamiento, se obtuvieron de la historia clínica (selene®) y de los programas de dispensación ambulatoria (SAVAC® y FarmisOncofarm®). Variables recogidas: progresión (sí/no), exitus (sí/no), y mejor respuesta según criterios RECIST 1.1. La efectividad se analizó en términos de tasa de respuesta objetiva (TRO), supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) mediante Kaplan-Meier con el programa estadístico SPSS® Statistics versión 20. La seguridad del tratamiento se evaluó valorando la aparición de efectos adversos y reducción de dosis (sí/no). Los datos se recogieron de manera anonimizada.

RESULTADOS

Se incluyeron 21 pacientes, 14 (66,7%) mujeres y 7 hombres (33,3%). La mediana de edad fue 64 (33-85) años. La localización del tumor primario fue e izquierdo (57,1%), bilateral (33,3%) y derecho (9,5%). La situación funcional al inicio fue variable con un PS 1 (66,7%), PS2 (28,6%) y PS3 (4,8%). Osimertinib 80mg/día, se empleó como 1º línea en 4 (19%) pacientes, 2º o posterior en 17 (81%), un 76,1% recibieron ITKs previamente y un 19% quimioterapia convencional. Al finalizar el periodo de estudio los pacientes habían recibido una mediana de 8 ciclos (1-24). La mejor respuesta objetivada fue: 1 respuesta completa (4,8%), 11 respuesta parcial (52,4%), enfermedad estable 5 (23,8%), progresión 3 (14,3%) y no evaluable 1 (4,8%). La TRO en primera línea fue de 75%, y en segunda línea 52,94%. En primera línea, la media de SLP fue 8,81 meses (IC95% 4,09-13,54) y de SG 10,17 meses (IC95% 8,12-12,15). En segunda línea, la media de SLP fue 15,62 meses (IC95% 11,24- 20) y SG 21,49 meses (IC95% 13,24-29,73). Un 90,5% de los pacientes sufrieron algún tipo de toxicidad. Las toxicidades más frecuentes fueron: astenia (76,2%), diarrea (66,7%), toxicidad cutánea (52,4%), renal (28,6%), estreñimiento (28,6%), anemia (23,8%), vómitos (23,8%) y mucositis (23,8%). Un 19% de los pacientes sufrieron reacciones adversas grado 3, con un caso de cada una de las siguientes toxicidades; diarrea, astenia, mucositis, toxicidad hepática y cutánea. Un 33,3% de los pacientes sufrieron uno o más retrasos en el tratamiento, y un 23,8% necesitaron reducciones de dosis en una mediana de 3,5 (1-13) ciclos.

CONCLUSIONES

Osimertinib ha mostrado respuesta ligeramente inferior en términos de TRO a la encontrada en los ensayos clínicos en pacientes no tratados, FLAURA(80%) y en pacientes pretratados, AURA(71%) y El fármaco fue tolerado adecuadamente, si bien, aparecieron reacciones adversas grado 3 en un 19% de los pacientes y se redujo dosis en un 23,8% de los pacientes, cifras más elevadas que en los estudios AURA y FLAURA (9,7% reacciones grado 3 y 2,1% de reducciones). Nuestros resultados difieren de los del ensayo al ser un trabajo en vida real. Son necesarios estudios con un mayor tamaño muestral y mayor tiempo de seguimiento para poder extrapolar nuestros resultados a la práctica clínica habitual.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**1568. EFECTIVIDAD DE DOCETAXEL Y ABIRATERONA COMO TRATAMIENTOS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO HORMONOSENSIBLE****AUTORES**

DEL ROSARIO GARCÍA B, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, RAMOS SANTANA E, MORALES BARRIOS JA, VIÑA ROMERO MM, CANTARELLI L, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Tratar con antineoplásicos la fase hormonosenible del cáncer de próstata metastásico (CPHSm) se mostró como una estrategia que aumentaba la supervivencia de los pacientes. Inicialmente se demostró con docetaxel (DOC) (estudio CHARTED) y posteriormente con abiraterona (AA) (estudio LATITUDE).

El objetivo del presente trabajo ha consistido en analizar la efectividad del DOC frente a la AA en pacientes con CPHSm en condiciones de práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de cuatro años de duración (2016-2020), en el que se incluyeron todos los pacientes con cáncer de próstata metastásico que recibieron DOC y AA durante la fase de hormonosenibilidad.

Las características de los pacientes y los datos clínicos necesarios fueron obtenidos a partir de la historia clínica. El estudio de las diferencias entre las características basales de los pacientes, se realizó mediante una prueba t de Student.

Para estudiar la efectividad se llevó a cabo un evaluación de la mediana de supervivencia global (OS) y del tiempo hasta progresión clínica (TPC) mediante un análisis de tipo Kaplan-Meier. Para estudiar la significancia estadística entre las curvas de ambos grupos, se empleó un análisis de tipo log-rank mediante el uso de SPSS®v22.

Todos los pacientes firmaron consentimiento informado para la confirmación del uso de sus datos en el estudio.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, fueron incluidos 14 pacientes (edad media 66,4 años (53-85)). Todos los individuos tenían un ECOG entre 0-1 y una puntuación de Gleason ≥ 8 . El 71,4% (n=10) de los pacientes recibió DOC y el 28,6% (n=4) AA. Los pacientes con AA presentaban una edad media significativamente superior que los del grupo de DOC: 75,3 versus 62,9 años ($p=0,006$).

La mediana de OS no ha sido alcanzada para el grupo de DOC, mientras que resultó ser de 9 meses para AA ($p=0,0001$). La mediana del TPC también fue significativamente superior para DOC frente AA: 11 versus 9 meses, respectivamente ($p=0,036$).

CONCLUSIONES

Dentro de todas las limitaciones de un estudio de este tipo, observacional y con un número limitado de pacientes, nuestros resultados han mostrado que la efectividad de DOC es superior a la AA en el tratamiento del CPHSm. Al carecer de estudios que comparen ambas alternativas farmacológicas en el CPHSm, análisis de este tipo pueden ayudar al posicionamiento terapéutico de ambos fármacos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**1571. TRATAMIENTO DE LA HIPERAMONEMIA SECUNDARIA A PEGASPARAGINASA CON QUELANTES DE AMONIO, ARGININA Y CARNITINA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.****AUTORES**

PLACERES ALSINA MM, RIU VILADOMS G, CHAGUACEDA GALISTEO C, ROURA TURET J, FORGA VISA MDT, SOY MUNER D
HOSPITAL CLINIC. VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Las asparaginasas forman parte de la mayoría de protocolos de tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda (LLA). La pegasparraginasa (PA), una asparraginasa pegilada, se emplea más frecuentemente por su mayor capacidad de depleción de asparragina y su menor inmunogenicidad.

La hiperamonemia (HA) por PA es un efecto adverso descrito hasta en un 10% de los pacientes adultos tratados y puede causar consecuencias fatales. En su tratamiento se ha utilizado lactulosa oral y en los casos más graves benzoato sódico (BS) por vía intravenosa.

Los quelantes de amonio (BS y fenilbutirato sódico (FS)), los intermediarios del ciclo de la urea (arginina) y la carnitina son utilizados habitualmente para tratar la HA producida por errores innatos del metabolismo, por lo que se plantean como opción terapéutica para la profilaxis y el tratamiento de la HA inducida por PA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presentan dos casos de pacientes adultas con LLA cromosoma Philadelphia negativo de alto riesgo y HA sintomática tras un segundo ciclo de tratamiento con PA, a las que se administró BS y/o FS, arginina y carnitina, siguiendo el protocolo terapéutico de la HA de causa metabólica.

RESULTADOS

Caso 1: Mujer de 33 años que presentó HA (102 $\mu\text{mol/l}$), síncope vasovagal, mareo e hipotensión el día +3 del primer ciclo de consolidación. Se administró lactulosa y rifaximina sin obtener respuesta. El día +4 se inició tratamiento con FS 250 mg/kg/día (dosis máxima de 12 g/día), arginina 100 mg/kg/día y carnitina 1 g/día por vía oral, con ligera mejoría

de los niveles de amonio (95 $\mu\text{mol/l}$). El día +7 el amonio sérico incrementó a 159 $\mu\text{mol/l}$, por lo que se añadió BS oral 250 mg/kg/día (dosis máxima de 12 g/día). El tratamiento fue bien tolerado, con desaparición de la sintomatología y normalización de los niveles de amonio 48 horas después. Tras la resolución del cuadro se mantuvo un régimen profiláctico con FS y carnitina oral, ajustando las dosis de FS según las amonemias, lo que permitió que la paciente recibiera 3 ciclos más de consolidación con dosis matizadas de PA sin desarrollar complicaciones.

Caso 2: Mujer de 32 años que debutó con bradipsiquia, somnolencia, alteración hepática, hipertrigliceridemia e HA (116 $\mu\text{mol/l}$) el día +1 del primer ciclo de consolidación, por lo que se prescribió lactulosa. El día +2 presentó hipotensión y asterixis, con incremento del amonio hasta 233 $\mu\text{mol/l}$. Se administró BS 12 g/día, arginina 100 mg/kg/día y carnitina 1 g/día por vía oral, con mejoría de los síntomas a las 24 horas y retorno progresivo de los niveles de amonio a valores basales.

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia sugiere que el tratamiento por vía oral con quelantes de amonio, arginina y carnitina constituye una opción segura y eficaz para tratar la HA inducida por PA, representando una alternativa terapéutica en pacientes no respondedores a lactulosa.

La utilización de un régimen profiláctico con estos agentes puede ayudar a que los pacientes reciban nuevos ciclos de PA sin desarrollar HA.

Es recomendable monitorizar los niveles de amonio basal y diario durante el tratamiento con PA.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1572. EFECTIVIDAD DE NIVOLUMAB EN SEGUNDA LÍNEA DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO.

AUTORES

ALCARAZ SÁNCHEZ JJ, HENARES LÓPEZ A, MORA RODRÍGUEZ B
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA. AVENIDA CARLOS HAYA S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Analizar la eficacia del tratamiento con nivolumab en segunda línea de tratamiento de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM), así como conocer su perfil de toxicidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes tratados con nivolumab en segunda línea de tratamiento de CPNM en nuestro centro, desde enero 2016 - diciembre 2018. De la historia clínica se obtuvieron las variables: sexo, edad, ECOG, presencia de metástasis a nivel del SNC. En relación al tratamiento: duración y número de ciclos. Se identificaron los pacientes que presentaron hiperprogresión, definida como una rápida progresión del tumor tras el inicio de inhibidores de control inmunitario, tras la primera evaluación de la respuesta al tratamiento. En cuanto al perfil de toxicidad se recogieron tipo de reacciones adversas y grado.

Para medir la eficacia al tratamiento se empleó la supervivencia global (SG) definida como el tiempo transcurrido en días desde el inicio de tratamiento hasta el exitus del paciente, y supervivencia libre de progresión (SLP) definida como el tiempo transcurrido en días desde el inicio de tratamiento hasta progresión de la enfermedad. Los datos se expresaron como mediana (rango).

RESULTADOS

Se revisaron un total de 40 pacientes, 16 CPNM no escamoso y 24 CPNM escamoso. La mediana de edad fue 62 (38-82) años, 32(80%) de los cuales fueron hombres. El 72,5% de los pacientes tenían ECOG 1 y el 7,5% ≥ 2 . El 17,5% de los pacientes presentaban metástasis en el SNC en el momento de iniciar el tratamiento.

La mediana de duración y número de ciclos administrados con nivolumab en 2ª línea fue de 90 (12-1113) días y 6 (1-77) respectivamente. En el grupo de pacientes con CPNM de tipo no escamoso (n=16) la mediana de SG fue de 260 (IC 95%: 66 - no aplicable) días, mientras que en el grupo de pacientes con CPNM de tipo escamoso (n=24) fue de 187 (IC 95%: 101-425) días (p=0,5). En el grupo de pacientes con CPNM de tipo no escamoso (n=16) la mediana de SLP fue de 62 (IC 95%: 28 - no aplicable) días, mientras que en el grupo de pacientes con CPNM de tipo escamoso (n=24) fue de 111 (IC 95%: 76-323) días (p=1).

13/40(32,5%) pacientes experimentaron una hiperprogresión de la enfermedad al iniciar su tratamiento con nivolumab. Presentaron algún efecto adverso (EA) a nivolumab el 83% de los pacientes. Las toxicidades grado 1-3 que se observaron con más frecuencia fueron: astenia(53%), rash cutáneo(23%), prurito(20%), mialgias(13%), artritis(10%), trastornos del tiroideos(10%) y anorexia(10%). No se registró ningún EA grado 4.

CONCLUSIONES

Nivolumab se considera una alternativa eficaz en vida real en términos de SLP, asemejándose nuestros resultados a los del ensayo pivotal CA209057 para CPNM no escamoso y CA209017 para CPNM escamoso. En cambio, la SG en nuestro estudio fue inferior en ambos grupos de pacientes en comparación con los ensayos pivotaes mencionados. No hubo diferencias estadísticamente significativas en términos de SLP ni en SG entre histología escamosa y no escamosa. Los EA fueron frecuentes, pero no de gravedad. Se trata de una opción de tratamiento bien tolerada.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1579. LA TERAPIA DE PRIVACIÓN ANDROGÉNICA COMO TRATAMIENTOS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, MARTÍN ABREU C, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, MORALES BARRIOS JA, CANTARELLI L, VIÑA ROMERO MM, GONZÁLEZ GARCÍA J, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El estudio LATITUDE demostró que la combinación de deprivación androgénica con abiraterona (AA), en los pacientes con cáncer de próstata metastásico hormonosensible (CPHSm) mejoraba de forma sustancial el tiempo hasta progresión clínica (TPC) (33 versus 14,8 meses; $p < 0,0001$).

El objetivo del presente trabajo ha consistido en describir la efectividad de la terapia de privación androgénica (TPA) en pacientes con CPHSm en condiciones de práctica clínica habitual. Además, se evaluó cuál sería el coste de la incorporación de AA como terapia estándar en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de 4 años de duración (2016-2020), en el que se incluyeron todos los pacientes con cáncer de próstata metastásico en fase de hormonosensibilidad, que recibieron TPA.

Las características de los pacientes y los datos clínicos necesarios fueron obtenidos a partir de la historia clínica electrónica.

Para estudiar la efectividad se llevó a cabo una evaluación de la mediana del TPC mediante un análisis de tipo Kaplan-Meier, mediante el uso de SPSS®v22.

Además, se desarrolló un modelo matemático que incluye el coste de la AA, para estimar el impacto económico que tendría la administración de este fármaco en nuestra cohorte de pacientes. El coste farmacológico se calculó en función del PVL (precio venta laboratorio) notificado y del TPC descrito en el estudio LATITUDE (33 meses), teniendo en cuenta la dosis estándar de 1000 mg/día.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, fueron incluidos 30 pacientes con CPHSm (edad media 67,5 años (48-89)). De estos, el 56,6% (n=17) presentaba alta carga tumoral (cumplían al menos, dos de los siguientes criterios: Gleason ≥ 8 , metástasis viscerales, ≥ 3 lesiones óseas).

La mediana del TPC resultante para la población de estudio fue de 19 meses (IC95%: 9,3-28,7). La mediana del TPC para los pacientes con alta y baja carga tumoral fue de 19 versus 18 meses, respectivamente ($p=0,919$).

La incorporación de la AA a la terapia de TPA a estos pacientes con CPHSm y alta carga tumoral, hubiese supuesto un coste adicional de 1.458.600€ (85.800€/paciente).

CONCLUSIONES

Este tipo de estudios permite establecer los escenarios base que permitan, en un futuro, poder realizar estudios de coste-efectividad, cuando se incorpore a la práctica habitual el uso de la AA en el tratamiento del CPHSm. Estos análisis nos dan información de la incidencia de la enfermedad así como los resultados en salud actuales y nos permitirán analizar de forma comparativa la efectividad de ambas acciones terapéuticas, TPA sola frente a TPA/AA.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1581. EFECTIVIDAD DE ENZALUTAMIDA VERSUS ABIRATERONA COMO TRATAMIENTOS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, MARTÍN ABREU C, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, RAMOS SANTANA E, MORALES BARRIOS JA, VIÑA ROMERO MM, CANTARELLI L, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

La enzalutamida (ENZ) y la abiraterona (AA) son dos fármacos que han logrado mejorar la supervivencia de los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata resistente a la castración metastásico (CPRCm). Carecemos de estudios Head to Head entre ambos fármacos, por lo que análisis comparativos pueden ayudar al posicionamiento terapéutico.

El objetivo del presente trabajo ha consistido en evaluar la efectividad de ambas alternativas terapéuticas en pacientes CPRCm en primera línea de tratamiento, en condiciones de práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado en un hospital de tercer nivel en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de CPRCm en tratamiento con AA y ENZ como terapia de primera línea, tras la progresión a deprivación androgénica.

Las características de los pacientes y los datos clínicos necesarios fueron obtenidos a partir de la historia clínica electrónica. El estudio de las diferencias entre las características basales de los pacientes, se realizó mediante una prueba t de Student.

Para estudiar la efectividad se llevó a cabo un evaluación de la mediana de supervivencia libre de progresión bioquímica o radiológica para cada fármaco mediante un análisis de tipo Kaplan-Meier. Para estudiar la significancia estadística entre las curvas de ambos grupos, se empleó un análisis de tipo log-rank mediante el uso de SPSS®v22.

El estudio fue autorizado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Centro del referencia con el código GNC-ABI-2017-01. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado correspondiente.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se incluyeron 35 pacientes (edad media: 68,6 años [48-89]), de los cuales el 54,3% (n=19) recibió AA y el 45,7% (n=16) ENZ.

No se observaron diferencias entre ambos grupos en sus características basales: edad media 76,2 años [66-86] versus

79'8 años [67-92] ($p=0'054$).

La supervivencia libre de progresión fue similar en ambos grupos de tratamiento (29 meses versus 27 meses; $p=0'452$) entre los pacientes que recibieron AA y ENZ, respectivamente.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados muestran una equivalencia en la efectividad entre la AA y la ENZ como tratamientos de primera línea en el CPRcm. La elección de un fármaco u otro se ha de basar en criterios clínicos, como el perfil de toxicidad, comorbilidades del paciente o las posibles interacciones farmacológicas con la medicación de base, y en criterios de eficiencia, lo que favorecería a la ENZ cuyo precio de venta de laboratorio es menor.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1583. INFLUENCIA DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE IMATINIB EN EL PERFIL DE SEGURIDAD EN LOS PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, RAMOS DÍAZ R, MOURANI PADRÓN I, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, VIÑA ROMERO MM, GONZÁLEZ GARCÍA J, GONZÁLEZ DE LA FUENTE GA, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Guilhot F, et al. (Haematologica. 2012;97(5):731-8) demostraron que los niveles plasmáticos de imatinib por encima de 3.000 ng/ml se relacionaba con una tasa mayor de efectos adversos en pacientes con leucemia mieloide crónica (LMC), siendo la neutropenia uno de los más frecuentes (23% versus 32%). Por ello, la monitorización de las concentraciones plasmáticas (TDM) se muestra como una estrategia útil para reducir la toxicidad asociada al imatinib.

El objetivo del presente trabajo ha consistido en mostrar los resultados preliminares de un estudio sobre la TDM de imatinib en relación al perfil de seguridad, en el tratamiento de la LMC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional ambispectivo de 3 años (2017-2020) que comparó el perfil de toxicidad de los pacientes en tratamiento con imatinib en primera línea para la LMC previo a la implementación de la TDM (16 meses), frente a los resultados obtenidos tras la implementación de la misma (16 meses).

Para evaluar la seguridad se analizó: la tasa de pacientes con toxicidad (TT) grado > 1 y la proporción de individuos que precisaron suspender el tratamiento por intolerancia (TST). Para determinar si existían diferencias entre los dos grupos respecto a estos datos, se realizó una prueba Chi-cuadrado.

El estudio de las diferencias entre las características basales de los pacientes, se realizó mediante una prueba t de Student para las variables cuantitativas-continuas y Chi-cuadrado para las variables cualitativas-dicotómicas.

El estudio fue autorizado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del centro del referencia.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 42 pacientes (edad media 65,2 años (41-92); 52,4%(n=22) varones). La cohorte de individuos previa al inicio de TDM (preTDM) fue de 20 pacientes (47,6%) y el grupo postTDM, fue de 22 (52,4%).

Las características basales de los grupo preTDM versus postTDM, fueron similares: edad media (64,6 versus 65,7 años; $p=0,793$); Sokal alto al diagnóstico (0% versus 0%), tiempo medio de tratamiento (95,8 versus 99,4 meses; $p=0,879$), respectivamente.

Los efectos adversos más comunes en el grupo preTDM fueron: edemas (20%), diarrea (15%), náuseas/vómitos (15%), citopenias (15%), mialgias (10%), toxicidad hepática (5%). En el grupo postTDM, fueron: citopenias (13,6%), edemas (9,1%), náuseas/vómitos (4,5%), anemia (4,5%), diarreas (4,5%).

El 30% de los pacientes del grupo preTDM y el 9,1% (n=2) del postTDM, requirieron dosis reducidas de imatinib (100-300 mg/día).

La TT para cada uno de los grupos fue del 60% vs 36,4% ($p=0,125$) y el TST del 10% vs 0% ($p=0,13$), preTDM y postTDM respectivamente.

CONCLUSIONES

Con el presente trabajo hemos querido mostrar la mejora en los resultados en salud que ha tenido la incorporación, por parte del Servicio de Farmacia, de un programa para la monitorización de imatinib en pacientes con LMC. Con esta estrategia se ha logrado disminuir la aparición de eventos adversos en casi la mitad de la población. Una ampliación de estos resultados con la inclusión de más pacientes nos permitiría, en un futuro, confirmar estas tendencias, y posicionar a la TDM de imatinib como una herramienta para la optimización del tratamiento en pacientes con LMC.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1595. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA NEOADYUVANCIA CON PERTUZUMAB, TRASTUZUMAB Y PACLITAXEL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

SANZ ALONSO V, LERALTA GONZÁLEZ C, ALFARO OLEA A, CASO GONZÁLEZ A, ZAFRA MORALES R, GALLARDO ANCIANO J, GONZÁLEZ PÉREZ Y, NÚÑEZ RODRIGUEZ J
HOSPITAL SAN PEDRO. CALLE PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Estudiar efectividad y seguridad del tratamiento neoadyuvante con pertuzumab, trastuzumab, paclitaxel en pacientes con cáncer de mama HER2+

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, longitudinal, retrospectivo de un grupo de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama HER-2 positivo, candidatas a neoadyuvancia incluyendo pertuzumab desde febrero de 2017 hasta abril de 2020. Se recogieron los siguientes datos de la historia clínica electrónica (Selene®) y del programa de manejo de quimioterapia Oncofarm®: sexo, edad, grado histológico del tumor, estado funcional según la escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), receptores hormonales (RH), esquema quimioterápico, tipo de respuesta según las guías de la FDA (Food & Drug Administration) y reacciones adversas a medicamentos (RAMs) graduando su severidad según CTCAE v5.0 (Common Terminology Criteria for Adverse Events)

RESULTADOS

Se estudiaron 27 pacientes, todas mujeres. La mediana de edad fue de 54 años [13].

Al inicio del tratamiento, el 3,70% de los tumores eran grado I de Nottingham, el 48,15%, grado II y el 48,15 % restante, grado III. El 77,78% de las pacientes presentaba ECOG 0, y el 22,22%, ECOG 1. Todas presentaban FEVI > 55%.

En cuanto a los RH, 14 pacientes expresaron RH negativo (51,85%); 13, receptor estrogénico positivo (48,15%) y 9; receptor progesteragénico positivo (33,33%)

Todas las pacientes siguieron el siguiente esquema:

- 4 ciclos de adriamicina (60mg/m²) + ciclofosfamida (600mg/m²) cada 3 semanas (en una paciente fue cada 2 semanas)
- 4 ciclos de pertuzumab (840 mg primera dosis, 420 mg el resto) + trastuzumab (8mg/kg primera dosis, 6mg/kg resto) cada 21 días + paclitaxel (80mg/m²) semanal

Seguidamente, fueron intervenidas quirúrgicamente y continuaban con trastuzumab 6mg/kg cada 21 días hasta completar un año.

La duración media de tratamiento fue de 5,07±0,43 meses. Todas finalizaron el tratamiento y, tras la cirugía, 20 de ellas (74,07%) alcanzaron respuesta patológica completa (pCR). De las 14 pacientes con RH negativo, 12 alcanzaron pCR (85,71%).

Las RAMs más frecuentes de cualquier grado fueron: anemia (74,07%), leucopenia (66,67%), neutropenia (62,96%), astenia (62,96%), linfopenia (51,85%), mucositis (44,44%), diarrea (44,44%), parestesia (40,74%), neurotoxicidad (37,04%), náuseas (29,63%), alopecia (25,93%), malestar gástrico (25,93%), sequedad mucosas (25,93%), reacción cutánea (22,22%), vómitos (18,52%), toxicidad ungueal (14,81%), fiebre (7,41%), conjuntivitis (7,41%), hipopotasemia (7,41%), mareos (7,41%), toxicidad hepática (7,41%), tos (7,41%), cefalea (3,70%).

La mayoría de las RAMs fueron grado 1 o 2. Las RAMs grado 3 fueron neurotoxicidad (11,11%), neutropenia (7,41%) y linfopenia (3,70%)

CONCLUSIONES

- En nuestra población el tratamiento neoadyuvante: pertuzumab + trastuzumab + paclitaxel, ha mostrado tasas de pCR, superiores a las de los ensayos clínicos (EC) Beredice (74,1% vs 61,8%) y Tryphaena (74,1% vs 57,3%), siendo diferente, en este último, el esquema de tratamiento empleado y el número de ciclos: Fluorouracilo + Epirubicina + Ciclofosfamida durante 3 ciclos seguido Docetaxel + Pertuzumab + Trastuzumab durante 3 ciclos. Mayor respuesta en RH negativo como en EC.

- En cuanto al perfil de efectos adversos es variado, destacando anemia (74,07%) y leucopenia (66,67%). Al igual que en los EC, la mayoría de RAMs son leves.

- Este esquema de tratamiento ha mostrado ser efectivo en nuestra población con un perfil de efectos adversos predominantemente hematológicos

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**1601. DATOS EN VIDA REAL DE PROFILAXIS DEL SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN SINUSOIDAL CON DEFIBROTIDE EN PEDIATRÍA****AUTORES**

IGLESIAS GÓMEZ R, ESCOBAR CAVA P, CENTELLES ORIA MM, BELTRÁN GARCÍA I, PALANQUES PASTOR T, ALBERT MARTÍ A, FERNÁNDEZ NAVARRO JM, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL POLITÉCNICO Y POLICLÍNICO LA FÉ. AVDA. DE FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Defibrotide está indicado en el tratamiento del síndrome de obstrucción sinusoidal (SOS), complicación potencialmente mortal en el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH), con una prevalencia pediátrica del 20-60%. En pacientes pediátricos con acondicionamiento mieloablativo y al menos otro factor de riesgo de SOS (tratamiento previo con inotuzumab o gemtuzumab, segundo trasplante, síndrome hemofagocítico, hepatopatía previa...) se ha empleado excepcionalmente fuera de indicación como profilaxis, incrementándose los días de tratamiento y coste. Según el único ensayo clínico publicado al respecto en pediatría, la incidencia de desarrollo de SOS al día +30 postrasplante con defibrotide profiláctico fue del 12% (22/180 pacientes), frente al 20% (35/176 pacientes) del grupo control, de significación estadística controvertida. En este trabajo se pretende evaluar la eficacia y seguridad de defibrotide en pediatría para la prevención del SOS en nuestro centro, así como su impacto económico en la práctica asistencial real.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, multidisciplinar desde enero de 2012 hasta abril de 2020 en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes pediátricos con una pauta de defibrotide profiláctica de 6,25 mg/kg/6h desde el inicio del acondicionamiento. Las variables recogidas fueron sexo, edad, peso, días de tratamiento con defibrotide, factores de riesgo de SOS, tratamiento concomitante, incidencia de SOS al día +30, supervivencia global (SG) libre de SOS al día +30 y +100 postrasplante, reacciones adversas, su gravedad y coste del tratamiento. Los datos se recogieron con programa de prescripción electrónica de antineoplásicos (Farmis®) e historia clínica electrónica (Orion-Clinic® e ICCA®). El análisis estadístico se basó en porcentajes, medianas con rangos intercuartílicos (RIQ) y medias con intervalos de confianza del 95% (IC95%).

RESULTADOS

Durante el período de estudio se han realizado 201 TPH (113 autólogos y 88 alogénicos) a 151 pacientes. Defibrotide profiláctica se administró a 12 pacientes (80% varones) con TPH alogénico con mediana de edad y peso de 11,0 años (RIQ: 3,8-14,0) y 43,5kg (RIQ: 15,5-52,1), respectivamente. Cinco pacientes (42%) recibieron inmunoterapia previa al acondicionamiento (2 gemtuzumab, 3 inotuzumab), cuatro (33%) su segundo trasplante, dos (17%) con antecedentes de enfermedad hepática y uno (8%) con síndrome hemofagocítico. La mediana de duración de tratamiento fue de 26 días (RIQ: 22,3-27,3).

Todos los diagnósticos de SOS se produjeron antes del día +30. La incidencia de pacientes diagnosticados de SOS el día +30 fue del 41,7% (5 pacientes). La SG libre de SOS el día +30 fue del 58,3% (7 pacientes) y 33% (4 pacientes) el día +100 postrasplante.

Aunque nuestra población es limitada, solamente un paciente (8%) desarrolló algún evento adverso (sangrado, grado 3 CTCAE v5.0), pero se restauró el tratamiento tras recuperación.

El coste total de tratamiento profiláctico con defibrotide en nuestro centro fue de 643.127,39€, con un coste medio por paciente de 53.594€ (IC95%: 30.143-77.045).

CONCLUSIONES

Los datos en vida real de nuestra población con defibrotide en profilaxis de SOS indican que la efectividad podría ser más limitada que en estudios controlados, aunque con perfil de seguridad aceptable. Por lo tanto, su elevado coste hace plantearse la necesidad de más estudios que valoren la eficacia y eficiencia de esta indicación.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1637. RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO AL TRATAMIENTO CON IBRUTINIB EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA

AUTORES

CANTARELLI . L, GONZALEZ DE LA FUENTE GA, DEL ROSARIO GARCÍA B, GARCÍA GIL S, GUTIERREZ NICOLAS F, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El tratamiento con ibrutinib en pacientes con leucemia linfocítica crónica (LLC) se ha relacionado con el desarrollo de eventos cardiovasculares (CV) y hemorrágicos no deseados. Su aparición no contraindica su uso en práctica clínica real, sin embargo, obliga a llevar a cabo reducciones de dosis y, en los casos más severos, a suspensiones del fármaco, alterando la eficacia terapéutica a largo plazo. El objetivo del presente estudio fue evaluar la tasa de accidentes CV responsables de suspensiones y/o reducciones de dosis realizadas durante el tratamiento con ibrutinib, en un hospital de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico y retrospectivo, de 5 años de duración (enero 2015-marzo 2020), que incluyó a todos los pacientes con LLC tratados con ibrutinib. Con la ayuda del aplicativo informático SAP®, se recogieron las siguientes variables clínicas y demográficas: edad, sexo, duración del tratamiento, líneas de tratamiento previas, medicación concomitante, progresión de la enfermedad, cambio de línea terapéutica, exitus, reducción de dosis y suspensión del tratamiento. Se registró la aparición de los eventos CV: fibrilación/flutter auricular, miocardiopatía, isquemia, ictus, eventos hemorrágicos (trombopenia) e hipertensión (HTA). Asimismo, se determinó la existencia de patologías cardiovasculares de base.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, un total de 12 pacientes con diagnóstico de LLC recibieron tratamiento con ibrutinib (58,3% mujeres; edad media: 73,5 años [55-89]). La duración media de tratamiento con ibrutinib fue de 12,6 meses [1,6-50,9]. El 58,3% (n=7) de los pacientes recibió tratamiento previo: rituximab-bendamustina (71,4%, n=5) y obinutuzumab-clorambucilo (28,6%, n=2). El 25% (n=3) de los pacientes falleció durante el tratamiento. En el 33,3% de los casos (n=4) hubo progresión clínica de la enfermedad: en un 50% (n=2) se cambió de línea a Rituximab-venetoclax, en un 25% (n=1) se reintrodujo ibrutinib tras su previa suspensión y en un 25% (n=1) se aplicaron medidas de confort. El 25% de los pacientes (n=3), tenía prescrito un fármaco con potenciales interacciones para el manejo de los eventos CV: antagonistas del calcio (manidipino/amlopidino) (66,7%, n=2) y anticoagulante (acenocumarol) (33,3%, n=1). Durante el tratamiento, el 50% de los pacientes (n=6) desarrolló un episodio hemorrágico (trombopenia grado 1) y el 8,3% (n=1) HTA. Se registró un episodio de miocardiopatía dilatada. No se registraron casos de fibrilación auricular, ictus y/o isquemias. El 25% de los pacientes (n=3) padecían HTA de base. El 50% (n=6) tuvo que interrumpir y/o reducir el tratamiento por aparición de efectos adversos: neutropenia grado 3 (50%; n=3), miocardiopatía (16,7%, n=1), HTA (16,7%, n=1), enfermedad renal crónica (ERC) (16,7%, n=1).

CONCLUSIONES

El siguiente trabajo demuestra como aproximadamente un 35% de los pacientes con LLC tiene que suspender y/o reducir dosis de Ibrutinib debido a la aparición de eventos adversos CV durante el curso de la terapia, comprometiendo la eficacia terapéutica a largo plazo. El escenario mostrado pone en evidencia la necesidad de llevar a cabo un abordaje multidisciplinar de la patología, para llevar a cabo un manejo adecuado de los efectos adversos y posibles interacciones farmacológicas en práctica clínica real.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1645. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ATEZOLIZUMAB EN CARCINOMA UROTELIAL METASTÁSICO: ESTUDIO EN VIDA REAL

AUTORES

BALLESTA LÓPEZ O, BELTRÁN GARCÍA I, CENTELLES ORIA M, IGLESIAS GÓMEZ R, BORRELL GARCÍA C, ALBERT MARÍ A, LOPEZ BRIZ E, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Atezolizumab en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con carcinoma urotelial (CU) localmente avanzado o metastásico después de quimioterapia (QT) previa con platinos o que no son considerados aptos para el tratamiento con cisplatino. El objetivo del estudio es analizar la efectividad y seguridad de atezolizumab en práctica asistencial real en CU metastásico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico desde enero de 2017 hasta febrero 2020 (3 años y 2 meses) en un hospital de tercer nivel. El esquema farmacoterapéutico administrado consistió en atezolizumab 1200 mg cada 3 semanas hasta progresión o toxicidad inaceptable. Se incluyeron pacientes adultos con CU metastásico que recibieron uno o más ciclos de atezolizumab. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, peso, estado funcional basal del Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (PS) al inicio del tratamiento, líneas previas recibidas, duración del tratamiento, ciclos recibidos, SLP y SG. Se evaluaron las toxicidades más frecuentes y sus grados (G) según la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v5). Los datos se recogieron a partir del programa de prescripción electrónica de antineoplásicos y de la historia clínica electrónica. Análisis estadístico: cálculo de porcentajes, medias y medianas con intervalos de confianza al 95% (IC95%) y rango intercuartílico (RIQ=diferencia Q3-Q1), respectivamente. Análisis de SG y SLP: Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Un total de 21 pacientes (86% varones) con una edad media de 68 años (IC95%: 63-73), con un peso medio de 73,6 kg (IC95% 67,0-80,1) se trataron durante el periodo de estudio. 20 pacientes (95%) tenían PS 0-1 al inicio del tratamiento. Cinco (24%) pacientes habían recibido dos o más líneas previas. Dieciséis (76%) pacientes recibieron una primera línea basada en platinos y cuatro (19%) recibieron vinflunina en segunda línea. Con 38 meses de seguimiento, seis pacientes (29%) recibían atezolizumab en la fecha de fin del estudio. La mediana de duración de tratamiento fue de 3,2 meses (RIQ: 5,5). La mediana de ciclos de atezolizumab fue de 5 (RIQ: 7). Diez pacientes (48%) recibieron 6 o más ciclos. La mediana de SLP fue de 4,8 m (IC95%:1,4-8,1) siendo la mediana de SG de 10,2 m (IC95%:7,2-13,1). Quince pacientes (71,4%) presentaron algún efecto adverso de los cuales sólo uno (4,8%) G3. Como toxicidades no hematológicas, 29% de los pacientes presentaron algún efecto adverso de los cuales sólo uno (4,8%) G3. Como toxicidades hematológicas, 67% de los pacientes presentaron anemia G1-2, 24% trombopenia G1-2 y 1 paciente neutropenia G3. Un paciente presentó una nefritis intersticial probablemente secundaria a atezolizumab.

CONCLUSIONES

Las principales limitaciones de nuestro estudio fueron el corto periodo de seguimiento y el pequeño tamaño muestral. En nuestra experiencia, atezolizumab parece presentar una efectividad ligeramente superior a la descrita en el estudio IMVigor211 tanto en términos de SLP como de SG. En cuanto a la seguridad destacan los efectos adversos de G1-2.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1646. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN A QUIMIOTERAPIA EN UNA ÚNICA SOLUCIÓN

AUTORES

LERALTA GONZÁLEZ C, SANZ ALONSO V, CASO GONZÁLEZ A, ITURBE HERAS M, GONZÁLEZ PÉREZ Y, NEBOT VILLACAMPA MJ, ALFARO OLEA A, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J
HOSPITAL SAN PEDRO. PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Estudiar la efectividad y seguridad del protocolo de desensibilización a quimioterapia con una única solución y rápida (3,50 horas).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional longitudinal y retrospectivo por cambio del protocolo de desensibilización a una única solución con 12 pasos de infusión y rápida, con premedicación de ácido acetilsalicílico y montelukast desde 2 días antes. Se incluyeron los pacientes a los que se les realizó la desensibilización a quimioterapia o anticuerpos monoclonales con el nuevo protocolo entre marzo 2019-2020. Se recogieron las variables mediante Farmis-Oncofarm® y Selene®: edad, sexo, fármaco responsable de reacción de hipersensibilidad (RHS), número de ciclo de RHS, fármacos administrados, severidad

(leve: síntomas cutáneos, moderado: cardiovasculares, respiratorios o gastrointestinal y grave: hipoxia, hipotensión o síntomas neurológicos), nivel de triptasa, pruebas de alergia, número de ciclos de desensibilización, 2ª RHS y gravedad.

RESULTADOS

Se incluyeron 23 pacientes (69,6% mujeres), media de edad 56,6 ± 14 años. 21 pacientes con RHS y posterior pauta de desensibilización a ese fármaco y dos pacientes con pauta de desensibilización profiláctica (cabazitaxel y carboplatino) por RHS a un fármaco relacionado. Los grupos de fármacos de los protocolos de desensibilización fueron: platinos (carboplatino 7 pacientes y oxaliplatino 4); taxanos (paclitaxel 5, docetaxel 2 y cabazitaxel 1); anticuerpos monoclonales (bevacizumab 1 y rituximab 1); otros (doxorubicina liposomal 1, irinotecán 1).

El 43,5% de los pacientes tuvo la RHS en el 1º ciclo. La severidad de las RHS fue leve en 10 pacientes y moderada en 12. La triptasa resultó elevada en 2. Los fármacos administrados para la RHS fueron: dexclorferinamina + hidrocortisona (78,3%), con adrenalina (8,6%) y solo corticoides (12,9%).

Las pruebas diagnósticas realizadas por el servicio de alergología fueron test cutáneos (prick e intradérmicos). Resultaron 13 pacientes positivos, 9 negativos y 1 dudoso. Los tipos de RHS fueron: inmediatas 21 pacientes (12 alérgicas) y no inmediatas 1. La media del número de ciclos de desensibilización fue 3,61±3,19.

Durante la pauta de desensibilización 12 pacientes sufrieron 2ª RHS de grado leve con síntomas cutáneos, 9 (64,3%) con test intradérmico positivo y 3 (33,3%) negativo, sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

De los 9 pacientes con test positivo y 2ª RHS, 6 fueron a platino, 1 taxano, 1 irinotecán y 1 rituximab. Durante el 1º ciclo en 6 pacientes, 2º ciclo en 1 y 3º en 2. Se suspendió en 5 pacientes a causa de la 2ª RHS, en 3 se limitó el ritmo de infusión y en 1 se continúa sin limitación.

De los 3 pacientes con test negativo y 2ª RHS, 2 pacientes llevaban taxano y 1 platino, todos durante el 1º ciclo. Todos continuaron el protocolo de desensibilización, limitando el ritmo máximo de infusión en 2 pacientes.

CONCLUSIONES

El 82,6% de las desensibilizaciones fueron en platinos y taxanos. La 2ª RHS durante la desensibilización también fue mayoritaria en platinos 58,3% (carboplatino) y taxanos 25% (paclitaxel), solo al 21,7% de los pacientes se les suspendió la desensibilización por 2ª RHS grado leve, por lo que resulta eficaz.

El nuevo protocolo es más sencillo, sin requerimientos de cálculos y más rápido.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1661. IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO PARA MANEJO DE 131-METAYODOBENCILGUANIDINA ([131I]MIBG) TERAPÉUTICA EN CONCOMITANCIA CON TOPOTECÁN EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

AUTORES

BALLESTA LÓPEZ O, ESCOBAR CAVA P, BALAGUER GUILL J, OLIVAS ARROYO C, TORRES ESPALLARDO I, PRADO WOHLWEN S, FERRADA GASCO A, POVEDA ANDRES JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

La [131I]mIBG es un agente bloqueante de las neuronas adrenérgicas. A actividades altas se utiliza para tratar el neuroblastoma de alto riesgo (NAR), al seguir las mismas rutas metabólicas que las catecolaminas. Estos pacientes ingresan en habitaciones especiales al convertirse en fuentes de irradiación externa.

Actualmente se utiliza la combinación de [131I]mIBG con agentes citotóxicos (QT) radiosensibilizantes como topotecán, que inhibe la reparación del DNA y aumenta la captación de [131I]mIBG por parte del neuroblastoma.

Objetivo: Implantar y desarrollar un protocolo normalizado de trabajo (PNT) de manejo de los fármacos concomitantes (QT y otros) a la [131I]mIBG terapéutica en el tratamiento del NAR.

MEJORAS ESPERADAS

Coordinar los diferentes servicios implicados en la prescripción, preparación y administración de la [131I]mIBG y de la medicación concomitante.

DISEÑO

Grupo de trabajo de carácter multidisciplinar con facultativos de Oncología Pediátrica(OP), Medicina Nuclear, Radiofarmacia y Radiofísica, así como farmacéuticos onco-hematológicos (FOH) y Enfermería para el desarrollo e implementación de un PNT que marque las acciones a seguir por las diferentes especialidades.

CIRCUITO Y ETAPAS

-Diseño consensuado de protocolo de prescripción electrónica con revisión del manejo de antieméticos, antihipertensivos y bloqueantes del tiroides.

-Revisión de las interacciones entre [131I]mIBG y otros fármacos a suspender antes de la administración por interferir en la captación y almacenamiento del radiofármaco.

-Revisión y adaptación a las fórmulas magistrales locales de los bloqueantes del tiroides: levotiroxina solución(25µg/mL), solución de Lugol 5% y metimazol. Revisión de alternativas disponibles en caso de alergia al yodo.

-Diseño de esquema farmacoterapéutico para la prescripción de topotecán a 0,7mg/m2/día en Farmis-Oncofarm® durante 5 días.

IMPLANTACIÓN

Al grupo de trabajo ya creado para el tratamiento, se añadió un FOH para mejorar la coordinación entre la administración de quimioterapia y la [131I]mIBG en 09/2019, reuniéndose en varias ocasiones para adecuar y actualizar las diferentes versiones del PNT, siendo la última de 02/20.

RESULTADOS

El ingreso del paciente se realiza los domingos por la tarde. Se prepara al paciente en la sala de OP (administración de transfusión si precisa, medicación preinfusión) y se prepara la medicación prevista (dosis pediátricas) y necesaria para posibles complicaciones, que se trasladará a la sala de terapia metabólica (TM) con el paciente.

El topotecán se elabora en las Salas Blancas del Servicio de Farmacia (SF) con estabilidad de 24h a temperatura ambiente y de 7 días entre 2-8°C. La QT del lunes se envía a la sala de OP el domingo por la tarde para administrarlo, tras hidratación iniciada 2h antes (G5%;3%NaCl;0,2%ClK), el lunes a las 07h en perfusión IV de 30min y 2h antes de la [131I] mIBG. El proceso debe concluirse en 6h. De martes a viernes se coordina y se prepara el tratamiento con el equipo de enfermería de la sala de TM.

El tratamiento se administra según hoja de administración de Farmis-Oncofarm®.

El paciente es normalmente dado de alta el viernes coincidiendo con criterios de alta radiológica.

LIMITACIONES

Requiere reorganización del proceso del medicamento al tratarse de un tratamiento que exige elevada coordinación entre los servicios implicados.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El PNT es aplicable a otros hospitales y SF que atiendan al mismo tipo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1686. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PAZOPANIB EN PRIMERA LÍNEA DEL CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS AVANZADA O METASTÁSICA

AUTORES

SALMERÓN NAVAS FJ, RÍOS SÁNCHEZ E, BARREIRO FERNANDEZ EM, MORENO RAMOS C, BRICEÑO CASADO MP, DÍAZ NAVARRO J, BORRERO RUBIO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CTRA. N-IV KM. 665. CÁDIZ

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es determinar la efectividad y seguridad de Pazopanib en primera línea en pacientes con Carcinoma Renal de Células Claras (CRCC) avanzada o metastásica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a los pacientes en tratamiento con Pazopanib desde el 1 de enero del 2017 hasta el 15 de mayo del 2020. A partir del programa informático de prescripción electrónica de pacientes externos Farmatools® y de la Historia Única Digital Andaluza (Diraya®), se registraron los siguientes datos demográficos y clínicos: sexo, edad, Performance Status (PS), diagnóstico, estadio y localización de las metástasis (visceral o no visceral), pauta de inicio de Pazopanib y registros de reacciones adversas. Para evaluar la efectividad se midió la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) mediante el método de Kaplan-Meier, usando la aplicación estadística SPSS version 26.0. La seguridad se valoró a partir del número de reacciones adversas medicamentosas (RAMs) y el grado de severidad según "Common Terminology Criteria for Adverse Events" versión 5.0, la disminución de dosis y/o retirada del fármaco.

RESULTADOS

Durante el período de estudio, se registraron 17 pacientes, 13 hombres y 4 mujeres, con una edad media de 68 (51-82) años. Un total de 6 pacientes (35%) presentaron al inicio del tratamiento PS=0, 9 pacientes (53%) con PS=1 y 2 pacientes (12%) PS=2. La totalidad de los pacientes fueron diagnosticados de CRCC estadio IV (15 (88%) pacientes metastásicos y 2 (12%) pacientes localmente avanzado). La localización de las metástasis fue: 87% de los pacientes presentaban metástasis viscerales, 40% no viscerales. Todos los pacientes iniciaron la pauta posológica de 800 mg cada 24 horas. Un total de 9 pacientes fallecieron durante el periodo de estudio. La mediana para la SLP fue de 28 (95% IC, 4,49 a 51,51) meses y para la SG fue 43.4 (95% IC, 11,95 a 74,84) meses. Ocurrieron 46 eventos adversos relacionados con el medicamento, en 14 pacientes (82.4%): 18 reacciones digestivas, 7 reacciones dermatológicas, 5 cardíacas, 5 astenia, 1 hematológica y 9 variadas. El grado de severidad fue: náuseas y vómitos, mucositis, diarreas y estreñimiento, hipertensión, astenia, parestesia, síndrome mano-plantar, anorexia, mialgias, disgeusia y prurito Grado 1 (57%); disminución del FEVI, hipertransaminemia, hipertensión, diarrea y astenia Grado 2 (14%); Hipertensión, infecciones, anorexia, cambio en la coloración de pelo y piel y neutropenia no se especificaron grado (29%). EL 35% de los pacientes tuvieron que disminuir dosis del fármaco, siendo los motivos las RAMs Grado-2.

CONCLUSIONES

1. Pazopanib proporciona un beneficio clínico, tanto en SLP como en SG. 2. Mas de la mitad de los pacientes sufrieron alguna reacción adversa, siendo la más frecuente las reacciones digestivas. 3. Un alto porcentaje de pacientes tuvieron que disminuir Pazopanib por RAMs.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1687. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y CRITERIOS DE USO DE TIPRACILO/TRIFLURIDINA EN ADENOCARCINOMA DE COLON METASTASICO.

AUTORES

SALMERÓN NAVAS FJ, RÍOS SÁNCHEZ E, BARRERIRO FERNANDEZ EM, CAMEAN CASTILLO M, MORENO RAMONS C, FENIX CABALLERO S
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CTRA. N-IV KM. 665.

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es analizar la efectividad, seguridad y el grado de cumplimiento con los criterios de uso según el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT), para los pacientes con Adenocarcinoma colon metastásico en tratamiento con Tipiracilo/Trifluridina (TAS-102).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo donde se incluyeron pacientes con Adenocarcinoma de colon metastásico en tratamiento con TAS-102, desde 01/01/2018 hasta el 31/01/2020. A partir de los programas informáticos de prescripción electrónica de pacientes externos (Dominion), de citostáticos Farmis® 2011 y de la Historia Única Digital Andaluza (Diraya®) se registraron los siguientes datos antropométricos, demográficos y clínicos: sexo, edad, Superficie Corporal (SC), Performance Status (PS) al inicio del tratamiento, diagnóstico, localización de las metástasis, KRAS (mutado/ no-mutado), tratamiento quimioterápico previo, pauta posológica y número de ciclos de TAS-102, y registros de reacciones adversas (RAM). Para evaluar la efectividad se midió la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) mediante el método de Kaplan-Meier. La seguridad se valoró a partir del número de RAM y el grado de severidad según "Common Terminology Criteria for Adverse Events" versión 5.0. El grado de cumplimiento se valoró según criterios del IPT: PS \geq 2 y fracaso/no idoneidad con terapias con fluoropirimidinas, oxaliplatino, irinotecán y anti-EGFR.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se registraron 20 pacientes, 10 hombres y 10 mujeres, con una edad y superficie corporal media de 64 (46-80) años y 1,76 (1,49-2,19) m². Un total de 18 pacientes (90%) presentaron al inicio PS \leq 1 y 2 pacientes (10%) PS=2. La totalidad de los pacientes fueron diagnosticados de Adenocarcinoma de colon metastásicos, con un 85% de los pacientes con metástasis a nivel visceral y un 15% a nivel óseo/visceral. La mutación KRAS fue positiva en el 60% de los pacientes. El porcentaje de pacientes que recibieron algún régimen terapéutico previo fueron los siguientes: análogo de fluoropirimidinas e irinotecán=100%; oxaliplatino=95%; anti-VEGF=80%; y anti-EGFR=40%. La pauta posológica empleada fue 35 mg/m² /dosis cada 12 horas, los días del 1 al 5 y del 8 al 12 de cada ciclo de 28 días, con una media de 3.6 (1-6) ciclos. La mediana de SLP y SG fue de 3,8 (95% IC, 3,36 a 4,24) y 7,2 (95% IC, 6,46 a 7.94) meses respectivamente. Ocurrieron 62 eventos adversos relacionados con el medicamento, en 18 pacientes (90%): 27 reacciones digestivas, 16 hematológicas, 12 astenia, 4 casos de infecciones y 3 metabólica. El grado de severidad fue: anemia, anorexia astenia, diarreas, estreñimiento, náuseas y vómitos, infecciones, neutropenia, plaquetopenia, linfopenia e incremento de GPT, GGT y LDH Grado 1 (74,2%); anemia, astenia, náuseas y vómitos e infecciones Grado 2 (19,4%); astenia, neutropenia, náuseas y vómitos e infecciones Grado 3 (6,4%). EL 95% de los pacientes cumplieron los criterios de IPT, excepto 1 paciente por inicio del tratamiento con TAS-102 sin previo empleo de regímenes con oxaliplatino.

CONCLUSIONES

1. Se obtuvo un SLP y SG con relevancia clínica. 2. Un elevado porcentaje de pacientes sufrieron algún tipo de RAM, siendo las de Grado 3 las menos frecuente. 3. Un alto porcentaje de pacientes cumplieron criterios de IPT.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**1696. COMPARACIÓN DE ESQUEMAS QUIMIOTERÁPICOS TRAS TEMOZOLAMIDA EN GLIOMAS DE ALTO GRADO****AUTORES**

CONESA CONESA NICOLÁS E, MARTÍNEZ PENELLA M, BALSALOBRE YAGO J, GARCÍA MATILLAS CN, FERNÁNDEZ MARTÍNEZ I, MONTOYA EGEA JM
HOSPITAL SANTA LUCÍA CARTAGENA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Comparar la efectividad y seguridad del esquema bevacizumab más lomustina (BELOB) frente a otros esquemas de tratamiento en gliomas de alto grado (grados III-IV) en progresión tras temozolamida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo, desde enero de 2016 hasta abril de 2020, donde se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de gliomas de alto grado previamente tratados con temozolamida, en un hospital general de tercer nivel.

Se han clasificado en dos grupos: pacientes tratados en segunda línea con BELOB (grupo A), y con irinotecán más bevacizumab, fotemustina más bevacizumab o fotemustina en monoterapia (grupo B).

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), duración de tratamiento, modificación del tratamiento (reducción de dosis, interrupción temporal o suspensión), efectividad medida como respuesta obtenida y supervivencia libre de progresión (SLP) y efectos adversos (EA) 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

Se incluyeron 19 pacientes. 8 pacientes en el grupo A (62,5% hombres) y 11 pacientes en el grupo B (81,8%). La mediana de edad en el grupo A fue 53 años [22-77] y 58,5 años [44 -71] en el B. El ECOG al inicio del tratamiento fue 0 (12,5%), 1 (75%) y 3 (12,5%) en el grupo A, y 0 (9,1%), 1 (63,6%), 2 (18,2%) y 3 (9,1%) en el grupo B.

La mediana de tiempo de tratamiento fue 3,2 meses en el grupo A (IC95% 1,02-11,43 meses) y 2,4 meses en el B (IC95% 1,39-3,41 meses). En el grupo A, 4 pacientes aún continúan en tratamiento siendo la mediana de duración del mismo de 11 meses (IC95% 1,54-20,11 meses).

En cuanto a la efectividad, en el grupo A, 12,5% de los pacientes presentaron respuesta completa, 25% respuesta parcial, 12,5% enfermedad estable y 50% progresión de enfermedad siendo la SLP 1,4 meses(IC95% 2,23-3,57). En el grupo B todos los pacientes presentaron progresión de enfermedad siendo la mediana de SLP 2,4 meses(IC95% 1,88-3,92 meses).

Respecto a las toxicidades de los esquemas de tratamiento. En el grupo A, 2 pacientes(22,2%) presentaron toxicidades grado ≥ 3 : hipertransaminasemia grado 3 y proteinuria grado 3. En el grupo B, 4 pacientes(36,36%) presentaron EA grado ≥ 3 : trombocitopenia(27,3%), neutropenia(9,1%) y diarrea(27,3%). No hubo suspensiones definitivas de tratamiento por toxicidades inaceptables, objetivando una única interrupción temporal(11,1%) por hipertransaminasemia en el grupo A, y 5 interrupciones temporales(45,5%) por toxicidades hematológicas en el B.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos muestran una mayor mediana de duración de tratamiento con el esquema BELOB. No obstante, dado el escaso tamaño muestral, y la continuidad de tratamiento activo de 4 pacientes en el grupo de BELOB, no es posible sacar conclusiones fiables en este momento. Sin embargo, se constata en el grupo de BELOB la presencia de largos respondedores a diferencia de los otros esquemas de tratamiento.

Respecto a la toxicidad, el esquema BELOB presentó una menor incidencia de EA grado ≥ 3 y de interrupciones temporales del tratamiento frente al resto.

Por último, será necesario actualizar los actuales datos tras la finalización de todos los pacientes en tratamiento activo.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1703. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS ENTRE INHIBIDORES DE LA CALCINEURINA Y ANTIFÚNGICOS EN EL TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

AUTORES

SÁEZ GARRIDO M, RUIZ GÓMEZ A, FERNÁNDEZ GARCÍA P, MARTÍNEZ IBAÑEZ MÁ, ESPUNY MIRÓ A, DÍAZ CARRASCO MS

HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia y las características de las interacciones farmacológicas (IF) potenciales entre fármacos inhibidores de la calcineurina y antifúngicos, en pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) alogénico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, durante la fase post-trasplante, en el que se incluyeron todos los pacientes sometidos a TPH alogénico, en un hospital de tercer nivel, durante un periodo de 3 años (2016-2018). El análisis se realizó utilizando dos bases de datos: Micromedex® y Lexicomp®. Se registraron las IF, entre inhibidores de calcineurina y antifúngicos, contraindicadas y graves (Micromedex®), y las de nivel X y D (Lexicomp®).

RESULTADOS

Se incluyeron 40 pacientes (25 hombres y 15 mujeres), con una mediana de edad de 54 años (21-68). Todos los pacientes excepto uno recibieron un inhibidor de la calcineurina. El tipo de TPH alogénico fue haploidéntico (24 pacientes), de hermanos HLA idénticos (14), de hermanos/familiares no totalmente idénticos (1) y no emparentado (1). El acondicionamiento fue de intensidad reducida en 25 pacientes, mieloablativo en 10 y no mieloablativo en 5.

Se prescribieron 1229 fármacos en total, siendo la mediana de medicamentos por paciente de 29,5 (20-46); de éstos, 40 fueron inhibidores de la calcineurina (34 tacrólimus y 6 ciclosporina) y 39 fueron antifúngicos (33 fluconazol, 3 posaconazol, 2 clotrimazol y 1 voriconazol).

La prevalencia de IF entre inhibidores de la calcineurina y antifúngicos, por la base de datos Micromedex® fue del 85% (34/40). Se encontraron 40 IF potenciales: tacrólimus – fluconazol (29 pacientes), ciclosporina – fluconazol (5), tacrólimus – clotrimazol (2), tacrólimus – posaconazol (2), ciclosporina – posaconazol (1) y tacrólimus – voriconazol (1). Según Micromedex®, 29 de estas interacciones fueron contraindicadas (entre tacrólimus y fluconazol) y las 11 restantes fueron graves; la documentación sobre dichas interacciones fue excelente en 32 casos y buena en 9. La mediana de duración de las interacciones fue de 12 días (1-21).

La prevalencia de IF, entre inhibidores de la calcineurina y antifúngicos, en la base de datos Lexicomp® fue del 85% (34/40). Se encontraron 33 IF potenciales: tacrólimus–fluconazol (29 pacientes), tacrólimus–posaconazol (2), tacrólimus–voriconazol (1) y ciclosporina–posaconazol (1). Según Lexicomp®, no hubo ninguna interacción de riesgo X, siendo las 33 clasificadas como riesgo D; la documentación sobre la interacción fue excelente en 30 casos y buena en 3. La mediana de duración de las interacciones fue de 12 días (2-21).

El mecanismo de acción fue farmacocinético en todas las interacciones (los antifúngicos aumentan las concentraciones de tacrólimus y ciclosporina al ser inhibidores del CYP3A4).

CONCLUSIONES

La prevalencia de IF potenciales entre inhibidores de la calcineurina y antifúngicos es elevada en los pacientes sometidos a TPH alogénico. El nivel de gravedad asignado por las dos bases de datos es dispar, clasificándose mayoritariamente como contraindicado según Micromedex®, mientras que en Lexicomp® ninguna interacción es clasificada como de riesgo X. El mecanismo de acción se clasifica como farmacocinético en todas las interacciones en las dos bases de datos. Dado el

mecanismo, la monitorización farmacocinética es fundamental para manejar la interacción y reducir sus consecuencias en los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1704. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS POTENCIALES EN PACIENTES CON LINFOMA QUE RECIBEN UN TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

AUTORES

SÁEZ GARRIDO M, RUIZ GÓMEZ A, FERNÁNDEZ GARCÍA P, GOLNABI DOWLATSHAHI F, ESPUNY MIRÓ A, DÍAZ CARRASCO MS

HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia y analizar el perfil de interacciones farmacológicas (IF) potenciales en el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) de pacientes con linfoma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, durante la fase post-trasplante, incluyendo todos los pacientes con diagnóstico de linfoma, sometidos a TPH, en un hospital de tercer nivel, durante 3 años (2016-2018). Se utilizaron las bases de datos Micromedex® y Lexicomp®, recogiendo las IF clasificadas como contraindicadas y graves según Micromedex® y las de nivel de riesgo X y D según Lexicomp®.

RESULTADOS

Se incluyeron 47 pacientes (32 hombres y 15 mujeres), con una mediana de edad de 53 años (16-71). Los diagnósticos fueron: linfoma de Hodgkin (11), linfoma difuso de células grandes B (7), linfoma cerebral primario (7), linfoma de células del manto (5), linfoma folicular (4), linfoma de células grandes B mediastínico primario (4) y otros linfomas (10). El TPH fue alogénico en 16 pacientes (14 de intensidad reducida y 2 mieloablativos) y autólogo en 31 (todos mieloablativos). Los acondicionamientos estuvieron basados en: carmustina/citarabina/etopósido/melfalán (25 pacientes), fludarabina/ciclofosfamida/melfalán/irradiación corporal total (ICT) (12), carmustina/tiotepa (5), ciclofosfamida/ICT (3) y tiotepa/fludarabina/busulfán (2).

Se prescribieron 1256 fármacos, siendo la mediana por paciente de 26 (17-45). Los más prescritos fueron: paracetamol (47 pacientes), dexclorfeniramina (46), ondansetrón (46), cloruro potásico (46), ácido ursodesoxicólico (46), aciclovir (45), fluconazol (45), meropenem (45), omeprazol (44), enoxaparina (42), filgrastim (40), furosemida (39), metoclopramida (39) y lorazepam (38).

Micromedex®: Prevalencia de IF global y de graves fue del 100%; de IF contraindicadas del 95,7%. Se obtuvo un total de 676 interacciones (84 contraindicadas y 592 graves), agrupadas en 218 parejas. Mecanismo de acción: 497 farmacodinámicas, 123 farmacocinéticas, 46 mecanismo desconocido y 10 mixto. La mediana de IF por paciente fue de 12 (1-69). Las IF contraindicadas más frecuentes fueron: fluconazol-ondansetrón (42 pacientes) y fluconazol-tacrolimus (15), asociadas al riesgo de prolongación del intervalo QT; y metoclopramida-antidepresivos/antipsicóticos (20, entre ellos 11 con clorpromazina), asociadas al riesgo de reacciones extrapiramidales y síndrome neuroléptico maligno (SNM). Las IF graves más frecuentes fueron: lorazepam-metoclopramida (31), morfina-ondansetrón (25) y lorazepam-morfina (21). Lexicomp®: Prevalencia global de IF del 91,5%, de riesgo X del 38,3% y de riesgo D del 91,5%. Se encontraron 354 IF potenciales totales (37 X y 317 D), agrupadas en 122 parejas. Mecanismo de acción: 291 farmacodinámicas y 63 farmacocinéticas. La mediana de IF por paciente fue de 6 (0-36). Las IF contraindicadas más frecuentes fueron: clorpromazina-metoclopramida (11 pacientes), asociadas al riesgo de reacciones extrapiramidales y SNM; y metamizol-tacrolimus (6) y metamizol-ciclofosfamida (5), asociados al riesgo de agranulocitosis y pancitopenia. Las IF graves más frecuentes fueron: dexclorfeniramina-morfina (27) y lorazepam-morfina (21).

CONCLUSIONES

La prevalencia de IF potenciales en la fase post TPH en pacientes con linfoma es muy elevada; con diferencias relevantes en función de la base de datos utilizada. Destaca la interacción entre clorpromazina y metoclopramida entre las contraindicadas más frecuentes por ambas bases de datos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1708. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE BEVACIZUMAB Y AFLIBERCEPT EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO EN SEGUNDA LÍNEA

AUTORES

CLARAMUNT GARCÍA R, MUÑOZ CID CL, LÓPEZ LÓPEZ AM, PÉREZ CANO E, JIMENEZ LÓPEZ Y, MARÍN POZO JF

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN. AVENIDA DEL EJÉRCITO ESPAÑOL, 10. JAÉN

OBJETIVOS

Aflibercept y bevacizumab son dos antiangiogénicos que han mostrado un claro beneficio en el cáncer colorrectal metastásico (CCRm) al añadirlos al esquema de quimioterapia. El objetivo del presente trabajo es evaluar y comparar la eficacia y seguridad estos dos fármacos en segunda línea de tratamiento en CCRm en la práctica clínica real en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que han sido tratados con bevacizumab (BFIR) y aflibercept (AFIR) en segunda línea en CCRm asociado a un esquema FOLFIRI (folinato, fluorouracilo, irinotecan) en un hospital de tercer

nivel en los últimos 10 años (enero 2009-abril 2020). Los datos se obtuvieron de la historia clínica digital (Diraya®) y el programa de prescripción electrónica oncológica (Oncowin®). El análisis estadístico se llevó a cabo mediante SPSS®. Se incluyeron aquellos pacientes con tratamiento previo basado en oxaliplatino al que progresaron por toxicidad o por refractariedad. Variables medidas: esquema previo, tiempo de tratamiento (TT), supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG). Para valorar la toxicidad, se registraron los efectos adversos que provocaron un retraso en la administración del ciclo. También se calcularon los ciclos perdidos/mes de tratamiento (CP/MT).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 84 pacientes en el estudio, de los cuales 40 (47,6%) recibieron tratamiento con AFIR y 44 (52,4%) con BFIR. La media de edad fue de 60,2+/-10,7 años. En la mayoría de ellos (79,8%) el esquema previo a AFIR/BFIR fue tipo FOLFOX (folinato, fluorouracilo, oxaliplatino), con o sin inhibidor del VEGF o EGFR. Respecto a la eficacia de AFIR vs BFIR se obtuvieron los siguientes resultados: HR de mediana de TT (IC95%) =0,816 (0,527-1,266); p=0,365, HR de SLP (IC95%) =0,674 (0,389-1,117); p=0,159, HR de SG (IC95%) =0,566 (0,342-0,936); p=0,026 a favor de BFIR. El principal motivo de retraso en la administración en ambos grupos fue la neutropenia (28,7% AFIR vs 24,7% BFIR), y el que más diferencia hubo entre ambos fue la trombopenia (13,9% AFIR vs 2,5% BFIR). No se observaron grandes diferencias entre el resto de reacciones adversas recogidas (fiebre: 9,3% AFIR vs 8,6% BFIR, gastrointestinales: 8,4% AFIR vs 8,6% BFIR, HTA: 4,6% AFIR vs 3,2% BFIR, astenia: 2,8% AFIR vs 1,2% BFIR, anemia: 1,9% AFIR vs 1,2% BFIR entre otras). La media de CP/MT fue de 0,49±0,46 ciclos con AFIR frente a 0,33±0,27 ciclos con BFIR; p=0,046.

CONCLUSIONES

A pesar de que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el TT ni en la SLP, a nivel de la práctica clínica sería más recomendable utilizar el esquema BFIR por sus mejores resultados en SG y mejor perfil de toxicidad. No obstante, para realizar una verdadera comparación entre ambos esquemas se debería realizar un ensayo clínico aleatorizado de no inferioridad, multicéntrico y doble ciego.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1709. TOXICIDAD DE LOS INHIBIDORES DE TIROSIN-KINASA EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

AUTORES

SÁEZ GARRIDO M, MANCEBO GONZÁLEZ A, MENÉNDEZ NARANJO L, RUIZ GÓMEZ A, GONZÁLEZ LOZANO E, LAORDEN CARRASCO A, GOLNABI DOWLATSHAHI F, FERNÁNDEZ GARCÍA P
HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar la toxicidad de los inhibidores de tirosin-kinasa (ITK) en pacientes diagnosticados de leucemia mieloide crónica (LMC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, incluyendo todos los pacientes diagnosticados de LMC tratados con los ITK: imatinib, dasatinib, nilotinib, bosutinib y ponatinib, en un hospital de tercer nivel (2003-2020). Variables recogidas: edad, sexo, número de líneas recibidas y toxicidades según criterios CTCAE v5 (Common Terminology Criteria for Adverse Events) del NCI (Nacional Cancer Institute).

RESULTADOS

Se trataron 57 pacientes (35 hombres y 22 mujeres), con una mediana de edad de 61 años(16-91). 32 pacientes recibieron una línea de tratamiento con ITK, 17 pacientes recibieron 2, 4 pacientes recibieron 3, 3 pacientes recibieron 4 y un paciente recibió 5.

39 pacientes recibieron tratamiento con imatinib (36 en 1ª línea y 3 en 2ª), 22 con dasatinib (11 en 1ª línea y 11 en 2ª), 21 con nilotinib (10 en 1ª línea, 6 en 2ª, 4 en 3ª y 1 en 4ª), 7 con bosutinib (2 en 2ª línea, 2 en 3ª, 2 en 4ª y uno en 5ª) y 4 con ponatinib (3 en 2ª línea y 1 en 4ª).

El porcentaje de pacientes con reacciones adversas (RA) en alguna línea de tratamiento fue del 75,4% (43/57).

Las RA según CTCAE fueron: alteraciones gastrointestinales(37), respiratorias(25), malestar general(24), de la piel(21), cardíacas(11), del sistema musculoesquelético(9), del sistema nervioso(8), oculares(4), hematológicos(3), del metabolismo o de la nutrición(3), del oído(2), del sistema inmunitario(2), psiquiátricos(2), renales(2), del aparato reproductivo(2), endocrinos(1), infecciosos(1) y otros(1).

Se observó toxicidad en los pacientes tratados con imatinib en 1ª línea del 58,3% y en 2ª línea del 100%; con dasatinib en 1ª y 2ª línea del 100%; con nilotinib en 1ª línea del 47,6%, en 2ª línea del 28,6%, en 3ª línea del 19% y en 4ª línea del 4,8%; con bosutinib en todas las líneas (2ª a 5ª línea) fue del 100%; y con ponatinib en 2ª línea del 33,3% y en 4ª línea del 100%. La toxicidad para todas las líneas de tratamiento fue: imatinib 61,5%(24/39), dasatinib 100%(22/22), nilotinib 66,6%(14/21), bosutinib 100%(7/7), ponatinib 50%(2/4).

Las RA en función de la línea de tratamiento fueron: 1ª línea 56,1%(32/57); 2ª 68%(17/25); 3ª 100%(8/8); 4ª 100%(4/4) y 5ª 100%(1/1).

En cuanto al perfil de RA por fármaco, con imatinib destacan náuseas/vómitos(8 pacientes), edemas(8; palpebral 4, miembros inferiores 2, generalizado 1 y de faringe 1), diarrea(4) y astenia(4); con dasatinib, derrame pleural(5), astenia(4), derrame pericárdico(2), y disnea(3); con nilotinib, eccema(5) y astenia(5); con bosutinib, diarrea(3) y edema(2); y con ponatinib, alteraciones cardíacas(4).

CONCLUSIONES

El 75% de los pacientes tratados con ITK presentaron toxicidad, siendo fundamentalmente trastornos gastrointestinales, respiratorios y malestar general.

Las RA más graves fueron disnea, derrame pleural y neumonía.

Según el fármaco, las RA más frecuentes corresponden con las descritas en ficha técnica, observándose mayor toxicidad en pacientes con más líneas de tratamiento.

Dasatinib y bosutinib presentaron toxicidad en todos los pacientes y para todas las líneas de tratamiento, mientras que imatinib y nilotinib fueron fármacos mejor tolerados en 1ª línea.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1711. APREPITANT EN PRURITO REFRACTARIO SECUNDARIO A LINFOMA CUTÁNEO ERITRODÉRMICO DE CÉLULAS T

AUTORES

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ T, PABLOS SANCHEZ MDA, BOO RODRIGUEZ J, LANDA ALBERDI J, GARCIA ECHEVERRIA D, ROS OLASO A, LIZEAGA CUNDIN G, BACHILLER CACHO MP
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. Pº DR. BEGUIRISTAIN, 109. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

Los pacientes con linfoma cutáneo eritrodérmico de células T (CTCL-E) a menudo sufren de prurito severo con mala respuesta a la terapia convencional. Debido a la ausencia de una gran capacidad antiprurítica por parte de los esteroides tópicos u orales y los antihistamínicos, se han utilizado otras opciones de tratamiento que actúan regulando un mediador celular (gabapentina, benzodiacepinas o antidepresivos).

En algunos casos, los inhibidores de neuroquinina-1 pueden desempeñar un papel importante en este contexto. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de aprepitant como agente antiprurítico en pacientes diagnosticados con CTCL-E refractario a la terapia convencional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo (enero de 2010 - octubre de 2019) que recoge todos los pacientes con prescripción fuera de ficha técnica de aprepitant para el prurito refractario secundario a CTCL-E. Los datos recopilados fueron: edad, fecha de diagnóstico, tratamiento previo y concomitante para el prurito, duración del tratamiento con aprepitant y motivo de interrupción, si corresponde. Aprepitant se consideró efectivo cuando los pacientes refirieron no tener casi prurito y / o una mejora significativa en su calidad de vida. Los datos fueron recolectados de la historia médica electrónica de los pacientes.

RESULTADOS

Se trataron 11 pacientes con aprepitant. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 68 años. Todos los pacientes habían sido tratados con antihistamínicos y corticosteroides tópicos y sistémicos. La dosis de aprepitant utilizada fue de 125 mg el día 1 seguido de 80 mg en los días 2 y 3, cada dos semanas.

El 63,6% de los pacientes (7/11) obtuvieron una remisión completa o casi completa del prurito en el primer o segundo ciclo (3 continúan la terapia cuando se redactó este resumen y 4 han interrumpido). Se informó una mejoría parcial en 3 pacientes (27,3%), lo que permitió que uno de ellos redujera la dosis de antihistamínicos. En 1 paciente (9,1%) se interrumpió el tratamiento debido a la persistencia del prurito. En 2 de los 4 pacientes sin respuesta completa la enfermedad estaba en progresión.

CONCLUSIONES

Aprepitant puede ser una buena alternativa en el prurito refractario en el linfoma cutáneo eritrodérmico de células T. Sin embargo, la progresión de la enfermedad se ha relacionado con una menor eficacia.

Sería importante definir una escala numérica para evaluar la gravedad del prurito y estandarizar la evaluación por parte de los médicos al analizar la efectividad de aprepitant.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1731. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL DOBLE BLOQUEO HER2 EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

AUTORES

ORALLO LUNA C, FRA YAÑEZ J, MARTIN CARRO C, LAMAS LOPEZ M, ZAPICO GARCÍA I, GONZALEZ SANCHEZ N, PUENTE MARTINEZ P, BECERRA INGERTO L
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HEROS, 6. ASTURIAS

OBJETIVOS

El cáncer de mama metastásico (CMM) subtipo HER2 se ha asociado históricamente a menor supervivencia y a un curso de enfermedad más agresivo. El desarrollo de la terapia dirigida anti-HER2, entre otros factores, ha mejorado considerablemente el pronóstico de estos pacientes.

El objetivo de este estudio es analizar la utilización, efectividad y seguridad de la terapia dirigida anti-HER2 en primera línea de tratamiento en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con CMM HER2+ que habían iniciado tratamiento dirigido anti-HER2 en primera línea en el período de enero 2005 a enero 2020.

Las variables, recogidas de la historia clínica electrónica, fueron: sexo, edad y calidad de vida según la escala "Eastern Cooperative Oncology Group" (ECOG). La efectividad se evaluó en términos de supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y tipo de respuesta según "Response Evaluation Criteria In Solid Tumors" (RECIST). La seguridad

se basó en el perfil de efectos adversos de acuerdo a los “criterios terminológicos comunes de acontecimientos adversos” (CTCAEv5). Para el análisis estadístico se emplearon los test de Kaplan-Meier y Mantel-Cox.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 40 pacientes, todas mujeres, con una mediana de edad de 51 años [33-81] y ECOG [0-1]. Los esquemas de tratamiento más utilizados fueron trastuzumab en combinación con paclitaxel (TP) (43%) y pertuzumab en combinación con trastuzumab y paclitaxel (PTP) (37%). Otras combinaciones con trastuzumab o lapatinib se emplearon de forma minoritaria.

La mediana de SLP fue superior en el grupo PTP: 15,7 meses [15,6-25,9 IC 95%] en comparación con el esquema TP: 13,1 meses [9,5-16,8 IC 95%] ($p > 0,05$). La SG fue también superior: 49,6 meses [29,2-70,0 IC 95%] versus 40,8 meses [26,0-55,7 IC 95%] ($p > 0,05$). El número de datos censurados en el grupo PTP fue muy superior (un 40-50% de las pacientes no habían alcanzado el objetivo de progresión o muerte a fecha de corte). Las tasas de respuesta (TR) para PTP fueron superiores: 46,7% presentaron respuesta completa (RC), 46,7% respuesta parcial (RP) y un 6,6% enfermedad estable (EE); frente al esquema TP con un 18% de RC, 30% RP, 38% EE y 18% de progresión de la enfermedad.

En términos de seguridad, la reacción más frecuente con PTP fue toxicidad cutánea (53%), tanto grado 1-2 (33%) como 3-4 (20%), seguida de anemia (27%) y neutropenia (27%). Entre las pacientes tratadas TP la reacción adversa más frecuente fue también toxicidad cutánea (41%), seguida de neuropatía sensitiva grado 3-4 (36%) y neutropenia (24%). En global, se registraron más reacciones adversas grado 3-4 con PTP (67%) que con TP (60%).

CONCLUSIONES

El esquema PTP obtuvo una mediana de SLP y SG superior a TP, sin diferencias estadísticamente significativas, así como mejores TR. Los datos de supervivencia con PTP, inferiores al ensayo clínico pivotal, pueden estar infraestimados por el elevado porcentaje de datos censurados. PTP presentó una toxicidad ligeramente superior al esquema TP, lo que concuerda con la bibliografía. Un seguimiento a largo plazo es necesario para establecer conclusiones más robustas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1746. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO

AUTORES

SANZ ALONSO V, LERALTA GONZALEZ C, NUÑEZ RODRIGUEZ J, ALFARO OLEA A, ZAFRA MORALES R, ITURBE HERAS M, GONZALEZ PEREZ Y, CASO GONZÁLEZ A
HOSPITAL SAN PEDRO. CALLE PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Estudiar la efectividad y seguridad del tratamiento con pembrolizumab en primera línea en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico metastásico (CPNMm) en un hospital de tercer nivel comparando los resultados con los obtenidos en el ensayo clínico (EC) pivotal KEYNOTE-024

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, longitudinal, retrospectivo de un grupo de pacientes diagnosticados de CPNMm en tratamiento con pembrolizumab desde enero de 2018 hasta abril de 2020.

Se recogieron los siguientes datos de la historia clínica electrónica (Selene®) y del programa de manejo de quimioterapia Oncofarm®: sexo, edad, historia de tabaquismo, estado funcional según la escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), histología del tumor, nivel de expresión de PDL-1, lugar de las metástasis, número de ciclos, duración del tratamiento y fecha de exitus y/o progresión.

Se evaluaron la supervivencia libre de progresión (SLP) según criterios RECIST 1.1 y la supervivencia global (SG) empleando el estimador de Kaplan-Meier. Se utilizó el programa SPSS® para los cálculos estadísticos. La severidad de las reacciones adversas a medicamentos (RAMs) se graduó mediante CTCAE v5.0 (Common Terminology Criteria for Adverse Events)

RESULTADOS

Se estudiaron 9 pacientes, 77,8% hombres. La media de edad fue de 68,4±5,8 años.

Al inicio del tratamiento, 2 pacientes fumaban (22,2%) y 5 eran exfumadores (55,6%). El 33,3% de los pacientes presentaba ECOG 0, y el 66,6%, ECOG 1.

Siete pacientes presentaban adenocarcinoma (77,8%) y 2, carcinoma epidermoide. Todos expresaban PDL-1 > 55% siendo la media 68,3±14,1%. Ninguno presentaba mutaciones EGFR/ALK.

El lugar de las metástasis fue variado: visceral (44,4%), ósea (22,2%), paratraqueal (22,2%) y axilar (11,1%)

Todos siguieron el siguiente esquema: pembrolizumab 200mg dosis fija, cada 21 días. La duración media de tratamiento fue de 9,3±5,6 meses y 12,67±7,37 ciclos. La mediana de seguimiento fue de 12,1 [RIQ 11,6] meses.

La tasa de SLP a 12 meses fue del 44,4% con una mediana de 17,15 (IC 95%: 11,1-23,2) meses y la de SG del 66,7% no alcanzando la mediana.

Las RAMs más frecuentes de cualquier grado fueron: tos (66,6%), astenia (44,4%), fiebre (33,3%), prurito (33,3%), disnea(33,3%), toxicidad hepática (33,3%), náuseas (22,2%), hemoptisis (22,2%), edema en extremidades (22,2%), toxicidad renal (22,2%), neumonitis (22,2%), hiperpotasemia (22,2%), linfopenia (22,2%), anemia (22,2), trombopenia (22,2%), mareos (11,1%), diarrea (11,1), rash cutáneo (11,1%) e hipotiroidismo (11,1%).

La mayoría de las RAMs fueron grado 1 o 2. Tres pacientes presentaron RAMs grado 3 (33,3%) siendo estas: toxicidad hepática (22,2%) y disnea (11,1%)

CONCLUSIONES

- En nuestra población, pembrolizumab se empleó acorde a las indicaciones en ficha técnica en cuanto a expresión de PDL-1 y mutaciones EGFR/ALK.
- La tasa de SLP alcanzada en CPNMm en primera línea fue similar a la del EC (44,4% vs 47,4%). En cuanto a la tasa de SG fue del 66,7% vs 52,60% la del EC (teniendo en cuenta que la mediana de seguimiento del EC fue de 25,2 meses).
- En cuanto al perfil de efectos adversos es variado, destacando tos y astenia. Al igual que en el EC, la mayoría de RAMs son leves.
- Es necesario una muestra más amplia para obtener conclusiones más firmes sobre la efectividad y la seguridad de este tratamiento

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1751. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OBINUTUZUMAB EN LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

AUTORES

SANZ ALONSO V, LERALTA GONZALEZ C, CASO GONZALEZ A, ALFARO OLEA A, GONZÁLEZ PEREZ Y, ITURBE HERAS M, MARIN GORRICHIO R, NUÑEZ RODRIGUEZ J
HOSPITAL SAN PEDRO. CALLE PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Estudiar la efectividad y seguridad del tratamiento con obinutuzumab en leucemia linfocítica crónica (LLC) en un hospital de tercer nivel

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo realizado en pacientes diagnosticados de LLC tratados con obinutuzumab entre julio de 2017 y mayo de 2020.

Se recogieron las siguientes variables mediante la historia clínica electrónica (Selene®) y el programa de manejo de quimioterapia Oncofarm®: sexo, edad, estadio de Rai/Binet, estudio mutacional, línea de tratamiento, ciclos de Obinutuzumab y duración de tratamiento.

La efectividad se evaluó mediante la supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG), tasa de respuesta (TR) y remisión molecular al final de tratamiento. Se recogieron todas las reacciones adversas a medicamentos (RAMs) y se evaluó su severidad según CTCAE v5.0 (Common Terminology Criteria for Adverse Events)

RESULTADOS

Se estudiaron 12 pacientes, 41,67% mujeres. La mediana de edad fue de 72,5 años [7,75].

Al inicio del tratamiento, nueve pacientes (81,82%) presentaban estadio 1A o 2B; tres, estadio 3C y uno, 4B. En cuanto a las mutaciones, 7 no presentaban mutación IGVH, 2 del13q, y 2 del11q. Ninguno presentó del17p.

Nueve pacientes (75,0%) recibieron obinutuzumab en primera línea y tres, en segunda.

El 91,67% de los pacientes fueron tratados con obinutuzumab en monoterapia siguiendo el siguiente esquema: Seis ciclos de obinutuzumab cada 28 días. Ciclo 1: 100mg día 1, 900mg día 2 y 1000mg días 8 y 15. Ciclos 2-6: 1000mg el día 1.

Solo uno de los pacientes recibió concomitantemente al inicio del tratamiento, dos dosis de clorambucilo (0,5mg/kg) cada 15 días, que se suspendió por presentar neutropenia.

En el momento del estudio, nueve pacientes (75,0%) habían completado los 6 ciclos de tratamiento, uno (8,33%) continuaba en el 4º ciclo y dos (16,67%) no lo completaron por intolerancia: reacción alérgica y toxicidad digestiva (diarrea)

La duración media de tratamiento fue de 4,44±1,64 meses y 5,33±1,23 ciclos. La mediana de seguimiento fue de 17,2 [RIQ=17,0] meses.

Nueve pacientes (75,0%) respondieron al tratamiento. Cinco (41,67%) presentaron respuesta completa y cuatro (33,33%) parcial. Cuatro pacientes (33,33%) presentaron enfermedad mínima residual (EMR) negativa.

La SG fue del 83,3% no alcanzando la mediana. La SLP fue del 50,0% con una mediana de 21,18 (IC 95%:5,52-46,84) meses.

Las RAMs más frecuentes de cualquier grado fueron: trombocitopenia (66,67%), anemia (58,33%), neutropenia (58,33%), fiebre (41,67%), leucopenia (33,33%), astenia (33,33%), reacción infusional (33,33%), linfopenia (25,0%), mialgias (25,0%), cefalea (16,67%), prurito (16,67%), tos (16,67%), infección respiratoria (16,67%), diarrea (16,67%), infección de orina (8,33%), disminución de la audición (8,33%), rash (8,33%), pirexia (8,33%).

Siete pacientes presentaron RAMs grado 3(58,33%). Estas fueron: neutropenia (33,33%), trombocitopenia (8,33%), diarrea (8,33%), prurito (8,33%), rash (8,33%), tos (8,33%) y reacción infusional (8,33%). Esta última conllevó la suspensión de la administración durante un mes

CONCLUSIONES

En nuestra población, la TR, la EMR negativa y la mediana de SLP fueron similares a la del ensayo clínico (EC) BO21004/ CLL11 (75,0% vs 77,3%; 33,3% vs 26, 8% y 21,18 vs 26,7 meses, respectivamente), aunque el EC estudiaba obinutuzumab combinado con clorambucilo en primera línea.

El perfil de RAMs también fue semejante al del EC, destacando las hematológicas

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1782. EXPERIENCIA CON OLAPARIB COMO TERAPIA DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO CON MUTACIÓN BRCA 1/2

AUTORES

GONZÁLEZ FRANCO RM, VILLACAÑAS PALOMARES MV, OCHAGAVÍA SUFRATEGUI M, ROGADO VEGAS B, DEL RIO ORTEGA P, GARCÍA ARAGÓN I, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA.VALDECILLA S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Evaluar eficacia y seguridad de olaparib en pacientes adultas con cáncer de ovario con mutación BRCA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo que incluyó a las mujeres con cáncer de ovario que recibieron tratamiento con olaparib entre junio 2015 y diciembre 2019 (seguimiento hasta abril 2020) en un hospital de tercer nivel.

Los datos se extrajeron de la historia clínica electrónica y del programa de prescripción electrónica asistida, recogiendo: edad y Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), diagnóstico, tipo mutación BRCA, primera línea de tratamiento, intervalo de tiempo libre de platino tras la primera línea, número de líneas basadas en platino previas, duración de tratamiento con olaparib y efectos adversos (EA).

Los datos de supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP) se calcularon con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v 26.0 y los EA se clasificaron según los criterios Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v 5.0.

RESULTADOS

14 pacientes recibieron tratamiento con olaparib, siguiendo la posología de ficha técnica según la presentación disponible (cápsulas o comprimidos). La mediana de edad fue de 57,6 años (37-69) y el ECOG 0-1 en todas las pacientes.

Se detectó la mutación BRCA-1 en 9 pacientes y BRCA-2 en 5.

La primera línea de tratamiento más utilizada fue carboplatino-paclitaxel en 12 pacientes, carboplatino-paclitaxel-bevacizumab en 1 y otras líneas basadas en platino en 1 paciente.

La mediana del intervalo de tiempo libre de platino después de la primera línea fue 20,9 meses (6-96).

11 pacientes recibieron ≥ 2 líneas basadas en platino previas a olaparib y 3 recibieron solo una.

La mediana del tiempo de tratamiento fue 22,4 meses (4,2-59,5).

La mediana de la SLP con olaparib fue de 52,3 meses intervalo de confianza (IC) del 95% (39,8-62,0). La mediana de la SG fue 52,5 meses IC del 95% (40,1-62,6).

A fecha fin de estudio, 2 pacientes progresaron al tratamiento, 2 fallecieron y el resto continuó con olaparib.

12 pacientes sufrieron EA. Los EA grado 1-2 más frecuentes fueron astenia en 9 pacientes, emesis (7), diarrea, pirosis y neurotoxicidad periférica (3) y alopecia, artralgias (2).

El EA grado 3-4 detectado fue anemia en 2 pacientes y dio lugar a reducción de dosis de dos niveles (600mg a 400 mg) en ambas pacientes. Ninguna paciente suspendió el tratamiento debido a EA.

CONCLUSIONES

A pesar del reducido tamaño muestral, olaparib demuestra ser un fármaco eficaz con elevadas medias de SLP y SG en pacientes adultas con cáncer de ovario, con mutación BRCA 1/2, en recaída, sensible a platino, con un intervalo de tiempo libre de platino después de la primera línea superior a 6 meses. En relación con la seguridad, olaparib ha sido bien tolerado por la mayoría de las pacientes, con EA fundamentalmente de grado 1-2, que no han requerido la discontinuación del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1786. USO DE RUXOLITINIB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED CRÓNICO RESISTENTE A CORTICOIDES

AUTORES

GONZÁLEZ FRANCO RM, VALENCIA SOTO CM, OCHAGAVÍA SUFRATEGUI M, BARBADILLO VILLANUEVA S, CASANOVA VÁZQUEZ J, PÉREZ-PEREAÑEZ ORILLO L, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA.VALDECILLA S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

El tratamiento de primera línea de la enfermedad de injerto contra huésped crónico (EICHc) se basa en el uso de altas dosis de corticoides. Desafortunadamente, la segunda línea de tratamiento sigue siendo un desafío, con pocas opciones terapéuticas que hayan demostrado eficacia.

El objetivo fue evaluar eficacia y seguridad de ruxolitinib en el tratamiento del EICH refractario a corticoides en pacientes sometidos a trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo que incluyó a todos los pacientes de un hospital de tercer nivel que iniciaron tratamiento con ruxolitinib para EICHc entre septiembre 2015 y marzo 2020.

Todos los tratamientos fueron autorizados por el Comité Corporativo de Farmacia al tratarse de un uso de fuera de ficha técnica.

Los datos se recogieron de la historia clínica electrónica y del programa de prescripción electrónica asistida, seleccionándose: edad, sexo, diagnóstico y fecha de trasplante gravedad de EICHc según historia clínica (grado 1-4), órganos afectados, tratamientos y número de líneas previas a ruxolitinib, dosis ruxolitinib, reducción de dosis de corticoides, efectos adversos (EA), respuesta definida como parcial o total a los 28 días de tratamiento según consenso internacional del National Institutes of Health (NIH) y supervivencia global (SG) a fecha final de seguimiento (abril 2020). La SG se calculó mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v 26.0.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 10 pacientes, 6 mujeres y 4 hombres. La mediana de edad fue 41,9 años (12-67). La dosis de ruxolitinib fue 5 mg/12h en 9 pacientes y 10 mg/12h en 1.

El diagnóstico fue leucemia mieloide aguda en 4 pacientes, síndrome mielodisplásico (2), leucemia linfocítica aguda (1) y otros diagnósticos (3). Todos los pacientes sufrieron EICHc grave (3-4).

La mediana de órganos afectados fue de 3 (2-5): cutáneo 10 pacientes, hepático (8), mucosa oral (5), pulmonar (4), ocular (4), digestivo (2), renal (1) y neurológico (1).

La mediana de líneas de tratamiento previas a ruxolitinib fue 2 (1-4). Todos los pacientes habían recibido previamente inmunosupresores (ciclosporina, tacrolimus, everolimus, micofenolato) y corticoides (prednisona, metilprednisolona), fototerapia extracorpórea (5), PUVA (1) y células mesenquimales (1).

6 pacientes presentaron respuesta parcial a los 28 días, 4 no respondieron. En 3 pacientes ruxolitinib permitió disminuir la dosis de corticoides.

La mediana de la SG fue 109 días intervalo de confianza (IC) del 95% (13,9-204,1).

Los EA más frecuentes fueron citopenias en 2 pacientes, reactivación de citomegalovirus (1) e infección fúngica (1).

CONCLUSIONES

En nuestra población, ruxolitinib ha demostrado ser una opción de tratamiento con cierta eficacia, con una importante respuesta a los 28 días, permitiendo además en algunos pacientes la posibilidad de reducir la dosis de corticoides.

A pesar de la limitación del estudio y del reducido tamaño muestral, ruxolitinib podría considerarse una opción para tener en cuenta en un escenario en el que se cuenta con pocas alternativas terapéuticas.

En relación con la seguridad, ruxolitinib ha sido bien tolerado por la mayoría de los pacientes, que no han requerido discontinuación del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1808. ESTUDIO EN VIDA REAL DE INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN SEGUNDA Y TERCERA LÍNEA

AUTORES

LAO DOMÍNGUEZ FÁ, ARTACHO CRIADO S, GALVÁN BANQUERI M, MÁRQUEZ SAAVEDRA E, FUENTES PRADERA J
HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE VALME. CTRA. DE CÁDIZ KM. 548,9. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de la inmunoterapia (atezolizumab, nivolumab y pembrolizumab) en el tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) metastásico en segunda y tercera línea de tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multidisciplinar en el que se incluyeron todos los pacientes con CPNM metastásico en tratamiento con atezolizumab, nivolumab o pembrolizumab en un hospital de especialidades desde enero 2017 hasta octubre 2019. El periodo de seguimiento finalizó el 30 de abril de 2020. Variables recogidas: edad, sexo, fumador, estado funcional según escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), histología, expresión de PD-L1 y línea de tratamiento. Variables evaluadas: supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG), porcentaje de reacciones adversas (RA), tipo de RA según Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) V.5.0 y porcentaje de RAs grado 3-4 (G3-4). Fuentes de información: historia clínica electrónica (Diraya®) y programa informático Farmis-Oncofarm®.

RESULTADOS

Tamaño muestral: 38 pacientes (30 hombres), edad mediana: 63 años (rango: 51-81), 92% fumadores/exfumadores, ECOG-0 (47%) y ECOG-1 (53%). La expresión PD-L1 estuvo disponible en el 50% de pacientes (9 con expresión $\geq 1\%$ y 10 $< 1\%$). Se trataron 30 en segunda línea y 8 en tercera. Fueron tratados 22 pacientes con atezolizumab (9 escamoso y 13 no escamoso), 13 con nivolumab (8 escamoso y 5 no escamoso) y 3 con pembrolizumab (2 escamoso y 1 no escamoso, todos ellos con expresión PD-L1 $\geq 1\%$). Periodo mediano de seguimiento: 10,3 meses (a fecha de cierre de estudio 8 continúan en tratamiento y 13 siguen vivos). Del total de pacientes, la SLP mediana fue 5,0 meses (RIQ: 2,2 – 10,0) y la SG mediana fue 10,3 meses (RIQ: 6,4 – 15,3). En histología escamosa (n=19; 50%), SLP mediana: 5,5 meses (RIQ: 1,9 – 12,8) y SG mediana: 9,8 (RIQ: 6,5 – 15,8) y en histología no escamosa (n=19; 50%), SLP mediana: 4,1 meses (RIQ: 2,2 – 9) y SG mediana: 9,1 meses (RIQ: 6,3 – 15,2).

Por fármaco, la SLP mediana obtenida para atezolizumab fue 4,5 meses (cuatro continúan); para nivolumab 6,5 meses (cuatro continúan) y para pembrolizumab 3,6 meses; los datos de SG aún no se puede comparar por su inmadurez.

Las causas de finalización fueron: 24 por progresión/exitus, 3 por empeoramiento del ECOG y 2 por toxicidad —dolor torácico con atezolizumab y neumonitis G3 con nivolumab—. El porcentaje de pacientes con RAs fue 39,5%. Las RAs más comunes fueron astenia (n=4), diarrea (n=2), artralgia (n=2) y anemia (n=2). El porcentaje de pacientes con RAs G3-4 fue 2,6% (1 caso de neumonitis G3).

CONCLUSIONES

La SLP obtenida de la inmunoterapia en segunda y tercera línea fue superior frente a la descrita en los ensayos pivotaes de los tres fármacos analizados. En relación al diferente resultado en SLP según histología, este dato debe interpretarse con cautela debido al reducido tamaño muestral. No hay seguimiento suficiente para sacar conclusiones sobre la SG (datos inmaduros). La toxicidad fue la esperada con estos fármacos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**1817. ESTUDIO EN VIDA REAL DE ERIBULINA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA HER-2 NEGATIVO LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO****AUTORES**

DÍAZ ACEDO R, GARCIA LLORET P, ARTACHO CRIADO S, GUTIERREZ PIZARRAYA A, RODRIGUEZ DE LA BORBOLLA ARTACHO M, MARQUEZ SAAVEDRA E
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. AVDA. DE BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

1. Evaluar la efectividad de eribulina en el tratamiento de pacientes con cáncer de mama HER2 negativo localmente avanzado o metastásico pretratadas con quimioterapia con, al menos, antraciclinas, taxanos y capecitabina. 2. Comparar la efectividad de su utilización en dos grupos según la secuencia de tratamientos recibida: Grupo A (reciben eribulina como primera opción tras antraciclinas, taxanos y capecitabina) y Grupo B (reciben eribulina como opción posterior, con otros esquemas de tratamiento previos).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo multidisciplinar en el que se incluyeron todas las pacientes con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico metastásico HER2 negativo (con o sin expresión de receptores hormonales: RH) en tratamiento con eribulina desde agosto-2014 hasta febrero-2020 en un hospital de especialidades. Fecha de cierre de seguimiento: 15-mayo-2020.

Se recogieron las siguientes variables: edad, subtipo molecular, estado funcional según escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), quimioterapia previa.

Las variables para evaluar la efectividad fueron la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG). Los datos fueron obtenidos de la aplicación informática de prescripción de quimioterapia Farmis-Oncofarm® y la historia clínica electrónica del paciente.

El análisis estadístico se realizó mediante SPSS Statistics v25. Se realizó test no paramétrico U-Mann-Whitney para comparar SLP y SG entre grupos.

RESULTADOS

Se han identificado 30 mujeres tratadas con eribulina con una mediana de edad de 57 años (RIQ:49-67). El 66,7% (n=20) eran pacientes con tumor RH+ y el 33,3% (n=10) con tumor triple negativo. Al inicio de tratamiento un 63,3% tenían ECOG:0-1 y el resto ECOG:2. La mediana de líneas de tratamiento previas recibidas en enfermedad metastásica fue de tres (RIQ:2-4), habiendo recibido al menos tres líneas de tratamiento previas un 56,7% de las pacientes (n=17).

En el total de pacientes, la SLP mediana fue 2,2 meses (RIQ: 1,8-4,1) y la SG mediana fue 5,8 meses (RIQ: 2,7-10,6).

Se incluyeron siete pacientes en el grupo A y 23 en el grupo B. A cierre de seguimiento sólo continuaban en tratamiento 2 pacientes del grupo A y 1 del grupo B y seguían vivas 3 pacientes en cada grupo, siendo mayor el porcentaje aún vivas en el grupo A frente al B (42,9% vs 13,0%).

La SLP mediana en el grupo A fue 2,9 meses (RIQ: 2,1-3,4) frente a 2,1 meses (RIQ: 1,5-5,3) en el grupo B (p=0,666). La SG mediana en el grupo A fue de 6,2 meses (RIQ: 5,0-16,7) frente a 5,2 meses (RIQ: 2,3-9,7) en el grupo B (p=0,335).

CONCLUSIONES

La SLP y la SG observadas en el global de pacientes tratadas con eribulina han resultado inferiores a las descritas en el ensayo clínico pivotal. No se han observado diferencias estadísticamente significativas en SLP o SG entre los grupos A y B (administración precoz de eribulina, tras antraciclinas, taxanos y capecitabina, versus administración más tardía). Dado el bajo tamaño muestral y el elevado porcentaje de pacientes del grupo A que continúan vivas/en tratamiento, sería necesario ampliar la publicación de estos datos cuando adquieran mayor madurez.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**1826. DISCONTINUACIÓN DE TERAPIA ANTI PD-1 TRAS RESPUESTA MANTENIDA: RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL.****AUTORES**

VILLACAÑAS PALOMARES MV, BARBADILLO VILLANUEVA S, VALENCIA SOTO CM, OCHAGAVIA SUFRATEGUI M, GARCIA-AVELLO FERNANDEZ-CUETO A, GARCIA CASTAÑO A, GARCIA DE LA PAZ AM, VALERO DOMINGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA. AV VALDECILLA S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Conocer la respuesta y evolución de la enfermedad tras la discontinuación de la terapia anti- PD-1 al alcanzar respuesta mantenida, en pacientes con cáncer de pulmón y melanoma metastásico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron todos los pacientes que habían recibido nivolumab y/o pembrolizumab en cáncer de pulmón metastásico (CPM) o melanoma metastásico desde enero 2015 hasta marzo del 2020 en un hospital de tercer nivel, excluyendo a los pacientes de ensayos clínicos.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico, fármaco administrado, régimen posológico, fecha inicio y fecha fin del tratamiento, motivo de fin, mejor respuesta obtenida, número de líneas previas recibidas, reacciones adversas y progresión tras la discontinuación. Los datos fueron recogidos del programa de prescripción electrónica y las historias clínicas informatizadas. La respuesta clínica fue determinada según la guía RECIST 1.1 y el grado de toxicidad de definido según la clasificación CTCAE v5.

RESULTADOS

Se incluyeron 6 pacientes por haber discontinuado el tratamiento tras alcanzar respuesta del total de 202 pacientes tratados en el periodo de estudio. De ellos 4 eran varones y 2 mujeres, la mediana de edad fue de 67 años (57-75). El diagnóstico fue de CPM en 4 pacientes y melanoma metastásico en los otros 2.

Todos los pacientes incluidos recibieron pembrolizumab (4 pacientes) o nivolumab en monoterapia (1 paciente) como primera línea de la enfermedad metastásica, excepto un paciente que recibió nivolumab en segunda línea y posteriormente pembrolizumab por toxicidad del primero. Todas las posologías fueron las autorizadas en ficha técnica. 5 pacientes suspendieron el tratamiento una vez se constató la respuesta mantenida durante 24 meses mientras que 1 paciente suspendió el tratamiento en respuesta mantenida antes de esa fecha por toxicidad.

La mejor respuesta obtenida durante el tratamiento fue RP en 4 pacientes, RC en 1 y EE en otro paciente. La mediana de tratamiento con anti PD-1 fue de 24 meses (9,1-29,4), con una mediana de seguimiento desde la discontinuación por respuesta de 8,2 meses (6,9-19). A fecha fin del estudio, ninguno de los pacientes habían progresado a la enfermedad ni fallecido.

Todos los pacientes discontinuados presentaron al menos una reacción adversa (1-5), siendo las principales las reacciones cutáneas (25%), seguidas de digestivas y hepáticas (19% cada una), endocrinas (12%) y otras (25%). El 50% de los pacientes llegó a sufrir una reacción de grado mayor o igual a 3.

CONCLUSIONES

Suspender un tratamiento eficaz en enfermedad metastásica es una difícil decisión para los clínicos. Con nuestros resultados, aunque limitados, apoyamos su uso en la práctica real con la ventaja de evitar efectos adversos potencialmente graves y un importante ahorro económico, mientras se mantiene la eficacia del tratamiento. Sin embargo, aunque esperanzadores, siguen siendo necesarios estudios con mayor número de pacientes y a más largo plazo para comprobar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1827. SEGURIDAD DE NIVOLUMAB Y PEMBROLIZUMAB EN PRIMERA LÍNEA DE MELANOMA METASTÁSICO

AUTORES

GARCÍA-AVELLO FERNÁNDEZ-CUETO A, VILLACAÑAS PALOMARES MV, BARBADILLO VILLANUEVA S, OCHAGAVIA SUFRATEGUI M, VALENCIA SOTO CM, MARTINEZ CALLEJO V, GARCÍA DE LA PAZ A, VALERO DOMINGUEZ M HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA DE VALDECILLA, 25. CANTABRIA

OBJETIVOS

- Describir la incidencia de efectos adversos (EA) de nivolumab y pembrolizumab utilizados en el tratamiento en primera línea del melanoma metastásico, así como la incidencia de efectos adversos (EAs) graves y la tasa de discontinuación. Comparar los resultados en ambos fármacos.
- Los objetivos secundarios fueron describir el tipo de toxicidad más habitual en cada fármaco y cotejar los EAs en nuestra población con los descritos en los ensayos clínicos pivotaes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes con melanoma metastásico, tratados en primera línea con pembrolizumab y nivolumab, desde la inclusión de los fármacos en el hospital (marzo 2016 en nivolumab y febrero 2015 pembrolizumab), hasta marzo 2020.

Se recogieron las siguientes variables de la historia clínica y el programa de prescripción electrónica: edad, sexo, fármaco usado, EA. De cada EA se registró el grado.

Los efectos adversos se clasificaron según los criterios National Cancer Institute Common Terminology Criteria (CTCAE v.5.0).

Se agruparon los EAs en las siguiente categorías: reacciones adversas cutáneas, gastrointestinales, pulmonares, endocrinas, hepáticas y otras. Se consideraron EAs graves las de grado 3 y 4.

Para el análisis estadístico se completó una base de datos de Excel.®

RESULTADOS

Durante el tiempo de estudio, 29 pacientes con diagnóstico de melanoma metastásico recibieron tratamiento en primera línea con uno de los dos fármacos. 15 pacientes recibieron nivolumab y 14 pembrolizumab.

El porcentaje de mujeres fue del 80 % en el grupo con nivolumab, y del 71,4% en el grupo con pembrolizumab. La edad media en ambos grupos fue 67,9 años.

El 80% de los pacientes en tratamiento con nivolumab desarrollaron algún tipo de EA, frente al 57,1% entre aquellos que recibieron pembrolizumab.

Tanto la incidencia de efectos adversos graves, como de discontinuaciones, fue mayor en el grupo de nivolumab: 26,7% y 20% vs 14,3 % y 0% en pembrolizumab, respectivamente.

Los EA más reportados entre los pacientes con nivolumab fueron las reacciones cutáneas y gastrointestinales (46,7% cada uno), seguido de astenia (30% de los pacientes).

En el caso del pembrolizumab, el EA más frecuente fue astenia, que estuvo presente en el 50% de los casos, seguido de reacciones cutáneas y gastrointestinales (28,6% en ambos tipos).

CONCLUSIONES

La mayor parte de los pacientes estudiados sufrió algún tipo de toxicidad. En su mayoría fueron EAs de grados 1 y 2 pero, en un porcentaje relevante de los casos, la toxicidad fue grave.

El perfil de reacciones adversas fue similar en ambos fármacos y concuerda con el descrito en los ensayos clínicos, aunque la incidencia de EA y EA graves fue superior en nuestra población.

Nuestros datos sugieren que pembrolizumab fue mejor tolerado que nivolumab. Sin embargo, estos datos deben ser tomados con cautela, debido a la falta de grupos control y la limitación del tamaño de la muestra.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1830. TOXICIDAD DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: ¿PREDICTOR DE SUPERVIVENCIA?

AUTORES

VALENCIA SOTO CM, GARCIA-AVELLO FERNÁNDEZ-CUETO A, MARTINEZ CALLEJO V, BARBADILLO VILLANUEVA S, VILLACAÑAS PALOMARES MV, OCHAGAVIA SUFRATEGUI M, GARCIA DE LA PAZ AM, VALERO DOMINGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVENIDA VALDECILLA 25, CP39008. CANTABRIA

OBJETIVOS

El desarrollo de eventos adversos(EAs) durante el tratamiento con anti-PD1 se ha relacionado con posibles beneficios en la supervivencia, descritos principalmente en el caso de melanoma y cáncer de pulmón no microcítico (CPNM).

El objetivo fue analizar si la aparición de EAs supone una mejoría en los resultados de supervivencia en pacientes con CPNM localmente avanzado o metastásico tratados con nivolumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de CPNM localmente avanzado o metastásico tratados con nivolumab desde junio-2016 a marzo-2020, en un hospital de tercer nivel, excluyendo a los pacientes de ensayos clínicos.

Se seleccionaron las variables: sexo, edad, patología, estadio, aparición de EAs, número de EAs/paciente y tipo de toxicidad.

Para la clasificación de los EAs se utilizaron los criterios National Cancer Institute Common Terminology Criteria (CTCAE v.5.0).

Los datos se recogieron del programa de prescripción electrónica y las historias clínicas informatizadas.

Se utilizó el método de Kaplan-Meier para estimar las variables de supervivencia libre de progresión(SLP) y supervivencia global (SG). Para ello, se establecieron subgrupos según la presencia o no de EAs y número de EA (EA < 2 o ≥2). La evaluación de diferencias entre grupos se realizó mediante el test de log-rank.

Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS versión 19.

RESULTADOS

Se analizaron 57 pacientes. La edad media fue 63,9±14,3 años, con un 75,4% de hombres. En el 79% (n=45) de los pacientes nivolumab se empleó en enfermedad metastásica, y en el 21% (n=12) restante en enfermedad localmente avanzada.

El 72% (n=41) de pacientes presentó al menos un EA. La mediana de EA/paciente fue 1(1-8), con un 31,6% (n=18) de pacientes con ≥2 EA.

En el global del estudio, la mediana de SLP fue de 6 meses (IC95%:4-8) y la de SG 10 meses (IC95%:3,9-16,1).

La mediana de SLP fue 6 meses (IC95%:3,2-8,8) en el subgrupo de pacientes con algún EA, comparada con 5 meses (IC 95%: 2,7-7,3) en aquellos sin toxicidades (p=0,58).

En el caso de la SG, la mediana fue 15 meses (IC95%:8,3-21,7) en pacientes con algún EA, respecto a 2 meses (IC95%: 0-4) en el subgrupo sin toxicidades (p=0,016).

El análisis de supervivencia según número de EAs mostró una SLP de 10 meses (IC95%:0-21) en pacientes con ≥2 EA vs 3 meses (IC95%: 1,7-4,3) en aquellos con 1 o ningún EA (p=0,006).

La mediana de SG fue superior en pacientes con ≥2 EAs: 18 meses (IC95%:14,2-21,8) frente a 5 meses (IC95%:3-6,9) en el subgrupo con < 2 EAs (p=0,004).

CONCLUSIONES

En nuestra población, el desarrollo de toxicidad se asoció con un importante beneficio de SG y una tendencia a una mayor SLP, sin alcanzarse en este último caso la significación estadística.

Se encontró además una relación entre el número de EAs y los resultados de supervivencia. Tanto SLP como SG fueron superiores en pacientes con ≥2 EA.

A pesar de la limitación del estudio y del reducido tamaño muestral, estos datos apoyan la hipótesis de que la toxicidad podría ser un factor predictivo de supervivencia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1842. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ALECTINIB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

LAORDEN CARRASCO A, GARCÍA MOLINA O, RUIZ GÓMEZ A, SÁEZ GARRIDO M, DÍAZ RAMÓN M, CANO MOLINA JÁ, MARTÍNEZ IBAÑEZ MÁ, GONZÁLEZ LOZANO E
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Alectinib es un inhibidor de la tirosina kinasa (ITK) indicado para el tratamiento de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado ALK+ en primera y segunda línea tras crizotinib. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de alectinib en pacientes con CPNM en condiciones reales y compararlo con los estudios pivotaes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes que recibieron tratamiento con alectinib en un hospital de tercer nivel entre enero 2018 hasta abril 2020. Las variables medidas fueron: edad, sexo, ECOG, línea de tratamiento, posología y reducción de dosis. La efectividad se midió mediante la determinación de la SLP (Supervivencia Libre de Progresión) y la SG (Supervivencia Global), entendiendo como SLP el periodo de tiempo transcurrido entre el inicio del tratamiento hasta que suspende por progresión de la enfermedad y/o éxitus y SG el periodo de tiempo entre que inicia el tratamiento hasta que fallece. La seguridad se evaluó mediante el registro de los efectos adversos (EA). Los datos fueron recogidos de la historia clínica electrónica y del programa de prescripción electrónica.

RESULTADOS

Un total de doce pacientes (ocho mujeres y cuatro hombres) recibieron tratamiento con alectinib, diez en 1ª línea y dos en 2ª línea tras crizotinib. La media de edad fue de 62±10 años. Al inicio del tratamiento todos los pacientes presentaban ECOG 0-2. La mediana de ciclos recibidos fue de 16 [rango 4-22]. Todos los pacientes iniciaron con dosis de 600mg dos veces al día, excepto un paciente que comenzó con 450mg cada 12 horas por insuficiencia hepática tras crizotinib. Dos pacientes precisaron reducción de dosis por toxicidad (en el ciclo 8 y 16 respectivamente). En el momento del corte, no se había alcanzado la mediana de SLP, siendo la SLP a los 12 meses del 66,6%, (IC95% 39,8-86,4; de los tres pacientes que progresaron se obtuvo una mediana de SLP de 11 meses [rango 7-18]. La mediana de la SG tampoco se alcanzó en el momento del corte, siendo la SG de los pacientes fallecidos de 11 meses y 24 meses en 1L y 2L respectivamente. El 50% de los pacientes sufrieron alguna reacción adversa principalmente: astenia (n=4), aumento de transaminasas (n=2), retención hídrica y edemas (n=3) y atelectasia en el lóbulo medio (n=1).

CONCLUSIONES

La mediana de SLP y SG, al igual que en el estudio ALEX, no se alcanzó por lo que es necesario un mayor tiempo de seguimiento para su estimación, siendo la SLP a los 12 meses del 66,6% en nuestra muestra, similar al estudio ALEX (70%). La astenia fue la reacción adversa más frecuente y la reducción de dosis fue necesaria en el 16,6% de los pacientes, siendo la principal causa por toxicidad hepática.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1861. IMPACTO DEL USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN LA EFICACIA DE LA INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN

AUTORES

JOFRÉ PERALTA A, TEJEDOR TEJADA E, MARTÍNEZ VELASCO E, RUBIO CALVO D, CANTO MANGANA J, MARTÍNEZ DE LA PLATA JE
HOSPITAL DE PONIENTE. CTRA. DE ALMERIMAR, 31. ALMERÍA

OBJETIVOS

Evaluar si el uso de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) afecta a la eficacia de la monoterapia con anticuerpos que inhiben a los ligandos PD-L1 y PD-L2 (inmunoterapia) tras quimioterapia previa en el cáncer de pulmón no microcítico metastásico (CPNMm).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de 3º nivel. Periodo de estudio: 4 años (2016-2020). Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de CPNMm en tratamiento con inmunoterapia (nivolumab, pembrolizumab y atezolizumab) tras quimioterapia previa. Datos recogidos en el estudio: edad, sexo, consumo de tabaco, escala funcional (ECOG) e histología del tumor. El impacto de los IBP en la eficacia de la inmunoterapia se analizó al comparar el grupo de pacientes en tratamiento concomitante con IBP frente al grupo de pacientes sin IBP. Las variables de eficacia fueron supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). Se realizó el análisis de la supervivencia mediante la estimación de Kaplan-Meier y regresión de Cox.

RESULTADOS

Total de pacientes: 38. Pacientes sin tratamiento con IBP: 14 (92% hombres); mediana (rango) de edad de 63 (45-79) años; 43% fumadores y 57% exfumadores; 70% con nivolumab, 15% con pembrolizumab y 15% con atezolizumab; 71,4% con adenocarcinoma y 28,6% con escamoso; 64% iniciaron la inmunoterapia como segunda línea y 36% como tercera línea; 64% con ECOG 0 y 36% ECOG 2; la mediana (rango) de SLP fue de 4,5 (1-23) meses; la mediana (rango) de SG fue de 9,5 (2-24) meses. Pacientes en tratamiento concomitante con IBP: 24 (87,5% hombres); mediana (rango) de edad de 65 (52-84) años; 42% fumadores y 58 % exfumadores, 79% con nivolumab; 12,5% con atezolizumab y 8,5% con pembrolizumab; 54% con adenocarcinoma y 46% escamoso; 63% iniciaron la inmunoterapia como segunda línea y 27% como tercera línea; 37,5% con ECOG 0 y 62,5% con ECOG 1; la mediana (rango) de SLP fue de 4 (1-26) meses; la mediana (rango) de SG fue de 9,5 (1-26) meses. El hazard ratio (HR) e intervalo de confianza 95% (IC95%) de la SLP al comparar ambos grupos fue de 1,6 (0,75-3,41) a favor del grupo sin IBP con una significancia estadística de p=0,188. La SG al comparar ambos grupos obtuvo un HR: 1,33 (0,54-3,27) p=0,525 a favor del grupo sin IBP.

CONCLUSIONES

En el estudio los pacientes con IBP concomitante muestran una tendencia negativa en la eficacia de la inmunoterapia tras quimioterapia previa en el CPNMm, aunque no se encontró significancia estadística. Las limitaciones del estudio fueron el

pequeño tamaño de la muestra y las diferencias en las características poblacionales entre los grupos respecto al ECOG y la histología a favor del grupo sin IBP.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1898. INFLUENCIA DE LA ANTIBIOTERAPIA EN LA EFECTIVIDAD DE LA INMUNOTERAPIA EN CÁNCER

AUTORES

MARTÍNEZ DE LA TORRE F, CARO TELLER JM, CORTIJO CASCAJARES S, CANALES SIGUERO MD, ORTIZ PEREZ S, SANCHEZ SANZ B, BRUNI MONTERO MÁ, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AV. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Analizar la influencia de los antibióticos, por su alteración en la microbiota, en la efectividad de la inmunoterapia en pacientes con cáncer.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes con cáncer células renales (CCR), de pulmón no microcítico (CPNM) y cabeza y cuello (CCC), en el que se comparó la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) de pacientes con tratamiento antibiótico al menos 30 días antes del inicio con inmunoterapia (ATB30) y en los que no (NoATB).

A partir de pacientes que tenían registrada alguna administración durante 2018 de pembrolizumab o nivolumab, a través de la historia clínica electrónica se recogieron variables demográficas (edad, sexo) y clínicas (Escala de la Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), neutrófilos, estadio de la enfermedad, número de líneas previas, prescripción de antibióticos 30 días previos a la inmunoterapia, progresión y exitus). Se incluyeron pacientes que recibieron al menos 2 ciclos de tratamiento y fueron seguidos desde su inicio hasta enero del 2020 ó exitus.

Para las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas, y para las cuantitativas la mediana y el rango intercuartílico. Se utilizó la prueba exacta de Fisher o U de Mann-Whitney para el contraste de hipótesis y el método de Kaplan-Meier y el modelo de regresión de Cox para el cálculo de la mediana y el Hazard ratio (HR) de la SLP y SG. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSSv15.

RESULTADOS

Se analizaron 84 pacientes de los que se incluyeron 68. Se excluyeron 10 pacientes por recibir solo un ciclo y 6 por no disponer de los datos al inicio de tratamiento en la historia clínica electrónica.

En el grupo NoATB se incluyeron n=44 vs. n=24 en ATB30, la proporción de pacientes con CCR fue 31,8% (n=14) en NoATB vs. 8,3% (n=2) en ATB30, de CCC 18,2% (n=8) en NoATB vs. 20,8% (n=5) en ATB30 y de CPNM 50% (n=22) en NoATB vs. 70,8% (n=17) en ATB30.

El 72,2% (n=32) en NoATB fueron hombres vs. 70,8% (n=24) en ATB30 (p=0,541), la mediana de edad fue 66,7 años (57,5-75,7) en NoATB vs. 67 años (57,8-75,6) en ATB30 (p=0,472), los pacientes con ECOG=0 fueron 22,7% (n=10) en NoATB vs. 8,3% (n=2) en ATB30, ECOG=1 el 45,4% (n=20) en NoATB vs. 66,6% (n=16) en ATB30 (p=0,360). El 32,2% (n=9) tenía un estadio IV en NoATB y 67,8% (n=40) en ATB30 (p=0,261).

La mediana de neutrófilos fue 4.700 células/ μ L (3.800-7.550) en NoATB vs. 4.700 células/ μ L (3.800-7.450) en ATB30 (p=0,117) y la mediana de líneas previas de 2 (1,25-3) en NoATB vs. 2 (1-3) en ATB30 (p=0,128).

La mediana de SLP fue 147 días (10-284) en NoATB vs. 98 día (35-160) en ATB30 (HR=0,91 IC95% 0,53-1,56,p=0,72). La mediana de SG fue 168 días (399-1058) en NoATB vs. 39,6 días (174-329) en ATB30 (HR=0,49 IC95% 0,26-0,9,p=0,024).

CONCLUSIONES

No se observan diferencias significativas en SLP pero sí en SG. Son necesarios más estudios que aumenten el conocimiento del papel que juega la microbiota y su alteración en el cáncer para predecir la respuesta a la inmunoterapia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1912. PERFIL DE SEGURIDAD Y COSTES ASOCIADOS AL TRATAMIENTO CON PALBOCICLIB Y RIBOCICLIB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

AUTORES

DÍAZ DÍAZ CL, GONZÁLEZ PERERA I, GARCÍA BELLO MÁ, VIÑA ROMERO MM, MONTERO DELGADO A, ÁLVAREZ TOSCO KI, MESA EXPÓSITO R, MERINO ALONSO FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CARRETERA ROSARIO N.145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Palbociclib y ribociclib, fármacos inhibidores de las quinasas dependientes de ciclina 4 y 6, tienen indicación en cáncer de mama metastásico o localmente avanzado, con receptor hormonal positivo y HER2 negativo. El Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT), muestra su equivalencia terapéutica en combinación con letrozol o fulvestrant, por lo

que la elección del tratamiento se basará en criterios de eficiencia.

El objetivo del estudio es evaluar la seguridad de palbociclib y ribociclib en la práctica clínica habitual y comparar los costes asociados al uso de ambos fármacos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el que se incluyen mujeres en tratamiento con palbociclib o ribociclib en combinación con letrozol o fulvestrant entre enero de 2018 y agosto de 2019.

Se recogieron datos de la historia clínica electrónica: edad, toxicidad observada, reducción de dosis, ciclos de tratamiento hasta reducción de dosis, ciclos completados hasta el momento del estudio.

Los datos económicos se obtuvieron de los Precios de Venta de Laboratorio.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS/PC (versión 24.0 para Windows, SPSS, Inc, Chicago, IL). En los resultados se indicará el test estadístico aplicado.

RESULTADOS

Se incluyeron 76 mujeres, 28 tratadas con ribociclib, de ellas, el 57.1% en combinación con letrozol, 42,9% con fulvestrant. Con palbociclib se trataron 48 pacientes, el 56.3% en combinación con letrozol, 43,7% con fulvestrant. La edad media era de 61.5 ± 12.69 en el grupo con ribociclib y de 60.42 ± 10.27 con palbociclib.

La media de ciclos recibidos en el grupo con ribociclib fue de 5.1(1-16), y con palbociclib fue de 8.7 ciclos(1-18).

El principal efecto adverso observado fue la neutropenia, en un 25% de las pacientes con ribociclib y en el 77% del grupo de palbociclib.

Una paciente con ribociclib experimentó prolongación del intervalo QT que implicó reducción de dosis.

El 32% de las pacientes con ribociclib redujeron dosis, frente al 79% de las tratadas con palbociclib, $p < 0.001$ (test Chi cuadrado).

Cuando este análisis se realiza teniendo en cuenta el tiempo libre de reducción de dosis(test Kaplan-Meier), no se observan diferencias estadísticamente significativas ($p=0.8$).

La dosis de ribociclib se redujo hasta 400 mg. Con palbociclib, se redujo hasta 100 mg en el 60.5% y a 75 mg en el 39.5%.

El coste total de nuestras pacientes/año con ribociclib es de 588.600€, de esta cantidad, 141.264€ corresponden a las pacientes que redujeron dosis.

En cuanto al palbociclib, el coste total de nuestras pacientes/año es de 983.808€ y no hay diferencias económicas entre las reducciones de dosis y la dosis plena.

CONCLUSIONES

En nuestra población, el porcentaje de reducciones de dosis por toxicidad fue superior en las pacientes tratadas con palbociclib.

El coste de la reducción de dosis con ribociclib es menor que el de palbociclib. Con estas condiciones y nuestra casuística, si las pacientes tratadas con palbociclib hubieran recibido ribociclib, se ahorrarían 152.000€ al año.

La comercialización de abemaciclib y la activación de políticas y acuerdos comerciales de estos medicamentos promueve una realidad cambiante, donde el farmacéutico hospitalario debe valorar el posicionamiento que ocupará cada uno.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1920. ESTUDIO EN VIDA REAL DE ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA EN PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN PREQUIMIOTERAPIA

AUTORES

LAO DOMÍNGUEZ FÁ, ARTACHO CRIADO S, GUTIÉRREZ PIZARRAYA A, RIVERA MUÑOZ F
HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE VALME. CTRA. DE CÁDIZ KM. 548,9. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de abiraterona y enzalutamida en el tratamiento de pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a castración (CPRC) previo al uso de quimioterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, multidisciplinar y unicéntrico en el que se incluyeron los pacientes con CPRC en tratamiento con abiraterona y enzalutamida desde febrero-2013 hasta junio-2019. Fin de período de seguimiento: 30-abril-2020. Variables recogidas: edad, estado funcional según escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) y presencia de metástasis viscerales al inicio del tratamiento. Variables de efectividad: supervivencia libre de progresión radiológica (SLPr) y supervivencia global (SG). Variables de seguridad: porcentaje de pacientes con reacciones adversas (RA) y tipo y grado de RA según Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) V.5.0. Fuentes de información: historia clínica electrónica (Diraya®) y programa de prescripción electrónica Farmatools®. Análisis estadístico: las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango o rango intercuartílico (RIQ) y las categóricas como frecuencia y porcentaje. Las proporciones se compararon con la prueba de Chi-square. Se realizó test no paramétrico U-Mann-Whitney para comparar SLPr y SG entre grupos. Análisis: software SPSS v20.0.

RESULTADOS

Se seleccionaron un total de 46 hombres (29 tratados con abiraterona y 17 con enzalutamida), con edad mediana 76 años (rango: 55-85) en tratamiento con abiraterona y de 78 años (rango: 68-88) con enzalutamida. Los tratados con abiraterona tuvieron ECOG 0: 51,7% y ECOG 1: 48,3%, y los tratados con enzalutamida ECOG 0: 76,5% y ECOG 1: 23,4%. Seis pacientes de los tratados con enzalutamida (35,3%) y ninguno de los tratados con abiraterona presentaron metástasis pulmonares al inicio.

La mediana del tiempo de seguimiento fue de 19,8 meses. De los pacientes tratados con abiraterona, 20 finalizaron el tratamiento: 17 por progresión, 2 por exitus y 1 por toxicidad –disfunción ventricular G3–. De aquellos con enzalutamida, 12 finalizaron el tratamiento: 10 por progresión y 2 por exitus. A fecha de cierre de seguimiento aún seguían vivos 15 pacientes con abiraterona y 11 con enzalutamida. La SLPr mediana para abiraterona y enzalutamida fueron 13,4 meses (RIQ:3,0–28,9) vs. 12,0 meses (RIQ:3,5-25,8); sin diferencias significativas ($p=0,955$). La SG mediana en ambos grupos fue de 21,2 meses (RIQ:9,2-33,9) vs. 17,5 meses (RIQ:11,2-26,2); sin diferencias significativas ($p=0,562$).

Un total de 14 pacientes con abiraterona (48,3%) sufrieron alguna RA, siendo las más frecuentes infecciones del tracto urinario G2 (n=4), hematuria G2 (n=3), astenia G1 (n=3) e hipertensión G1 (n=2). Para enzalutamida (n=11; 64,7%) las más comunes fueron sofocos G2 (n=6) y astenia G1 (n=3). No se encontraron diferencias entre la proporción de pacientes con RAs entre los dos grupos de tratamiento ($p=0,280$).

CONCLUSIONES

Tanto la SLPr como la SG observadas en los pacientes con abiraterona fue superior a la del grupo con enzalutamida, pero sin diferencias estadísticamente significativas. La frecuencia global de RAs es alta, siendo la mayoría leves-moderadas y sin diferencias entre ambos grupos. Además, las RAs observadas fueron las esperadas con estos fármacos. Con estos datos, no podemos sugerir diferencias de efectividad o seguridad entre los dos grupos de tratamiento estudiados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1922. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL PERTUZUMAB EN LA NEOADYUVANCIA DEL CÁNCER DE MAMA

AUTORES

PÉREZ DE AMEZAGA TOMÁS L, NIGORRA CARO M, RODRÍGUEZ CAMACHO JM, GONZÁLEZ MORCILLO G, MANDILEGO GARCÍA A, PARERA PASCUAL MM, VILANOVA BOLTÓ M
HOSPITAL UNIVERSITARI SON LLÀTZER. CTRA. DE MANACOR, S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y la seguridad de añadir pertuzumab a la neoadyuvancia del cáncer de mama con quimioterapia y trastuzumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron todas las pacientes con el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER-2) positivo tratadas con pertuzumab en neoadyuvancia de cáncer de mama en un hospital de segundo nivel.

Variables: edad, afectación ganglionar al diagnóstico, receptores hormonales (RH), Ki-67, mutación BRCA, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) y Fracción de Eyeción del Ventrículo Izquierdo (FEVI) al inicio del tratamiento, esquema de neoadyuvancia y adyuvancia, cambios de esquema y tipo de cirugía. La eficacia se evaluó a través de la respuesta anatomopatológica tras la cirugía, las recaídas y el tipo de recaída. La seguridad se evaluó mediante el registro de los efectos adversos (EA) durante el tratamiento con pertuzumab.

Estos datos fueron recabados a través de la historia clínica y el programa Farmis_Oncofarm®.

RESULTADOS

Se incluyeron 32 mujeres, edad media 54±12 años. Todas las pacientes presentaron un ECOG 0-1 y FEVI > 50%. El 33,3% presentaron RH negativos. El Ki-67 fue > 14% (considerado índice de proliferación elevado) en el 93,8% de las pacientes. Se estudió la mutación BRCA en 4 de ellas, resultando mutada en una. Quince (46,9%) pacientes presentaron afectación ganglionar.

Veintiséis (81,3%) pacientes recibieron el esquema AC (adriamicina+ciclofosfamida) seguido de paclitaxel+trastuzumab+pertuzumab. Una paciente inició AC pero cambió a EC (epirubicina+ciclofosfamida). Cuatro (12,5%) pacientes no recibieron antraciclinas y siguieron el esquema TPCH (docetaxel+carboplatino+trastuzumab+pertuzumab). Una (3,1%) paciente cambió de TPCH a AC por mala tolerancia, seguido de paclitaxel+trastuzumab+pertuzumab.

Tras la neoadyuvancia, hubo un 40% de respuestas parciales (pRP) y un 60% de respuestas completas (pRC).

Los EA durante el tratamiento con pertuzumab (+trastuzumab y paclitaxel/docetaxel) fueron: diarrea (24; 75%), fatiga (14; 43,8%), neurotoxicidad (14; 43,8%), xerostomía (12; 37,5%), mucositis (11; 34,4%), toxicidad cutánea (11; 34,4%), astenia (10; 31,3%), anorexia (10; 31,3%), onicodistrofia (10; 31,3%), alopecia (7; 21,9%), náuseas y vómitos (6; 18,8%), neutropenia (5; 15,6%), anemia (3; 9,4%), disgeusia (3; 9,4%), epistaxis (2; 6,25%), artromialgias (1; 3,13%), pancitopenia (1; 3,13%), pérdida de vista (1; 3,13%). Los EA relacionados con pertuzumab fueron: diarrea, náuseas y vómitos, astenia, fatiga, neutropenia, mucositis y cutáneos (rash). En general, dichos EA fueron bien tolerados y en un 6,2% de grado ≥3.

Se practicaron 13 (43,3%) tumorectomías y 17 (56,7%) mastectomías; 2 pacientes no habían llegado a cirugía a fecha fin de estudio (abril 2020).

En cuanto a la adyuvancia, las 30 pacientes recibieron trastuzumab y tres de ellas recibieron también pertuzumab. Se empleó radioterapia en el 53,3% de las pacientes y hormonoterapia en todas aquellas con RH positivos.

La media de tiempo transcurrido desde la cirugía hasta la fecha fin de seguimiento fue de 22±10 meses. En este periodo solo una paciente tuvo una recaída local tras una pRP.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos reflejan el beneficio del doble bloqueo anti HER-2 y son muy similares a los publicados en el estudio de Díaz-Redondo T et al. (2019) -39% pRP vs 61% pRC- que evalúa la neoadyuvancia con trastuzumab+pertuzumab en la práctica clínica habitual.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1930. EFECTIVIDAD Y TOXICIDAD DE LA QUIMIOTERAPIA COMBINADA CON CETUXIMAB, PANITUMUMAB O BEVACIZUMAB EN PRIMERA LÍNEA DEL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES

LONGONI MERINO M, REDONDO CAPAFONS S, QUINTANA RIERA S, NICOLAS PICÓ J
HOSPITAL MUTUA DE TERRASA. GARCIA HUMET 2. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar la superioridad en relación a efectividad y toxicidad de bevacizumab (B) en combinación con leucovorin, fluorouracilo y oxaliplatino (mFOLFOX6) en el cáncer colorrectal metastásico (CCRm) RAS mutado respecto a la combinación cetuximab (C) o panitumumab (P) con mFOLFOX6 en el CCRm RAS nativo, en primera línea (1L).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo entre 2016 y 2019, con pacientes diagnosticados y tratados en 1L de un CCRm con RAS nativo o mutado confirmado, recibiendo esquema mFOLFOX6, en un hospital universitario de 450 camas.

Se registró: sexo, edad, sintomatología, localización primaria del tumor, presencia y localización de metástasis, tipo y gravedad de reacciones adversas (RA).

Del programa Farmis_oncofar[®] se obtuvo: número de ciclos de quimioterapia, reducciones de dosis, discontinuación de algún fármaco por toxicidad.

La efectividad se evaluó como porcentaje de respuestas objetivas, expresándose como respuesta completa (RC), parcial (RP), enfermedad estable (EE) y progresión de enfermedad (PE). El análisis de supervivencia se realizó con el test de Kaplan-Meier para supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG), comparándose con long-rank test con una significación del 5%. Se realizó una regresión de Cox como análisis de supervivencia multivariable (tratamiento, sexo y edad > 61 años y < 60 años) mediante el programa SPSS[®] versión 21.0.

La toxicidad se evaluó con el Common Terminology Criteria for Adverse Events, versión 5.0

RESULTADOS

Se incluyeron 46 pacientes diagnosticados de CCRm con tratamiento de 1L, de los cuales 18 fueron RAS nativo, 12 hombres (66,6%), con una mediana de edad de 59 (26-75) que se trataron con C o P, y 28 RAS mutado, 21 hombres (75%), con una mediana de edad de 63 (39-80), que se trataron con B.

La respuesta al tratamiento fue: en el grupo C o P RC (n=1, 5,5%), RP (n=6, 33,3%), EE (n=3, 16,8%), PE (n=6, 33,3%) y 2 no evaluable (n=2, 11,1%). En el grupo B, RC (n=1, 3,5%), RP (n=7, 25,0%), EE (n=4, 14,3%), PE (n=8, 28,6%) y no evaluable (n=8, 28,6%). La RC o RP en el grupo C o P fue del 38,9% frente al 28,5% del grupo B.

La SLP en el grupo C o P fue de 16,8 meses (95% IC 12,3-21,3) y en el grupo B 14,8 meses (95% IC 11,6-18,1), sin diferencia entre las dos curvas (p=0,951). En cuanto a la SG en el grupo C o P fue de 18,5 meses (95% IC 14,4-22,5) y en el grupo B fue de 21,5 meses (95% IC 16,8-26,2), sin diferencia entre las dos curvas (p=0,744).

La supervivencia multivariable indica que no existe relación con el tratamiento (p=0,651) y el sexo (p=0,326). La edad sí presenta una tendencia a la significación (p=0,056).

En cuanto las RA, el grupo C y P, 3 pacientes presentaron grado 4 (16,6%) y 10 grado 3 (55,5%); en el grupo B, 1 grado 4 (3,5%) y 6 grado 3 (21,5%).

CONCLUSIONES

B no fue superior a C o P en RC o RP. La SLP no fue superior en B, en cambio sí fue en SG. Las RA fueron muy inferiores en el grupo B.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1931. DATOS DE VIDA REAL: PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA HER 2+ METASTÁSICO EN TRATAMIENTO CON DOBLE BLOQUEO HER2 Y TAXANO

AUTORES

CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, RODRIGUEZ MARTINEZ T, MEROÑO SAURA MA, PACHECO LÓPEZ P, CARVAJAL SANCHEZ MÁ, IBAÑEZ CATURLA J, TITOS ARCOS JC
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AVENIDA MARQUÉS DE LOS VÉLEZ, SN. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con doble bloqueo HER-2 con pertuzumab y trastuzumab en combinación con taxano de las pacientes con cáncer de mama HER-2+ en primera línea de enfermedad metastásica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se incluye a todas las pacientes con cáncer de mama HER 2+ localmente recurrente, irresecable o metastásico desde diciembre 2014 hasta enero 2020.

VARIABLES recogidas: demográficas, enfermedad visceral, hormona sensibilidad, número ciclos recibidos, duración del tratamiento, tratamiento previo, efectividad estudiada según criterios RECIST 1.1, seguridad según CTCAE v.5. Análisis estadístico realizado mediante el programa estadístico SPSS, estimando la supervivencia libre de progresión (SLP) mediante la curva de Kaplan-Meier. Los datos fueron recogidos de la historia clínica informatizada (Selene®) y del programa de prescripción electrónica oncológica (Farmis-oncofarm 3.0®).

RESULTADOS

Se incluyeron 26 mujeres con una mediana de edad de 54,5 años (38-75).

El 53,85% (14/26) de las pacientes presentaban enfermedad visceral al inicio del tratamiento. El 76,92% (20/26) de las pacientes mostraban receptores hormonales positivos.

En relación al tratamiento 13 pacientes en tratamiento con docetaxel 75mg/m², una paciente con docetaxel 100mg/m² y 12 con paclitaxel 80mg/m² semanal. El 38,46% de las pacientes (10) había recibido trastuzumab en adyuvancia o neoadyuvancia. La mediana de la duración del tratamiento fue de 9,18 meses (1,5-47,1). La mediana del nº de ciclos recibidos por paciente fue de 13,5 (3-69), sin embargo, la mediana del nº de ciclos con taxol fue de 6 (3-10) ciclos por paciente.

En relación a la efectividad, la tasa de respuesta objetiva (ORR) fue del 34,61% (respuesta completa: 7 pacientes; respuesta parcial: 2 pacientes). La tasa de beneficio clínico fue del 46,16% (ORR+3 pacientes enfermedad estable), progresaron 14 pacientes (53,84%). Se estima la media de supervivencia libre de progresión mediante Kaplan Meier en 21,46 meses (IC95%: 13,64-29,29), no alcanzándose la supervivencia global.

En relación a la seguridad, del total de pacientes en tratamiento con docetaxel, el 40% (6/15) presentaron reacción infusional a docetaxel, dos de ellas de grado 3 (33,33%) que obligaron a cambiar a paclitaxel semanal y 3 pacientes a trastuzumab (11,54%), una de ellas requirió protocolo de desensibilización en UCI.

Los efectos adversos en todas las pacientes se evalúan de manera descriptiva siendo las más frecuentes (> 30% pacientes): náuseas, diarrea, mucositis, neurotoxicidad periférica, reacciones cutáneas y astenia. Se describen un total de 8/26 (30,77%) pacientes con efectos adversos de grado 3-4 que obligaron a retrasar el tratamiento, dos de ellos por cardiotoxicidad (7,7%), estas habían recibido una media de 19 ciclos de trastuzumab (adyuvancia+1ª línea). Otros dos (7,7%) por neumonitis grave asociada a docetaxel, dos (7,7%) por diarrea, un paciente por neurotoxicidad y otro por astenia. Únicamente una paciente con toxicidad digestiva asociada a pertuzumab se vio obligada a suspenderlo.

CONCLUSIONES

Los resultados de efectividad y seguridad en vida real muestran resultados similares a los obtenidos en el ensayo clínico pivotal, mostrando una mejora en la supervivencia libre de progresión en relación al ensayo (18,5 meses). La mayoría de los efectos adversos ocurrieron durante el periodo concomitante de administración con docetaxel.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1933. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DEL PUNTO DE CONTROL INMUNOLÓGICO EN SEGUNDA LÍNEA DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

CALLEJA CHUCLA T, FERNÁNDEZ OLIVEIRA C, FERNÁNDEZ GABRIEL E, MATEOS SALVADOR M, MARTINEZ ROCA C, BUSTO FERNÁNDEZ F, YÁÑEZ GÓMEZ P, MARTIN HERRANZ I
HOSPITAL DE A CORUÑA. AS XUBIAS DE ABAIXO 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

Estudiar la efectividad, en términos de supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión (SLP) tasa de respuesta global objetiva (TR), y la seguridad de Atezolizumab, Pembrolizumab y Nivolumab en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico metastásico (CPNMm), en segunda línea (2ªL) de tratamiento en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio post-autorización observacional y retrospectivo los pacientes diagnosticados de CPNMm que recibieron tratamiento quimioterápico en 2ªL con Atezolizumab, Pembrolizumab y o Nivolumab entre los años 2015-2018. Datos recogidos: Edad, sexo, ECOG al inicio del tratamiento, fecha de inicio y fin de tratamiento, respuesta obtenida, fechas de progresión y éxitus, efectos adversos (EA), gradación según CTCAE v 5.0 y sus consecuencias. Fuentes de datos: Historia clínica informatizada, Farmis-oncofarm. A Análisis de datos: programa estadístico (SPSS versión 24). El estudio se realizó conforme a la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Se incluyeron 138 pacientes (Nivolumab n=103, Pembrolizumab n=27, Atezolizumab n=8), 98/138 (71,0%) varones, con una media de edad (mediana) de 64,4(65) años, 44/138 (31,9%) pacientes ≥65 años y 23/138 (16,7%) ≥75 años. En relación a la calidad de vida, 23/138 (16,7%) pacientes presentaban ECOG 2 al inicio del tratamiento y el resto 115/138 (83,3%) ECOG 0-1. La mediana de SG fue de 9,32 meses (IC95%: 7,46-11,19) y la mediana de SLP fue de 2,71 meses (IC95%: 2,1-3,3). La TRG fue de un (21,5%). 67/138 pacientes (48,5%) desarrollaron algún tipo de EA, siendo los principales gastrointestinales (12,9%), musculoesqueléticos (10,4%) y pulmonares (6,7%). En 15/138 pacientes (10,8%) los EA fueron de grado 3-4. En 54/67 (33%) pacientes los EA motivaron retrasos en la administración del tratamiento, 42/67 requirieron corticoterapia (26/42 vía oral y 16/42 vía parenteral) y en 3/67 pacientes la toxicidad motivó ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES

Los resultados en SG y SLP obtenidos en nuestra práctica clínica habitual son menores que los obtenidos en los ensayos clínicos aleatorizados pivotaes aunque sí se asemejan a los resultados publicados de otras series en vida real. Nuestros

resultados en términos de TR y seguridad son similares a los obtenidos en los EECC. Las características fundamentales que diferencian a nuestra población de la de los EECC serían la edad más avanzada y peor estado funcional en el momento de inicio del tratamiento, el nº de líneas previas y el nº de pacientes incluidos en ensayos clínicos con ICI, así como el limitado tamaño muestral, pudiendo condicionar todo ello los resultados de efectividad en vida real.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1986. EXPERIENCIA CON VENETOCLAX ASOCIADO A UN AGENTE HIPOMETILANTE EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

AUTORES

LOPEZ ASPIROZ E, GARCIA MARTIN E, GARCIA DE SANTIAGO B, ROLDAN PEREZ A, VAZQUEZ PAGANINI J, PENALVA MORENO MJ, HERRAEZ GARCIA R, MARTINEZ HERNANDEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFIA. AVENIDA DE EUROPA 34. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de venetoclax asociado a un agente hipometilante (azacitidina o decitabina) en leucemia mieloide aguda (LMA), indicación fuera de ficha técnica en Europa (sí autorizado por la Food and Drug Administration-FDA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de pacientes diagnosticados de LMA en tratamiento con venetoclax desde el segundo semestre de 2019 hasta la actualidad (mayo/2020). Los datos demográficos y clínicos se han obtenido de la historia clínica electrónica (Selene®) y la historia farmacoterapéutica, del módulo de prescripción electrónica (Farmatools®). La respuesta al tratamiento se ha evaluado por aspirado/biopsia de médula ósea realizada al diagnóstico, al inicio del tratamiento y 2 meses después del inicio.

RESULTADOS

Se han evaluado 8 pacientes, 5 mujeres y 3 hombres. La edad media ha sido de 71,4 años (46-77). En cuanto al diagnóstico: 7 LMA secundarias (5 a síndrome mielodisplásico y 2 a leucemia mielomonocítica crónica) y 1 LMA de nuevo diagnóstico. Los pacientes han recibido tratamiento con venetoclax más azacitidina (2) o decitabina (6), previa autorización de dirección médica. Seis pacientes habían recibido previamente tratamiento con azacitidina y para los 2 restantes, el tratamiento del estudio ha constituido su primera línea terapéutica. La media de duración del tratamiento han sido 151 días (24-390).

Las dosis de venetoclax han sido: 70 mg (5) por interacción con posaconazol concomitante, 100 mg (1) por interacción con isavuconazol y 400 mg (2) en pacientes sin tratamiento con azoles. Dos de los pacientes que recibían 70 mg alcanzaron dosis de 400 mg tras la retirada de posaconazol.

El aspirado/biopsia de médula ósea para la evaluación de la respuesta a los 2 meses del inicio del tratamiento de venetoclax más hipometilante, mostró que 5 pacientes (62,5%) se encontraban en remisión completa (RC) y en 3 pacientes (37,5%) la enfermedad había progresado durante el tratamiento. De los 5 pacientes que se encontraban en RC, 2 continúan con tratamiento en la actualidad y mantienen la respuesta. Estos 2 pacientes son aquellos para los que el tratamiento del estudio ha constituido su primera línea terapéutica. En los otros 3 pacientes se suspendió el tratamiento por neutropenia: en 2 de ellos progresó la enfermedad durante el periodo sin tratamiento y 1 falleció por neumonía fúngica.

Venetoclax ha sido bien tolerado en el 62,5 % (5) de los pacientes; la toxicidad más frecuente ha sido neutropenia.

CONCLUSIONES

A pesar del pequeño tamaño de la muestra, las características de nuestra serie y las toxicidades presentadas, coinciden con otros datos publicados (Mei M., 2019). La tasa de RC de 62,5%, es similar a la descrita en otras series (59-67%; DiNardo CD., 2019). Y al igual que en otros estudios, se ha observado una mejor respuesta y mantenida en el tiempo en aquellos pacientes que no habían recibido previamente tratamiento con hipometilantes y que el tratamiento del estudio ha constituido su primera línea terapéutica (Poyllea DA., 2018). Por tanto, el tratamiento concomitante de venetoclax con un agente hipometilante en pacientes con LMA es una opción terapéutica que está demostrando beneficio clínico respecto a otras opciones de tratamiento disponibles.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1992. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRIFLURIDINA/TIPIRACILO EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO: DATOS DE 3 AÑOS EN VIDA REAL

AUTORES

PATIER RUIZ I, FERNANDEZ FRAGA F, MORENO GARCIA M, DIEZ FERNANDEZ R, MOLINA GARCIA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM.12'5. MADRID

OBJETIVOS

Trifluridina/tipiracilo (TAS-102) ha sido incluido como un fármaco con una magnitud de beneficio clínico dudosa, según la escala ESMO-MCBS (valores=1-2), en la indicación de cáncer colorrectal metastásico (CCRm), en pacientes que han sido previamente tratados con las terapias disponibles o no se les considera candidatos adecuados a dichas terapias. Esto incluye quimioterapia basada en fluoropirimidinas, terapia anti-VEGF y terapia anti-EGFR.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad del TAS-102 en cáncer colorrectal metastásico (CCRm) en la práctica clínica en un hospital de tercer nivel, comparando los resultados con los del ensayo clínico pivotal RECURSE.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo en el que se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de CCRm que recibieron tratamiento con TAS-102 desde mayo de 2017 hasta mayo de 2020. Se analizaron variables demográficas (sexo y edad) y clínicas (mutación gen RAS, localización primaria del tumor, duración del tratamiento, supervivencia libre de progresión (SLP) y eventos adversos). La progresión se analizó según criterios radiológicos Response Evaluation Criteria In Solid Tumors (RECIST v1.1). Se entendieron como líneas de tratamiento previas esquemas con Capecitabina ± oxaliplatino, FOLFOX, FOLFIRI y regorafenib. La adición al esquema de terapia anti-VEGFR/EGFR no se consideró como una línea diferenciada.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 32 pacientes con CCRm fueron tratados con TAS-102. La media de edad fue 69,4 años (RIC: 61,67-75,44), 53,13% eran hombres. 3,12% de los pacientes habían recibido 2 líneas previas de tratamiento, 68,75% recibieron 3 líneas y el 28,13% 4 líneas. En el 53,1% de los casos no había mutación RAS. Localización primaria: 71,88% colon (26% colon derecho, 30,5% colon izquierdo, 43,5% sin especificar), 25% recto y 3,12% afectación colorrectal.

Todos los pacientes habían progresado a una primera línea de tratamiento con fluoropirimidinas. Así mismo, 96,88% progresó a irinotecán y 53,12% progresó a cetuximab. El 100% de los pacientes recibió terapia biológica, de los cuales 59,4% recibieron 2 fármacos distintos, 21,9% 1 único fármaco y el 18,7% restante 3. Bevacizumab fue administrado al 90,6% de los pacientes, aflibercept al 59,4%, y cetuximab/panitumumab 53,13%.

La duración media de tratamiento (meses) fue 2,25 (RIC: 1,61-3,35). En el momento de la recogida de datos, el 81,25% había progresado al tratamiento, 12,5% habían suspendido el tratamiento por toxicidad y 6,25% continuaban activos. La mediana de SLP de estos 26 pacientes que progresaron fue 2,25 meses (IC95: 1,5-3).

Con respecto a la seguridad; el 90,6% de los pacientes presentó algún efecto adverso. 65,6% astenia, 56,2% dolor, 40,6% neutropenia (38,5% grado 3, 46,1% grado 2 y 15,4% grado 1), 34,4% diarrea, 31,25% náuseas, 18,75% alteraciones hepáticas, 18,7% disminución del apetito, 15,6% infecciones y 9,4% hemorragias.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, los pacientes presentaron una SLP similar a la observada en el ensayo clínico pivotal (2 [1,9; 2,1] meses). En cuanto a la seguridad, el esquema presenta toxicidad asociada con marcado dolor, astenia y neutropenia, similar al perfil de seguridad del ensayo RECURSE.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1994. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE REGORAFENIB EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO: DATOS DE 7 AÑOS EN VIDA REAL

AUTORES

PATIER RUIZ I, FERNANDEZ FRAGA F, MORENO GARCIA M, DIEZ FERNANDEZ R, MOLINA GARCIA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM.12'5. MADRID

OBJETIVOS

Regorafenib ha sido incluido como un fármaco con una magnitud de beneficio clínico dudosa según la escala ESMO-MCBS (valores=1-2), en la indicación de cáncer colorrectal metastásico (CCRm), que han sido previamente tratados con las terapias disponibles o no se les considera candidatos adecuados a dichas terapias. Esto incluye quimioterapia basada en fluoropirimidinas, terapia anti-VEGF y terapia anti-EGFR.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad del regorafenib en cáncer colorrectal metastásico (CCRm) en un hospital de tercer nivel, comparando los resultados con los del ensayo clínico pivotal CORRECT.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo en el que se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de CCRm que recibieron tratamiento con regorafenib desde diciembre de 2013 hasta mayo de 2020. Se analizaron variables demográficas (sexo y edad) y clínicas (mutación gen RAS, localización primaria del tumor, duración del tratamiento, supervivencia libre de progresión (SLP) y eventos adversos). La progresión se analizó según criterios radiológicos Response Evaluation Criteria In Solid Tumors (RECIST v1.1). El performance status no fue referenciado en la historia clínica. Se entendieron como líneas de tratamiento previas esquemas con Capecitabina ± oxaliplatino, FOLFOX, FOLFIRI y TAS-102 (trifluridina/tipiracilo). La adición al esquema de terapia anti-VEGFR/EGFR no se consideró como una línea diferenciada.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 27 pacientes con CCRm fueron tratadas con regorafenib, 63% fueron hombres. La media de edad fue 68 años (RIC:63-75). 33,3% de los pacientes habían recibido 2 líneas previas de tratamiento, 51,9% recibieron 3 líneas y el 14,8% 4 líneas. Mutación en gen RAS estaba presente en el 63% de los mismos. Localización primaria: 63% colon (64,7% colon izquierdo y 22,3% colon derecho), 25,9% recto y 11,1% afectación colorrectal.

Todos los pacientes habían progresado a una primera línea de tratamiento con fluoropirimidinas. Así mismo, 92,6% progresó a irinotecán y 77,8% progresó a TAS-102. El 96,7% de los pacientes recibió terapia biológica, de los cuales 53,8% recibieron 2 fármacos distintos, 38,4% 1 único fármaco y el 7,8% restante 3. Bevacizumab fue administrado al 80% de los pacientes, aflibercept al 53,8%, y cetuximab/panitumumab 33,3%.

La duración media de tratamiento (meses) fue 2,3 (RIC: 1-2,8). En el momento de la recogida de datos, 2 pacientes (7,4%) continuaba en tratamiento, mientras que el 55,5% había sufrido una progresión, 22,2 % habían fallecido y el 14,9% había finalizado tratamiento por toxicidad asociada.

La mediana de SLP de estos 15 pacientes que progresaron fue 2 meses (IC 95:0,9-3).

Con respecto a la seguridad; el 100% de los pacientes presentó algún efecto adverso. Particularmente: 59,3% astenia, 55,5% dolor, 33,3% disminución del apetito, 33,3% estreñimiento, 22,2% diarrea, 22,2% toxicidad cutánea, 22,2% infecciones y 3,7% alteraciones hepáticas.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio los pacientes presentaron una SLP similar a la observada en el ensayo CORRECT (1,9 meses), presentando un beneficio clínico escaso. En cuanto a la seguridad, el esquema presenta toxicidad asociada con marcado dolor, astenia y trastornos gastrointestinales, similares a los resultados de seguridad del CORRECT, sin presentar ni hipertensión ni hemorragias.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2019. EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA MULTIDISCIPLINAR EN EL SEGUIMIENTO DE LAS REACCIONES ADVERSAS DE LOS MEDICAMENTOS CAR-T

AUTORES

LÓPEZ SUÑÉ E, SÁEZ PEÑATARO J, RUÍZ BOY S, MARFÀ BÁRZANO M, CARCELERO SANMARTÍN E, RIU VILADOMS G, CALVO ROJAS G, CAMACHO HERNANDO C
HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir el perfil de seguridad del medicamento CAR-T (receptor de antígeno quimérico de células T) comercial Axicabtagene ciloleucel (KTE-C19) y los CAR-T ARI-0001 y KTE-X19, estos últimos en uso compasivo.

MATERIALES Y MÉTODOS

El grupo multidisciplinar de Farmacovigilancia del hospital, realizó un seguimiento diario de los pacientes que recibieron medicamentos CAR-T comerciales y en uso compasivo desde marzo 2019 hasta mayo 2020. El período de seguimiento fue desde el primer día de infusión de CAR-T hasta el alta hospitalaria. Todas las reacciones adversas (RAMs) detectadas se registraron en una base de datos de seguridad y se comunicaron al sistema autonómico de Farmacovigilancia y a la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) respectivamente.

RESULTADOS

Un total de 14 pacientes (6 mujeres y 8 varones) con edad media de 40.3 ± 13.7 años, recibieron medicamentos CAR-T, de los cuales 6 recibieron KTE-C19, 7 ARI-0001 y 1 KTE-X19. KTE-C19 se indicó para tratamiento de linfoma difuso de células grandes tipo B en 5 pacientes y linfoma primario mediastínico en 1 paciente. ARI-0001 se indicó exclusivamente para leucemia aguda linfoblástica y KTE-X19 para linfoma de células del manto. Doce pacientes recibieron el 100% de la dosis mientras que 2 pacientes solo recibieron el 10% de ARI-0001 por aparición precoz de síndrome de liberación de citocinas (SLC) grave.

En cuanto a RAMs, se registraron 12 episodios de SLC (11 pacientes) y 9 episodios de neurotoxicidad (6 pacientes). Únicamente 3 de los pacientes no presentaron RAMs atribuibles a los medicamentos CAR-T. De los episodios de SLC, 4 fueron grado 1, 6 grado 2, 1 grado 3 y 1 grado 4. La incidencia de SLC fue parecida entre ARI-0001 y KTE-C19 (6/7 y 5/6 pacientes respectivamente) pero los dos casos más graves (grados 3 y 4) los desarrollaron dos pacientes tratados con solo el 10% de dosis de ARI-0001. La incidencia de neurotoxicidad y la severidad de la misma fue superior en los pacientes tratados con KTE-C19 (4/6 pacientes) frente a los tratados con ARI-0001 (1/7 pacientes). En los pacientes tratados con KTE-C19 se produjeron 3 episodios de neurotoxicidad grado 3 y 1 grado 4, el cual requirió ventilación mecánica invasiva. El paciente que recibió KTE-X19 desarrolló 2 episodios de neurotoxicidad grados 2 y 3 y un SLC grado 2. Requirieron ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos por SLC, 9 de los 14 pacientes (4/7 ARI-0001, 4/6 KTE-C19 y 1/1 KTE-X19). Todos ellos recibieron tratamiento con tocilizumab.

De los 6 pacientes que presentaron neurotoxicidad, 5 recibieron corticoides, a los cuales se añadió levetiracetam en 3 pacientes y siltuximab en 1 paciente.

Todas las RAMs fueron notificadas a la AEMPS (10) y al centro autonómico de Farmacovigilancia (11).

CONCLUSIONES

Los medicamentos CAR-T se asocian con una elevada incidencia de RAMs, algunas de las cuales pueden ser de extrema gravedad. Se debe tener especial precaución con la aparición de SLC grave con ARI-0001 y con la aparición de neurotoxicidad grave con KTE-C19. La Farmacovigilancia activa realizada por un grupo multidisciplinar de Farmacovigilancia y el registro y notificación de las RAMs contribuye a un mayor conocimiento del perfil de seguridad de estas nuevas terapias.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2033. EFECTIVIDAD DEL FILGRASTIM EN LA NEUTROPENIA INDUCIDA POR PALBOCICLIB

AUTORES

RAMOS GIL MA, GILABERT SOTOCA M, MANGUES BAFALLUY I, MORALES PORTILLO A, RIUS PERERA J, MORALES MURILLO S, SALUD SALVIA MA, SCHOENENBERGER ARNAIZ JA
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA. AVENIDA ALCALDE ROVIRA ROURE, Nº80. LLEIDA

OBJETIVOS

Estudiar el impacto de filgrastim en la efectividad del tratamiento con palbociclib.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con palbociclib desde marzo del 2018 hasta abril 2020. Se excluyeron las pacientes con seguimiento inferior a 6 meses y que continuaron con tratamiento activo hasta el fin del periodo de estudio.

Se analizó la intensidad de dosis de palbociclib en función de si el paciente había recibido filgrastim (grupo con CSF) o no (grupo sin CSF). Se define intensidad de dosis como el porcentaje de dosis de palbociclib con respecto a la dosis plena (palbociclib 125 mg/día x 21 días seguido de 7 días de descanso) en los seis primeros meses de tratamiento. Se prescribió una dosis de filgrastim 300 mcg en la semana de descanso del ciclo si los niveles de neutrófilos fueron inferiores a $1.000 \times 10^9/l$.

También se analizó el porcentaje de pacientes con discontinuación temprana de tratamiento en ambos grupos. Se consideró la discontinuación temprana como la suspensión por toxicidad o progresión antes de los 6 meses de haber iniciado el tratamiento.

RESULTADOS

Sesenta y nueve pacientes iniciaron tratamiento con palbociclib en el período de estudio, 39 en el grupo con CSF y 30 en el grupo sin CSF. El 32,5% (n=13) de los pacientes del grupo con filgrastim y el 45,2% (n=14) del grupo sin filgrastim recibieron palbociclib en primera línea.

Un 81% del total de pacientes sufrieron algún episodio de neutropenia durante todo el periodo de estudio. Los resultados obtenidos son similares a las neutropenias de cualquier grado notificadas en los estudios PALOMA-1, PALOMA-2 y PALOMA-3, correspondientes al 80,6%.

Un 17,5% (7 de 39 pacientes) en el grupo con filgrastim y un 40% (12 de 30 pacientes) en el grupo sin filgrastim, suspendieron antes de 6 meses el tratamiento con palbociclib. La OR del grupo con CSF con respecto al grupo sin CSF, en caso de no discontinuar el tratamiento, es de 3,05 (IC95% 1,02-9,1) ($p < 0,05$).

La intensidad de dosis en los pacientes con palbociclib, fue del $88 \pm 0,14$ en los pacientes del grupo con filgrastim y del $99 \pm 0,07$ en el grupo sin filgrastim ($p < 0,0001$). La duración media de los tratamientos con palbociclib, fue de $11 \pm 7,3$ meses para el grupo con CSF y $8,5 \pm 7$ meses para el grupo sin CSF.

Las principales causas de finalización de tratamiento con palbociclib en el periodo de estudio fueron: 73,5% por progresión, 17,6% por mala tolerancia y 8,8% por exitus.

CONCLUSIONES

El uso de filgrastim en las neutropenias por palbociclib es controvertido, sin embargo, los datos obtenidos sugieren que filgrastim evitaría la discontinuación temprana del tratamiento con palbociclib.

Son necesarios más estudios para determinar cuál es la relación entre intensidad de dosis, discontinuación temprana y beneficio clínico.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2035. MODELO DE PROBABILIDAD DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO O DE UNIÓN GASTROESOFÁGICA TRAS QUIMIOTERAPIA-RADIOTERAPIA SEGUIDO DE CIRUGÍA

AUTORES

FERNÁNDEZ ROMÁN AB, LETELLEZ FERNANDEZ J, CANDEL GARCIA B, GARCIA GUTIERREZ MDM, GARCIA GIL M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRDA. CALLE CAMINO DEL MOLINO 2. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la supervivencia de los pacientes con cáncer de esófago o de la unión gastroesofágica tras un esquema de quimioterapia-radioterapia (QTRT) seguido de cirugía mediante un modelo de probabilidad acumulada de supervivencia y comparar los resultados con el estudio CROSS en un hospital de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron a los pacientes diagnosticados de cáncer de esófago o de la unión gastroesofágica resecable en los que se indicó quimioterapia paclitaxel con carboplatino semanal concomitante con RT (41,4 Gy dosis total) seguido de cirugía (esquema CROSS) entre 2010-2020 con intención curativa.

La efectividad se comparó con la probabilidad de supervivencia acumulada y la mediana de tiempo libre de enfermedad (mTLE) con el estudio CROSS mediante el método de Kaplan-Meier. La mTLE fue calculada desde la intervención quirúrgica hasta la fecha de progresión. Los datos se analizaron con el programa estadístico STATA.

Los resultados del este estudio fueron comparados con los del ensayo CROSS.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, tamaño del tumor (T), histología, afectación ganglionar (N), resección completa sin tumor viable a 1 mm del margen de resección (R0), fecha de inicio y fin del tratamiento, fecha de intervención quirúrgica, fecha progresión y exitus y su causa.

RESULTADOS

Se identificaron 18 pacientes en los que se indicó el esquema CROSS, un 94% de los pacientes eran hombres, con mediana de edad de 64 años [51-72], 8 pacientes recibieron 4 ciclos de QT y el resto 5 ciclos, todos recibieron la dosis

completa de RT.

Respecto al tamaño del tumor, 5 pacientes tenían un tamaño de tumor clasificado como T1, 6 como T2, 4 como T3 y 3 como T4. El 44,4% era N+. El 55,56% presentaban histología de adenocarcinoma y el 44,44% de carcinoma epidermoide. El tiempo medio desde el fin de QTRT hasta cirugía fue de 8,37 semanas. La RO se alcanzó en el 86% de los pacientes.

De los 18 pacientes, 6 (33,33%) sufrieron una recaída, 4 (22,22%) no se sometieron a intervención quirúrgica 2 por progresión y 2 por evento tromboembólico.

De los pacientes que se sometieron a intervención quirúrgica, la mediana de seguimiento en nuestro estudio fue 21,85 meses [7,72 – 59,14] mientras que en el estudio CROSS la mediana de seguimiento fue de 45,4 meses.

La probabilidad de supervivencia a 1, 2 y 3 años en la muestra fue del 85% (IC 95% 51-96), 73% (IC 95% 35-91) y 60% (IC 95% 24-84) respectivamente siendo en el estudio CROSS del 82%, 67%, 58%. La mTLE no fue alcanzada en ambos estudios.

CONCLUSIONES

El modelo de probabilidad de supervivencia acumulada de nuestro estudio en los años 1, 2 y 3, fue similar a la obtenida en el estudio CROSS, aunque haría falta mayor tiempo de seguimiento para confirmar los datos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2042. ANÁLISIS DEL DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA A TRATAMIENTO CON ENZALUTAMIDA

AUTORES

FERNÁNDEZ VARELA AM, LÓPEZ SANDOMINGO L, VALCARCE PARDEIRO N, RODRÍGUEZ PENÍN I
HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE- PROFESOR NOVOA-SANTOS. AVENIDA DE LA RESIDENCIA, S/N A CORUÑA. A CORUÑA

OBJETIVOS

El 60% de los pacientes con cáncer de próstata son mayores de 65 años. Según las recomendaciones de International Society of Geriatric Oncology (SIOG) los pacientes de 70 años o mayores deben ser tratados en base a su estado de salud, utilizando herramientas de screening para clasificarlos en función de su fragilidad y prestando especial atención a factores como dependencia, comorbilidades, estado nutricional y aparición de síndromes geriátricos.

Tanto la enzalutamida como los fármacos anticolinérgicos han demostrado aumentar el riesgo de deterioro cognitivo.

El objetivo de nuestro estudio es analizar la presencia de deterioro cognitivo en pacientes con cáncer de próstata a tratamiento con enzalutamida y evaluar la relación de dicho deterioro con la duración del tratamiento y la carga anticolinérgica de su tratamiento crónico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal de todos los pacientes a tratamiento con enzalutamida en febrero de 2020. De la historia clínica electrónica se recogieron: variables demográficas (edad), diagnóstico, comorbilidades, terapias previas, duración tratamiento con enzalutamida y tratamiento farmacológico. Se calculó índice de comorbilidad de Charlson [(CCI), alta comorbilidad ≥ 3]. Se obtuvo carga anticolinérgica y riesgo mediante la herramienta online Anticholinergic Burden Calculator (ABC) del Grupo de Investigación de Farmacoterapia y Cronicidad de Sevilla.

Simultáneamente, en la teleconsulta previa a dispensación de medicación (situación de pandemia por coronavirus) se realizaron: índice Barthel (0-100 puntos) y cuestionario Pfeiffer (0-10 errores) para valorar capacidad funcional y cognitiva, respectivamente.

Se analizó la correlación entre la escala Pfeiffer y duración de tratamiento con enzalutamida mediante el coeficiente de Spearman y con la carga anticolinérgica mediante la prueba de Wilcoxon.

RESULTADOS

Catorce pacientes. Se excluyó 1 paciente por sordera. Mediana de edad: 75 años (RIQ: 69-79). Diagnóstico: cáncer de próstata resistente a castración metastásico 9 pacientes (62,29%) y no metastásico 4 (30,77%). Mediana de comorbilidades: 3 (RIQ:0,5-3,5), destacando: hipertensión arterial, dislipemia y diabetes mellitus. Mediana de CCI: 6 (RIQ: 3-7). Previamente todos los pacientes recibieron bloqueo androgénico completo y el 69,23 % radioterapia.

Duración media del tratamiento con enzalutamida: 20 ($\pm 14,14$) meses. Mediana de medicamentos prescritos por paciente: 10 (RIQ: 7,5-15). Todos los pacientes eran polimedicados (≥ 5 medicamentos) y 7 (53,84%) grandes polimedicados (≥ 10 medicamentos). Diez pacientes (76,92%) tenían prescritos medicamentos anticolinérgicos (3 sin riesgo y 7 con riesgo medio) con una mediana de 2 (RIQ:0,5-2) por paciente. Principalmente: antidiabéticos orales, estatinas, benzodiazepinas y anticolinérgicos para incontinencia urinaria. Media de Barthel: 95,38 ($\pm 10,89$) y de Pfeiffer 1,31 ($\pm 1,55$). Dos pacientes con deterioro leve, 1 deterioro moderado y 10 valoración cognitiva normal.

No se observó correlación entre grado de deterioro cognitivo y duración de tratamiento con enzalutamida ($p=0,067$). No hay suficiente evidencia para concluir que el deterioro cognitivo aumente con el riesgo anticolinérgico ($p=0,279$).

CONCLUSIONES

En nuestra población se observó una baja presencia de deterioro cognitivo. No se ha podido establecer asociación con la duración del tratamiento con enzalutamida y con la carga anticolinérgica.

La evaluación de efectos adversos de los medicamentos y su impacto en el paciente oncológico mayor, así como la revisión de su tratamiento crónico, se traduce en una mejora integral de su cuidado.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2053. DOS AÑOS DE EXPERIENCIA CON NIRAPARIB: TEORÍA VERSUS PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

PIERAS LÓPEZ Á, ZÁRATE TAMAMES B, ARIAS-MARTINEZ A, ÁLVAREZ ASTEINZA C, MARAY MATEOS I, ROSADO MARÍA MC, GARCÍA JIMÉNEZ V, LOZANO-BLAZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVDA. ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y toxicidad de niraparib en mujeres adultas con carcinoma de ovario, trompas y peritoneal, en recidiva, sensible a platino, en respuesta a quimioterapia con platino, y comparar los resultados con los descritos en los ensayos clínicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todas las pacientes tratadas con niraparib en el Hospital hasta diciembre de 2019. Las variables recogidas fueron: edad, histología y estadio del tumor, estado funcional al inicio del tratamiento, mutación del gen "breast cancer" (BRCA), líneas de tratamiento previas, tratamiento con otros inhibidores de la poli-adenosín difosfato ribosa polimerasa, dosis, duración del tratamiento, reducción de dosis y causa y reacciones adversas (RA). La eficacia se evaluó en términos de supervivencia libre de progresión (SLP).

RESULTADOS

Se incluyeron 28 pacientes, con una mediana de edad de 64,2 años al diagnóstico (47,8-80). El estado funcional al inicio del tratamiento según la escala del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) fue 0 en el 82,1%, 1 en el 14,3% y 2 en el 3,5%.

En cuanto a la localización del tumor, 26 pacientes fueron diagnosticadas de carcinoma de ovario (12 en estadio IV, 13 en IIIB-C y 1 en IIC), dos de carcinoma de trompas (estadio IIIB y IV) y ninguna de carcinoma peritoneal. En 3 pacientes se identificó una mutación en BRCA (dos BRCA1 y una BRCA2).

De las 28 pacientes, 16 habían recibido 2 líneas previas de tratamiento, 9 pacientes habían recibido 3 líneas previas, y 3 pacientes habían recibido 4 o más. Todas presentaban enfermedad sensible a platino y estaban en respuesta según TC y/o marcadores. 21 pacientes habían recibido bevacizumab en alguna de las líneas previas y 2 habían recibido olaparib, habiéndolo suspendido por intolerancia.

La dosis diaria de inicio fue 300mg en 7 pacientes, 200mg en 19 y 100mg en 2; siendo inferior a la indicada en ficha técnica con el objetivo de probar tolerancia. En el 71,4% de las pacientes, se redujo posteriormente la dosis por toxicidad (25% renal, 60% hematológica y 15% ambas). Además, un 57,1% tuvo que interrumpir temporalmente el tratamiento por este motivo.

En todas las pacientes, excepto una, se registró al menos una RA. Las más frecuentes fueron RA hematológicas (18 pacientes), renales (11), digestivas (6) y cardiovasculares (6).

En las 17 pacientes que han finalizado el tratamiento (16 por progresión y 1 por éxito) la mediana de SLP fue de 7,2 meses (1,9-17), siendo la de menor SLP la paciente con peor estado funcional inicial (ECOG 2). Las mayores SLP se observaron en las pacientes con BRCA mutado (17, 15 y 13 meses).

CONCLUSIONES

Los resultados de SLP obtenidos en el estudio fueron inferiores a los descritos en los ensayos clínicos pivotaes para esta indicación (7,2 vs 11,3 meses), aunque el estadio de la enfermedad como las líneas de tratamiento previas fueron similares.

Las RA fueron muy frecuentes y consecuentemente se produjeron interrupciones temporales de tratamiento o reducciones de dosis.

La SLP fue superior en pacientes con BRCA mutado que en aquellas que no presentaban la mutación, como se observa en los ensayos clínicos pivotaes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2054. PERFIL GLUCEMICO EN PACIENTES DE CANCER DE PROSTATA METASTASICO TRATADOS CON ABIRATERONA Y GLUCOCORTICOIDES ASOCIADOS.

AUTORES

PASTOR MONDEJAR C, GARCIA CORONEL M, ESPIN MARTINEZ C, SALAR VALVERDE I, MARTINEZ SOTO AM, GIL CANDEL M, ONTENIENTE CANDELA M, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. AVENIDA INTENDENTE JORGE PALACIOS. MURCIA

OBJETIVOS

Abitaterona es un fármaco indicado en cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRCm) y metastásico hormonosensible (CPHSm) de alto riesgo, que por su mecanismo de acción disminuye el cortisol y se coadministra con glucocorticoides. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de hiperglucemia inducida por la administración concomitante de glucocorticoides y abitaterona a largo plazo en pacientes con CPRCm y CPHSm.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional, en el que se seleccionaron los pacientes diagnosticados de CPRCm y CPHSm tratados con abitaterona y glucocorticoides (prednisona 5mg, prednisona 10mg y dexametasona 0,5 mg), que estuviesen al menos 12 meses en tratamiento. Los datos se recogieron de las historias clínicas de los pacientes (Selene®), y del registro de dispensación de programa farmacia (SAVAC®). Se registraron: edad, fecha de inicio del tratamiento, historia de diabetes mellitus previa, dosis y tipo de corticoide concomitante, PSA basal, y glucemias desde el inicio del tratamiento. Las glucemias se agruparon por trimestres y se utilizó el test de Wilcoxon para comparar la glucemia basal

con la de los trimestres sucesivos analizando por separado a diabéticos y no diabéticos, así como para determinar si además existían diferencias significativas entre los pacientes tratados con las diferentes pautas de glucocorticoides.

RESULTADOS

De los 26 pacientes actualmente tratados con abiraterona, 19 estaban tratados durante más de 12 meses. El 61,9% de los pacientes presentaba diagnóstico de CPRcM y el 38,1% de CPHSm, de los cuales el 23,81% fueron tratados con prednisona 10mg, el 42,86% con prednisona 5 mg y el 33,33% con dexametasona 0,5mg. Las características basales fueron 79 ± 7,33 años, PSA basal 12,17 ± 29.08 ng/ml, con un 23,8% de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales, cuya pauta no fue modificada desde el inicio con abiraterona. La mediana basal de la glucemia fue de 93 mg/dl, y de 90.25 mg/dl, 92.25 mg/dl, 91.12 mg/dl y 92.5 mg/dl en los cuatro trimestres sucesivos. No se encontraron diferencias significativas entre ninguno de los trimestres y las glucemias basales. Tampoco se encontró significación al estratificar por diabéticos/no diabéticos o grupos de fármacos.

CONCLUSIONES

El tratamiento con glucocorticoides en pacientes con CPRcM y CPHSm, no produjo un aumento estadísticamente significativo de la glucemia basal respecto a los trimestres de estudio. Tampoco se observó diferencias significativas al estratificar por grupos de diabéticos y no diabéticos, así como por tipo y dosis de glucocorticoide. Por tanto, podemos concluir que el tratamiento concomitante de abiraterona con glucocorticoides no influye en el perfil glucémico, aunque sería recomendable hacer un seguimiento para ver la evolución a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2065. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA EN MIELOMA MÚLTIPLE, PACIENTES NO CANDIDATOS A TRASPLANTE. COMPARATIVA DE PACIENTES INCLUIDOS EN ENSAYO FRENTE ASISTENCIALES

AUTORES

JORDÁN DE LUNA C, PONTON SIVILLA JL, ORIOL ROCAFIGUERA A, PERAYRE BADIA M, MUNNÉ GARCIA M, GARCÍA MARTÍN M, VIDAL MILLA A, CLOPÉS ESTELA A
INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGIA. AVDA DE L'HOSPITALET 199-203. BARCELONA

OBJETIVOS

El objetivo principal es analizar la supervivencia global (SG) en nuestra población diana, pacientes con mieloma múltiple no candidatos a trasplante. Comparando los resultados en los pacientes incluidos en ensayo clínico (EC) y los no incluidos. Este objetivo está alineado con el objetivo institucional de constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar que defina y establezca análisis resultados, incluyendo análisis de supervivencia en pacientes hematooncológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se han obtenido las fechas y datos de tratamiento directamente de la base de datos del programa de prescripción electrónica que ha sido desarrollado por la institución. Respecto a las fechas de defunción, se han capturado del fichero de pacientes centralizado que recoge todas las defunciones. La población analizada son pacientes diagnosticados con mieloma múltiple no candidatos a trasplante y tratados en primera línea. El periodo inclusión de pacientes en el estudio es: 1/1/2014 – 31/12/2018, fecha final de seguimiento para estudio: 31/12/2019. La mediana de seguimiento: 20,66 meses.

RESULTADOS

Fueron incluidos un total de 216 pacientes que iniciaron tratamiento en el periodo de estudio, de los cuales un tercio corresponde al grupo de EC.

La SG mediana global de la cohorte fue de 33,0 meses (IC 95% 26,9 – 39,2). Estratificando los pacientes en función de haber recibido tratamiento asistencial o en un EC, las medianas de SG fueron 30,2 meses (IC95% 20,6 – 37,2) y 40,3 meses (IC 95% 31,4 - NA) respectivamente.

En la curva de supervivencia de los pacientes que no recibieron tratamiento en EC se observa una pendiente inicial más acusada.

CONCLUSIONES

En el periodo estudiado, los pacientes con mieloma múltiple incluidos en EC presentaron una mayor SG, alrededor de 10 meses más que los que recibieron tratamiento asistencial. La diferencia hallada no refleja en realidad la diferencia entre tratamientos asistenciales y experimentales, ya que el grupo de ensayo también incluye los que reciben la medicación estándar en la rama control.

Existe un sesgo de selección de los pacientes incluidos en EC. La pendiente inicial más acusada observada, podría sugerir una selección positiva de pacientes en la cohorte de EC, siendo habitual la supervivencia esperada superior a tres meses como criterio de inclusión en EC.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2077. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OBINUTUZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

AUTORES

CASAS HIDALGO I, DÍAZ RANGEL M, SÁNCHEZ RUBIO F, VALLADOLID WALSH A
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE Y HOSPITAL DE HELLÍN. CALLE HERMANOS FALCÓ 37 Y CALLE JUAN RAMÓN JIMÉNEZ 40. ALBACETE

OBJETIVOS

Obinutuzumab es un anticuerpo monoclonal recombinante antiCD20 indicado en Leucemia linfática crónica (LLC) y en Linfoma folicular (LF). El objetivo de nuestro estudio es evaluar la efectividad y seguridad de obinutuzumab en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo realizado en 2 hospitales (un hospital de tercer nivel y un hospital comarcal) en el que se incluyeron todos los pacientes que recibieron tratamiento con obinutuzumab desde septiembre de 2016 hasta mayo de 2020. Los datos recogidos, obtenidos a partir de la aplicación informática Farmatools® y de la historia clínica electrónica Mambrino XXI®, fueron: edad, sexo, indicación, estadio de la enfermedad, línea de tratamiento, número de ciclos, tasa de respuestas y reacciones adversas. La variable utilizada para medir la efectividad fue la supervivencia libre de progresión (SLP) y la seguridad se evaluó según criterios del NCI "Common Terminology Criteria for Adverse Events" (NCI-CTCAE-v5.0.) La valoración de la respuesta se hizo según los criterios de National Cancer Institute (NCI) catalogadas como: respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP), enfermedad estable (EE) y progresión (P), para la que solo se tuvieron en cuenta los pacientes que habían completado 6 ciclos. El análisis de los datos se realizó utilizando el paquete Stata® v.13.

RESULTADOS

Se reclutaron 27 pacientes (12 hombres, 15 mujeres), con una mediana de edad de 76 años (44-89). Del total de pacientes, 18 fueron diagnosticados de LLC y 9 de LF con un estadio al inicio del tratamiento I/A (n=5), I/B (n=3), II/B (n=2), III/A (n=3), IV/A (n=10), IV/B (n=2), IV/C (n=2). Todos recibieron obinutuzumab según la pauta establecida en ficha técnica, 14 en primera línea, 6 en segunda, 4 en tercera y 3 en cuarta, completando una mediana de 5 ciclos (1-14). En el momento de nuestro estudio 12 pacientes habían completado el tratamiento, 8 continuaban en tratamiento y en 7 se suspendió (3 por toxicidad, 2 por progresión, 1 por deterioro del estado general y 1 por exitus). La respuesta se evaluó en los pacientes a los que se administró al menos 6 ciclos (n=15), obteniéndose RC en 12 pacientes, P en 2 pacientes y EE en 1 paciente. La mediana de SLP fue de 17,3 meses y 4 fueron exitus. Los efectos adversos más comunes fueron trombocitopenia (n=20), neutropenia (n=19), anemia (n=13), fiebre (n=5), diarrea (n=5), vómitos (n=5), disnea (n=2) y reacción infusional (n=2); con toxicidad grado I (n=40), grado II (n=16), grado III (n=8) y grado IV (n=7).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, obinutuzumab en el tratamiento de la LLC y del LF, ha demostrado ser efectivo con un perfil de toxicidad reseñable a nivel hematológico (que motivó la suspensión del tratamiento de 3 pacientes), aunque son necesarios más estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2090. ANÁLISIS DE SEGURIDAD DE IBRUTINIB EN PACIENTES CON NEOPLASIAS LINFOIDES B EN UN HOSPITAL REGIONAL

AUTORES

MONTERO PÉREZ O, VILLALBA MORENO AM, PELAEZ BEJARANO A, GARCIA GIMENEZ I
HOSPITAL JUAN RAMON JIMENEZ. RONDA NORTE S/N. HUELVA

OBJETIVOS

Tras la publicación de ensayos clínicos sobre ibrutinib en neoplasias linfoides B, se ha producido un cambio en muchas guías de manejo de estas patologías. Dado que el tratamiento con ibrutinib es continuo (hasta progresión o toxicidad) y la duración de los pacientes de dichos ensayos es elevado, encontrándose más de 30 meses e incluso 50, es fundamental realizar un seguimiento para analizar el perfil de seguridad de ibrutinib.

Por tanto, el objetivo de este estudio es analizar la frecuencia y la gravedad de las reacciones adversas medicamentosas (RAM) asociadas a este fármaco

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo sobre la seguridad del uso de ibrutinib desde su inclusión en la Guía Farmacoterapéutica del hospital en febrero 2016 hasta septiembre 2019. Se incluyen todos los pacientes que hayan recibido ibrutinib. Variables demográficas: sexo y edad. Variables clínicas: diagnóstico, número de líneas previas, duración del tratamiento, reducción de dosis, suspensión del tratamiento y RAM.

Las RAM se clasifican mediante el algoritmo de Karl-Lasagna modificado, y se tienen en cuenta las que obtienen una puntuación ≥ 4 . Se clasifican, a continuación, según la versión 5.0 del National Institute Cancer (NCI): Common Terminology Criteria for Adverse Events.

Los datos se recogen de la historia clínica digital del paciente (Diraya®) y del registro de dispensaciones a pacientes externos en el programa de prescripción electrónica (ATHOS-Prisma®).

RESULTADOS

Se incluyeron 17 pacientes (5 hombres y 12 mujeres) con una mediana de edad de 71 años (rango 54-93). Los diagnósticos fueron: Leucemia Linfocítica Crónica (10/17), Macroglobulinemia de Waldenström (4/17) y Linfoma del Manto (3/17). Los pacientes llevaban una mediana de 2 líneas previas (rango 0-5) y una mediana de duración del tratamiento de 12 meses (rango 1-43).

Dos pacientes tuvieron reducción de dosis (uno de ellos por interacción con otro fármaco) y 6/17 suspendieron de forma definitiva (2 exitus, 1 por RAM, 1 por progresión, 1 por trasplante y 1 rechazo voluntario del tratamiento).

Se detectaron RAM en 10 /17 pacientes. Las más frecuentes fueron diarrea (4/17, con rectorragia en 2 de ellas) y astenia

(3/17). Siete pacientes presentaron RAM de grado 3-4 (hipertensión, fibrilación auricular, ictericia y fallo hepático, rectorragia, sepsis, infección por Herpes Zoster y neumonía) y un paciente neutropenia febril grado 5.

CONCLUSIONES

De forma general, se observa un perfil de seguridad moderado con un 60% de los pacientes con algún tipo de efecto adverso, alguno de ellos graves.

Es necesario seguir realizando un seguimiento estrecho de las RAM dada la elevada duración de tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2099. PROFILAXIS DE REACTIVACIÓN VÍRICA EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO: ¿HACEMOS LO CORRECTO?

AUTORES

LUQUE JIMÉNEZ M, VICENTE SÁNCHEZ MP, PÉREZ SERRANO R, ANGUITA MONTENEGRO B, NIETO SANDOVAL MARTÍN DE LA SIERRA P, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ M

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. CALLE OBISPO RAFAEL TORIJA. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

La reactivación de infecciones víricas es una complicación potencialmente grave del tratamiento antineoplásico. Las guías del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 2020 recomienda que se realice a los pacientes oncohematológicos una serología que incluya al menos VHB (virus de la hepatitis B), VHC (virus de la hepatitis C) y VIH (virus de inmunodeficiencia humana) antes de iniciar tratamiento quimioterapéutico. Además en los casos positivos, recomiendan monitorización de marcadores serológicos a los tres-seis meses y/o tratamiento antivírico. El objetivo de este estudio fue comprobar la adecuación de estas recomendaciones en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron pacientes que iniciaron quimioterapia entre junio y diciembre de 2019. Se recogieron las variables: edad, sexo, servicio clínico, diagnóstico, esquema quimioterapéutico, serología (VHB, VHC y VIH) previa al inicio de la quimioterapia (periodo inferior a seis meses) y si se realizó monitorización y/o recibieron tratamiento antivírico.

RESULTADOS

Analizamos 353 pacientes, de los cuales el 55.2% eran hombres. La mediana de edad fue 65 años [20-92]. El 90.1% pertenecían al servicio de oncología médica y el 9.9% al de hematología. Los tumores más frecuentes fueron digestivos 28.9%; torácicos 22.1%; ginecológicos 22.4%; hematológicos 9.6% y otros 19%. Se les realizó alguna de las serologías al 43.9% (43.6% VHB, 26.9% VHC y 21% VIH), de forma adecuada (determinación de VHB, VHC y VIH) en el 20.1% de los pacientes. De hematología, se les realizó al 88.6% de los pacientes frente al 39% de oncología médica. En el 83.9% de las serologías realizadas el resultado fue negativo. Ningún paciente incluido en el estudio fue positivo para VIH. El 1.9% resultó positivo para AC (anticuerpos) de VHC, todos con la carga viral indetectable. El 14.7% fueron positivos para algún marcador serológico de VHB, en este caso se recomienda monitorización cada tres-seis meses en el 97%, se realizó en el 8.7%. Se recomienda tratamiento antivírico en el 20% y ningún paciente lo recibió.

CONCLUSIONES

Destaca el bajo grado de cumplimiento en las recomendaciones de profilaxis de reactivación vírica, sobre todo por parte del servicio de oncología médica, no solo en la realización de serología previa al inicio de quimioterapia sino en cuanto a las recomendaciones de monitorización y/o tratamiento antivírico. Ninguno de los pacientes en los que estaba indicado recibió tratamiento y en muy bajo porcentaje se les realizó seguimiento.

Estos resultados nos abren un área de trabajo junto a otros servicios implicados (oncología, hematología y medicina preventiva) en la validación/prescripción quimioterapéutica. Sería recomendable incluir en los criterios de validación farmacéutica la comprobación de la realización de la serología previa al inicio así como en el seguimiento, además, en los casos necesarios recomendar la prescripción de tratamiento/profilaxis antivírica.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2101. RESULTADOS EN SALUD DE PEMBROLIZUMAB COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

DEL RÍO ORTEGA P, GÓMEZ GÓMEZ D, CASANOVA VÁZQUEZ J, RIOJA CARRERA M, VALENCIA SOTO CM, VILLACAÑAS PALOMARES MV, MARTÍNEZ CALLEJO V, VALERO DOMÍNGUEZ M

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AV. VALDECILLA, 25. CANTABRIA

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es analizar la efectividad de pembrolizumab como tratamiento de primera línea en cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) y compararlo con la eficacia procedente de los ensayos pivotaes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes que fueron tratados con pembrolizumab como primera línea para el tratamiento de CPNM. Se incluyeron pacientes desde marzo-15 a marzo-20 tratados en un hospital de tercer nivel. Las variables recogidas fueron edad, sexo, histología, % expresión de PDL-1, respuesta al tratamiento, fecha de inicio, progresión y exitus. Se analizó la eficacia incluyendo datos de supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y tasa de respuesta objetiva (TRO) según los siguientes subgrupos: ECOG 0, 1 y 2/3; paciente no fumador en el momento del diagnóstico, exfumador de > 15 cigarrillos/día, exfumador de < 15 cigarrillos/día y activo. El análisis

estadístico, como en su ensayo pivotal KEYNOTE-024, se realizó por intención de tratar.

Los datos se obtuvieron del módulo de historia clínica electrónica y del programa de Prescripción Electrónica Asistida. La respuesta al tratamiento se evaluó de acuerdo con los criterios RECIST (versión 1.1), escala que clasifica la respuesta en cuatro categorías: completa (RC), parcial (RP), enfermedad estable (EE) y progresión de la enfermedad (PE). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS (versión 22).

RESULTADOS

Se incluyeron 62 pacientes (40,3% mujeres). Adenocarcinoma fue la histología predominante con un 72,6%, seguido de 14,5% casos con carcinoma epidermoide. El 32,2% de los pacientes eran fumadores en el momento del diagnóstico, 51,7% exfumadores de > 15 cigarrillos/día, 3,2% menos de 15 y 12,9% eran no fumadores. Los niveles de expresión de PDL-1 fueron > 90% en el 43,5% de pacientes y el ECOG fue de 1 en el 58,1% de casos (27,4% ECOG 0 y 14,5% ECOG 2/3). Se pudo medir la TRO en el 74% de los pacientes, obteniéndose RP en el 54% de ellos (12% RC, 21% PE y 13% EE). El 58,3% de los pacientes sufrieron progresión de la enfermedad obteniéndose una mediana de SLP de 6,84 meses [IC 95% (0,01-12,15)]. En cuanto a la SG, la mediana fue de 21,32 meses [IC 95% (13,466-29,174)], produciéndose el evento de éxitos en 26 pacientes.

Con respecto a los subgrupos, sólo se observaron diferencias estadísticamente significativas en la SG entre los no fumadores y los fumadores activos y exfumadores de > 15 cigarrillos/día; y ECOG 0/1 y 2/3, en cuanto a la SG se refiere.

CONCLUSIONES

En comparación con el ensayo pivotal KEYNOTE-024, en nuestra población pembrolizumab mostró una TRO superior (74% vs 58,3%) y unas medianas de SG y SLP ligeramente inferiores. Los resultados significativos entre subgrupos probablemente no sean representativos debido a la escasa muestra en alguno de ellos. La principal limitación del estudio es el bajo número de pacientes tratados por lo que será recomendable continuar monitorizando estos resultados a largo plazo para obtener conclusiones más robustas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2105. EFICACIA Y SEGURIDAD DE DURVALUMAB EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

GONZÁLEZ GARCÍA I, GONZÁLEZ PERERA I, MONTERO DELGADO A, DÍAZ DÍAZ CL, ÁLVAREZ TOSCO KI, VERA CABRERA M, VIÑA ROMERO MM, MERINO ALONSO FJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO N. S DE LA CANDELARIA. CALLE GENERAL DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Describir la experiencia clínica, eficacia y seguridad de durvalumab en pacientes con diagnóstico de carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM) en un hospital de tercer nivel, adquirido a través del programa de uso expandido del Ministerio de Sanidad (MS), previo a su aprobación en enero de 2020.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional longitudinal retrospectivo del empleo de durvalumab en pacientes con CPNM durante el período comprendido entre abril de 2018 y abril de 2020. Los pacientes recibieron durvalumab 10mg/Kg cada 2 semanas durante 1 año, tras quimiorradioterapia basada en platino.

Se realizó una recogida de datos a través del programa informático Oncofarm® y de la Historia Clínica Selene®. Las variables registradas fueron: edad, sexo, peso y estado funcional del paciente, nivel de expresión de PD-L1, estadio de la enfermedad, tratamientos previos, respuesta observada en prueba de imagen (PI) y datos relacionados con el perfil de seguridad, que se evaluaron siguiendo los criterios Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) versión 5.0.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 7 pacientes, con diagnóstico de CPNM estadio III irresecable, 5 con histología escamosa y 2 adenocarcinomas. Un 62,5%(5) fueron varones, el peso medio fue de 73.3±20 Kg y la media de edad de 65±7.39 años.

Todos los pacientes tenían un estado funcional ECOG=0.

Los pacientes recibieron una media de 4±1.41 ciclos de quimioterapia previa. En ningún caso se había producido progresión tras la quimiorradioterapia y tampoco habían recibido tratamiento previo con inmunoterapia anti-PD-L1.

El nivel de expresión de PD-L1 fue superior al 1% en 3 pacientes y del resto no se disponía de datos de expresión.

El 71.4% (5) de los pacientes completó el año de tratamiento, uno lo interrumpió a los 6 ciclos por progresión y otro fue éxitus tras 12 ciclos.

El tiempo medio desde el inicio del tratamiento hasta la realización de la primera PI fue de 2.5±1.76 meses. En este primer control, 4 de los pacientes se encontraban en enfermedad estable (EE) (dos de ellos con PD-L1 > 50%), uno en respuesta parcial (RP) (PD-L1=5%), uno en remisión completa (RC) y otro en progresión radiológica (PR).

Se evaluó la respuesta a los 12 meses de tratamiento de los 5 pacientes que completaron el año, donde 3 presentaron EE y 2 RC.

Presentaron reacciones adversas 3 pacientes, todas ellas de grado 1, siendo éstas: reacción infusional, cuadro catarral, infección respiratoria, disnea y diarrea. Ninguna dio lugar a la suspensión del tratamiento.

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia clínica con durvalumab, llevada a cabo previamente a su aprobación por el Ministerio de Sanidad, se reduce a una pequeña muestra de pacientes. Hemos observado que su empleo en CPNM estadio III irresecable, tras quimiorradioterapia puede dar lugar a la estabilización de la enfermedad. Se ha visto que es un fármaco seguro, ya que se ha registrado un pequeño número de reacciones adversas, las cuales no han sido de gravedad, ni han supuesto la

interrupción del tratamiento.

El programa de uso expandido nos ha permitido el acceso temprano a la medicación y ha aportado experiencia clínica previa a su comercialización con buenos resultados clínicos y a coste cero.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2106. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OLAPARIB COMO TERAPIA DE MANTENIMIENTO EN CÁNCER DE OVARIO

AUTORES

LAORDEN CARRASCO A, GARCÍA MOLINA O, RUIZ GÓMEZ A, SÁEZ GARRIDO M, DÍAZ RAMÓN M, CANO MOLINA JÁ, MARTÍNEZ IBAÑEZ MÁ, RUIZ JIMENEZ MDM

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Olaparib está indicado como terapia de mantenimiento en pacientes con cáncer de ovario en recaída platino-sensible. Nuestro objetivo es evaluar la efectividad y el perfil de seguridad de olaparib en pacientes con cáncer de ovario en la práctica clínica y compararlo con el ensayo clínico pivotal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de todas las pacientes con cáncer de ovario que recibieron tratamiento con olaparib como terapia de mantenimiento en un hospital de tercer nivel desde julio de 2015 hasta abril de 2020. Las variables medidas fueron: edad, sexo, ECOG, línea de tratamiento, posología y reducción de dosis. La efectividad se midió mediante la determinación de la SLP (Supervivencia Libre de Progresión) y la SG (Supervivencia Global), entendiéndose como SLP el periodo de tiempo transcurrido entre el inicio del tratamiento hasta que suspende por progresión de la enfermedad y/o éxito y SG el periodo de tiempo entre que inicia el tratamiento hasta que fallece. La seguridad se evaluó mediante el registro de los efectos adversos (EA). Los datos fueron recogidos de la historia clínica electrónica y del programa de prescripción electrónica y se analizaron mediante SPSS Statistics® v.23. Para el análisis de supervivencia se determinaron las curvas de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de ocho pacientes con una edad media de 52 [rango 40-62] años. Cuatro pacientes recibieron olaparib como 2ª línea de tratamiento, una en 3ª línea, dos en 4ª línea y una en 6ª línea. Al inicio del tratamiento las pacientes presentaban ECOG 0-1. Todas las pacientes iniciaron con dosis de 400 mg cada doce horas. La mediana de SLP fue de 6,2 meses (IC95% 2,7 a 9,3 meses). Al finalizar el estudio, tres pacientes habían fallecido, a otras tres pacientes se le suspendió olaparib (dos por progresión y una por toxicidad) y dos pacientes continúan con el tratamiento. La mediana de la SG no se alcanzó en el momento del corte, siendo la mediana de SG de las tres pacientes fallecidas de 12 meses [7-39]. El 71% de las pacientes presentaron EA, siendo los más frecuentes la toxicidad hematológica (n=5) y la astenia (n=2). La toxicidad hematológica obligó a reducir la dosis a la mitad en cuatro pacientes. La mediana de reducción de dosis fue de cuatro ciclos de tratamiento.

CONCLUSIONES

La mediana de SLP en la práctica real (6,2 meses) es inferior a la encontrada en el ensayo pivotal SOLO2 con olaparib (19,1 meses). El perfil de acontecimientos adversos resulta consistente con los ensayos clínicos, siendo el más frecuente la toxicidad hematológica, obligando a reducir la dosis o suspender el tratamiento en el 71% de las pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2108. COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

AUTORES

MANZANEQUE GORDÓN A, MECA CASASNOVAS N, BOIX PALOP L, CASTELLS LAO G, VILARÓ JAQUES L, NICOLÁS PICÓ J, CALBO SEBASTIÁN E, CAMPAYO GUILLAUMES M

HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA. PLAÇA DEL DOCTOR ROBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir y analizar las complicaciones infecciosas en pacientes oncológicos tratados con inmunoterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron inmunoterapia durante Enero 2015-Diciembre 2019.

Se recogieron variables: demográficas/clínicas/de prevención, y otros posibles factores de riesgo (FdR) asociados a episodio de infección (EI).

Se diferenciaron pacientes con EI durante el tratamiento y hasta tres meses tras discontinuación (grupo estudio), y aquellos sin EI (grupo control).

Se analizó la cohorte con EI, recogiendo variables relacionadas con: características de la infección y evolución clínica.

Se realizó análisis univariante comparando los pacientes con EI con aquellos que no y, multivariante mediante regresión logística para evaluar los FdR asociados a presentar EI.

RESULTADOS

Se incluyeron 104 pacientes (82,7%-hombres) con una media de edad de $65 \pm 8,8$ años y una mediana para el índice de Charlson de 11 (Rango Intercuartílico(RIC):3-16).

La localización del tumor primario fue: pulmón (76,0%)/genitourinario (18,3%)/cabeza y cuello (3,80%)/otros (1,90%).

El fármaco prescrito (97,1%-intención paliativa), fue: Nivolumab (43,3%)/Atezolizumab (27,9%)/Pembrolizumab (24,0%)/Durvalumab (2,9%)/Avelumab (1,9%); siendo 100 (RIC:4-1235) la mediana de días de tratamiento.

De forma concomitante, los pacientes recibieron:corticoides (27,9%)/radioterapia (15,4%)/quimioterapia (3,8%).

Al inicio de tratamiento, el estado de vacunación fue el habitual para la edad en el 94,2%, y se realizó cribado de infección específica en el 26,9%.

El 57,7% de pacientes presentaron infección (109 EI en 104 pacientes), siendo motivo de visita a urgencias en el 68,8%, y con una mediana de aparición de 157 días (RIC:1-1060) desde el inicio de inmunoterapia.

La identificación microbiológica se realizó en 36/109 EI: Pseudomonas spp. (6/36); Streptococcus pneumoniae y Escherichia coli (5/36 respectivamente); Candida spp. (4/36); Staphylococcus aureus y Virus Herpes Simple (3/36 respectivamente); Klebsiella spp. y Pneumocystis spp. (2/36 respectivamente); y Gripe/Citomegalovirus/Virus respiratorio sincitial/Enterococcus faecium/Virus hepatitis B/Aspergillus niger/Coronavirus tipo-2 (1/36 respectivamente). Se consideraron prevenibles 6/36.

El foco de infección fue: respiratorio (56,0%), genitourinario (14,7%), piel/tejidos blandos (11,0%), abdominal (6,4%), mucositis y sin foco (4,6%-respectivamente), bacteriemia (1,8%) y osteoarticular (0,9%). Diez pacientes presentaron shock séptico.

Se instauró tratamiento antibiótico en 99/109 casos (40,0%-dirigido) y, el 53,0% requirieron hospitalización (mediana hospitalización: 7 (RIC:1-30) días).

Presentaron mortalidad relacionada con la infección a los 90 días el 19,2% de los pacientes.

La infección comportó la discontinuación del tratamiento en el 45,0% (29/49 temporal y 20/49 definitiva).

En la fecha de finalización del estudio, el 90,4% habían discontinuado tratamiento (progresión (54/94)/toxicidad (25/94)/ fin previsto (2/94)/otros (4/94)).

Se observó una diferencia estadísticamente significativa de EI en pacientes tratados con corticoides y los no tratados (80% versus 48,6%; $p=0,002$), y en la duración total de inmunoterapia del grupo estudio y control (mediana:165,0 (RIC:50,5-386,0) versus 80,5 (RIC:41,5-125,0) días; $p=0,0266$); identificándose el uso de corticoides como FdR de infección en el análisis multivariante (OddsRatio:4,3;Intervalo-Confianza95%:1,5-11,8). Los pacientes con EI mostraron una tendencia a recibir más radioterapia que el grupo control (81,3% versus 53,4%; $p=0,053$).

CONCLUSIONES

Más de la mitad de pacientes presentan un EI, siendo el 56,0% de origen respiratorio, condicionando hospitalización en el 5,0%, y asociándose a mortalidad en un quinto de los pacientes.

Los pacientes con EI reciben con mayor frecuencia tratamiento concomitante con corticoides, y son tratados durante un periodo de tiempo más prolongado con inmunoterapia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2112. NIVELES DE LACTATO DESHIDROGENASA COMO FACTOR PREDICTIVO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO TRATADOS CON ATEZOLIZUMAB.

AUTORES

GONZÁLEZ GARCÍA I, FERRER MACHÍN A, GONZÁLEZ PERERA I, VIÑA ROMERO MM, DÍAZ DÍAZ CL, PÉREZ MARTÍN CY, VERA CABRERA M, MERINO ALONSO FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO N. S DE LA CANDELARIA. CALLE GENERAL DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Evaluar el nivel basal de Lactato deshidrogenasa (LDH) como factor predictivo de la mortalidad en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) en tratamiento con atezolizumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal donde se incluyeron pacientes con CPNM tratados con atezolizumab entre mayo de 2018 y marzo de 2020.

Se realizó una recogida retrospectiva de datos a través de la Historia Clínica informatizada.

Las variables principales del estudio fueron el nivel de LDH basal previo al tratamiento con atezolizumab y la mortalidad.

Se consideró que el nivel basal de LDH era elevado si su valor era mayor del intervalo de referencia (135-225 U/l). Se recogieron otras variables secundarias como sexo, edad, estado funcional del paciente con la escala ECOG, tipo de tumor y nivel de expresión de PD-L1.

Se realizó un análisis descriptivo donde las variables cualitativas se expresaron como porcentaje (%) y las variables numéricas como media \pm desviación estándar (DE).

Para contrastar que las variables numéricas se ajustaban a la normalidad se usó el test de Kolmogorov–Smirnov de bondad de ajuste.

El análisis de regresión logística binaria se utilizó para cuantificar la asociación del nivel basal de LDH con la mortalidad del paciente, y se ajustó por el sexo, edad, ECOG, tipo de tumor y PDL-1. El Odds Ratio (OR) y los IC95% se calcularon mediante los coeficientes de regresión logística. Los análisis se realizaron mediante el programa estadístico SPSS/PC (versión 24.0 para Windows, SPSS, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 63 pacientes con CPNM en tratamiento con atezolizumab. Un 68% eran varones y la media de edad fue 66 ± 8 años. El 91% ($n=44$) de los pacientes tenía un estado funcional ECOG=0-1. El 71% de las neoplasias de pulmón fueron adenocarcinomas y el resto carcinomas escamosos. De los pacientes a los que se le determinó el PD-L1 ($n=46$), el 52% tenía un valor $> 1\%$.

Antes de iniciar el tratamiento con atezolizumab, el 51% de los pacientes presentaba LDH por encima del intervalo de referencia. El análisis de regresión logística binaria reveló que el nivel basal elevado de LDH no se asociaba a la mortalidad del paciente: OR=2.54, IC95%[0.50-12.75].

CONCLUSIONES

Los niveles elevados de LDH basal en pacientes con CPNM tratados con atezolizumab no se asocian con un incremento de la mortalidad cuando se ajusta por sexo, edad, ECOG, tipo de tumor y PD-L1. Sin embargo, debido al pequeño tamaño muestral y la falta de ensayos clínicos aleatorizados, no se puede afirmar que este factor por sí solo no se pueda asociar como factor predictivo negativo en este tipo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2122. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL EMPLEO DE ATEZOLIZUMAB EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

GONZÁLEZ GARCÍA I, FERRER MACHÍN A, GONZÁLEZ PERERA I, VIÑA ROMERO MM, DÍAZ DÍAZ CL, PÉREZ MARTÍN CY, ÁLVAREZ TOSCO KI, MERINO ALONSO FJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO N. S DE LA CANDELARIA. CALLE GENERAL DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad del atezolizumab como tratamiento de segunda línea en pacientes con carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM) en un hospital de tercer nivel y comparar los resultados obtenidos con los del ensayo pivotal de fase III OAK.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo, realizado entre mayo de 2018 y marzo de 2020, en el que se incluyeron pacientes con CPNM tratados con atezolizumab a una dosis de 1200 mg cada 3 semanas.

Se registraron datos de edad, sexo, estado funcional del paciente (escala ECOG), expresión de PD-L1, histología del tumor, supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión (SLP) y reacciones adversas (RA). La respuesta se evaluó en la primera prueba de imagen (TAC) realizada tras el inicio del tratamiento.

Para el análisis estadístico se construyeron curvas de Kaplan-Meier. Se estimó el Hazard Ratio (HR) y sus IC95% a través del modelo de regresión de Cox. Los análisis se realizaron mediante el programa estadístico SPSS/PC (versión 24.0 para Windows, SPSS, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS

Se incluyeron 65 pacientes con CPNM que recibieron atezolizumab. La media de edad fue de 65 ± 8 años, el 66% varones. El tumor presentó histología de adenocarcinoma en el 71% de los casos y escamoso en el resto. El estado funcional fue ECOG=0 en el 72% de los pacientes.

Los pacientes incluidos en el estudio recibieron una media de 4 (2-10) ciclos de atezolizumab. El 50% de aquellos a los que se les determinó la expresión de PD-L1 ($n=46$) tenía un valor $> 1\%$.

La evaluación inicial del tumor se realizó con un TAC una media de 9.7 ± 3.6 semanas después del inicio del atezolizumab. En el ensayo OAK esta evaluación se realizó tras las primeras 6 semanas de tratamiento.

Para los pacientes de nuestro estudio se obtuvo una SLP media de 5.1 (3.4-6.8) meses y una SG media de 11.7 (4.9-18.6) meses, mientras que la mediana de SLP del ensayo OAK fue de 2.8 meses y la SG de 13.8 meses. El nivel de expresión de PD-L1 no tuvo una influencia estadísticamente significativa sobre la SLP ($p=0.099$, hazard ratio (HR)=0.515, IC95=0.234-1.132) ni sobre la SG ($p=0.975$, HR=1.014, IC95=0.420-2.449). La histología escamosa sí tuvo una influencia estadísticamente significativa, tanto sobre la SLP ($p=0.011$, HR=0.226, IC95=0.072-0.708), como sobre la SG ($p=0.044$, HR=0.267, IC95=0.074-0.963).

El 55% de los pacientes presentó RA al atezolizumab, la más prevalente fue la astenia (14%). Otras RA observadas fueron dermatológicas (12%), tiroideas (7%) y digestivas (6%).

CONCLUSIONES

La media de SLP obtenida para nuestros pacientes es superior a la mediana de SLP del ensayo pivotal fase III OAK, lo que puede ser debido a que el TAC de control en nuestro estudio se realizaba a un tiempo mayor. La mediana de SG del estudio OAK es superior a la observada en nuestro hospital.

Este tipo de estudios permite comparar los resultados del ensayo clínico con los obtenidos en la práctica clínica diaria.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2129. ESTUDIO EN VIDA REAL DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE IBRUTINIB EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

AUTORES

GARCÍA LLORET P, ARTACHO CRIADO S, DÍAZ ACEDO R, RÍOS HERRANZ E
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. CARRETERA DE SEVILLA-CÁDIZ KM 548'9. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de ibrutinib en monoterapia en pacientes para el tratamiento de leucemia linfocítica crónica (LLC) tanto en primera línea (1L) como en líneas posteriores ($\geq 2L$).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multidisciplinar en un hospital de especialidades de los pacientes diagnosticados de LLC en tratamiento con ibrutinib entre julio-2015 y septiembre-2019 (fin de seguimiento:15-mayo-2020).

Variables recogidas: edad, sexo, estado funcional según escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), nivel de beta-2-microglobulina, presencia de delección 17p/mutación TP53 y tratamientos previos recibidos.

Variables de efectividad evaluadas: tipo de respuesta a los 6 meses, supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). Variables de seguridad: porcentaje de pacientes con reacciones adversas (RA), porcentaje de pacientes con RA grado 3-4 y tipo de RA, según Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) V.5.0.

Fuentes de información: programa de dispensación de pacientes externos- Farmatools® e historia clínica electrónica- Diraya®. Procesamiento de datos: Excel® v.16.8.

RESULTADOS

Se identificaron 21 pacientes con LLC en tratamiento con ibrutinib (13 hombres; 61,9%). Edad mediana 78 años (rango 55-87), ECOG 0-1 el 90,5% (el resto ECOG 2), y un 62,5% con nivel basal de beta-2-microglulina $> 3,5$ mg/L. Se trataron 5 pacientes (23,8%) en 1L y el resto en $\geq 2L$. El 62,5% tuvieron ≥ 3 líneas previas. Todos los de 1L presentaban delección 17p/mutación TP53 y los de $\geq 2L$ presentaban la mutación en un 45,5% (estatus mutacional disponible en 11/16 pacientes). El tiempo mediano de seguimiento fue 19,6 meses (RIQ 13,1-33,6).

De los pacientes tratados en 1L, uno de ellos finalizó el tratamiento tras 43 meses por toxicidad -anemia, artralgia y sangrado- y el resto continúa, y todos siguen vivos. La respuesta global en 1L fue del 100% (respuesta completa con linfocitosis:40,0%); la SLP mediana para 1L fue 31,7 meses (RIQ 13,2-39,4) y la SG mediana 33,4 meses (RIQ 13,2-44,6).

De los 16 pacientes tratados en $\geq 2L$, 8 finalizaron el tratamiento: 6 por progresión/no respuesta/éxito y 2 por toxicidad -neutropenia G3, infección respiratoria G3 diarrea G1-, y a cierre de seguimiento siguen vivos 9 pacientes. La respuesta se evaluó en 15 de 16 pacientes en $\geq 2L$ y en ellos se observó una respuesta global de 53,3% (respuesta completa:20,0%; n=3 – 2 casos sin linfocitosis y uno con linfocitosis); la SLP mediana fue 17,1 meses (RIQ 11,1-23,5) y la SG mediana 18,4 meses (RIQ 12,6-24,1).

En cuanto a la seguridad en el global de pacientes, un 76,2% de pacientes presentó alguna RA y un 31,3% presentó RA G3-4. Las RA más observadas fueron: astenia, equimosis, osteoartralgias, prurito, diarrea y náuseas; y las RA G3-4 fueron neutropenia G3-4 (n=4) e infección respiratoria G3 (n=2).

CONCLUSIONES

Ibrutinib ha presentado mejores tasas de respuesta en los pacientes tratados en 1L que las descritas en el ensayo pivotal y similares tasas frente a las descritas en los de $\geq 2L$. Para concluir sobre la SLP y SG sería recomendable ampliar el seguimiento de estos pacientes, dado que muchos pacientes aún siguen en tratamiento y están vivos.

Las RA observadas fueron las esperadas con este medicamento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2130. DISCONTINUACIÓN EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA REDUCIENDO TOXICIDAD SIN REDUCIR EFECTIVIDAD

AUTORES

GONZÁLEZ GARCÍA I, VIÑA ROMERO MM, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, GONZÁLEZ PERERA I, DÍAZ DÍAZ CL, ÁLVAREZ TOSCO KI, PÉREZ MARTÍN CY, MERINO ALONSO FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO N. S DE LA CANDELARIA. CALLE GENERAL DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Describir la experiencia clínica en la discontinuación del tratamiento con inhibidores de la tirosin-cinasa (ITC) en pacientes diagnosticados de leucemia mieloide crónica (LMC), en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de tres años de duración (2017-2020) sobre la discontinuación del tratamiento con ITC en pacientes con LMC.

Según el protocolo de nuestro centro, el criterio para la discontinuación de los ITC es que el paciente lleve, al menos, cinco años de tratamiento con respuesta molecular profunda.

Las variables registradas fueron edad, sexo, fármaco, discontinuación, expresión de BCR-ABL y síntomas de retirada. Todos estos datos se obtuvieron del aplicativo informático Farmis-Oncofarm® y de la Historia Clínica DRAGO AE®. Para determinar si existían diferencias entre los grupos respecto a los fracasos, se realizó una prueba Chi-cuadrado; se llevó a cabo un test t de Student para evaluar la significancia estadística, mediante el programa estadístico SPSS®v22.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio han sido tratados con ITC un total de 65 pacientes. El 64.6% eran varones y la edad media fue de 58.8±16.9 años. La distribución de tratamientos fue:

- Imatinib: 64.6% (42) de los pacientes. Todos, menos un paciente, en primera línea.
- Nilotinib: 27.7% (18). El 66.7% en primera línea.
- Dasatinib: 7.7% (5). El 80% (4) en segunda línea.

De todos ellos, en el 41.5% (27) se ha realizado una discontinuación (el 85.2% de los casos estaba en primera línea): el 66.7% en tratamiento con imatinib, el 29.6% con nilotinib y el 3.7% con dasatinib. Los niveles de expresión de BCR-ABL en el momento de la discontinuación fueron indetectables en el 55.6% de los pacientes y en el resto (44.4%) el valor medio de expresión fue de 0.00399±0.005%.

La media en el tiempo de discontinuación ha sido de 9.3±4.63 meses.

En el 18.5% (5) de los casos se produjo una pérdida respuesta, suponiendo un fracaso de la discontinuación y el reinicio del tratamiento. El 80% (4) de estos pacientes se encontraba en tratamiento previo con imatinib y el 20% (1) con nilotinib ($p=0.076$).

Un 11.1% (3) desarrolló un síndrome de retirada (SR) caracterizado, en todos los casos, por la aparición de molestias osteomusculares. En uno de los casos, este SR, se acompañó de una pérdida de respuesta, lo que supuso el reinicio del tratamiento, esto no ocurrió en los dos casos restantes, que continuaron discontinuados. Los pacientes que experimentaron dicho SR se encontraban en tratamiento previo con imatinib (1), nilotinib (1) y dasatinib (1).

CONCLUSIONES

Con el presente estudio hemos querido mostrar los resultados, en condiciones de práctica clínica habitual, de una serie de casos (27 pacientes) sobre los que ya se ha realizado la discontinuación con ITC en el tratamiento de la LMC. Tras una media de 9 meses de seguimiento, los datos obtenidos son similares a los descritos en la bibliografía, observándose una tendencia de menor tasa de fracaso con los ITC de 2ª generación y sobretodo mostrando resultados esperanzadores con esta estrategia terapéutica.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2134. ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA UTILIZACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL

AUTORES

RE CAREY GERPE V, BEUNZA SOLA M, MORENO GÓMEZ AM, JIMÉNEZ CABRERA S, ALCÁZAR MONTERO JA, MARTÍN GUTIÉRREZ N, OTERO LÓPEZ MJ

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº DE SAN VICENTE, 58. SALAMANCA

OBJETIVOS

El empleo de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) junto con cirugía citorreductora ha sido una opción terapéutica muy controvertida en el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal (CP). Sin embargo, en los últimos años parece haber recobrado presencia en la práctica clínica. El objetivo del estudio ha sido analizar los resultados obtenidos en vida real de la utilización reciente de la HIPEC en un hospital de cuarto nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo realizado entre enero 2019 y mayo 2020 que incluyó a los pacientes con CP sometidos a cirugía citorreductora combinada con HIPEC. Para localizar a los pacientes se empleó el módulo de pacientes ambulantes del programa Farmatools®.

Se recogieron los siguientes datos de la historia clínica: sexo, edad, tipo de tumor y estadio, líneas de tratamiento e intervenciones quirúrgicas previas, ECOG, síntomas asociados con CP, índice de carcinomatosis peritoneal (ICP), empleo de quimioterapia neoadyuvante y adyuvante, fármacos y duración de la HIPEC, evolución de los marcadores tumorales, grado de resección tumoral conseguido, efectos adversos y complicaciones relacionados con la HIPEC, y recidivas de la enfermedad.

RESULTADOS

Se incluyeron 12 pacientes (7 mujeres) con una mediana (rango) de edad de 60 (34-75) años. Ocho pacientes tenían diagnóstico de adenocarcinoma colorrectal, 1 de pseudomixoma peritoneal de origen apendicular y 3 de carcinoma epitelial seroso de ovario, todos ellos en estadio localmente avanzado (4 pacientes) o metastásico (8 pacientes). Los pacientes habían recibido una mediana (rango) de 1 (0-3) línea de tratamiento previa y 9 se habían sometido anteriormente a una intervención quirúrgica relacionada con su proceso oncológico. Todos los pacientes tenían un ECOG de 0-1 y la distensión y el dolor abdominal fueron los síntomas asociados con CP más habituales. Diez pacientes tenían un ICP menor de 20 antes de la HIPEC y 3 recibieron tratamiento neoadyuvante.

En cuanto a la quimioterapia empleada, los pacientes con cáncer colorrectal y pseudomixoma recibieron 30-35mg/m² de mitomicina C durante 90 minutos. En el caso del cáncer de ovario, se empleó cisplatino dosificado a 75mg/m² durante 60 minutos.

Antes de someterse a HIPEC, 9 pacientes presentaban marcadores tumorales elevados, pero en 8 de ellos se normalizaron tras la misma. El paciente que continuó teniéndolo elevado redujo su valor un 65%. Por otro lado, en 10 pacientes se

consiguió una resección tumoral completa, sin presencia de enfermedad residual.

La mediana (rango) de tiempo de hospitalización fue de 12 (8-17) días. Ningún paciente experimentó efectos adversos ni complicaciones relacionados con la HIPEC. Once pacientes recibieron tratamiento adyuvante, iniciándolo 49 (39-57) días tras la intervención quirúrgica. A fecha de corte del estudio, ningún paciente presentó recidiva de la enfermedad y todos estaban vivos, siendo la mediana (rango) de seguimiento de 206 (80-494) días.

CONCLUSIONES

El uso de HIPEC junto con cirugía citoreductora en el tratamiento de la CP es una opción terapéutica empleada en pacientes seleccionados, sobre todo con diagnóstico de cáncer colorrectal. El perfil de seguridad de la HIPEC es bueno y los resultados obtenidos hasta el momento prometedores. Sin embargo, son necesarios estudios más amplios y prolongados que permitan corroborar los resultados obtenidos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2139. RESULTADOS EN PRÁCTICA REAL DE SORAFENIB EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA

AUTORES

LÓPEZ LÓPEZ A, GAYOSO REY M, ROBLES TORRES D, GARCÍA BELOSO N, PIÑEIRO CORRALES MG
HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO. CARRETERA CLARA CAMPOAMOR. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Evaluar la respuesta de sorafenib en términos de supervivencia global (SG) y tiempo de recurrencia (tiempo libre de progresión) en pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo, realizado en un Hospital de tercer nivel en el que se incluyeron todos los pacientes con CHC que iniciaron tratamiento con sorafenib entre enero de 2012 y diciembre de 2018 con un período mínimo de seguimiento de un año. Fueron excluidos aquellos pacientes que no recibieron al menos un mes de tratamiento. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, estadio del tumor al inicio de tratamiento, Performance Status (PS) y duración del tratamiento. Para evaluar la respuesta al tratamiento se recogieron SG, tiempo hasta la progresión (TP) y grado de respuesta (criterios RECIST). Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y del programa de dispensación a pacientes externos.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se trataron con sorafenib 46 pacientes con CHC, de los cuales 13 (28,3%) fueron excluidos por no cumplir un mes mínimo de tratamiento y 4 (8,7%) por pérdida de seguimiento. La edad media fue de 64 años ($\pm 9,38$), siendo la mayoría hombres ($n=28$; 93,3%). Al inicio del tratamiento, 9 (30%) pacientes presentaron un estadio intermedio (multinodular irreseccable) y 21 (70%) avanzado (invasión portal/afectación extrahepática). 13 pacientes (43,3%) tenían un PS0, 9 (30%) PS1, 1 (3,3%) PS2 y 1 (3,3%) PS3. La duración media del tratamiento con sorafenib fue de 10,2 meses ($\pm 10,35$), estando actualmente un paciente a tratamiento.

La mediana del tiempo libre de progresión fue de 3,8 meses (rango 1,2-21,2) y la mediana de la SG fue de 8,9 meses (rango 1,3-62). El mejor nivel de respuesta obtenido durante el tratamiento con sorafenib fue: respuesta completa en 1 (3,3%) paciente, parcial en 3 (10%), enfermedad estable en 10 (33,3%) y progresión de la enfermedad en 16 (53,3%).

CONCLUSIONES

A pesar de que el tiempo libre de progresión en nuestra muestra de pacientes fue similar al observado en el ensayo clínico pivotal de sorafenib en hepatocarcinoma (3,8 vs 4,1 meses), la SG obtenida fue menor (8,9 vs 10,7 meses).

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2147. EFECTIVIDAD Y TOLERANCIA DE TEMOZOLOMIDA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS RECURRENTES METASTÁSICOS

AUTORES

VARELA GONZÁLEZ-ALLER J, VARON GALCERA C, LARROSA GARCÍA M, VALVERDE C, FARRIOLS DANES A, VALLDIVIA VADELL C, GORGAS TORNER MQ, CARRERAS SOLER MJ
HOSPITAL VALL D'HEBRON. PASSEIG DE LA VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Los sarcomas de tejidos blandos (STB) son tumores infrecuentes y muy heterogéneos con opciones terapéuticas escasas y eficacia limitada, asociadas a una supervivencia global (SG) de 12-19 meses tras la detección de STB metastásica (STBm). Estudios publicados por el Grupo Español de Investigación en Sarcomas (GEIS) han mostrado que temozolomida puede ser una opción de tratamiento para estos pacientes. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y tolerancia de temozolomida en pacientes con STBm en práctica clínica real.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en el que se incluyen todos los pacientes afectados de STBm tratados con temozolomida durante los años 2018-2019.
- Se analizaron variables biodemográficas, clínicas y farmacoterapéuticas. Se utilizó el programa integral de prescripción y validación de citostáticos Sisinf® y el curso clínico electrónico mediante programa asistencial de gestión clínica SAP®.

- Las variables continuas se expresan como mediana y rango, las categóricas como número de casos y porcentaje.
- Se administró temozolomida a dosis de 75mg/m² día/continuo hasta progresión o toxicidad inaceptable

RESULTADOS

Se incluyeron 12 pacientes, 6(50%) mujeres, con una edad mediana de 57 años (48-77), diagnosticadas de STBm con valores de ECOG de 1(75%) y 2(25%). En cuanto a histología, se incluyeron: 4(33,3%) leiomiomas, 3(25%) sarcoma estroma endometrial, y 5(41,7%) en otras histologías.

Los pacientes habían recibido 3,5(1-6) líneas de tratamiento previo, incluyendo antraciclinas en 10(83,3%) casos, ifosfamida en 2(16,6%), pazopanib en 7(58,3%) y trabectedina en 5(41,7%).

Un total de 3(25%) pacientes llevaron radioterapia concomitantemente al tratamiento

La mejor respuesta obtenida fue 5(41,7%) Enfermedad Estable, 1(8,3%) Respuesta Parcial, 1(8,3%) Beneficio clínico y 5(41,7%) Progresión, con una mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) de 5,2(1,5-12,3) meses, manteniéndose un paciente en curso. Las tasas de SLP a los 3 y a los 6 meses fueron de 66,7%(n=8) y 33,3%(n=4) respectivamente. La mitad de los pacientes fueron éxitos, con una mediana de SG para este grupo de 7,5(2,5-14,2) meses.

Se detectaron 4(33,3%) casos de linfopenia que requirieron quimiopprofilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol y 4(33,3%) de plaquetopenia, uno de los cuales requirió la suspensión del tratamiento. La astenia fue la toxicidad no hematológica más frecuente (8;66,7%), seguida de náuseas y vómitos (6;50%), sin implicar suspensión del tratamiento. Se precisó reducir la dosis por toxicidad en 8(66,7%) pacientes, a diferencia de los datos del GEIS, donde únicamente un 15% de los casos precisaron reducción. Esto podría explicarse debido a la diferencia en los regímenes de tratamiento, siendo en el caso del GEIS limitado a 6 semanas, mientras que en nuestro centro el tratamiento se mantuvo hasta progresión o intolerancia.

CONCLUSIONES

- Temozolomida es una alternativa terapéutica segura en pacientes con STBm que hayan recibido múltiples líneas de tratamiento.
- La SLP observada en esta cohorte es comparable a la publicada en el estudio del grupo GEIS, teniendo en cuenta que nuestra cohorte incluye pacientes altamente tratados.
- Un elevado porcentaje de pacientes precisó reducción de dosis por toxicidad. Sería necesario un estudio comparativo de eficacia entre el tratamiento con temozolomida continuo vs 6 semanas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2165. IMPACTO DE UNA APLICACIÓN MÓVIL EN EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES.

AUTORES

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

OBJETIVOS

Los antineoplásicos orales (ANEOS) han revolucionado el manejo del cáncer. Sin embargo, no están exentos de efectos adversos, falta de adherencia e interacciones farmacológicas. En este sentido, las aplicaciones móviles (app) pueden aumentar la autonomía del paciente, favoreciendo un seguimiento farmacoterapéutico (SFT) a tiempo real.

El objetivo fue analizar el impacto en los resultados de salud de una app destinada al SFT de los pacientes oncohematológicos en tratamiento con ANEOS. Los objetivos secundarios fueron analizar la comunicación paciente-farmacéutico y la satisfacción del paciente con la app.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio comparativo, cuasi-experimental con intervención pre-post. Se comparó un grupo de pacientes (grupo control-GC) en el que se realizó SFT tradicional frente a un grupo en el que se realizó dicho seguimiento a través de la app e-OncoSalud® (grupo intervención-GI). El periodo de seguimiento fue de 6 meses.

e-OncoSalud® es una app para favorecer el SFT domiciliario y la seguridad de los pacientes en tratamiento con ANEOS. Los resultados en salud se evaluaron desde el punto de vista de la seguridad, adherencia y calidad de vida. Además, se analizó la comunicación de los pacientes y su satisfacción con la app.

RESULTADOS

Seguridad: El 72,5% de los pacientes del GC presentaron algún problema relacionado con la medicación (PRM) vs. 70,0% del GI (p=0,013). La probabilidad de detectar un problema de salud insuficientemente tratado fue mayor en el GI (p=0,038). El porcentaje de pacientes que presentaron efectos adversos fue menor en el grupo que usó la app (90% vs. 100%; p=1.01). En el GC, el 49% de los pacientes consumieron algún recurso sanitario en comparación con el 36% en el grupo de intervención (p=0,76).

Adherencia al tratamiento: la adherencia fue del 97,6% (DE=7,9) en el GI vs. 92,9%, (DE=10,0) del GC (p < 0,02).

Calidad de vida relacionada con la salud: La media según el cuestionario EQ-5D en el GI fue de 0,8754 (DE=0,1562) vs. 0,7406 (DE=0,1769) en el GC (p < 0,001).

Comunicación: El 60% de los pacientes del GI utilizaron el módulo de mensajería para comunicarse con los farmacéuticos. En función de los tipos de mensajes más frecuentes, el 27,2% se debieron a agradecimientos por la atención recibida, el 24,7% a dudas sobre interacciones con el ANEO y el 13,8% sobre consultas por efectos adversos.

Satisfacción con la aplicación: La encuesta de satisfacción realizada en el GI obtuvo una puntuación de 9,70 (DE=0,80) sobre 10. Algunos de los puntos mejor valorados por los pacientes fueron la utilidad (9,71, DE=0,98), la ayuda para obtener información sobre su tratamiento, síntomas y estilo de vida (9,86, DE=0,98) y la facilidad para poder comunicarse con el farmacéutico (9,57, DE=0,96).

CONCLUSIONES

El SFT a tiempo real a través de la app a pacientes en tratamiento con ANEOs ha permitido optimizar los resultados en salud de los pacientes. En el grupo de pacientes con la app se ha conseguido reducir los PRM, aumentar la adherencia al tratamiento, mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y reducir el consumo de recursos. La satisfacción con la app fue muy elevada.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2173. EFICACIA Y SEGURIDAD DE PEMBROLIZUMAB EN MONOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

AUTORES

VALDAZO MARTÍN C, GARCÍA ALBÁS JJ, ANDRÉS MORALEJO MÁ, POYO MOLINA J, RAMON RIGAU N, ROSADO ANCÍN M, SANTAOLALLA SÁNCHEZ A, MARTÍNEZ MARTÍNEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA. C/ JOSÉ ATXOTEGI, S/N. ÁLAVA

OBJETIVOS

Analizar la eficacia y seguridad del tratamiento de primera (1L) y segunda línea o sucesivas ($\geq 2L$) del cáncer de pulmón no microcítico metastásico (CPNM-m) con pembrolizumab en monoterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en 82 pacientes con CPNM-m tratados con pembrolizumab en monoterapia entre enero de 2018 y abril de 2020.

Revisando la historia clínica se recogieron variables descriptivas, clínicas y terapéuticas. Se analizaron estadísticamente con el programa SPSS®-v23.0. Como medida de eficacia se utilizó la supervivencia libre de progresión (SLP), la supervivencia global (SG), calculadas ambas con el método de Kaplan-Meier, así como la tasa de respuesta objetiva (TRO), evaluada utilizando los criterios iRECIST. Para analizar la seguridad se registraron los efectos adversos (EAs) y su gravedad, utilizando los criterios NCI-CTCAE-v5.0. Se compararon los resultados con los de sus respectivos ensayos clínicos pivotaes: KEYNOTE-024 y KEYNOTE-010.

RESULTADOS

45 pacientes (34 hombres) recibieron pembrolizumab en 1L (200mg cada 3 semanas). Mediana (Me) de edad=66 años, (rango (R)=32-83). 35 pacientes presentaron histología no escamosa y 6 escamosa. Expresión de PD-L1, Me=80%, (R=55-100%). Ningún paciente presentó mutaciones de ALK, EGFR o ROS. Al inicio del tratamiento, 35 pacientes presentaron ECOG=0-1 y 10 ECOG ≥ 2 . Recibieron una Me=5 ciclos (R=1-37).

La SLP en 1L tuvo una Me=5.1 meses (IC95%=0.5-no alcanzado). No se alcanzó la mediana de SG, aunque la tasa de SG fue del 66% a los 6 meses, y del 60% a los 12 meses. TRO=40%. Un 15% de los pacientes fallecieron en un periodo inferior a un mes desde el inicio del tratamiento. 36 de los 45 pacientes (80%) presentaron EAs; un total de 129, la mayoría grado 1-2, siendo astenia y dolores musculoesqueléticos-artralgias los más frecuentes. 6 pacientes (13%) presentaron EAs grado 3-4.

37 pacientes (30 hombres) recibieron pembrolizumab en $\geq 2L$ (2mg/kg cada 3 semanas). Edad Me=67 años (R=46-90). 18 pacientes presentaron histología no escamosa y 14 escamosa. Expresión de PD-L1, Me=10% (R=1-90%). 2 pacientes presentaron mutación de EGFR, pero ninguno de ALK o ROS. El tratamiento previo incluyó siempre un régimen en doblete con platino. 3 pacientes habían recibido dos o más líneas previas, y 34 solamente una. Al inicio del tratamiento con pembrolizumab 30 pacientes presentaron ECOG=0-1 y 7 ECOG ≥ 2 . Recibieron una Me=4 ciclos (R=1-24).

La SLP en $\geq 2L$ tuvo una Me=3.4 meses (IC95%=1.9-4.7) y la SG una Me=9.1 meses (IC95%=5.1-13.2). TRO=16%. 24 de los 37 pacientes (65%) presentaron EAs; un total de 54, la mayoría grado 1-2, siendo astenia y tos los más frecuentes. 3 pacientes (8%) presentaron EAs grado 3-4.

CONCLUSIONES

Pembrolizumab en 1L del CPNM-m en nuestros pacientes presenta una SLP y SG inferiores a las recogidas en KEYNOTE-024 y una TRO similar. Esto podría explicarse parcialmente por el mayor deterioro de nuestros pacientes al inicio del tratamiento (22% ECOG ≥ 2) respecto al ensayo clínico pivotal, así como por el limitado tamaño muestral. En $\geq 2L$ obtuvo una SLP, SG y TRO ligeramente inferiores a las recogidas en KEYNOTE-010. Los EAs observados fueron mayoritariamente grado 1-2, y menos frecuentes que en los ensayos clínicos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2180. ASOCIACIÓN DEL "LUNG IMMUNE PROGNOSTIC INDEX" CON RESPUESTA A NIVOLUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO.

AUTORES

CUERVO ESCRIBANO K, HERRERO FERNÁNDEZ M, ÚBEDA RUIZ B, PÉREZ PÉREZ D, ESCRIGAS FERNÁNDEZ C, SAN ANDRÉS CORRAL C, BERMEJO LORERO B

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. CARRETERA DE ALCALÁ-MECO S/N MADRID. MADRID

OBJETIVOS

Determinar si el “lung immune prognostic index (LIPI)” está asociado con la supervivencia libre de progresión (SLP) y la tasa de respuesta (TR) obtenidas en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico metastásico (CPNMm) tratados con Nivolumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en pacientes diagnosticados de CPNMm en un hospital español de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes tratados con Nivolumab desde noviembre de 2015 hasta diciembre de 2019. Las variables analizadas fueron sexo, edad, estado funcional (ECOG), hábito tabáquico, línea de tratamiento, estado mutacional ALK y EGFR, expresión de PD-L1, ratio neutrófilo-leucocito basal derivado (dNLR) y niveles séricos de lactato deshidrogenasa (LDH) antes del inicio de tratamiento, número de ciclos recibidos, fecha de inicio y fin de tratamiento, SLP y TR a los 3 meses. El LIPI basado en un dNLR mayor de 3 y una LDH por encima del límite de la normalidad permitió caracterizar a los pacientes en 3 grupos: LIPI bueno (0 factores), LIPI intermedio (1 factor) y LIPI pobre (2 factores). Se realizó un análisis descriptivo de las características de los pacientes. Para calcular la SLP se utilizó el método de Kaplan-Meier y para establecer la asociación entre el valor de LIPI y la SLP se utilizó el test Log-Rank. Para determinar la asociación entre el LIPI y la TR se realizó la prueba Chi-cuadrado. Se considera significativo todo valor de $p \leq 0,05$. Todo el análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS versión 18.0.

RESULTADOS

Se seleccionaron 34 pacientes, 29 (85%) eran hombres, 33 (97%) eran fumadores y 33 (97%) tenían un ECOG ≤ 1 ; la media de edad era de 65 ± 10 años. De 6 pacientes que presentaban datos de PD-L1, 4 (12%) eran positivos y 2 (6%) eran negativos; ninguno de los pacientes presentaba mutaciones ALK o EGFR. Histológicamente, el 56% de la muestra era epidermoide; 25 (74%) pacientes recibieron Nivolumab en segunda línea de tratamiento y la media de ciclos recibidos fue de $6,24 \pm 6,81$. La mediana de SLP global fue de 5 meses (95% IC, 3-8). La mediana de SLP para los pacientes con un LIPI bueno, intermedio y pobre fue de 8,4 meses (95% IC, 5.9-11.0), 3.0 meses (95% IC, 0.0-6.2) y 1.8 meses (95% IC, 1.2-2.4), respectivamente ($p < 0,001$). Por otro lado, el número de pacientes con un LIPI bueno, intermedio y pobre entre los respondedores (30%) fue de 9 (27%), 1 (3%) y 0 (0%), respectivamente; y entre los no respondedores (70%) fue de 7 (21%), 9 (27%) y 8 (24%), respectivamente ($p = 0,005$).

CONCLUSIONES

El índice pronóstico LIPI, combinando niveles basales de dNLR y LDH, permite predecir la respuesta al tratamiento con Nivolumab, sugiriendo que el LIPI podría servir como una herramienta útil a la hora de seleccionar el tratamiento más adecuado en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico metastásico; así como para descartar a los pacientes no subsidiarios de obtener un beneficio clínico del tratamiento con Nivolumab.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2187. COMPARACIÓN DEL PROTOCOLO CON ANTRACICLINA Y CICLOFOSFAMIDA EN DOSIS DENSAS CON RESPECTO AL CONVENCIONAL

AUTORES

VILA GALLEGO C, LOIZAGA DIAZ I, GALVE CALVO E, PARDO SANTOS N, VARA URRUCHUA M, REVUELTA AMALLO A, BLAZQUEZ URTIZBEREA U, AGUIRREZABAL ARREDONDO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. AVENIDA MONTEVIDEO, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS

Comparar el perfil de toxicidad hematológica entre dos esquemas con antraciclinas y ciclofosfamida en dosis densas (ACdd) y convencional (AC).
Analizar la reducción en el tiempo de tratamiento utilizando el esquema en dosis densas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluye a todas las pacientes con carcinoma de mama en tratamiento con AC y ACdd más factores estimulantes de granulocitos (G-CSF) entre marzo de 2019 y febrero de 2020.

Se identificaron las pacientes a través de la herramienta corporativa Onkobide. Se recogieron los siguientes datos de la historia clínica electrónica: edad, subtipo tumoral, clasificación TNM, indicación, neutrófilos iniciales y neutropenias, otras reacciones adversas, episodios en urgencias, ingresos e intensidad de dosis recibida promedio (IDRp).

RESULTADOS

Se analizaron un total de 69 pacientes con una media de edad de 50 años (26-75). El 71%(n=49) con subtipo tumoral luminal, el 6%(n=4) HER2+ y el 23%(n=16) triple negativo. En cuanto a la clasificación TNM, el 38%(n=26) fue T1, el 46%(n=32) T2, el 12%(n=8) T3, el 3%(n=2) T4 y el 54%(n=37) presentó afectación ganglionar. El 58%(n=40) recibió tratamiento con ACdd + G-CSF y el 42%(n=29) restante con AC. El 55%(n=22) del grupo de dosis densas con indicación neoadyuvante frente al 41%(n=12) del grupo estándar.

La cifra de neutrófilos inicial fue similar en ambos grupos, $3,41 \times 10^3/\mu\text{L}$ y $3,30 \times 10^3/\mu\text{L}$, ACdd y AC respectivamente. El porcentaje de neutropenias grado 1-3 fue superior en el grupo AC, 76%(n=22) frente a un 58%(n=23) en el grupo ACdd. Sin embargo, ninguna paciente de este grupo sufrió neutropenia grado 4 frente a un 15%(n=6) del grupo en dosis densas. En cuanto a las neutropenias febriles, acontecieron a un 10%(n=3) del grupo estándar y a un 18%(n=7) del grupo ACdd. La IDRp para el esquema convencional fue del $97 \pm 5,83\%$ y del $91 \pm 11,41\%$ para el de dosis densas.

En cuanto a las estancias en urgencias y a los ingresos hospitalarios fueron del 28%(n=11) y del 15%(n=6) para el grupo ACdd respectivamente y, del 21%(n=6) y ninguna para el grupo AC.

Otras reacciones adversas destacables presentes de forma similar en ambos grupos fueron: alopecia grado 2, mucositis grado 1-2, náuseas grado 1 y astenia grado 1-2. La duración media del tratamiento con ACdd fue de $64 \pm 8,2$ días, mientras que la duración del AC fue de $86,2 \pm 4,4$ días. La diferencia media de duración de tratamiento entre ambos grupos fue de 22,21 días.

CONCLUSIONES

El número de neutropenias grado 4 y febriles, reducciones de dosis y pacientes que requirieron ingreso durante el tratamiento fueron mayores en el grupo ACdd, por lo que es necesario seleccionar a las pacientes que puedan beneficiarse del esquema en dosis densas.

El protocolo ACdd consiguió reducir la duración total del tratamiento, a pesar de los retrasos en los ciclos. En el caso de tratamientos con indicación neoadyuvante, esta reducción en el tiempo supone una ventaja a la hora de llevar a la paciente a cirugía en la mayor brevedad posible.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2200. PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN APORTADA A LOS PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS AMBULATORIOS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

AUTORES

ACOSTA GARCÍA H, MEJÍAS TRUEBA M, RODRIGUEZ PEREZ A, MONTECATINE ALONSO E, DESONGLES CORRALES T HOSPITAL UNIV. VIRGEN DEL ROCIO. AVDA/MANUEL SIUROT SN. SEVILLA

OBJETIVOS

Mejorar la atención a pacientes externos oncohematológicos mediante la revisión, actualización y homogeneización de la información que se les ofrece en la consulta de atención farmacéutica.

MEJORAS ESPERADAS

Se espera una mejora de la calidad de la información aportada a los pacientes, y una homogeneización de la misma. Esto último es capital en una unidad donde existe un elevado número y una alta rotación de farmacéuticos.

DISEÑO

Se diseñó un proyecto de 4 etapas, detalladas a continuación, basado en la recogida de información en una tabla que constaba de los siguientes apartados: fármaco, mecanismo de acción, indicación, condiciones de dispensación en el centro, posología/administración (ajustes de dosis por toxicidad, por insuficiencia hepática, renal o por interacciones), reacciones adversas e interacciones más relevantes, y observaciones (advertencias/consejos al paciente, actuación ante reacciones adversas, contraindicaciones...). La información fue recopilada por dos farmacéuticos y las discrepancias resueltas por consenso con el apoyo de un tercero, que también actuó como revisor final. Las fuentes de información consultadas fueron: ficha técnica, Informe de Posicionamiento Terapéutico y/o informe de evaluación de la Comisión de Farmacia del centro, Medimecum®, y módulo de interacciones de Micromedex® y Lexicomp®. En el caso de fármacos de uso compasivo, se recurrió a la página de gestión de medicamentos en situaciones especiales de la AEMPS, a documentación aportada por el laboratorio, y/o al dossier del investigador de ensayos clínicos activos en el centro con el mismo fármaco.

CIRCUITO Y ETAPAS

Primera fase: se completó la tabla citada anteriormente, y se puso a disposición del resto de farmacéuticos en un entorno web común.

Segunda fase: la información se trasladó a la ficha de cada medicamento, en el programa de prescripción electrónico de la unidad. Además, se asociaron imágenes tanto del envase como de la forma farmacéutica, a la ficha de cada presentación.

Tercera fase: se hizo una sesión informativa y formativa a los farmacéuticos de la unidad de gestión clínica.

Cuarta fase: se diseñó una aplicación web basada en la información recogida (proyectada).

IMPLANTACIÓN

Se implantó en todas las consultas de pacientes externos adultos oncohematológicos en mayo de 2020.

RESULTADOS

Se recabó información de 58 principios activos (41 del área de oncología, 14 de hematología, 2 de ambas disciplinas y 1 fármaco de oncología y neumología).

Seis fármacos pertenecían al programa de uso compasivo de la EMA, siendo necesario en cuatro de los casos, recabar la información procedente del dossier del investigador de ensayos clínicos.

Finalmente, se aprovechó una funcionalidad del programa de dispensación, no utilizada hasta ahora, mediante la cual se le entregaba al paciente una hoja con toda la información que se había insertado previamente en la ficha de cada medicamento, sumado a un esquema de administración muy visual, que contaba con las imágenes de los envases y los medicamentos insertadas.

LIMITACIONES

La principal es que aún está en una fase inicial. Aunque ya se disponga de resultados, aún quedan por medir otros, como por ejemplo, la satisfacción de farmacéuticos o pacientes.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a otros servicios de farmacia, especialmente aquellos en los que los pacientes sean atendidos por varios farmacéuticos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2214. ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA FRECUENTACIÓN HOSPITALARIA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

AUTORES

SANTIAGO PÉREZ A, LARA ÁLVAREZ MÁ, HERNÁNDEZ RIVAS JÁ, FERNÁNDEZ ORDOÑO R, IZQUIERDO GARCÍA E, ESTABAN CASADO S, ESCOBAR RODRÍGUEZ I
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. GRAN VÍA DEL ESTE, 80. MADRID

OBJETIVOS

- A. Describir las modificaciones terapéuticas realizadas durante la pandemia del SARS-CoV-2 en el tratamiento parenteral administrado por profesionales sanitarios a pacientes oncohematológicos, para reducir su frecuentación y permanencia en el hospital.
B. Mostrar las posibles estrategias organizativas para evitar la exposición en este grupo de pacientes.

MEJORAS ESPERADAS

Minimizar la exposición al contagio, reduciendo la frecuentación en visitas, hospitalizaciones y permanencia en el centro.

DISEÑO

Estudio de intervención (diseño antes-después).

CIRCUITO Y ETAPAS

A. Se acordaron varias estrategias terapéuticas: ampliación de frecuencia y dosificación del fármaco; cambio a vía oral de fármacos intravenosos; sustitución de protocolos que requerían ingreso por ambulatorios. Sólo se describen los cambios en terapias oncohematológicas. Se seleccionaron cuidadosamente los pacientes candidatos, valorando siempre el balance beneficio-riesgo.

B. Se consensuaron cambios organizativos: Para evitar la permanencia del paciente en el centro hasta recibir el tratamiento se modificó la logística de envío con el hospital de día (HD). Se variaron los horarios de administración a momentos con menor afluencia de pacientes. Se exploró la posibilidad de administración domiciliaria.

IMPLANTACIÓN

De forma consensuada con los Servicios de Oncología y Hematología, se realizaron temporalmente una serie de modificaciones en la terapéutica oncohematológica a pacientes seleccionados, tanto ambulatorios como hospitalizados. Junto con el personal de enfermería del HD se acordaron cambios organizativos y en el circuito de medicación.

RESULTADOS

Las estrategias de ampliación de frecuencia y dosificación del fármaco fueron: Cambio de nivolumab 240 mg/14 días por 480 mg/28 días. Pembrolizumab 200 mg/21 días a 400 mg/42 días. Carfilzomib bisemanal 36 mg/m² a 56 mg/m² semanal. Cambio a vía oral de fármacos intravenosos: Etopósido en régimen con carboplatino en los días 2, 3. Vinorelbina en régimen en monoterapia. Sustitución de protocolos que requerían ingreso por protocolos ambulatorios: Cambio de régimen Da-EPOCH a CHOP. Cambio de perfusión de 24h de metotrexato a régimen ambulatorio de 4h
Respecto a cambios organizativos: Se establecieron notificaciones al HD para anticipar el momento de la recepción, así los pacientes podían esperar fuera del centro. Se concertaron citas para acudir en momentos de menor afluencia los días que no había consulta médica previa. Se valoró la administración de forma domiciliaria de azacitidina y trióxido de arsénico, pero no se pudo realizar por la sobrecarga del servicio.

Se calcularon directamente las visitas evitadas a los pacientes gracias a las modificaciones evitándose 29 visitas al HD a 13 pacientes. Se compararon las hospitalizaciones con las del mismo periodo del año anterior (16 de marzo a 17 de mayo), teniendo en cuenta sólo aquellas que fueron para recibir tratamiento, que fueron de 14 días en el periodo de pandemia, mientras que en el mismo periodo de 2019 fueron 47.

LIMITACIONES

- No se pudieron implementar todas las estrategias predefinidas.
- Las modificaciones de tratamiento se pudieron aplicar a pocos pacientes.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Se necesitan medidas que disminuyan la frecuentación hospitalaria de pacientes oncohematológicos durante la COVID-19. Se necesita el consenso entre los servicios y profesionales implicados, buscando una organización en equipos de trabajo transversales. Los cambios de tratamiento son fáciles de implementar, seleccionando adecuadamente los pacientes. Los cambios organizativos dependerán de cada institución y la forma de trabajo previa.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2216. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PACLITAXEL ALBUMINA EN PRIMERA LINEA DEL CÁNCER DE PANCREAS METASTÁSICO

AUTORES

RASO RASO A, GARCIA GARCIA R, ALCALA SANZ A, OJEA CARDENAS L, ALONSO SERRANO E, JOVER BOTELLA A, CABELLO MURIEL A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VINALOPO. C./ TONICO SANSANO MORA Nº14. ALICANTE

OBJETIVOS

El cáncer de páncreas es actualmente el cuarto tumor maligno más frecuente en tasas de mortalidad tanto en hombres como mujeres. El cáncer de páncreas es de los tumores más agresivos que se conocen y la tasa de supervivencia a 5 años es del 8 %.

En los pacientes con enfermedad metastásica hay dos opciones terapéuticas: gemcitabina o FOLFIRINOX (ácido polínico

+ 5- fluoruracilo + irinotecan + oxaliplatino). Aunque la combinación FOLFIRINOX ha demostrado ser más eficaz que la gemcitabina en monoterapia, dado su perfil de seguridad no es la opción de preferencia en pacientes con un performance status (PS) de 2 y/o niveles de bilirrubina 1,5 veces por encima de la normalidad (LSN). En estos pacientes la opción terapéutica de referencia es gemcitabina en monoterapia, y en algunos pacientes seleccionados con alta carga tumoral, gemcitabina + paclitaxel-albumina (nab-paclitaxel).

El objetivo del presente estudio es analizar la efectividad y seguridad nab-paclitaxel asociado a gemcitabina como primera línea del cáncer de páncreas metastásico y compararlos con los resultados de los ensayos clínicos y de los otros esquemas quimioterápicos utilizados para la misma indicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyó a todos los pacientes en tratamiento con Nab-Paclitaxel diagnosticados de cáncer de páncreas metastásico. El periodo del estudio abarca desde enero de 2018 hasta abril de 2020. 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, localización de las metástasis, ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) previo al inicio, número de ciclos recibidos, respuesta a los 3 meses, supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y reacciones adversas a medicamentos descritas (RAMs).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 26 pacientes (19 hombres y 7 mujeres). La mediana de edad fue de 72 años (53-80). El 42 % de los pacientes presentaban solo metástasis hepáticas, el 38% de los pacientes tenían metástasis en más de un lugar (hepática, peritoneal, pulmonar y renal). El 85 % de los pacientes presentaban ECOG 0-1 en el momento del inicio. La mediana de la SLP fue de 3 meses (1-11) y el 65 % de los pacientes no obtuvieron ningún tipo de respuesta a los 3 meses del inicio del tratamiento. La mediana de la SG fue de 5 meses (1-13,5).

En lo que se refiere a seguridad, el 50 % presentó neurotoxicidad grado I, el 46 % astenia, el 38 % de los pacientes tuvieron anemia grado I, 35 % de neutropenia y un 27% de los pacientes presentaron mucositis.

CONCLUSIONES

En nuestra población Nab-paclitaxel mostró tener SLP y SG inferiores a la del ensayo clínico pivotal y de seguridad similares. En lo que se refiere a otros esquemas utilizados para la misma indicación, nuestra población también mostró SLP y SG inferiores al FOLFIRINOX en los estudios publicados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2221. CARACTERÍSTICAS QUE INFLUYEN EN UNA CORTA DURACION DEL TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

AUTORES

PINILLA RELLO A, AGUSTÍN FERRÁNDEZ MJ, MAGALLÓN MARTÍNEZ A, PÉREZ MORENO M, CAZORLA PODEROSO L, LÓPEZ PÉREZ A, PERALES PASCUAL J
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Analizar las características de los pacientes que han recibido inmunoterapia (IT) para el tratamiento de su enfermedad oncológica durante < 2 meses.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico con los pacientes que recibieron IT en un hospital terciario entre enero/2019 –marzo/2020 con una duración < 2 meses (suspensión temprana). Variables: edad, sexo, ECOG, localización tumoral, IT recibida, intención y línea de tratamiento, fecha inicio y fin, motivo de suspensión (progresión/mortalidad o toxicidad). Toxicidad: se registró evento adverso y gravedad (criterios CTCAE v4.0). Fuente de datos: historia clínica electrónica y OncoWin®. Los datos se recogieron y trataron en Excel®.

RESULTADOS

150 pacientes iniciaron IT, siendo 39 (26,0%) los incluidos en el estudio al tener una duración < 2 meses (mediana edad 70 años (50-84), 74,4% hombres).

94,9% recibieron IT para enfermedad metastásica y 5,1% para adyuvancia. ECOG inicial 0-1 en el 82,1%. 41,0% de los pacientes metastásicos recibieron IT como 1ª línea, el 33,3% como 2ª, 12,8% en 3ª y 7,7% en 4ª.

En el primer semestre de 2019 iniciaron tratamiento con IT 47 pacientes, de los cuales 24(51,1%) se suspendió en < 2 meses, en el segundo semestre de los 71 que iniciaron 10(14,1%) discontinuaron en < 2 meses, y primer trimestre de 2020 iniciaron 32 siendo 5(15,6%) los que interrumpieron tempranamente.

El motivo de suspensión fue progresión 34 pacientes (87,2%) y toxicidad 5 (12,8%).

En cuanto a los pacientes que progresaron, el 50,0% estaban con atezolizumab, 35,3% con pembrolizumab, 11,8% con nivolumab y 2,9% con ipilimumab. El 41,2% recibían IT en 1ª línea, 38,2% 2ª y el resto 3ª-4ª. Los pacientes con cáncer de pulmón metastásico (CPM) eran el 73,5% de los pacientes que progresaron en < 2 meses. De los 34 pacientes que progresaron, 32 (94,1%) fallecieron con una mediana de días entre la suspensión y el éxito de 39 (5-169).

Respecto a la suspensión por toxicidad, el 80,0% de los pacientes estaban con nivolumab y el 20,0% con pembrolizumab. 40,0% toxicidad G2 y 60,0% G3-G4. De estos 5 pacientes, 4 (80,0%) fallecieron con una mediana de días entre la suspensión y el éxito de 94 (45-224).

Los pacientes con CPM fue el grupo que más inicios de IT tuvo, concretamente, 94 pacientes iniciaron, de los cuales 26,6% discontinuaron en < 2 meses. En melanoma iniciaron 24 pacientes con discontinuación temprana en el 29,2%, en cabeza y cuello 14 pacientes iniciaron y el 14,3% discontinuó en < 2 meses, en vejiga de los 10 pacientes iniciados se suspendió tempranamente en el 30,0% y en renal iniciaron 4 siendo el 50,0% los que discontinuaron.

CONCLUSIONES

Se observa un aprendizaje en la selección de pacientes candidatos a IT en base a la experiencia adquirida. La IT que se interrumpió tempranamente se utilizó fundamentalmente para enfermedad metastásica. La mayor parte de las discontinuaciones tempranas se produjeron en pacientes con CPM (> 70% de los pacientes) pero en proporción con el número de pacientes que iniciaron inmunoterapia en el periodo de estudio, el porcentaje de discontinuación es similar entre las distintas localizaciones tumorales. La inmunoterapia que más toxicidad generó, motivando su suspensión fue nivolumab.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2222. USO DE RASBURICASA EN PROFILAXIS DE SÍNDROME DE LISIS TUMORAL (DOSIS FIJA VERSUS DOSIS POR PESO): REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y EXPERIENCIA

AUTORES

JORDÁN DE LUNA MC, ESTEBAN GONZALEZ J, CASELLAS GIBERT M, FONTANALS MARTINEZ S, MUÑOZ SANCHEZ C INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGIA. AVDA DE L'HOSPITALET 199-203. BARCELONA

OBJETIVOS

Revisar la efectividad de rasburicasa (RASB) en profilaxis de síndrome de lisis tumoral (SLT) en relación a la dosis fija (DF) o dosis por kg de peso (DP) en la literatura y en nuestros pacientes como paso previo a protocolizar su uso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, en un hospital monográfico oncohematológico de adultos. RASB dispone del ensayo pivotal Fase III NCT00230178 que dio la aprobación a DP 0.2mg/kg. No obstante, se ha explorado la efectividad de otras estrategias con menor coste. A fecha de 20/02/2020, se realizó una búsqueda en PubMed utilizando los términos MeSH "rasburicase AND adult patient AND dose". Se revisaron los artículos relacionados con la efectividad de RASB en profilaxis de SLT a DF. Así mismo, se seleccionaron los pacientes tratados con RASB desde mayo 2019 hasta abril 2020, recogiendo variables clínicas de la historia informatizada y del programa de prescripción electrónica.

RESULTADOS

De los 41 artículos encontrados, se descartaron un total de 30 artículos: 21 por ser reportes de un solo caso o bien pediátricos y 9 porque no analizaban resultados detallados en profilaxis. De los 11 estudios restantes (un metanálisis y 10 revisiones retrospectivas): 2 analizaban DP (0,1-0,2mg/kg), 6 analizaban DF (1,5-7,5mg), 3 comparaban esquemas a DF y DP. De los estudios revisados podemos concluir que una DF de RASB ≥ 6 mg controla la hiperuricemia evitando el SLT en más del 80%-90% de los casos.

En el periodo de estudio, se incluyeron 29 pacientes. Un 62,1% (18/29) recibieron una DF de RASB de 6 mg. El 37,9% (11/29) restante recibió DP según las siguientes pautas: 0,2mg/kg en un 20,7% (6/29), 0,15mg/kg en un 3,4% (1/29) y 0,1mg/kg en un 13,8% (4/29) de los casos. Recibieron una media de 2,6 dosis (entre 1-4) (DS 0,90). En los pacientes que recibieron DF de 6 mg se observaron: uratos y/o urea basales elevados (> 487 μ mol/L y/o > 8mmol/L) en un 44,4% (8/18), filtrado glomerular (FG) < 60ml/min en un 27,7% (5/18), LDH > 224 U/L en un 55,6% (10/18) y leucocitosis (> 9,5 x 10⁹/L) en un 55,6% (10/18). Tras el tratamiento con RASB, el 66,7% (12/18) mostró una disminución de los uratos a < 150 μ mol/L. Un 33,3% (6/18) no presentaban datos. No se reportaron cambios significativos de la función renal respecto a los valores basales.

No se pudieron evaluar más resultados en el resto de grupos.

CONCLUSIONES

La revisión bibliográfica indica que una DF de ≥ 6 mg de RASB puede ser efectiva para prevenir el SLT. No obstante, faltan más estudios que lo avalen. Por otro lado, la revisión retrospectiva de nuestros pacientes indica que la administración de RASB a DF de 6 mg puede ser efectiva en la mayoría de pacientes (66,7%). No se ha realizado un análisis más exhaustivo por falta de estandarización de los parámetros de evaluación de respuesta. Los resultados de este análisis nos animan a consensuar un protocolo institucional piloto para estandarizar la dosificación y administración de RASB en profilaxis de SLT en nuestro centro y evaluar su efectividad.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2253. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA INMUNOTERAPIA EN MELANOMA METASTÁSICO

AUTORES

PINILLA RELLO A, AGUSTÍN FERRÁNDEZ MJ, MAGALLÓN MARTÍNEZ A, CAZORLA PODEROSO L, PÉREZ MORENO M, LÓPEZ PÉREZ A, PERALES PASCUAL J HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Describir las características basales, factores predictivos, efectividad y seguridad de los pacientes que recibieron inmunoterapia (IT) para melanoma metastásico (MM) en un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, de todos los pacientes con MM que recibieron IT de enero/2019-abril-2020. Variables: edad, sexo, ECOG, mutación BRAF, parámetros analíticos (albúmina, lactato deshidrogenasa (LDH), ratio neutrófilos/linfocitos), tratamientos previos, IT recibida, línea de tratamiento, fecha de inicio-fin de IT, eficacia (supervivencia libre progresión (SLP) y supervivencia global (SG)) y toxicidad según criterios CTCAE v4.0. Datos: historia clínica electrónica y OncoWin®.

RESULTADOS

Se incluyeron 21 pacientes (57,1% mujeres) con una mediana de edad de 67 años (51-84). El 71,4% con ECOG 0 y 28,6% ECOG 1. Sólo el 14,3% presentaban mutación BRAF. En cuanto al tratamiento previo, el 57,1% no recibió ningún tratamiento, el 14,3% estuvieron en tratamiento con inhibidores BRAF/MEK y el 28,6% recibieron nivolumab como 1ª línea y posteriormente otra IT. La media de albúmina al inicio del IT fue 4,1 (Desviación estándar (DE) 0,3), LDH 246,1 (DE 82,5), ratio neutrófilos/linfocitos 3,2 (1,3). 66,7% recibían IT como 1ª línea (46,2% nivolumab, 30,8% pembrolizumab, 15,3% nivolumab+ipilimumab, 7,7% ipilimumab) y el 33,3% como 2ª (37,5% pembrolizumab, 62,5% ipilimumab). De forma global, 28,6% recibieron nivolumab, 9,5% nivolumab+ipilimumab, 33,3% pembrolizumab y 28,6% ipilimumab. En primera línea, la mediana de SLP fue 7,6 meses (1,5-16,9), siendo la SLP a los 6 meses de 65,0%. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en SLP en función del fármaco ($p=0,047$) siendo la SLP para nivolumab de 13,9 meses (3,9-16,9), para pembrolizumab 3,2 meses (1,5-9,3), para nivolumab+ipilimumab 6,1 meses y con ipilimumab sólo había un paciente que progresó a los 2,2 meses. Otros factores (ECOG, LDH, albúmina y ratio neutrófilos/linfocitos) no mostraron diferencias estadísticamente significativas en SLP. La SG al año fue del 100,0%, sin alcanzar la mediana al fin del estudio.

En segunda línea, la mediana de SLP fue 1,4 (0,4-5,6). No se mostraron diferencias estadísticamente significativas en la SLP en función del fármaco ($p=0,452$). La mediana de SG en 2ª línea fue 8,2 meses (0,4-11,8).

Ningún paciente con mutación en BRAF llevó IT en 1ª línea, sin embargo 2 pacientes con BRAF mutado llevaron IT en 2ª línea, con una SLP menor a la observada en pacientes no mutados.

El porcentaje de pacientes con IT en MM con duración inferior a 2 meses fue 23,8%.

14,3% presentaron toxicidad, en todos casos G3, provocada por ipilimumab en el 66,7% (hipertransaminasemia) y 33,3% por nivolumab (diarreas). El 66,7% de estos (9,5% del total), tuvieron que interrumpir definitivamente el tratamiento por toxicidad.

CONCLUSIONES

En la práctica clínica observamos que los pacientes con nivolumab obtienen una mayor SLP. Se trata de una muestra pequeña de pacientes y no observamos diferencias según los parámetros analizados, pero la efectividad es similar a la obtenida en los ensayos pivotaes. Sería necesario realizar un seguimiento más prolongado para confirmar los resultados y obtener información sobre la SG. El número de pacientes que presentan toxicidad es bajo y un porcentaje pequeño tuvo que suspender el tratamiento por ello.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2269. INMUNOTERAPIA Y FACTOR PRONÓSTICO EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

MAÑES SEVILLA M, VAZQUEZ CASTILLO MJ, GÓMEZ CABALLERO EP, SOTO BASELGA I, SOLIS OLIVARES J, MORIEL SANCHEZ C

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. C/ RÍO JÚCAR S/N. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de Nivolumab y Pembrolizumab en Cáncer de Pulmón No Microcítico (CPNM). Como objetivo secundario comprobar la correlación del índice pronóstico inmunológico del pulmón (LIPI) con la supervivencia global (SG) de los pacientes tratados con inmunoterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohortes observacional longitudinal retrospectivo en un Hospital de segundo nivel. Se incluyeron pacientes con CPNM que recibieron 1 ciclo de inmunoterapia desde enero 2016 a abril 2020. Como fuentes de información se utilizaron la historia clínica electrónica (HCE) Selene®, el Módulo de Pacientes Ambulantes Farmatools®. La base de datos incluyó: variables del paciente (sexo, edad, antecedentes, datos clínicos), tumor (histología, situación molecular); tratamiento (línea, inicio/fin, ciclos, tiempo de seguimiento, motivo de suspensión, efectividad (SG) y seguridad con toxicidades reportadas según Common Toxicity Criteria (CTCAEv5). El análisis estadístico se realizó con real statistical de Excel. El cálculo de la probabilidad de supervivencia con kaplan Meier y las curvas de supervivencia se compararon con log-rank2. El LIPI se calculó con los valores de neutrófilos y leucocitos (dNLR) y lactato deshidrogenasa (LDH). Se clasificó: buen pronóstico: nivel de LDH < al umbral superior de la normalidad (ULN) y dNLR < 3; Intermedio: LDH < ULN y dNLR > 3 o LDH > ULN y dNLR < 3; Malo: LDH > ULN y dNLR > 3.

RESULTADOS

En el periodo de estudio, 27 pacientes con CPNM recibieron inmunoterapia: pembrolizumab (n=16), nivolumab (n=11). Edad media 65,3 años (SD:7,81), 85,2% hombres. El 25,9% fumadores activos, el 66,7% exfumadores y 7,4% no fumadores. La histología fue adenocarcinoma (74,1%) y escamosa (22,2%). No se encontraron mutaciones EGFR, ROS 1, ALK. La expresión de PDL-1 fue < 1% (18,5%), entre 1-49% (14,8%), PDL-1 > 50% (48,1%), desconocido (18,5%). Según LIPI, el 82,4% presentó buen pronóstico, el 58,8% intermedio y el 17,6% malo.

El 85,2% recibieron la inmunoterapia en > 2ª línea, sólo pembrolizumab se administró en 1ª línea en el 14,8%. La media de ciclos por paciente fue 8,5 (SD:12,61), con una mediana de seguimiento de 4,86 meses. La mediana de SG fue de 13,42 meses (IC95% 12a21). Al comparar si existían diferencias en la SG entre pembrolizumab/nivolumab en > 2ª línea se encontró: 13,71 meses (IC95% 5a15) para pembrolizumab y 10,85 (IC95% 5a18) meses para nivolumab, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas. El 72% sufrió algún evento adverso destacando diarrea, astenia y nefritis. Grado I-II (52%), III-IV (36%) V (8%). En el 55,6% el tratamiento se suspendió por: progresión de la enfermedad (40%), toxicidad (33,3%), empeoramiento repentino y muerte (20%), pérdida de seguimiento (6,7%). 12 pacientes (44,4%)

continuaron tratamiento. Al comparar por LIPI, los de pronóstico intermedio presentaron una mediana de SG más favorable siendo de 15,2, 10,9 y 0,607 meses para LIPI 1,0 y2 respectivamente.

CONCLUSIONES

La SG reportada con Pembrolizumab y Nivolumab en práctica clínica ha sido inferior a la reportada en sus estudios pivotales (KEINOTE-040, CheckMate-017 y 057). No hemos encontrado diferencias significativas entre ambos en > 2ª línea. Mas de la mitad de los pacientes presentaron alguna toxicidad siendo leve en la mayoría de los casos. LIPI puede resultar una herramienta útil para conocer que pacientes pueden beneficiarse de estos tratamientos ya que los pacientes con mejor pronóstico son los que presentaron una mayor SG.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2281. INTERACCIONES POTENCIALES DURANTE LA FASE DE ACONDICIONAMIENTO DE TRASPLANTE HAPLOIDÉNTICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

AUTORES

RUIZ GÓMEZ A, SÁEZ GARRIDO M, GOLNABI DOWLATSHAHI F, RAMÍREZ ROIG MC, ESPUNY MIRÓ A, 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 de progenitores hematopoyéticos (TPH) haploidentico, mediante dos bases de datos (BD).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, incluyendo a todos los pacientes adultos acondicionados para TPH haploidentico, en un hospital de tercer nivel, durante un periodo de 24 meses. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico de base, esquema de acondicionamiento y duración del mismo, fármacos prescritos e IF detectadas. Se analizó el tratamiento desde el día de inicio del acondicionamiento hasta el día de la infusión de los progenitores. Para el estudio de las IF se utilizaron las BD internacionales Lexicomp®, recogiendo las IF clasificadas con nivel de riesgo D y X, y Micromedex®, recopilando las IF clasificadas como graves y contraindicadas.

RESULTADOS

Se analizó un total de 9 tratamientos, sumando 239 fármacos prescritos (media de 27±4,7 por paciente). Cinco pacientes fueron mujeres y la mediana de edad fue de 54 años (47-64). Los diagnósticos fueron: linfoma no Hodgkin (3), linfoma de Hodgkin (1), mieloma múltiple (1), leucemia linfoblástica aguda (1), leucemia mieloide aguda (1), síndrome mielodisplásico (1) y leucemia linfocítica crónica (1). Los regímenes de acondicionamiento estuvieron basados en fludarabina/ciclofosfamida/melfalán/irradiación corporal total (ICT) (6), fludarabina/ciclofosfamida/busulfán/ICT (2) y fludarabina/ciclofosfamida/ICT (1), con una duración media de 6,2±0,4 días. Además, cuatro pacientes recibieron quimioterapia triple intratecal. Los fármacos más prescritos fueron: ácido ursodesoxicólico, aciclovir, alopurinol, cloruro potásico, cotrimoxazol, dexclorfeniramina, furosemida, omeprazol y ondansetron en todos los pacientes, y enoxaparina, lorazepam, metoclopramida y paracetamol en 8.

La prevalencia global de IF fue del 88,9% para Lexicomp® y del 100% para Micromedex®. Con Lexicomp® la prevalencia de IF D fue del 88,9% y del 44,4% para IF X, mientras que la prevalencia en Micromedex® para las IF graves fue del 100% y del 88,9% para las contraindicadas. Con Lexicomp® se obtuvieron 35 interacciones agrupadas en 29 parejas (27 D; ocho X) y con Micromedex, 102 interacciones en 73 parejas (91 D; 11 X). La media de IF por paciente fue 3,9±2,9 para Lexicomp® y 11,3±5,9 para Micromedex®.

IF X detectadas en Lexicomp®: citarabina/metamizol (1), fludarabina/metamizol (1) y metotrexato/metamizol (1), asociadas con agranulocitosis y pancitopenia; clorpromazina/metoclopramida (1) y sulpirida/metoclopramida (1), con potenciación de la toxicidad de los antipsicóticos; metamizol/ketorolaco (1), con mayor toxicidad gastrointestinal; cotrimoxazol/fofolinato (1), con disminución del efecto antibiótico, y lorazepam/olanzapina (1), con aumento del efecto del lorazepam. Las IF D más frecuentes fueron: metotrexato/cotrimoxazol (4), furosemida/metotrexato (3) y codeína/lorazepam (2).

IF contraindicadas con Micromedex®: fluconazol/ondansetron (6) y ondansetron/posaconazol (1), relacionadas con prolongación del intervalo QT; clorpromazina/metoclopramida (1), metoclopramida/sertralina (1) y metoclopramida/sulpirida (1), con riesgo de extrapiramidismo y síndrome neuroléptico maligno, y metamizol/ketorolaco (1). Las IF graves más frecuentes fueron: lorazepam/metoclopramida (7), metotrexato/omeprazol (4), metotrexato/cotrimoxazol (4).

CONCLUSIONES

La prevalencia de IF potenciales en los acondicionamientos de TPH haploidentico es muy elevada, observándose una prevalencia superior con Micromedex® global y para interacciones de mayor gravedad. Las más graves estuvieron relacionadas con prolongación del intervalo QT y potenciación de los efectos tóxicos de los agentes mielosupresores y neurolépticos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2298. EFECTIVIDAD DE REGORAFENIB EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO (CCRM)

AUTORES

CALVO GARCÍA A, PÉREZ ABÁNADES M, RUÍZ GARCÍA S, RAMOS MARTINEZ B, IBAÑEZ ZURRIAGA A, RAMIREZ HERRAÍZ E, COLOMER BOSCH R, MORELL BALADRÓN A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. CALLE DIEGO DE LEON, 62. MADRID

OBJETIVOS

Efectividad de Regorafenib en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRM).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con CCRM, tratados con regorafenib entre diciembre-2013 y febrero-2020. Variables al inicio de tratamiento: edad, sexo, escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), analítica (bilirrubina, GOT, GPT), antígeno carcinoembrionario (CEA), marcador tumoral CA 19,9, órganos metastásicos, Tumor Burden Score (TBS), tiempo de tratamiento y ciclos, dosis de inicio, dosis ajustada por toxicidad. La efectividad se midió con supervivencia libre de enfermedad (SLP) y supervivencia global (SG). Análisis estadístico: Estadística descriptiva mostrada en proporciones, medianas y rangos intercuartílicos. La SLP y SG se valoraron con curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y test de log-rank. La asociación de factores clinicopatológicos con pronóstico se evaluó con la regresión de Cox.

RESULTADOS

52 pacientes, 28 (53,8%) varones, edad mediana 65,1 (10,0) años. Diez pacientes (19,2%) presentaron ECOG=0, 21 (40,4%) ECOG=1, 3 (5,8%) ECOG=2, 4 (7,7%) ECOG=3 y en 14 (26,9%) pacientes no se recogió. 41 (78,8%) presentaron metástasis hepáticas, 37 (71,2%) pulmonares, 23 (44,2%) adenopatías, 4 (7,7%) óseas, 2 (3,8%) renales, 1 (1,9%) en ovario y 1 (1,9%) cerebrales. 25 (48,1%) pacientes con TBS≤9 y 17 (32,7%) TBS > 9. Mediana GOT=25,0 (20,3-39,8) U/l, GPT=20,0 (14,3-39,5) U/l, bilirrubina=0,5 (0,4-0,8) mg/dl, CA 19.9=59,9 (10,7-416,6) U/ml y CEA=15,1 (4,8-133,6) ng/mL.

La media de líneas de tratamiento previas fue 3,5 (0,9). 33 (63,4%) pacientes empezaron con 160mg, 5 (9,6%) 120mg, 13 (25,1%) 80mg y 1 (1,9%) 40mg. 34 (65,4%) pacientes alcanzaron dosis plena.

La mediana en meses de SLP fue 3,5 (IC 95% 2,69-4,24), y de SG 18,5 (IC 95% 14,47-22,45).

Análisis de subgrupos SLP (mediana en meses): ECOG=0-1 3,5 (IC 95% 2,66-4,39) vs. ECOG=2-3 2,5 (IC 95% 1,49-3,51) (p=0,026); TBS≤9 4,0 (IC 95% 2,94-5,12) vs. TBS > 9 2,6 (IC 95% 0,94-4,19) (p=0,016); metástasis hepáticas 3,0 (IC 95% 2,54-3,92) vs. sin metástasis hepáticas 3,8 (IC 95% 2,09-5,51) (p=0,035).

Análisis de subgrupos SG (mediana en meses): ECOG=0-1 18,87 (IC 95% 10,07-21,67) vs. ECOG=2-3 la mediana no fue alcanzada (p=0,126); TBS≤9 18,5 (IC 95% 8,95-27,98) vs. TBS > 9 16,4 (IC 95% 9,83-22,97) (p=0,569); metástasis hepáticas 16,4 (IC 95% 10,30-22,50) vs. sin metástasis hepáticas 27,7 (IC 95% NR-NR) (p=0,537).

Regresión Cox SLP: GOT HR 1,00 (IC 95% 0,99-1,01) (p=0,984); GPT HR 1,0 (IC 95% 0,99-1,02) (p=0,639); bilirrubina HR 0,94 (IC 95% 0,64-1,38) (p=0,761); y número de órganos metastásicos HR 1,36, (IC 95% 0,94-1,96) (p=0,099).

Regresión Cox SG: GOT HR 1,00 (IC 95% 0,99-1,02) (p=0,621); GPT HR 1,01 (IC 95% 0,99-1,03) (p=0,296); bilirrubina HR 0,38 (IC 95% 0,05-2,62) (p=0,328); y número de órganos metastásicos HR 1,84 (IC 95% 0,92-3,70) (p=0,083).

CONCLUSIONES

La SLP y SG observadas fueron superiores a las del ensayo clínico pivotal (1,9 y 6,4 meses respectivamente). El ECOG, la presencia de metástasis hepáticas y el TBS tienen un impacto significativo en SLP, pero no en SG. Los marcadores de función hepática y el número de órganos metastásicos no demuestran impacto en SG y SLP. Se requiere mayor tiempo de seguimiento y muestra para confirmar resultados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**2308. ELTROMBOPAG EN LA TROMBOCITOPENIA DESPUÉS DEL TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS: EXPERIENCIA DE UN ÚNICO CENTRO****AUTORES**

SOCORO YUSTE N, MONGE ESCARTÍN I, CARCELERO SAN MARTÍN E, RIU VILADOMS G, SOY MUNER D, FERNÁNDEZ AVILÉS F
HOSPITAL CLINICO Y PROVINCIAL DE BARCELONA. CALLE VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

La trombocitopenia persistente es una complicación común después del trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (alo-TPH) y su tratamiento, clásicamente, ha sido la transfusión de plaquetas. Los agonistas de los receptores de la trombopoyetina, romiplostim y eltrombopag, se han utilizado en series cortas de pacientes mostrando su potencial eficacia en el alo-TPH. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la eficacia y los costes asociados al tratamiento con eltrombopag "Off-label" de la trombocitopenia en el alo-TPH en pacientes de un hospital terciario universitario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, que incluyó pacientes con trombocitopenia (TP) después del alo-TPH. La TP se definió como un recuento de plaquetas ≤20.000/μL durante 7 días consecutivos o la necesidad de transfusión de plaquetas después de alo-TPH. El criterio de respuesta lo establecimos en dos niveles: respuesta clínica al

adquirir independencia transfusional y/o resolución de una diátesis hemorrágica, y respuesta biológica al alcanzar una recuperación de plaquetas $\geq 50.000/\mu\text{L}$.

RESULTADOS

Incluimos dieciséis pacientes con TP después de alo-TPH. Eltrombopag se inició a una mediana (rango) de 97 días (42-818) después del alo-TPH. Todos los pacientes presentaban un quimerismo completo mieloide en el momento de iniciar eltrombopag. La mediana de las dosis inicial y global durante el tratamiento fueron 50 mg/día (50-75) y 75 mg/día (25-150), respectivamente. Trece pacientes (81%) requirieron aumento de dosis de eltrombopag a una mediana de 14 días (5-52) desde el inicio del tratamiento. Tres pacientes (19%) fueron tratados además con infusión celular de refuerzo CD34+. Antes del inicio de eltrombopag, la mediana de recuento de plaquetas fue de 14.000/ μL (8.000-39.000), 13 pacientes (81%) presentaban dependencia transfusional y 4 (24%) un sangrado activo. Nueve pacientes (56,5%) respondieron en un tiempo mediano de 150 días (13-231). De ellos, siete (44%) alcanzaron plaquetas $\geq 50.000/\mu\text{L}$ y los otros dos (12,5%) presentaron sólo una respuesta clínica. Trece pacientes (81%) finalizaron tratamiento con eltrombopag, 5 (31%) por falta de respuesta, 4 (25%) por respuesta mantenida, 2 (15%) fallecieron en respuesta biológica, uno lo suspendió por una trombosis venosa profunda y otro por hallazgo de displasia medular. La mediana de la duración del tratamiento con eltrombopag fue de 124 días (30-452). En el último seguimiento, con una mediana de 363 días (45-1.757), todos los pacientes que respondieron (9/16; 56,5%) mantuvieron la respuesta. La tasa de mortalidad fue significativamente menor en pacientes que respondieron a eltrombopag (11%), en comparación al 86% en los que no respondieron ($p=0,0087$). Las causas de muerte fueron infecciosa (25%) y progresión de la enfermedad (19%). Los costes, global y hasta plaquetas $\geq 50.000/\mu\text{L}$, en los pacientes con una respuesta biológica fueron de 17.800€ (7.739-92.870€) y 10.834€ (1.548-30.957€), respectivamente.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados respaldan la eficacia del uso de eltrombopag en el tratamiento de la trombocitopenia después del alo-TPH. El coste global en pacientes con respuesta biológica casi duplica al acumulado hasta alcanzar una cifra de plaquetas $\geq 50.000/\mu\text{L}$. Se necesitan estudios adicionales para clarificar cómo manejar eltrombopag tras alcanzar la respuesta biológica.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2339. SUSPENSIÓN DE LOS CORTICOIDES ORALES EN ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA ALTAMENTE EMETÓGENA PARA EL CÁNCER DE MAMA. ¿CUMPLIMOS LAS RECOMENDACIONES?

AUTORES

VARA URRUCHUA M, FERNÁNDEZ DÍAZ E, LOIZAGA DÍAZ I, GALVE CALVO E, VILA GALLEGO C, REVUELTA AMALLO A, BLAZQUEZ URTIZBEREA U, AGUIRREZÁBAL ARREDONDO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO. AVDA. MONTEVIDEO, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS

Evaluar la repercusión de la suspensión de los corticoides orales en el esquema de quimioterapia altamente emetógena con doxorubicina y ciclofosfamida (AC y AC dosis densas ACdd) en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama precoz (CMP).

Analizar el grado de implantación de las guías en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que han completado el tratamiento con el esquema AC y ACdd por 4 ciclos desde Enero hasta Diciembre del 2019 en un hospital de tercer nivel.

Para la identificación y recogida de datos se empleó la historia clínica electrónica y el programa de gestión de tratamientos antineoplásicos.

Se revisaron las Historias Clínicas de las pacientes que cumplían criterios de inclusión; se recogieron datos de: edad, características del tumor en el momento del diagnóstico (subtipo, tamaño y afectación adenopática) y toxicidad (incidencia y gravedad) tras la retirada de los corticoides orales. La gravedad de náuseas/vómitos se evaluó según los criterios del NCI CTAE (National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events) versión 5.

RESULTADOS

Se revisó la historia clínica de 75 pacientes, 32 recibieron el esquema AC y 43 el ACdd.

La edad media fue de 51,2 (26-75) años. De la cohorte estudiada 27 fueron T1 (36%); 37 T2 (49.3%); 8 T3 (10.7%) y 3 T4 (4%); 36 pacientes (52%) presentaban nódulos positivos (N+). En cuanto al subtipo, 4 pacientes (5.3%) fueron HER2 puro, 54 (72.0%) luminal, de los cuales un 13 (24%) HER+ y 17 (22.7%) triple negativo.

Se suspendieron los corticoides a un total de 12 pacientes (16.0%), 7 tras el primer ciclo, 4 tras el segundo y 1 tras el tercer. Ninguna de las pacientes experimentó recurrencia de los vómitos tras la suspensión de los corticoides, solamente dos (16.7%) presentaron náuseas los ciclos posteriores, una de ellas náuseas G1 tras el 3 ciclo y la segunda náuseas G2 tras el 4 ciclo. Ambos casos refirieron una mejora en la tolerancia global, debido a ausencia de efectos secundarios (insomnio/nerviosismo) por la toma de corticoides. El otro 83.3% presentó buena tolerancia y ausencia de náuseas tras su retirada.

CONCLUSIONES

La estrategia de eliminación de corticoides orales en los esquemas AC y ACdd en nuestro centro, no ha supuesto un aumento de la incidencia de náuseas, pero sí simplifica el esquema y evita exponer innecesariamente al paciente a la toxicidad asociada a los corticoides.

Tras observar la baja aplicación de dicha estrategia en nuestro centro, y teniendo en cuenta las recomendaciones publicadas, concluimos que se debe promover su implantación en la práctica habitual. Para ello hemos incluido en nuestro programa informático un mensaje que recomienda al clínico “valorar la suspensión de corticoides orales” al prescribir alguno de estos dos esquemas a partir del segundo ciclo.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2340. DEFIBROTIDE EN LA PROFILAXIS DEL SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN SINUSOIDAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS SOMETIDOS A TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.

AUTORES

GARCÍA GARCÍA S, RENEDO MIRÓ B, URÍA OFICIALDEGUI ML, BENITEZ CARABANTE MI, ALONSO GARCIA L, VALDIVIA VADELL C, DIAZ DE HEREDIA RUBIO MC, OLIVERAS ARENAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

- 1) Determinar la incidencia de síndrome de obstrucción sinusoidal (SOS) precoz (hasta día 30 después del trasplante) en pacientes pediátricos, con factores de riesgo, sometidos a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (aloTPH) que reciben profilaxis con defibrotide.
- 2) Determinar la incidencia de efectos adversos hemorrágicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio post-autorización (MOA-DEF-2019-01) retrospectivo, unicéntrico que incluyó todos los pacientes pediátricos (≤ 18 años) sometidos a aloTPH que recibieron profilaxis con defibrotide desde enero de 2014 hasta diciembre de 2018. Los datos relativos a paciente, trasplante, acondicionamiento, diagnóstico de SOS y efectos secundarios fueron recogidos de la historia clínica. La dosis de defibrotide y la duración de la profilaxis se obtuvieron del aplicativo informático de preparación y gestión del Servicio de Farmacia. Se calculó la incidencia de SOS, diagnosticado según los criterios de Seattle y/o Corbacioglu.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se realizaron 158 aloTPH en 150 pacientes, edad mediana 7,4 (0,3-18,2) años. Se utilizó defibrotide (6,25 mg/kg/6h) profiláctico en 42 (26,6%) aloTPH. Presentaban una mediana de 2 (1-4) factores de riesgo: edad inferior a 2 años (7), enfermedad de base (4), sobrecarga férrica (20), función hepática alterada (9), tratamiento previo con gemtuzumab-ozogamicina (5) o inotuzumab-ozogamicina (1), TPH previo (17), acondicionamiento con busulfán (27) o con irradiación corporal total más ciclofosfamida (3). Veintidós (52,4%) acondicionamientos fueron mieloablativos y 20 (47,6%) de intensidad reducida. La profilaxis se inició el día del acondicionamiento hasta una mediana de 21 días (5-28) post-aloTPH. Se excluyeron del análisis cinco casos por haber recibido también ácido ursodesoxicólico. 3/37 (8,1%) pacientes presentaron SOS, dos grado 3 y uno grado 4 y, todos ellos con 2 factores de riesgo: sobrecarga férrica (2), función hepática alterada (1), segundo trasplante (1), acondicionamiento con busulfán (1) y acondicionamiento con irradiación corporal total más ciclofosfamida (1). El diagnóstico se estableció el día 6, 11 y 5 post-aloTPH, respectivamente. Los tres pacientes continuaron con defibrotide (1) y con defibrotide + ácido ursodesoxicólico (2) hasta resolución de los síntomas, de mediana 24 días (21-36). Se registraron efectos adversos en 19 (45,2%) de las profilaxis: 7 (16,7%) hemorragia gastrointestinal, 9 (21,4%) epistaxis, 6 (14,3%) hematuria y 2 (4,8%) cistitis hemorrágica, ninguno de ellos relacionado directamente con defibrotide. En 4 casos hubo que suspender defibrotide por: persistencia de epistaxis, hematuria y petequias (1), cistitis hemorrágica (2) y sangrado digestivo alto (1). Ninguno de ellos mortal.

CONCLUSIONES

- 1) La incidencia de SOS fue 8,1%, inferior a la descrita en la bibliografía.
- 2) En los tres casos el SOS fue grave o muy grave.
- 3) A pesar del número limitado de pacientes, la administración de defibrotide en profilaxis evitaría los SOS grado leve-moderado.
- 4) Los efectos adversos hemorrágicos no fueron directamente relacionados con defibrotide, siendo la mayoría reversibles y autolimitados sin necesidad de suspender la profilaxis.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2367. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA INMUNOTERAPIA ANTI-PD-1 EN MELANOMA AVANZADO IRRESECCABLE O METASTÁSICO

AUTORES

TOLEDO GUASP I, PÉREZ GARCÍA R, MOYA GIL A, ZARAGOZA GONZÁLEZ M, LAGUÍA SÁNCHEZ R, PÉREZ VILLALÓN P, MAGRANER MARTINEZ A, BLASCO SEGURA P
CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA. AVENIDA TRES CRUCES. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar la eficacia y seguridad de pembrolizumab y nivolumab en pacientes con melanoma local avanzado o metastásico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en un hospital terciario. Se incluyeron pacientes con melanoma local avanzado irresecable o metastásico en tratamiento con fármacos anti PD-1 durante 2018-2019. Se excluyeron los pacientes que recibieron 1 o 2 ciclos o melanoma local avanzado resecado. El periodo de seguimiento fue hasta el 30/04/2020. Se registraron variables de eficacia: supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP). Las variables de seguridad registradas fueron los efectos adversos (EA), retrasos y interrupción del tratamiento por toxicidad. Otras

variables: variables antropométricas, dosis teórica y administradas, línea y duración del tratamiento, performance status (PS), estadio de la enfermedad, tipo de melanoma (irreseccable o metastásico), presencia de mutación BRAF, medicamento, número de ciclos, duración de seguimiento, semana de inicio de respuesta. La descripción de las variables categóricas fue con porcentajes, las variables cuantitativas que seguían una distribución normal con media y desviación estándar (SD) y las que no seguían una distribución normal con mediana y mínimo/máximo. En el análisis de eficacia, se realizó un análisis de supervivencia Kaplan-Meier, logrank test y regresión de Cox. En cuanto a la seguridad, se analizó su correlación con el medicamento administrado y la duración del tratamiento (Poisson regresión y lineal regresión).

RESULTADOS

Se revisaron 39 pacientes con inmunoterapia anti-PD1, de los cuales se excluyeron 3 pacientes por recibir 1 o 2 ciclos, y un paciente porque fue resecado. Se incluyeron 35 pacientes con una mediana de edad de 68 años (34-84), 16 de ellos en tratamiento con pembrolizumab y los 19 con nivolumab: 63% hombres, PS 0-1 100%, 97% metastásicos, 11% con metástasis cerebrales, el 20% presentaban mutación en BRAF y el 89% eran pacientes naïve. La mediana de duración del tratamiento fue 12,8 meses (3-81). No hubieron diferencias estadísticamente significativas entre la dosis teórica calculada por peso y la dosis recibida ($p=0,983$). Las medianas de SLP y SG fueron 17,3 meses (2,8-62,6) y 17,2 (1,17-64,4). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre medicamentos ni entre las variables analizadas con la eficacia, a excepción la correlación negativa de los pacientes de ≥ 65 años ($p=0,046$) y las metástasis cerebrales ($p=0,046$) con los eventos de SLP. Así mismo se observó una correlación negativa significativa entre el tiempo de inicio de respuesta y los eventos de SG ($p=0,01$).

El 20% de los pacientes retrasaron tratamiento por toxicidad y un 8% suspendieron, sin diferencias estadísticamente significativas entre medicamentos ($p=0,309$ y $p=0,352$). Todos los EA observados fueron de grado uno y ninguno de ellos presentó diferencias estadísticamente significativas entre medicamentos, tampoco con el número de ciclos y EA bioquímicos ($p=0,761$). Sin embargo, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre número de ciclos y los EA no bioquímicos ($p=0,023$).

CONCLUSIONES

En nuestra población, Pembrolizumab y Nivolumab son tratamientos equiparables para el tratamiento del melanoma local avanzado irreseccable o metastásico, presentando mayor SG cuanto antes mostraban respuesta. Los pacientes de ≥ 65 años progresaron menos, así como los pacientes que no presentaban metástasis cerebrales.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2370. COSTE-EFECTIVIDAD DE LA PROFILAXIS DEL SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN SINUSOIDAL CON DEFIBROTIDE EN NIÑOS SOMETIDOS A TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

AUTORES

RENEDO MIRO B, GARCIA GARCIA S, URIA OFICIALDEGUI ML, BENITEZ CARABANTE MI, ALONSO GARCIA L, VALDIVIA VADELL C, DIAZ DE HEREDIA RUBIO C, OLIVERAS ARENAS M
HOSPITAL UNIV. VALL D'HEBRON. Pº. VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

1) Determinar la incidencia de síndrome de obstrucción sinusoidal (SOS) precoz (hasta día 30 postrasplante) en pacientes pediátricos de riesgo sometidos a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (aloTPH). 2) Analizar el coste-efectividad de la profilaxis con defibrotide.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio posautorización (código MOA-DEF-2019-01), retrospectivo, unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes pediátricos, con al menos un factor de riesgo de SOS, sometidos a aloTPH desde enero 2014 hasta diciembre 2018. Los datos procedían de la historia clínica y del aplicativo informático del Servicio de Farmacia. Se consideró fin de la profilaxis ante diagnóstico de SOS con criterios de Seattle y/o Corbacioglu o interrupción por efectos adversos. Se calculó la incidencia de SOS en los pacientes que recibieron un sólo fármaco, defibrotide o heparina, como profilaxis. La efectividad de defibrotide se midió con el número de pacientes que es necesario tratar (NNT), comparado con la cohorte de heparina, para evitar un SOS. El análisis del coste se realizó con las medianas de peso de todos los pacientes y de la duración de la profilaxis sin interrupción (precio de defibrotide a 31 de diciembre de 2018).

RESULTADOS

Se incluyeron 144 aloTPH en pacientes de edad mediana 7,1 (0,2-18,5) años. Se realizó profilaxis con defibrotide (6,25 mg/kg/6 horas) en 42 (29,2%) y con heparina (100 UI/kg/día) en 102 (70,8%). Los acondicionamientos fueron de tipo mieloablatoivo en el 55% de la cohorte con defibrotide y en el 74% de la que recibió heparina. La mediana de factores de riesgo de SOS fue 2 (1-4) y 1 (1-3), respectivamente. La duración de la profilaxis fue de 28 días (22-36). Hubo 16/144 (11,1%) diagnósticos de SOS. Se excluyeron del análisis comparativo de efectividad 12 casos (5 con defibrotide y 7 con heparina) por haber recibido ácido ursodesoxicólico. En los 132 restantes, la incidencia de SOS fue 8,1% (3/37) con defibrotide y 13,7% (13/95) con heparina. Doce SOS fueron grados 1-2, todos con heparina; tres grado 3, con defibrotide (2) y heparina (1); uno grado 4 que recibió defibrotide. El SOS se diagnosticó de mediana a los 10,5 (-2 a 26) días postrasplante. La reducción del riesgo de SOS de cualquier grado con defibrotide fue del $6,0 \pm 0,11\%$, $NNT= 17$ y de grados 1-2 fue $13,0 \pm 0,002\%$, $NNT= 8$. El coste de una mediana de 28 días de profilaxis con defibrotide y para un peso de 22,3 kg es de 34.577 euros. Evitar un SOS adicional de cualquier grado cuesta 587.795 euros y de grado leve-moderado 276.610 euros.

CONCLUSIONES

- El SOS se ha diagnosticado, excepto en 1 caso, en los días posteriores al aloTPH.
- Defibrotide reduce el riesgo de SOS, sobretodo grados 1 y 2. El número de pacientes es insuficiente para determinar si defibrotide puede evitar grados 3 y 4.
- La profilaxis con defibrotide desde el inicio del acondicionamiento hasta el día +21 no es coste-efectiva.
- El tratamiento anticipado podría ser preferible a la profilaxis, pero se necesitan estudios que confirmen esta hipótesis.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2397. EXPERIENCIA EN EL USO DE NIVOLUMAB EN EL TRATAMIENTO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR AVANZADO

AUTORES

SÁNCHEZ SANCHO P, GOMEZ GANDA L, GRACIA MOYA A, MINGUEZ ROSIQUE B, GORGAS TORNER MQ, ALERANY PARDO C

HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. Pº VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

El carcinoma hepatocelular(CHC) es el tumor hepático más frecuente en población adulta y la segunda causa de muerte relacionada con cáncer en todo el mundo. En estadio avanzado (BCLC C) el tratamiento de elección es la terapia sistémica. Los ensayos con nivolumab para el tratamiento de CHC avanzado(CHCa) en fase III han sido negativos, aunque hay señales de eficacia clara en un subgrupo de pacientes.

El objetivo del estudio es evaluar los resultados en cuanto a eficacia y tolerancia del uso de nivolumab, en indicación no aprobada en ficha técnica, en 2ª línea y posteriores para el tratamiento del CHCa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se seleccionaron pacientes > 18 años diagnosticados de CHCa, tratados con nivolumab 3mg/kg/14días, desde 10/2017 hasta 05/2020. El inicio del tratamiento fue aprobado por el Comité de evaluación de tratamientos en situaciones especiales de uso (CATSEU) del hospital.

Se excluyeron los pacientes que, por presentar una descompensación aguda no esperada de la enfermedad de base, la duración del tratamiento(DT) fue < 1mes.

Se recogieron datos biodemográficos, clínicos y farmacológicos.

La eficacia se evaluó a partir de la mediana de supervivencia global(SG), mediana de DT y fracción de pacientes con DT > 4 meses. Se recogió el motivo de suspensión.

La tolerancia al tratamiento se evaluó a partir de incidencia y gravedad de los efectos adversos(EA) presentados durante el tratamiento así como las medidas farmacológicas llevadas a cabo.

RESULTADOS

El CATSEU aprobó el inicio de 20 tratamientos. 7 pacientes fueron excluidos por descompensación aguda durante primer mes de tratamiento. Los 13 pacientes (8% mujeres) incluidos tenían una mediana de edad de 71(62-76) años.

Datos clínicos: ECOG: 0(28%), 1(57%), 2(15%); Child-Pugh: A(87,5%), B(12,5%); metástasis extrahepáticas(30%); α -fetoproteína > 400ng/ml: 46%; infección previa y activa por VHC: 54%. Ninguno presentaba infección por VHB.

Datos farmacológicos:

- Líneas previas recibidas: 1 (77%), 2 (15%), 3 (8%). Sorafenib fue la primera línea en todos los pacientes; motivo de interrupción de sorafenib: intolerancia(I) (31%), progresión de enfermedad(PE) (38%) y ambos motivos (31%).

- Tratamiento con nivolumab a fecha 05/2020: dosis mediana 210 (189-250) mg.

Eficacia: SG 7,0(3,6-9,4) meses, DT 6(3-9) meses. Siete pacientes (54%) interrumpieron el tratamiento (PE: 72%; muerte 28%), mientras que seis (46%) todavía continúan.

Siete pacientes (54%) tuvieron una DT > 4 meses con una SG y DT de 9,6(7,7-19,5) y 9,0(7,25-15,75) meses respectivamente, de los cuales 2 presentaron una SG > 1,5 años.

Tolerancia: Tres pacientes (23%) presentaron EA asociados al tratamiento (Grado 1: 1; Grado 3: 2), a nivel endocrino, hepático y dermatológico. Dos pacientes requirieron terapia de soporte. Dos pacientes retrasaron la administración del siguiente ciclo. Ningún paciente suspendió el tratamiento definitivamente por EA.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, nivolumab parece ser un tratamiento eficaz en 2ª-3ª línea. A pesar de los resultados negativos en los ensayos fase III con nivolumab en CHCa, nuestra experiencia parece confirmar que hay un subgrupo de pacientes que presenta una buena tolerancia con un impacto positivo en la supervivencia.

Son necesarios ensayos clínicos que identifiquen el subgrupo de pacientes que se puede beneficiarse del tratamiento con nivolumab.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2402. ESTUDIO SOBRE LA INCIDENCIA Y MANEJO DE TOXICIDADES ASOCIADAS A LA TERAPIA CART

AUTORES

RIVERA SÁNCHEZ L, ALONSO MARTINEZ C, IACOBONI G, BARBA SUÑOL P, FARRIOLS DANES A, VALDIVIA VADELL C, CARRERAS SOLER MJ, GORGAS TORNER MQ

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

OBJETIVOS

La infusión de células CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T cells) es una nueva estrategia terapéutica en el linfoma no Hodgkin refractario/recaído. A nivel asistencial se cuenta con tisagenlecleucel (tisa-cel) y axicabtagene-ciloleucel (axi-

cel) para linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) y, en el caso de axi-cel, linfoma B primario mediastínico (LBPM), después de dos o más líneas de tratamiento. Estas terapias asocian efectos adversos a corto plazo que incluyen el síndrome de liberación de citocinas (SLC) y la neurotoxicidad asociada a células inmunofectoras (ICANS). El objetivo de este estudio es describir la incidencia y manejo de estas toxicidades en los pacientes con linfoma no Hodgkin tratados en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes tratados con tisa-cel y axi-cel desde febrero 2019 a mayo de 2020. Los datos biodemográficos y clínicos fueron obtenidos de los registros médicos electrónicos y el software de farmacia. El manejo de las toxicidades se realizó según el protocolo establecido por la Unidad de Terapias Avanzadas del Servicio de Hematología en un ámbito multidisciplinar.

Durante el ingreso, todos los pacientes realizaron profilaxis oral anticonvulsivante con levetiracetam 500 mg/12 horas; antiviral con aciclovir 400 mg/12 horas; frente a *Pneumocistis jirovecii* con cotrimoxazol 160 mg/48 horas y frente al síndrome de lisis tumoral con alopurinol 300 mg/24 horas.

RESULTADOS

Se incluyeron 43 pacientes (70% hombres), con una edad mediana de 58 años [23-76]. Un total de 41 pacientes presentaban LDCGB y 2 pacientes LBPM.

La mediana de líneas previas de tratamiento era de 2 [2-4].

Treinta y seis pacientes (83,7%) presentaron fiebre en la primera semana post-infusión, considerada como SLC grado (G)1, con una mediana de aparición de 1 día tras la infusión [0-7]

Entre los pacientes tratados con tisa-cel (n=32), 23 (72 %) presentaron SLC siendo la mayoría de G1 (74%) y los restantes de G2 (26%). Cinco pacientes recibieron tratamiento con tocilizumab 8 mg/kg. Cuatro pacientes (12,5 %) presentaron ICANS, 2 de G1 y 2 de G2; 3 de ellos recibieron dexametasona

Entre los pacientes tratados con axi-cel (n=11), la mayoría manifestaron SLC (90,9%) siendo G1 en 4 pacientes (36,3%), G2 en 5 pacientes (45,5%) y G3 en 1 (9,1%). Seis pacientes (54,5%) manifestaron ICANS (2 G1, 3 G2 y 1 G3). Todos ellos fueron tratados con dexametasona y el paciente con G3 recibió además anakinra como segunda línea de tratamiento, previa autorización del comité asesor hospitalario multidisciplinar y dirección asistencial.

La mediana de ingreso hospitalario fue de 13 días [7-30]; tisa-cel mediana de 12 días [7-30] y axi-cel mediana de 13 días [9-23].

Un total de 3 pacientes (2 axi-cel y 1 tisa-cel) precisaron ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante 1, 2 y 12 días respectivamente.

Ningún paciente falleció como consecuencia de los efectos adversos.

CONCLUSIONES

El análisis de toxicidad de los pacientes tratados en nuestro centro hospitalario es similar a lo reportado en los ensayos clínicos pivotaes. El manejo se realizó dentro de la unidad multidisciplinar con adecuada resolución. No hubo diferencias en cuanto a los días de estancia hospitalaria entre ambos fármacos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2413. DENOSUMAB: DE LA FICHA TÉCNICA A LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

ÁLVAREZ ASTEINZA C, CARBAJALES ÁLVAREZ M, ORDOÑEZ FERNÁNDEZ L, MARAY MATEOS I, ZÁRATE TAMAMES B, FERNÁNDEZ LAGUNA CL, ARIAS MARTÍNEZ A, LOZANO BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVENIDA DE ROMA S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Analizar la adecuación de las prescripciones de denosumab a las recomendaciones de la ficha técnica (FT) en cuanto a suplementación con calcio y vitamina D y monitorización de los niveles de calcio.

Determinar el perfil de seguridad del fármaco en base a las alteraciones metabólicas producidas en los valores de calcio en plasma (hipocalcemia) y la aparición de osteonecrosis mandibular.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes que recibieron denosumab en nuestro hospital (diciembre 2015- mayo 2020). De la historia clínica electrónica (HCE) se obtuvieron: datos demográficos, diagnóstico, suplementación con calcio y vitamina D, reacciones adversas y resultados de las pruebas de laboratorio (niveles de calcio al inicio, dentro de las primeras dos semanas, al finalizar y al mes post-tratamiento). Del programa de gestión del paciente onco-hematológico se recogió: número de pacientes, fecha de inicio/fin y número de administraciones. Se utilizó el Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v.5.0) para evaluar el grado de toxicidad (hipocalcemia).

RESULTADOS

Durante el período de estudio iniciaron tratamiento 18 pacientes (66,67% hombres), con una mediana de edad de 65,5 años (13-84). Los diagnósticos fueron: metástasis óseas de tumores sólidos (MOTS)(n=13) y tumor óseo de células gigantes (TCGO)(n=5). La mediana de administraciones fue de 6,5(1-20). Un total de 3/18 pacientes (16,67%) sólo recibió una dosis. El 66,67%(12/18) recibieron suplementos de calcio y vitamina D, el 11,11%(2/18) sólo de vitamina D, el 11,11%(2/18) no precisaban por hipercalcemia al inicio y el 11,11%(2/18) no se recoge en la HCE. La suplementación se realizó siguiendo criterios de FT en 14/18(77,78%).

En el 100% de los pacientes se realizó una determinación de calcio previo al inicio del tratamiento, en el 44,44% dentro de las dos primeras semanas, al finalizar el tratamiento en el 72,22% y al mes post-tratamiento en el 61,11%.

Con respecto a la seguridad, sólo 1/18 (5,56%) pacientes presentaban hipocalcemia al inicio, con un valor medio de calcio en plasma de $2,44 \pm 0,44$ mmol/L. Dentro de las 2 primeras semanas la media de los niveles fue de $2,05 \pm 0,36$ mmol/L (n=8), presentando hipocalcemia 3/8 (37,50%) pacientes. Al finalizar el tratamiento la media de los niveles fue de $2,19 \pm 0,20$ mmol/L (n=13), presentando hipocalcemia 6/13 (46,15%). Al mes post-tratamiento la media fue de $2,28 \pm 0,25$ mmol/L (n=11), presentando hipocalcemia 3/11 (27,27%). Las determinaciones de hipocalcemia fueron 13: 6/13 (46,15%) grado 1, 6/13 (46,15%) grado 2 y 1/13 (7,70%) grado 3. Ningún paciente desarrolló osteonecrosis mandibular durante el tratamiento.

CONCLUSIONES

El grado de adecuación de la suplementación con calcio y vitamina D es elevado, si bien mediante la integración del farmacéutico dentro del equipo multidisciplinar onco-hematológico podría mejorarse el porcentaje de adaptación a la FT y prevenir posibles hipocalcemias.

Se debe fomentar una mayor monitorización de los niveles de calcio dentro de las dos primeras semanas y al finalizar el tratamiento, dadas las mayores tasas de hipocalcemia que se han producido en esos periodos.

Aunque las alteraciones metabólicas producidas coinciden con las descritas en FT, la incidencia de hipocalcemias es bastante elevada, siendo necesario ampliar el número de pacientes para establecer conclusiones más robustas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2423. EFICACIA, SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE TRASTUZUMAB BIOSIMILAR EN CÁNCER DE MAMA

AUTORES

CEBRIÁN LARA L, MONTEAGUDO SANTOLAYA E, COLOM MORENO R, PRIETO CASTELLÓ M, TABERNER BONASTRE T, SARRIÓ MONTÉS G, SÁNCHEZ ALCARAZ A
HOSPITAL DE LA RIBERA. CTRA. CORBERA, KM. 1. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia, seguridad y eficiencia en la introducción de Trastuzumab biosimilar en pacientes con cáncer de mama en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y comparativo.

Criterios de inclusión: pacientes con cáncer de mama en tratamiento con Trastuzumab durante enero 2016 y abril 2020. El estudio se dividió en dos grupos: pacientes con Trastuzumab de referencia (Herceptin®) (enero 2016-agosto 2018) y pacientes con Trastuzumab biosimilar (septiembre 2018-abril 2020). En ambos grupos las pacientes eran "naive" para Trastuzumab.

Variables recogidas:

- Epidemiológicas: edad y peso.
 - Clínicas: indicación del tratamiento (neoadyuvancia, adyuvancia o avanzado), dosis y ciclos, progresión al tratamiento, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), uso concomitante con Pertuzumab, motivo de la suspensión de tratamiento y mortalidad.
 - Económicas: coste/miligramo Trastuzumab biosimilar, coste/miligramo Trastuzumab referencia y ahorro total.
- Los datos se obtuvieron del programa Farmis-Oncofarm®, programa de gestión Orion-Logis® y SIAS Clínico®. El análisis estadístico se realizó mediante test de Fischer.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 69 pacientes (100% mujeres), de las cuales 36 fueron tratadas con Trastuzumab de referencia, edad media 59 años (38-85) y peso medio 70Kg (46-110) y 33 fueron tratadas con Trastuzumab biosimilar, edad media 53 años (35-75) y peso medio 67Kg (42-96).

La distribución por indicación fue:

- neoadyuvancia: biosimilar 48,5% y referencia 27,7%.
- adyuvancia: biosimilar 21,2% y referencia 58,4%.
- avanzado: biosimilar 27,3% y referencia 13,9%.

Una paciente llevó Trastuzumab biosimilar en neoadyuvancia y adyuvancia (3,0%).

Se realizó doble bloqueo con Pertuzumab en el 11,1% del grupo de referencia y en el 75,8% del grupo biosimilar.

Se suspendió el tratamiento con Trastuzumab de referencia en 1 paciente (2,8%) por disminución de FEVI > 10% y con Trastuzumab biosimilar en 3 (12,1%) por plaquetopenia y valor de FEVI < 50%. Hubo progresión con Trastuzumab de referencia en 3 pacientes (8,3%) y con Trastuzumab biosimilar en otros 3 (9,1%). Durante el tratamiento con Trastuzumab de referencia 1 paciente (2,8%) fue exito y con Trastuzumab biosimilar 2 pacientes (6,1%), una de las cuales falleció por toxicidad cardiaca en tratamiento concomitante con Pertuzumab. No existen diferencias estadísticamente significativas para estas variables.

El coste/miligramo de Trastuzumab de referencia fue de 2,28€ y Trastuzumab biosimilar 1,09€.

La introducción de Trastuzumab biosimilar en el periodo de estudio (septiembre 2018-abril 2020) supuso un ahorro directo de 119.262,70€.

CONCLUSIONES

Trastuzumab biosimilar mantiene la misma eficacia y seguridad que el fármaco de referencia con una eficiencia que ha supuesto un ahorro directo mayor de 100.000€, contribuyendo así a la sostenibilidad del sistema público sanitario. Los medicamentos biológicos tienen gran impacto en la sanidad, tanto por su capacidad de ofrecer opciones de tratamiento, como por el coste que suponen. Sin embargo es necesario seguir realizando más estudios sobre utilización de biosimilares, para concienciar a los facultativos prescriptores sobre su seguridad y eficiencia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2430. TOXICIDAD DEL NIVOLUMAB EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

AUTORES

GAGO SÁNCHEZ AI, PEREA PÉREZ Á, MARTÍNEZ PUIG P, NIEVAS BAÑOS AB
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. AV. MENENDEZ PIDAL, S/N. CORDOBA

OBJETIVOS

Los objetivos de nuestro estudio fueron describir en la práctica clínica real las reacciones adversas inmunorrelacionadas y determinar su prevalencia en pacientes oncológicos tratados con nivolumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo desarrollado en un hospital de tercer nivel, que dispone de más de 1000 camas de Hospitalización, desde enero del 2015 hasta octubre del 2019. Se incluyeron todos los pacientes tratados con Nivolumab. Las reacciones adversas se valoraron en cada visita de seguimiento mediante la historia clínica electrónica y la información sobre el tratamiento recibido se obtuvo del programa de prescripción electrónica de quimioterapia disponible en nuestro centro. La seguridad se determinó según los criterios de terminología común de reacciones adversas, versión 4.0 (National Cancer Institute Common Toxicity Criteria (NCI-CTCAE-v4.0)).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 98 pacientes, con una edad media de 61,3 años (rango: 37-87 años) y un predominio masculino (69 hombres y 29 mujeres). En el momento del estudio, todos los pacientes presentaban estadio avanzado de la enfermedad con metástasis y ECOG 0-1. El diagnóstico mayoritario fue cáncer pulmón no microcítico [57,14% (n=56)], seguido por melanoma [31,63% (n=31)]. La mediana de seguimiento fue de 19 meses (IC95% 11,3 a 20,5). A todos los pacientes se les administró nivolumab en monoterapia 3 mg/kg intravenoso cada 2 semanas, excepto uno, que recibió terapia combinada de nivolumab 1 mg/kg con ipilimumab 3 mg/Kg. La dosis media por paciente fue de 215 mg. De los 98 pacientes, reacciones adversas de cualquier grado fueron detectadas en 69, siendo la prevalencia de 70,4 %. La mayoría de las reacciones adversas fueron de intensidad leve a moderada (Grado 1 o 2) [81,6%(n=80)]. Se detectaron efectos adversos severos (Grado 3) en el 17,3 % (n=17) de los pacientes. Solo un paciente desarrolló toxicidad Grado 4 (Síndrome de Guillain-Barré) tras recibir tratamiento combinado con ipilimumab. Las reacciones adversas (de todos los grados) más frecuentes (> 10%) fueron: lesiones cutáneas [28,5%(n=28)], astenia [23,4%(n=23)], anorexia [13,2%(n=13)] dolores musculoesqueléticos [12,2%(n=12)], reacciones infusionales [12,2%(n=12)] y diarrea sin colitis [10,2%(n=10)]. En términos generales, con tratamiento médico adecuado, las reacciones adversas se resolvieron en la mayoría de los casos. La interrupción permanente del tratamiento por eventos adversos fue necesaria en 17,3% de pacientes tras una mediana de 3 meses (rango 2-8) de tratamiento. Reducción de dosis se requirió en 5,2% y en 4% de los pacientes necesitaron ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia en la práctica clínica real muestra que nivolumab presenta un perfil de seguridad favorable y manejable similar a los descritos en estudios pivotaes. En ausencia de datos prospectivos, estos pacientes deben manejarse según las pautas establecidas basadas en la experiencia clínica y utilizar guías clínicas publicadas por sociedades para el manejo de la toxicidad. La formación y comunicación constante entre pacientes, cuidadores y equipo clínicos es fundamental para el éxito de manejo de efectos de la inmunoterapia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2440. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE MIELOMA MULTIPLE TRATADOS CON CARFILZOMIB. SEGUIMIENTO SUPERIOR A CUATRO AÑOS.

AUTORES

GRACIA PIQUER R, VARELA MARTÍNEZ I, ALCÁCERA LÓPEZ MA, DOURDIL SAHUN MV, NEBOT VILLACAMPA MJ, GÓMEZ RIVAS P, CAMPOS MONTELLANO FJ, FRESQUET MOLINA R
HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA. AVDA. SAN JUAN BOSCO, 15. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Estudio de la efectividad y seguridad del tratamiento con carfilzomib en pacientes diagnosticados de Mieloma Múltiple (MM) desde diciembre de 2015. Los esquemas que incluyen carfilzomib analizados fueron: carfilzomib-lenalidomida-dexametasona (KRD) y carfilzomib-dexametasona (KD).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes tratados con carfilzomib desde diciembre 2015 hasta marzo 2020 en nuestro centro. Se recogieron variables demográficas (edad al inicio del tratamiento, sexo),

características de la enfermedad (tipo de inmunoglobulina producida por las células de mieloma, estadio al diagnóstico según el International Staging System (ISS), tiempo de evolución de la enfermedad y componente monoclonal (CM) antes y después del tratamiento), número de líneas previas, esquema de tratamiento con carfilzomib y número de ciclos administrados. Para evaluar la efectividad se analizó la respuesta al tratamiento según los criterios del International Myeloma Working Group (IMWG), la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG). Con respecto a la seguridad se recogieron los efectos adversos de grado III y IV, según los criterios de la Common Terminology for Adverse Events (CTCAE) del National Cancer Institute.

RESULTADOS

Se incluyeron 17 pacientes diagnosticados de MM con una media de edad al inicio de tratamiento de $64,6 \pm 7,5$ años, de los que 11 eran varones. En el 52,4% de los pacientes era tipo IgG (6 kappa, dos de los cuales eran oligosecretores y 3 lambda), el 41,2% IgA (4 kappa y 3 lambda) y 5,9% proteína de Bence Jones (cadenas ligeras kappa). El 47% de los pacientes fueron diagnosticados en estadio IIA; 47% IIIA y el 6% smoldering. La mediana de tiempo de evolución del mieloma fue de 6 años (IC95%: 1-14). La mediana de CM antes y después del tratamiento fue de 1,33 (IC95%: 0,34-2,32) y 0,38 (IC95%: 0,11-0,65) respectivamente. La media de líneas previas de tratamiento fue de 3,35 (1-7). El esquema más utilizado fue KRd en un 70,6% de los pacientes. La media de ciclos recibidos fue de 6 (1-17).

Se obtuvo respuesta en el 52,94% de los pacientes; siendo respuesta parcial (RP) en el 29,41%, y muy buena respuesta parcial (MBRP) en el 23,53% de pacientes. No se obtuvo ninguna respuesta completa. La mediana de SLP fue de 5,7 meses (IC95%: 3,3-8,1) y la mediana de SG fue de 11,5 meses (IC95%: 1,6-21,4).

El 52,94% de los pacientes presentaron efectos adversos de grado III y IV: trombocitopenia (6 pacientes), neutropenia (4), anemia (1), trombosis venosa profunda (1), neuropatía periférica (2) e insuficiencia cardíaca (1).

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos en nuestro análisis, carfilzomib constituye una alternativa en pacientes con estadios avanzados de MM y en recaída a múltiples líneas de tratamiento. Destaca el uso del esquema KRd, que comparado con el estudio pivotal ASPIRE, los resultados de efectividad obtenidos han sido menores de lo esperado.

En el perfil de efectos adversos ha resaltado la toxicidad hematológica. Siendo similar al descrito en ficha técnica.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2459. USO DE OMALIZUMAB EN PROTOCOLO DESENSIBILIZACIÓN PARA TRASTUZUMAB

AUTORES

BARREIRO FERNANDEZ EM, BRICEÑO CASADO MDP, RIOS SANCHEZ E, MARTINEZ DIAZ C, GIL SIERRA MD
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CTRA. NACIONAL IV, KM 665. CÁDIZ

OBJETIVOS

Los protocolos de desensibilización permiten la administración de fármacos que producen respuestas de hipersensibilidad, evitando la pérdida de líneas terapéuticas. La bibliografía existente respecto al uso de omalizumab como premedicación en protocolos de desensibilización es escasa, y limitada a casos refractarios. El objetivo de este estudio es describir el desarrollo y administración de un protocolo de desensibilización con omalizumab para trastuzumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Mujer de 42 años con rinitis alérgica diagnosticada de cáncer de mama receptor HER2 positivo. Como tratamiento adyuvante se administró pertuzumab, trastuzumab y docetaxel durante ocho ciclos, retirándose posteriormente docetaxel debido a toxicidad moderada (astenia y diarrea grado 2) con buena respuesta. En el siguiente ciclo, empezó a presentar eritema y prurito tras comenzar infusión de trastuzumab. El Servicio de Alergología (SA), realizó una prueba de sensibilización con resultado negativo, por lo que en la siguiente administración se utilizó dexclorfenamina y metilprenisolona como premedicación. Tras media hora de infusión de este ciclo, se produjo una reacción cutánea mayor a la anterior, tos y aumento de su rinitis alérgica, que obligó a suspenderlo. Ante dicha reacción se deriva al SA para posible pauta de desensibilización de trastuzumab. La administración de pertuzumab no precisó de cambios.

RESULTADOS

En colaboración con el SA se elaboró un protocolo de desensibilización, que constó de 12 intervalos progresivos de velocidad de infusión y concentración de trastuzumab. Como primera premedicación se utilizó omalizumab 300mg vía subcutánea; famotidina 40 mg y cetirizina 10 mg vía oral; metilprenisolona 125 mg y dexclorfenamina 5mg vía intravenosa, administrados como dosis única media hora antes del comienzo de la desensibilización. Para administrar una dosis total de 450 mg de trastuzumab se prepararon tres soluciones con concentraciones de 0.016 mg/ml (A), 0.18 mg/ml (B) y 1.8 mg/ml (C), administrándose cada una de ellas en cuatro intervalos. Para la solución A la velocidad inicial de administración fueron 2 ml/h, duplicándose esta velocidad cada 15 minutos hasta llegar a 20 ml/h. Para la solución B se procedió de la misma forma, pero partiendo de una velocidad inicial de 5 ml/h y alcanzando una velocidad máxima de 40 ml/h. Para administrar la solución C se comenzó con una velocidad inicial de 10 ml/h, duplicando la velocidad cada 15 minutos hasta alcanzar 80 ml/h. La administración se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos. Durante el primer y segundo ciclo de desensibilización, la paciente presentó erupción maculo-papular extensa, obligando a suspender la infusión. Para los ciclos posteriores se añadió a la primera premedicación: montelukast 10 mg, famotidina 40 mg y cetirizina 10 mg vía oral cada 24 horas durante 3 días antes, consiguiendo la administración completa del protocolo sin incidencias. En el momento del fin de este estudio la paciente había recibido un total de cuatro ciclos de desensibilización de trastuzumab, pudiendo completarse los dos últimos.

CONCLUSIONES

1) El protocolo de desensibilización con omalizumab permitió poder seguir utilizando de forma segura trastuzumab, evitando así la pérdida de una línea terapéutica. 2) Las reacciones adversas presentadas durante la administración de este fármaco se redujeron en número y gravedad.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2461. INMUNOTERAPIA ASOCIADA A QUIMIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

BARREIRO FERNANDEZ EM, MARTINEZ DIAZ C, SALMERON NAVAS FJ, MORENO RAMOS C, BRICEÑO CASADO MDP
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CTRA. NACIONAL IV, KM 665.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de la combinación de inmunoterapia (pembrolizumab) asociada a quimioterapia estándar (doble de platino con pemetrexed), respecto al estándar, en el tratamiento de 1ª línea del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM), no escamoso avanzado/metastásico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, que incluyó a pacientes diagnosticados de CPNM no escamoso y avanzado/metastásico que recibieron tratamiento con quimioterapia estándar (QE) desde el 1/10/2018 al 9/10/2019 o bien inmunoterapia (pembrolizumab) asociada (IQE), desde el 10/10/2019 hasta el 30/4/2020, tras aprobación de condiciones de uso según informe de posicionamiento terapéutico. A partir de la historia clínica digital única (Diraya®) y la aplicación de quimioterapia (Farmis®), se registraron las siguientes variables: sexo, edad, PS (Performance Status), diagnóstico, estadio, expresión PDL-1, mutación EGFR o ALK, esquema de tratamiento y número de ciclos recibidos. Como variable de efectividad se determinó la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG) utilizando la aplicación estadística SPSS. Para valorar la seguridad se consideraron los efectos adversos (EAs), reducciones, retrasos, suspensiones del tratamiento e ingresos hospitalarios.

RESULTADOS

Se incluyeron 25 pacientes, 12 recibieron QE y los otros 13 IQE, 16 hombres y 8 mujeres, con edad media de 65 años (55-79). Un 78% de la población presentaba PS=0-1, el resto PS=2-3 (11% respectivamente). El estadio fue IV en el 80% de los pacientes y IIIB en el 20% restante. El 98% de los casos presentaba un PDL-1 < 1%, (2% sin determinar) y todos ausencia de mutación EGFR o ALK. El esquema de QE fue: pemetrexed 500mg/m² + carboplatino AUC=5 x 4 ciclos seguidos de pemetrexed en mantenimiento c/21 días hasta completar 1 año, toxicidad, progresión o muerte. Para el tratamiento IQE se asoció pembrolizumab 200mg a dosis fijas a QE. La media de ciclos recibidos fue de 5 (1-12) para QE y de 4 (1-10) en IQE. La mediana de SLP fue 6 meses (0,57-11,43; p=0,10) y la mediana de SG de 15 meses (5,94-24,06; p=0,29), para el grupo QE. Los pacientes con IQE no alcanzaron las medianas de SLP y SG. En QE un 62% completaron los 4 ciclos con platino y en IQE un 43%, todos suspendiendo por toxicidad y continuando con el mantenimiento. El 68% de los pacientes presentó algún EA con QE y un 85% con IQE. Los EAs más frecuentes asociados a QE fueron toxicidad dérmica (n=3), mucositis (n=2), diarrea (n=2) y neutropenia (n=2), provocando reducciones (n=2), retraso (n=3) e ingresos (n=1). En el tratamiento con IQE destacaron astenia (n=8), náuseas (n=6), mucositis (n=2) y toxicidad dérmica (n=2) asociados a reducciones (n=3), retrasos (n=4) e ingresos (n=1).

CONCLUSIONES

1) Las limitaciones del diseño y el reducido tiempo de seguimiento no permiten sacar conclusiones sólidas respecto a la efectividad. 2) Existe un mayor número de pacientes que completan los 4 ciclos con platino en QE respecto a IQE. 3) Se detectó un mayor porcentaje de EAs asociados a IQE, con número superior de reducciones, retrasos y/o ingresos, no pudiéndose valorar su implicación a nivel de efectividad en nuestra población.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2466. GUÍAS ANTIEMÉTICAS: ¿HEMOS INCORPORADO LOS CAMBIOS REFERENTES A CARBOPLATINO?

AUTORES

REDONDO CAPAFONS S, SORIANO GUTIÉRREZ L, MARTÍNEZ ROBLES S, DALMAU PORTULAS E, BARRAGAN MUÑOZ A, GÓMEZ VALENT M
CONSORCI CORPORACIÓ PARC TAULÍ. PARC TAULÍ, 1. BARCELONA

OBJETIVOS

En 2016 se publicaron las guías de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y de la Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) en asociación con la European Society for Medical Oncology (ESMO) en antiemesis. La principal novedad de estas guías es la incorporación de carboplatino AUC≥4 como quimioterapia (QT) endovenosa altamente emetógena (QTeAE).

El objetivo del estudio es analizar el nivel de concordancia entre las recomendaciones de estas guías y las profilaxis antieméticas utilizadas actualmente en el hospital de día de hemato-oncología en los pacientes que reciben tratamiento con QTeAE, así como evaluar su efectividad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo durante dos meses incluyendo todos los pacientes adultos > 18 años que iniciaron QTeAE.

Se registraron las variables demográficas, QT prescrita, localización tumoral, riesgo emetógeno del paciente según la herramienta CINV Risk Assessment, pauta antiemética prescrita, concordancia con la guía MASCC y su efectividad. Ésta se evaluó mediante: la encuesta validada de la MASCC, utilización de medicación de rescate y registro de visitas a urgencias o ingresos por causa de náuseas y vómitos (NyV). El estudio fue autorizado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del centro.

RESULTADOS

Se incluyeron 21 pacientes. El 52,3% fueron varones, con una mediana de edad de 60,5 años (rango: 48-76).

El 52,4% de los esquemas utilizados contenían carboplatino AUC \geq 4.

La localización tumoral más frecuente fue cáncer de cabeza y cuello en un 33,3% seguido de pulmón no microcítico en un 23,8%. Según la CINV Risk Assessment, el 57% de los pacientes tenían un perfil de riesgo emetógeno de tipo bajo. La pauta antiemética más prescrita en un 76,2% fue la combinación de dexametasona 12mg, ondasetron 8 mg y fosaprepitant 150 mg.

En cinco pacientes (23,8%) las pautas no coincidían con las recomendaciones MASCC. En cuatro de ellos la QT implicada era carboplatino AUC \geq 4.

La puntuación de los cuestionarios de efectividad fue protección total en el 90,9% en las náuseas agudas, del 100% en los vómitos agudos y en las náuseas retardadas y del 72,7% en los vómitos retardados.

La frecuencia de uso de medicación de rescate fue del 28,5%. No se detectó ninguna visita a urgencias ni ingreso causado por NyV.

CONCLUSIONES

Los protocolos antieméticos empleados en nuestro centro reflejaron una elevada adhesión a las últimas recomendaciones de las guías. Las discrepancias detectadas se debieron a esquemas con carboplatino AUC \geq 4 aunque en ninguna de ellas se observó un peor control de las NyV: el uso de medicación de rescate fue anecdótico y no comportaron ingresos. La herramienta CINV Risk Assessment ha resultado de gran utilidad para conocer el riesgo individual del paciente.

El tamaño muestral ha sido excepcionalmente menor al esperado debido a las precauciones tomadas motivadas por la COVID19.

A pesar de los buenos resultados, es necesario un estrecho seguimiento de las actualizaciones de las recomendaciones en antiemesis, así como una constante formación de todos los profesionales implicados en la que el servicio de farmacia tiene un destacado papel.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2473. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO A TRATAMIENTO CON ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA EN PRIMERA LÍNEA

AUTORES

TOURÍS LORES M, GARCÍA QUINTANILLA L, LÓPEZ MONTERO E, MEJUTO PÉREZ DEL MOLINO B, CASTRO BALADO A, MOSQUERA TORRE A, BERNÁRDEZ FERRÁN B, ZARRA FERRO I

ÁREA SANITARIA SANTIAGO DE COMPOSTELA EN BARBANZA. CHOU PANNA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Debido al aumento en la supervivencia en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPCPm) a tratamiento con abiraterona (AA) y enzalutamida (ENZ), es de vital importancia la medición de la calidad de vida mediante patient reported outcomes (PRO). El objetivo del presente estudio es medir el impacto en la calidad de vida mediante el cuestionario validado Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate (FACT-P) en aquellos pacientes a tratamiento con AA o ENZ en primera línea.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de dos años de duración, donde cada paciente que inicia tratamiento con AA o ENZ, cumplimentó el cuestionario FACT-P en su versión español en la visita de inicio y posteriormente en los ciclos 4, 8 y 12. Se excluyeron a aquellos pacientes que habían recibido algún tratamiento sistémico previo para su enfermedad metastásica. Todos los análisis se realizaron utilizando criterios preestablecidos para la mejora y el deterioro clínicamente significativos en la puntuación total de FACT-P; el análisis de los datos se realizó siguiendo la metodología descrita para su interpretación en la bibliografía publicada. El análisis estadístico para la comparación de ambos grupos se realizó usando la prueba chi-cuadrado. El tiempo hasta la mejoría de la calidad de vida se estimó usando el método Kaplan-Meier, las curvas de supervivencia fueron comparadas mediante Log-rank test y los hazard ratios (HR) se estimaron usando el modelo de regresión de Cox. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS-Statistics V.26 (IBM Inc., Armonk, NY, USA).

RESULTADOS

Se analizaron 25 pacientes durante el período de estudio (AA: 12, ENZ: 13). El 38,46% de los pacientes a tratamiento con ENZ mejoraron en su calidad de vida, frente al 16,6% de los pacientes a tratamiento con AA. El 46,16% de los pacientes a tratamiento con ENZ mantuvieron su calidad de vida frente al 50,07% de los pacientes a tratamiento con AA. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamientos ($p=0,209$). El tiempo hasta mejoría con cada uno de los fármacos fue 6,5 meses en los pacientes tratados con ENZ y 4,9 meses en el grupo de AA, respectivamente. (log-rank, $p=0,833$).

CONCLUSIONES

La calidad de vida se mantuvo durante el período de estudio de la mayoría de los pacientes diagnosticados de CPRCm en nuestra población, sin encontrarse diferencias significativas entre ambos tratamientos. Siendo conscientes del limitado

número de pacientes y del creciente interés en la calidad de vida de los tratamientos orales en oncología, se pone de manifiesto la necesidad de obtener más datos en vida real que confirmen los resultados de los estudios publicados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2480. USO DE ESTATINAS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO Y A TRATAMIENTO CON ABIRATERONA

AUTORES

TOURÍS LORES M, GARCIA QUINTANILLA L, LÓPEZ MONTERO E, BLANCO DORADO S, BANDÍN VILAR EJ, MOSQUERA TORRES A, BERNÁRDEZ FERRÁN B, ZARRA FERRO I

ÁREA SANITARIA SANTIAGO DE COMPOSTELA E BARBANZA· CHOUPANA, S/N· A CORUÑA

OBJETIVOS

Aunque el mecanismo exacto no se conoce, estudios recientes han demostrado que el uso de estatinas puede mejorar los resultados en supervivencia en ciertas patologías oncológicas. El objetivo es determinar si el uso de estatinas afecta a la supervivencia en aquellos pacientes ≥ 75 años diagnosticados de cáncer de próstata resistente a la castración metastásico (CPRCm) y a tratamiento con Abiraterona (AA) en primera línea de tratamiento a seguimiento en la unidad de Farmacia Oncológica de nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron de forma retrospectiva los datos disponibles en los registros de prescripción electrónica de 38 pacientes con edad ≥ 75 años diagnosticados de CPRCm entre agosto 2014 y mayo 2020 y a tratamiento con (n=19) o sin (n=19) estatinas de forma concomitante con AA en primera línea, en nuestra unidad de Farmacia Oncológica. Se excluyeron a aquellos pacientes que habían recibido algún tratamiento sistémico previo para su enfermedad metastásica. Los registros del tratamiento con estatinas concomitante se obtuvieron revisando de forma retrospectiva los datos de la historia clínica electrónica de cada paciente. La duración del tratamiento con AA se consideró como un subrogado del tiempo hasta la progresión y se definió como el tiempo comprendido desde el inicio del tratamiento hasta el momento de su discontinuación o censura. La duración con AA se estimó usando en método Kaplan-Meier y las curvas de supervivencia fueron comparadas mediante Log-rank test. La asociación entre el uso de estatinas y la duración de tratamiento con AA se estimó usando el método de regresión de Cox. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS-Statistics V.26 (IBM Inc., Armonk, NY, USA).

RESULTADOS

El análisis Kaplan-Meier no demostró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a mediana de supervivencia en ambos grupos. La mediana de tiempo de tratamiento con AA fue de 12,4 meses (95% IC: 1,84-22,89) para los pacientes a tratamiento sin estatinas y de 27,6 meses (95% IC: 15,38-39,81; log-rank, p=0,099) para aquellos con estatinas. Aunque sin significación estadística, sí que se observó una tendencia a aumentar la supervivencia libre de progresión en aquellos pacientes ≥ 75 años a tratamiento con estatinas y abiraterona. El análisis univariante para supervivencia libre de progresión (SLP) sí demostró una mejoría con el uso combinado de estatinas y AA pero sin significación estadística. (HR: 0,55; 95% IC 0,26-1,13; p=0,105). Con el análisis ajustado por edad para SLP se obtuvieron resultados similares (HR: 0,58; 95% IC 0,28-1,22; p=0,089).

CONCLUSIONES

Existe una tendencia a aumentar la duración de tratamiento en aquellos pacientes que usan estatinas en combinación con AA en primera línea para su CPRCm. Los datos de nuestro estudio son concordantes con los publicados en la literatura científica, aunque serían necesarios más estudios con mayor número de pacientes, que nos permitan confirmar la influencia del uso de estatinas y la supervivencia global en este subgrupo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2493. NADIR DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO COMO FACTOR PREDICTIVO DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN

AUTORES

GARCIA GUTIERREZ MDM, FERNANDEZ ROMAN AB, LETELLEZ FERNANDEZ J, CANDEL GARCIA B, CANALEJO FUENTES MJ, GARCIA GIL M

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. CALLE DEL MOLINO 2. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar si el tiempo en alcanzar el nadir del antígeno prostático específico (PSA) se relaciona con una mayor supervivencia libre de progresión en pacientes con Cáncer de Próstata Metastásico Resistente a la Castración (CPMRC) que recibieron tratamiento con docetaxel, abiraterona o enzalutamida tras progresión a terapia de deprivación androgénica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en un hospital de segundo nivel que incluyó a los pacientes con CPMRC que progresaron a tratamiento con docetaxel, abiraterona o enzalutamida tras terapia de deprivación androgénica entre enero 2015 y abril 2020. Se excluyeron los pacientes que estuvieron menos de dos meses con dicho tratamiento. Para analizar la relación entre el tiempo hasta conseguir el nadir del PSA y el tiempo hasta la progresión, se usó el coeficiente de correlación de Pearson.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis por subgrupos según el tratamiento recibido.

Se recogieron las siguientes variables: edad, fecha del diagnóstico metastásico, Gleason, localización de metástasis, PSA,

fecha de progresión, duración del tratamiento y fecha de éxito.

Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica y la historia clínica del paciente.

Se utilizó un software estadístico para el análisis de datos.

RESULTADOS

Se incluyeron 28 pacientes, 32,14% recibieron tratamiento con docetaxel, 17,86% abiraterona y 50% con enzalutamida. La mediana de edad fue 72 años (58-88).

El PSA basal fue > 20ng/ml en el 84% de los pacientes. El Gleason fue de 6-7 (riesgo intermedio) en el 32,14% de los pacientes y de 67,86% 8-10 (riesgo alto) y en 6 pacientes era desconocido.

El 92,9% de los pacientes al inicio del tratamiento presentaban metástasis con localización ósea. La mediana de duración de tratamiento fue de 7,47 meses (1,38-40,51).

Tras analizar la relación entre el tiempo hasta conseguir el PSA nadir y la supervivencia libre de progresión (SLP), se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de 0,797.

Por otro lado, en el análisis por subgrupos, la correlación con enzalutamida fue de 0,739, con abiraterona 0,997 y en los que se trataron con docetaxel fue de 0,893.

CONCLUSIONES

Existe una correlación positiva alta entre el tiempo hasta conseguir el PSA nadir y la SLP. La correlación es mayor en aquellos pacientes en tratamiento con abiraterona que con enzalutamida y docetaxel.

Para utilizar el tiempo en alcanzar el PSA nadir en práctica clínica habitual, como factor predictivo, sería necesario realizar un estudio con mayor tamaño muestral y duración suficiente que controle los factores de riesgo/pronóstico para evaluar la supervivencia global.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2535. EXPERIENCIA EN VIDA REAL DE IRINOTECAN LIPOSOMAL PEGILADO EN EL TRATAMIENTO DE ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS METASTÁSICO

AUTORES

ROCHINA ASTORGA A, GUTIÉRREZ PALOMO S, MARTÍNEZ PÉREZ S, POMARES BERNABEU M, JIMÉNEZ PULIDO IP, SORIANO IRIGARAY L, MATOSES CHIRIVELLA C, NAVARRO RUÍZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CAMI DE L'ALMAZARA 11. ALICANTE

OBJETIVOS

Describir la efectividad y seguridad de un esquema de quimioterapia de irinotecan liposomal pegilado (nal-IRI), 5-fluorouracilo (5-FU) y ácido folínico en el tratamiento del adenocarcinoma de páncreas metastásico en un hospital de tercer nivel. Comparar los resultados con los del ensayo clínico pivotal NAPOLI-1.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes con cáncer de páncreas metastásico previamente tratados, entre enero 2017-mayo 2020. Los pacientes se identificaron a partir del programa Farmis_Oncofarm® y la historia clínica electrónica. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, superficie corporal, Índice de Karnofsky (IK) al inicio del tratamiento, presencia y localización de metástasis, número de ciclos, duración de tratamiento, tratamientos previos, toxicidades desarrolladas y sus grados (criterios CTCAE) y reducción de dosis. La efectividad se evaluó según la supervivencia libre de progresión (SLP), calculada como el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la progresión o muerte por cualquier causa y la supervivencia global (SG), calculada como el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la muerte por cualquier causa. La seguridad se evaluó a través de las reacciones adversas (RA) durante el periodo de estudio. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS®.

RESULTADOS

Se incluyeron 13 pacientes, un 53,8% hombres, con una media de edad de 66,5±11,2 años y una superficie corporal media de 1,67±0,11 m². Los pacientes que iniciaban el tratamiento presentaban un IK promedio de 80. El 54% presentaba metástasis en 2 o más órganos, siendo el hígado y el peritoneo los órganos más afectados en un 69% y 54% respectivamente. El 15% había recibido más de una línea de tratamiento previo, siendo el Nab-paclitaxel-Gemcitabina la terapia en primera línea en el 92% de los pacientes. El número de ciclos promedio de Nal-IRI fue de 4,7±3,6 ciclos con una mediana de duración de tratamiento de 42 días (18-98). En nuestra experiencia, la efectividad fue ligeramente inferior a la descrita en el ensayo pivotal; se mostró una mediana de 4,8 meses de SG (3,2-10,9) y 2,4 meses de SLP (1,6-4,28) frente a 6,1 y 3,1 meses del ensayo pivotal. En cuanto al perfil de seguridad, la mayoría de las reacciones adversas de nuestro estudio fueron reacciones de grados 1-2 acorde a las descritas en ficha técnica. Las reacciones adversas no hematológicas más comunes fueron: 69% vómitos (33% grado 2), 54% diarrea (33% grado 2), 54% astenia (33% grado 2), 11% grado 3), 46% náuseas (37,5% grado 2) y 38% mucositis (22% grado 2). Las reacciones adversas hematológicas fueron menos frecuentes: 15% neutropenia (50% grado 2), 7,7% anemia grado 1 y 7,7% trombopenia grado 2. El 15% de los pacientes precisó una reducción de dosis como consecuencia de síndromes eméticos.

CONCLUSIONES

La eficacia de nal-IRI en condiciones de práctica clínica real no refleja los datos obtenidos en condiciones ideales de ensayo clínico mientras que el perfil de seguridad se asimila en mayor medida a los obtenidos en el ensayo pivotal. Los resultados de este estudio aportan evidencia, pero debido al número limitado de pacientes deben ser interpretados con precaución.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2554. TOXICIDAD AUTO-INFORMADA POR LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON PALBOCICLIB PARA CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO. COMPARACIÓN CON ESCALA CLÍNICA CTCAE

AUTORES

OTERINO MOREIRA I, SANMARTIN FENOLLERA P, PÉREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. C/ BUDAPEST 1. MADRID

OBJETIVOS

Describir resultados preliminares de toxicidad auto-informada (Patient Reported Outcome, PRO) de palbociclib en cáncer de mama metastásico y compararlos con la escala de medición de toxicidad CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de intervención con periodo de seguimiento Junio 2019- Junio 2021, para el que se analizan los datos recopilados hasta Diciembre 2019. El farmacéutico proporcionó un cuestionario PRO (elaborado según criterios PRO-CTCAE Item Library v1.0) que define los efectos adversos (EA) en forma de preguntas al paciente que describen los siguientes atributos: cantidad, frecuencia, gravedad y/o interferencia con las actividades diarias.

Se recopilaron de la historia clínica variables demográficas, clínicas y seguridad percibida por el oncólogo (criterios CTCAE v5.0).

Se chequearon 13 EA (definidos en la ficha técnica) en 24 preguntas y las pacientes rellenaron 2 cuestionarios separados 3 meses. Las respuestas se reportaron en una escala de tipo sumativo de cinco puntos de Likert (0-4). Se incluyeron además dos preguntas extraídas del cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-C30 v.3 y un espacio de escritura en blanco para aquellos síntomas que la paciente quisiera informar libremente.

RESULTADOS

Se recopilaron 20 cuestionarios PROs pertenecientes a 10 mujeres con una mediana de edad de 69.5 años (Rango 49-83). El 60% era fenotipo luminal B [40% luminal A]; El 50% presentaba estadio III [50% II]. La mediana de línea paliativa fue 2 (IC95% 1-5). El ECOG fue 0 en el 60% (40% ECOG1). El 100% recibió el esquema palbociclib + fulvestrant.

Los EA que más reportaron las pacientes (frecuencia $\geq 60\%$) fueron piel seca, mialgias, artralgias, fatiga y sofocos. Para el 60% de las pacientes estos efectos sucedían con una frecuencia ≥ 2 puntos en la escala Likert (a veces/a menudo/casi siempre). Un 60% de los sujetos reportó artralgias, mialgias y fatiga con una intensidad ≥ 3 puntos en la escala Likert (intensa/muy intensa). En cuanto al grado de interferencia con las actividades diarias las mialgias y la fatiga fueron los EA con ≥ 3 puntos en la escala Likert (mucho/muchísimo) que reportó un mayor número de pacientes (20%). El 70% de las pacientes afirmó que su salud y calidad de vida en general eran buenas. Los resultados del primer y segundo cuestionario no variaron sustancialmente (los porcentajes de los atributos de los EA se mantuvieron en $\pm 10\%$).

Comparando la gravedad de los EA reportados por las pacientes (PRO-CTCAE v1.0) y la interpretada por el oncólogo en su consulta (CTCAE v5.0) se desprende que para el 60% de las pacientes las artralgias, mialgias y fatiga aparecen con una gravedad superior (≥ 3 puntos Likert) a la capturada por el sistema CTCAE v5.0, que fue grado 1 para el 80% de las pacientes.

CONCLUSIONES

Las mialgias, artralgias y fatiga fueron los EA más intensos, aunque para la mayoría el grado de interferencia con las actividades diarias fue bajo.

Los autoinformes PRO-CTCAE proporcionan información complementaria a las evaluaciones de seguridad de los clínicos (CTCAE) las cuales pueden infravalorar la gravedad de algunos EA.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2587. ACTIVIDAD DE IPILIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA UVEAL METASTÁSICO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL MONOGRÁFICO ONCOLÓGICO

AUTORES

FERNÁNDEZ LÓPEZ C, MARTÍNEZ BENAVIDES J, REY SALIDO M, FONTANALS MARTÍNEZ S
INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL DURAN I REYNALS, AVINGUDA DE LA GRAN VIA DE L'HOSPITALET, 199-203. BARCELONA

OBJETIVOS

El anticuerpo anti-CTLA-4, ipilimumab es un estándar para el melanoma cutáneo metastásico; sin embargo, su actividad clínica en pacientes con melanoma uveal metastásico (MUM) no está claramente definida, al haber sido estos pacientes excluidos de los ensayos clínicos. El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad y toxicidad de ipilimumab en este contexto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de los pacientes con MUM tratados con ipilimumab desde enero a diciembre de 2019. Se recogieron las características demográficas y clínicas, las toxicidades y se evaluó la efectividad mediante la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP).

RESULTADOS

Se trataron un total de nueve pacientes (siete hombres), edad media (rango) 57,4 años (39-71 años). Tres pacientes presentaban ECOG 0 y seis pacientes ECOG 1. Todos los pacientes presentaban metástasis hepáticas, seis pacientes de ellos además metástasis pulmonares y cuatro óseas.

En todos los casos se trataba de la segunda línea de tratamiento sistémico y los pacientes recibieron una media de 3

ciclos (rango 1-4 ciclos) de Ipilimumab 3 mg/Kg cada 21 días.

La media de SLP fue de 2,7 meses (IC95% 2,5-2,9 meses) y la media de SG fue de 5,9 meses (IC95% 4,9-7,0 meses). Siete pacientes progresaron al tratamiento, y en dos se suspendió la administración del fármaco al desarrollar colitis grado 3. A la finalización del estudio, tres pacientes permanecían vivos, con una mediana de seguimiento de 5,8 meses.

Las reacciones adversas de cualquier grado más frecuentes reportadas fueron: astenia 9/9, trasaminitis 4/9, dolor 3/9, diarrea 3/9, anorexia 2/9 y rash 2/9.

CONCLUSIONES

La efectividad de ipilimumab en MUM en segunda línea de tratamiento es modesta. No existe un tratamiento sistémico estándar en el tratamiento del MUM, se extrapola el uso de fármacos que han demostrado eficacia en melanoma cutáneo, pero se necesitan ensayos clínicos que incluyan pacientes con esta patología para evaluar la actividad de nuevos enfoques inmunoterapéuticos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2603. AUMENTO DE CREATININA SÉRICA ASOCIADA AL USO DE PALBOCICLIB

AUTORES

LAVANDEIRA LAVANDEIRA PÉREZ M, TARDAGUILA MOLINA P, DE JUAN-GARCÍA TORRES P, MARTÍNEZ RUIZ E, CASARRUBIOS LÁZARO G, DEÁN BARAHONA C, MENDOZA ACOSTA I, HORTA HERNANDEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. DONANTES DE SANGRE S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

Palbociclib es un inhibidor de quinasas dependiente de ciclinas 4/6 indicado en cáncer de mama metastásico o localmente avanzado, con receptores hormonales positivos y factor de crecimiento epidérmico humano-2 (HER-2) negativo.

El aumento de creatinina sérica (ACr) no es un hallazgo analítico recogido en la ficha técnica de palbociclib. Sin embargo, si está descrito para ribociclib y abemaciclib, otros inhibidores de ciclinas. Esto podría deberse a la inhibición de la secreción tubular de Cr pero no conlleva una disminución de la filtración glomerular y por tanto, el ACr no se acompaña de cambios en marcadores de función renal como nitrógeno ureico en sangre (BUN) o cistatina C.

El objetivo del estudio fue analizar el ACr en pacientes tratados con palbociclib.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes tratados con palbociclib desde febrero de 2017 hasta abril de 2020. Se analizó la evolución de la Crs durante el tratamiento.

Se determinaron variables demográficas (edad y sexo) y clínicas (número de ciclos recibidos, causas de insuficiencia renal (IR) previas y uso de fármacos nefrotóxicos concomitantes).

Los datos analíticos recogidos fueron: Crs basal, Crs máxima durante el tratamiento e incremento entre las mismas.

Se evaluó el ACr según los criterios de toxicidad Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v.5.

RESULTADOS

Se incluyeron 46 mujeres. La mediana de edad fue de 64 años (RIC 56-74,75). La mediana de ciclos recibidos fue de 8,5 (RIC 4-14).

El 45,6% de los pacientes tenía causas de IR previas (90,4% hipertensión arterial, 4% enfermedad poliquística autosómica dominante y 6% otras causas). Respecto a fármacos nefrotóxicos concomitantes, el 32,6% estaban tratados con fármacos inhibidores del sistema renina-angiotensina (IECAs/ARA-II), el 26,1% con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y el 15,2% con otros fármacos.

La mediana de Crs basal fue 0,75 mg/dl (RIC 0,68-0,78), en comparación con la Crs máxima durante el tratamiento que fue 0,85 mg/dl (RIC 0,77-1,00). El porcentaje de ACr fue de 19,38% (RIC 12,90-28,20). El tiempo de evolución hasta el ACr fue 91,5 días (RIC 25,25-153).

En el 24% (n=11) de los pacientes con ACr fue necesario realizar una intervención:

El 10,8% (n=5) tuvieron que retrasar el siguiente ciclo (ACr grado-1), el 6,5% (n=3) necesitaron un ajuste de dosis (ACr grado-1) y el 6,5% (n=3) suspendieron el tratamiento (2 ACr grado-1 y 1 ACr grado-3). Uno de los pacientes cambió de tratamiento a otro inhibidor de ciclinas (ribociclib y posteriormente abemaciclib) manteniéndose el ACr. Tras las intervenciones realizadas, el 81,8% de pacientes redujeron su Crs.

CONCLUSIONES

- El ACr es frecuente en pacientes tratados con palbociclib. Parece ser un efecto de clase, por tanto no estaría indicado cambiar de inhibidor de ciclinas.
- Sería necesario confirmar que no haya alteraciones en la filtración glomerular, ya que el ACr es un hallazgo analítico sin repercusión sobre la función renal.
- Debido a las consecuencias clínicas que pueda originar sobre el cáncer de mama, se desconoce si sería necesario reducir dosis, retrasar o suspender el tratamiento por ACr.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**2608. MORTALIDAD Y AUMENTO DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA TRAS ALTERACIÓN EN LA ELIMINACIÓN DE METOTREXATO****AUTORES**

MENDOZA ACOSTA I, TARDÁGUILA MOLINA P, YUSTE GUTIÉRREZ ÁM, DE JUAN-GARCÍA TORRES P, MARTÍNEZ RUIZ E, LAVANDEIRA PÉREZ M, DEÁN BARAHONA C, HORTA HERNÁNDEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJAR. C DONANTE DE SANGRE. GUADALAJARA

OBJETIVOS

El uso de metotrexato a dosis altas (≥ 500 mg/m²) (HDMTX) es común en la práctica clínica para tratar enfermedades oncológicas y hematológicas. A pesar de una correcta hidratación, alcalinización urinaria y rescate con ácido fólico, pueden aparecer dificultades en la eliminación de MTX y/o nefrotoxicidad, aumentando el riesgo de morbimortalidad. Objetivos:

- Estimar la prevalencia de alteraciones en la eliminación (AE) de metotrexato.
- Analizar la asociación entre la aparición de AE tras recibir HDMTX y la estancia hospitalaria y la mortalidad.
- Analizar la relación entre la mortalidad y el número de ciclos recibidos totales y con AE.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes que recibieron HDMTX desde 2010 hasta 2019. Variables incluidas: edad, sexo, dosis HDMTX, número de ciclos, creatinina basal y niveles séricos de MTX. Se consideró AE cuando el paciente presentaba niveles de metotrexato alterados ($\leq 1\mu\text{mol/l}$ a las 48 horas y/o $\leq 0,1\mu\text{mol/l}$ a las 72 horas) o nefrotoxicidad según la clasificación Common Terminology Criteria for Adverse Events criteria v4.0. Se calculó la estancia hospitalaria desde la finalización del ciclo de MTX hasta el alta y/o exitus del paciente. La asociación entre la estancia media y la aparición de AE se calculó mediante el test t de Student-Fisher y la asociación entre la aparición de AE y mortalidad con el test de Fisher o χ^2 . Se utilizó la regresión de Cox para analizar la asociación entre el número de ciclos y la mortalidad. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS v.15.

RESULTADOS

Sesenta y cuatro pacientes recibieron HDMTX (160 ciclos). La mediana de dosis de metotrexato fue de 11.760 mg (RI: 3.370–14.207,5 mg). La mediana de ciclos por paciente fue 3 (RI:2-4). La mediana de edad fue de 66,4 años (RI:55,6-75,3) y el 57,8% eran hombres. Once pacientes estaban diagnosticados de leucemia y 53 de linfoma. La mediana de creatinina basal fue 0,66 (RI:0,57-0,78) mg/dL. Se observaron AE en el 50% (80/160) de los ciclos administrados, la media de ciclo con AE por paciente fue de 1,25 (DE=1,6). Un total de 35 pacientes presentaron AE en al menos un ciclo.

La estancia media hospitalaria tras la administración del ciclo fue de 23,7 días (DE=22,7). Esta estancia se incrementó en 6,7 días (IC95%: -0,2-13,6; p=0,06) en los ciclos con AE frente a aquellos sin AE. La mortalidad en pacientes con AE en al menos un ciclo fue de 62,9% (22/35) (OR=3,2 IC95%:1,2-9,0; p=0,02). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el número de ciclos previos recibidos y el aumento de mortalidad (HR=0,69 IC95%:0,46-1,03; p=0,07) mientras que el número de ciclos previos con AE aumentaba significativamente el riesgo de mortalidad (HR=1,4 IC95%:1,04-1,88; p= 0,03).

CONCLUSIONES

La prevalencia de AE en pacientes que reciben HDMTX es alta. La aparición de AE produce un aumento no significativo de la estancia media hospitalaria tras la finalización del ciclo de MTX. Tanto la presencia de AE en algún ciclo como el número de ciclos con AE se relaciona con un aumento de la mortalidad en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**2615. INTEGRACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE PROTOCOLOS DE QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA HEMATOLÓGICA DENTRO DE LA PRESCRIPCIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA****AUTORES**

PEREZ PEREZ D, BERMEJO LORERO B, LEBRERO GARCIA A, ÚBEDA RUIZ B, ESCRIGAS FERNANDEZ C, CUERVO ESCRIBANO K
HOSPITAL UNIV. PRINCIPE DE ASTURIAS. CTRA. ALCALÁ - MECO, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Integración de la prescripción electrónica asistida (PEA) de los protocolos de quimioterapia intravenosa hematológica (PQIH) con la historia clínica electrónica (HCE) y la administración electrónica.

MEJORAS ESPERADAS

Establecer un uso adecuado y seguro de los medicamentos antineoplásicos intravenosos en pacientes hematológicos ingresados, permitiendo un conocimiento integro con el tratamiento farmacoterapéutico durante la estancia hospitalaria. Suprimir la prescripción médica (PM) en formato papel. Permitir la administración electrónica por parte del equipo de enfermería de manera que quede reflejada en la HCE.

DISEÑO

En marzo de 2019 se implantó el programa de Historia Clínica (HCIS®) para PEA del tratamiento farmacoterapéutico de pacientes ingresados, el cual no constaba de un módulo específico que integrase el esquema quimioterápico. Éste se realizaba a través del programa de Gestión de Pacientes Ambulantes Farmatools®. Así, coexistían dos modalidades de PEA que hacían necesario la optimización de la PEA en un único módulo.

Se desarrolló un proyecto multidisciplinar para la mejora del circuito de prescripción de PQIH en pacientes ingresados dentro de la PEA en HCIS®.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se realizó en cinco etapas:

1. Establecimiento de un equipo multidisciplinar compuesto por facultativos hematólogos prescriptores, farmacéuticos del área de quimioterapia intravenosa y personal de enfermería para consenso de PQIH.
2. Revisión, actualización y adecuación por Farmacia de los PQIH seleccionados en indicación, dosis, dilución, estabilidad, tiempo de administración, premedicación y orden de administración.
3. Inclusión de los PQIH revisados al módulo de HCIS por el Servicio de Farmacia.
4. Formación e información a los profesionales implicados.
5. Periodo de prueba y resolución de problemas.

IMPLANTACIÓN

Se inició en enero de 2020. Durante el periodo de prueba, el farmacéutico introducía el protocolo de la quimioterapia en HCIS® a través de la PM en papel, para valorar los problemas y reacondicionar los PQIH antes de la implantación definitiva, que tuvo lugar en febrero de 2020.

RESULTADOS

Se añadieron 13 protocolos en HCIS®. En el periodo de 1 febrero hasta el 30 abril de 2020, ha habido 15 pacientes con quimioterapia hematológica, que corresponden a un total de 18 protocolos diferentes. Sólo 8 (44%) son PQIH integrados en HCIS®. Se realizó la administración electrónica en el 100% de los PQIH integrados (n=8)

Los problemas detectados fueron:

- Necesidad de ampliar los protocolos añadidos en HCIS® ya que un 56% de los PQIH no están introducidos en HCIS®.
- El farmacéutico debía revisar las PEA para adecuar volúmenes de administración ya que HCIS® no calculaba correctamente y para reajustar el horario de administración según petición por parte de enfermería.

LIMITACIONES

Las limitaciones del proyecto fueron, en primer lugar, al coincidir con la pandemia SARS-CoV-2 los pacientes no eran representativos. En segundo lugar, algunos PQIH fueron prescritos en formato papel y transcritos finalmente por Farmacia. Por lo que vemos necesario consensuar con Hematología más PQIH para integrar en HCIS® así como reforzar la formación en prescripción.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a todos los Servicios de Farmacia que elaboren quimioterapia intravenosa hematológica para pacientes ingresados y que utilicen HCIS®.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2620. INFLUENCIA DEL GEN CYP17A1 EN LA PERSONALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA CON ABIRATERONA

AUTORES

MARTÍN ABREU CM, RAMOS DÍAZ R, MOURANI PADRÓN I, DEL ROSARIO GARCÍA B, MORALES BARRIOS A, PLATA BELLO A, NAZCO CASARIEGO GJ, GUTIERREZ NICOLÁS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N LA CUESTA 38320. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Diversos estudios han demostrado que la determinación de ciertas mutaciones germinales puede ser útil en la personalización del tratamiento del cáncer de próstata. Posiblemente sobre la que más evidencia hay es sobre la mutación 4811 A > G (rs2486758) en el gen CYP17A1, diana terapéutica de la Abiraterona (AA) (Salvi y col, 2016). El objetivo del presente trabajo es analizar el efecto de la presencia de esta mutación como marcador predictivo de respuesta a la AA en el tratamiento del cáncer de próstata resistente a la castración metastásico (CPRCm), en condiciones de práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico de 29 meses de duración (2017-2020), en el que se incluyeron pacientes con CPRCm en tratamiento con AA.

Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de edad, función medular y hepática adecuada, ECOG < 3 y tasas de filtrado glomerular superior a 60 mL/min. La efectividad del tratamiento fue evaluada según la supervivencia libre de progresión (PFS) teniendo en cuenta la progresión bioquímica, clínica y/o radiológica.

El ADN genómico (ADNg) se aisló de una gota de sangre seca depositada en una tarjeta de papel Whatman™ 903, de acuerdo con el método de Ramos et al. (2015). La caracterización del gen CYP17A1 se realizó mediante PCR a tiempo real utilizando sondas de hibridación específicas para los alelos 4811A (WT o salvaje) y 4811G (mutante) en la plataforma Light Cycler® 480.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante un ajuste de Breslow y posterior obtención de las curvas Kaplan-Meier, utilizando el programa estadístico SPSS® versión 22.2

El estudio ha sido aprobado por el CEIM de referencia. Los pacientes incluidos firmaron un consentimiento informado para su participación en el estudio.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio han sido incluidos 19 pacientes, con una edad media de 62.6 años (48-71), en primera línea de tratamiento para CPRCm tras progresión a la terapia de deprivación androgénica (TDA). El análisis del gen

CYP17A1 reveló que el 63% de los pacientes no estaban mutados (N=12, genotipo A/A) y 37% eran portadores del alelo 4811G (N=7, genotipos A/G y G/G).

La mediana de supervivencia libre de progresión (PFS) para la población de estudio fue de 40 meses (65,2-14,7) para los pacientes con genotipo no mutado en el gen CYP17A1 y 14 meses (16,1-11,9) para los portadores del alelo mutante ($p=0,044$).

CONCLUSIONES

Con esta comunicación hemos querido seguir aportando evidencia sobre cómo la mutación germinal 4811 A > G en el gen CYP17A1 es capaz de comportarse como un factor predictivo de respuesta a la AA, incluso en condiciones de práctica clínica habitual. La determinación de esta mutación podría orientar de manera adecuada la toma de decisiones terapéuticas y posicionarse como una herramienta útil para la personalización del tratamiento del CPRcm.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2623. CYP17A1 EN LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE PRIVACIÓN ANDROGÉNICA EN CÁNCER DE PRÓSTATA

AUTORES

RAMOS DÍAZ R, MARTÍN ABREU CM, MOURANI PADRÓN I, DEL ROSARIO GARCÍA B, MORALES BARRIOS A, PLATA BELLO A, NAZCO CASARIEGO GJ, GUTIÉRREZ NICOLÁS F

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N LA CUESTA 38320. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Se ha descrito que algunas mutaciones germinales en el gen CYP17A1 condicionan la efectividad de la abiraterona durante el tratamiento en la fase de hormono-resistencia. Sin embargo, se carece de información sobre su efecto sobre otros tratamientos y como factor pronóstico de la enfermedad. La terapia de privación androgénica (ADT) es, hasta la fecha, la terapia de elección en las fase de hormono-sensibilidad del cáncer próstata avanzado (CP). Luego, el objetivo de este estudio es determinar si la presencia del polimorfismo 4811 A > G (rs2486758) en el gen CYP17A1 es capaz de comportarse como biomarcador predictivo de respuesta a la ADT.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico durante 29 meses (2017-2020) en el que se incluyeron pacientes adultos con cáncer de próstata en tratamiento con ADT: ECOG < 3, función hepática y hematopoyética adecuada.

La eficacia se evaluó en función de la supervivencia libre de progresión (PFS) considerando la progresión bioquímica, sintomática y/o radiológica.

El ADN genómico (ADNg) se aisló de una gota de sangre seca depositada en una tarjeta de papel Whatman™ 903, de acuerdo con el método de Ramos y col. (2015). La caracterización del gen CYP17A1 se realizó mediante PCR a tiempo real utilizando sondas de hibridación específicas para los alelos 4811A (WT o salvaje) y 4811G (mutante) en la plataforma Light Cycler® 480.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el ajuste de Breslow y posterior obtención de las curvas de Kaplan-Meier, utilizando el programa estadístico SPSS® versión 22.2.

El estudio ha sido aprobado por el CEIM de referencia. Los pacientes incluidos firmaron un consentimiento informado para su participación en el estudio.

RESULTADOS

Durante el estudio se incluyeron 68 pacientes con cáncer de próstata con una edad media de 63 años (48-89).

El análisis del gen CYP17A1 reveló que el 57,4% de los pacientes presentaban el alelo salvaje (N=39, genotipo A/A) mientras que el 42,6% restante eran portadores del alelo mutante 4811G (N=29, genotipos A/G y G/G).

La mediana de supervivencia libre de progresión (PFS), en función del genotipo, para la población de estudio fue de 44 meses (70,1-17,8) para los pacientes no mutados y 54 meses (91,8-16,1) para los portadores del alelo mutante (prueba Log-Rank, $p=0,944$).

CONCLUSIONES

A pesar de que la mutación 4811 A > G (rs2486758) en el gen CYP17A1 se ha mostrado como factor predictivo de la abiraterona en el tratamiento del cáncer de próstata metastásico en su fase de hormono-resistencia, queda la duda de si en realidad se trata de un factor pronóstico de la enfermedad. Nuestros datos indican que su presencia no tiene efecto sobre la ADT, un resultado que parece apoyar que esta mutación en particular se comporta como un biomarcador predictivo de respuesta a la abiraterona.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2627. EFECTIVIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LOS PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA AVANZADO

AUTORES

GARCÍA SOLER JI, DÍAZ CARRASCO MS, ALONSO ROMERO JL, RUIZ JIMÉNEZ MDM, LAORDEN CARRASCO A, ESPUNY MIRÓ A

HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID- CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar la efectividad, en términos de supervivencia global (SG) y libre de progresión (SLP), en pacientes diagnosticados de melanoma metastásico y tratados con inhibidores de los puntos de control inmunitario (ICI), en función de la línea de tratamiento, valor del ratio neutrófilo-linfocito (NLR) y presencia de metástasis cerebrales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de melanoma metastásico que iniciaron un tratamiento con un anticuerpo antiPD-1 (nivolumab o pembrolizumab), antiCTLA-4 (ipilimumab) o combinación de ellos, entre septiembre de 2010 y diciembre de 2018. Se recogieron las variables sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), subtipo histológico, fármaco, línea de tratamiento, presencia de mutación BRAF V600, valor de NLR (< 2 o ≥ 2), y presencia de metástasis cerebrales en la evaluación anterior al inicio del tratamiento. La SLP y SG fueron calculadas aplicando Kaplan Meier a través del estadístico log-Rank.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 45 pacientes diagnosticados de melanoma metastásico iniciaron nivolumab (n=20), pembrolizumab (n=12), ipilimumab (n=12) y nivolumab junto a ipilimumab (n=1). El 71,1% eran hombres y la edad media de 60,37±13,17 años, con un IMC de 27,31±2,99 kg/m². Veintiocho pacientes presentaban confirmación del subtipo histológico; 42,9% superficial, 39,3% nodular, 14,4% lentiginoso y 0,4% desmoplásico. El 31% presentaba la mutación en BRAF V600 (n=14). Con una mediana de seguimiento de 13,3 meses (P25:6,0 P75:28,0), se estimó una tasa de SLP a los 12 y 24 meses del 26,7% y 24,4% de los pacientes, siendo la tasa de SG del 89,9% y 75,6%, respectivamente.

Veintiséis fueron tratados en primera línea, 11 en segunda, 5 en tercera y 3 en cuarta presentando una mediana de SLP de 6,9 (IC:95% 2,5-11,6), 2,7 (IC:95% 2,4-3,0), 3,8 (IC:95% 1,3-6,3) y 3,0 (IC 95% 0,0-6,5) meses (p=0,005), respectivamente; mientras que la SG fue de 26,1 (IC:95% 13,6-38,5), 9,2 (IC:95% 4,8-13,7), 7,2 (4,9-9,5) y 3,4 meses (IC:95% 0,0-7,6), respectivamente (p:0,002).

Los pacientes tratados en primera línea con NLR < 2 (n=8) tuvieron una mediana de SLP de 11,2 meses (IC:95% 0,0-48,0) y de SG de 31,2 meses (IC:95% 5,2-57,2), mientras que en aquellos con NLR ≥ 2 (n=13) fueron de 5,9 (IC:95% 1,8-10,1), p:0,573 y 21,5 meses (IC:95% 7,3-35,7), p:0,292; respectivamente. Cuatro de estos pacientes tratados en primera línea tenían metástasis cerebrales al inicio, presentando una mediana de SLP de 2,2 (IC:95% 0,0-6,9) y de SG de 5,9 meses (IC:95% 3,3-8,6) frente a aquellos sin afectación cerebral (n=22) en los que fueron de 9,4 (IC:95% 0-40,9) p:0,043 y 30,4 meses (IC:95% 19,0-41,9), p=0,157; respectivamente.

CONCLUSIONES

Los resultados de efectividad del tratamiento con ICIs en melanoma metastásico fueron superiores en términos de SLP y ligeramente inferiores, en términos de SG, a los descritos en los ensayos clínicos pivotaes, mostrando un mayor beneficio en la primera línea de tratamiento. La presencia de metástasis cerebrales y el índice NLR ≥ 2 , descritos como factores pronóstico negativos, se asociaron con peores resultados numéricamente, observándose diferencias significativas en la SLP de los pacientes que presentaban metástasis cerebrales al inicio del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2640. ATEZOLIZUMAB EN CARCINOMA UROTELIAL AVANZADO O METASTÁSICO TRAS QUIMIOTERAPIA BASADA EN PLATINO: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

AUTORES

GARCÍA BASAS L, SÁNCHEZ CUERVO M, ALONSO GORDOA T, PÉREZ ANCHORDOQUI D, ÁLVAREZ DÍAZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CTRA. COLMENAR VIEJO, KM 9.100. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de atezolizumab en la práctica clínica real en pacientes con carcinoma urotelial (CU) avanzado o metastásico tras progresión a quimioterapia basada en platino y comparar estos resultados con los del ensayo clínico IMvigor211, que dio la aprobación al fármaco en este contexto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel en pacientes adultos con CU avanzado o metastásico que recibieron ≥ 1 dosis de atezolizumab tras progresión a un régimen de quimioterapia basado en platino hasta marzo de 2020. Fuentes de datos: Historia Clínica, Sistema Integral de Gestión del Medicamento del Servicio de Farmacia. Variables: Características basales de la población recogidas en el ensayo IMvigor211 (edad, sexo, hábito tabáquico, localización del tumor primario y metástasis, ECOG y valor de hemoglobina al inicio, número de factores de riesgo de mal pronóstico, cistectomía previa, tiempo desde la última quimioterapia, número de regímenes previos en enfermedad avanzada, contexto del régimen de quimioterapia anterior y platino recibido en primera línea), efectividad (supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG)) y seguridad (número de interrupciones permanentes antes de la progresión, frecuencia de efectos adversos (EA) graves y frecuencia y motivos de retrasos de administración). Análisis estadístico con SPSS v21®.

RESULTADOS

Se incluyeron 29 pacientes, mediana 75,0±7,9 años, 72,4% varones. La mediana de seguimiento fue de 10,1 meses frente a los 17 meses en el IMvigor211. El 44,8% eran exfumadores. El 72,4% tenía diagnóstico de tumor vesical. El 65,5% presentaba metástasis en múltiples localizaciones. El 75,8% presentaba un ECOG ≤ 1 . El 24,1% presentaba un valor de hemoglobina < 10 g/dL al inicio del tratamiento. El 89,7% tenía al menos un factor de riesgo de mal pronóstico y el 41,4% al menos dos. El 41,4% estaba cistectomizado. El 65,5% había recibido carboplatino previamente. El 58,6% había recibido quimioterapia en los 3 meses previos. Atezolizumab se utilizó en segunda línea en el 79,3% de los pacientes. Hubo una pérdida de seguimiento.

La SLP obtenida fue de 2,1±4,0 meses (intervalo de confianza (IC) 95%=2,3-5,4; datos censurados 24,1%) similar a los 2,1 meses (IC95%=2,1-2,2) observados en el IMvigor211. Sin embargo, la SG fue de 4,7±4,5 meses (IC95%=3,9-7,4; datos

censurados 17,2%) frente a los 8,6 meses (IC95%=7,8-9,5) del IMvigor211 en población por intención de tratar, que se puede explicar por la menor mediana de seguimiento.

El EA grave más observado fue anorexia (24,1%). El 31,9% retrasó la administración de atezolizumab en al menos una ocasión y el 10,3% en al menos dos. La transaminasitis fue el motivo de retraso en el 6,9%. En el 6,9% se interrumpió el tratamiento permanentemente antes de la progresión. La anorexia también fue frecuente entre los pacientes tratados con atezolizumab dentro del IMvigor211 y el porcentaje de interrupción permanente fue del 7,4%.

CONCLUSIONES

Atezolizumab en la práctica clínica real en pacientes con CU avanzado o metastásico muestra resultados de efectividad a nivel de SLP y de seguridad similares a los observados en el ensayo IMvigor211, incluso en población con características basales menos favorables. Los resultados de SG deberían actualizarse a 17 meses de seguimiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2664. TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS EN PAUTA DE DESENSIBILIZACIÓN: EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS

AUTORES

ALMENDROS- ABAD N, PLANAS- GINER A, RODRÍGUEZ- MAURIZ R, SOSA- PONS A, ALDIRRA- TAHA MS, PÉREZ- QUIRÓS MÁ, RUDI SOLA N
HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLES. AVINGUDA FRANCESC RIBAS S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es analizar la utilidad de los tratamientos quimioterápicos (QT) administrados en pauta de desensibilización (DSS) en el área de oncohematología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel durante un periodo de 5 años (2015-2019). Se incluyeron pacientes que recibieron DSS en el hospital de día oncohematológico.

Los servicios de farmacia, alergología y oncología consensuaron los protocolos de DSS que se siguieron.

Se registraron las siguientes variables: datos demográficos, diagnóstico, agente quimioterápico, número de pasos de la DSS, manifestación clínica de la reacción de hipersensibilidad (RHS), pruebas de alergia, clasificación severidad de la RHS según la Common Toxicity Criteria (versión 3.0), número de pasos de la DSS, incidencias durante la administración, pacientes que completaron los ciclos previstos y causa de discontinuación del tratamiento. Los datos se recogieron de la historia clínica informatizada.

RESULTADOS

Se incluyeron 26 pacientes (21 mujeres), edad media 64,8 años (DE 9,2), a los que se les realizó un total de 128 sesiones de DSS. El número de DSS realizadas durante el periodo de estudio se distribuyen: 2 en 2015, 4 en 2016, 24 en 2017, 56 en 2018 y 42 en 2019. Los diagnósticos mayoritarios fueron cáncer colorrectal (34,6%) y cáncer de ovario (26,9%). Los derivados de platino fueron los principales agentes implicados (76,9%), seguidos de paclitaxel (7,7%). El 15,4% restante incluyó bortezumib, trastuzumab, obinutuzumab y rituximab. Se administraron en una mediana de 12 pasos por paciente (5-16).

Las manifestaciones clínicas de las RHS fueron: prurito, urticaria y rash en un 39,5%, disnea y broncoespasmo en un 31,6%, alteraciones en la frecuencia cardíaca y/o tensión arterial en un 18,4% y dolor abdominal, náuseas y/o vómitos en un 10,5%. Todas las pruebas prick-test fueron negativas, mientras que las intradérmicas resultaron positivas en el 34,6% de los pacientes. Tras la valoración por alergología se clasificaron las RHS en función de su severidad: 10 leves, 8 leve/moderadas, 3 moderadas, 3 graves y 2 anafilaxias.

En el 17,2% de las sesiones se observaron reacciones adversas durante la administración, principalmente reacciones cutáneas (77,3%). La mayoría se controlaron con antihistamínicos, corticoides y ansiolíticos, y en tres ocasiones se suspendió la DSS.

El 73,1% de los pacientes completaron el número total de ciclos previstos de QT. Los motivos de discontinuación de la DSS fueron: progresión de la enfermedad (3), toxicidad del fármaco (2), exitus (1) y comorbilidad asociada (1).

CONCLUSIONES

La administración de la QT en pauta de DSS fue eficaz en todos los pacientes. Los motivos de la discontinuación del tratamiento antineoplásico fueron independientes de la tolerancia a la DSS.

El uso de antihistamínicos, corticoides y ansiolíticos permitieron controlar las reacciones adversas manifestadas durante su administración, por lo que las sesiones de DSS resultaron seguras.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2681. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO

AUTORES

PORTELA SOTELO A, MARTÍNEZ VALDIVIESO L, MARTÍN NIÑO I, FERNÁNDEZ-BRAVO RODRIGO J, FLOR GARCÍA A, BARREDA HERNÁNDEZ D
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ. HERMANDAD DE DONANTES DE SANGRE, 1. CUENCA

OBJETIVOS

Evaluar efectividad, seguridad y coste de Nivolumab en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico.

MATERIALES Y MÉTODOS

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

- Efectividad, midiendo supervivencia libre de progresión (SLP), según “Response Evaluation Criteria In Solid Tumors” (RECIST) 1.1, y supervivencia global (SG), obtenidos mediante Kaplan-Meier con el programa estadístico SPSSv15®.
 - Seguridad, midiendo frecuencia y gravedad de las reacciones adversas (RAM), según “Common Terminology Criteria for Adverse Events” (CTCAE) v5.0.
 - Coste: coste/medio/paciente (según mediana de número de ciclos) versus ciclos teóricos equivalentes de docetaxel (comparador ensayo pivotal fase III-CheckMate/057).
- VARIABLES RECOGIDAS (Excel®): edad, sexo, estudio genético (EGFR, PDL-1, ROS, ALK), estadio al diagnóstico e histología. Al inicio de Nivolumab: tiempo desde diagnóstico, “Eastern Cooperative Oncology Group” (ECOG), estadio, metástasis (número y localización), número de línea terapéutica. Tratamiento con Nivolumab: número de ciclos (pauta posológica: 3mg/Kg/14días), RAM y coste total/paciente.

RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes (71% varones), con mediana de 67[40-81] años. Al diagnóstico: EGFR nativo: 15, mutado: 1, indeterminado/no realizado: 15; PDL-1 > 10%: 1, indeterminado/no realizado: 30; ALK nativo: 10, indeterminado/no realizado: 21; ROS nativo: 2, indeterminado/no realizado: 29. Estadio: IV=15(48%); III=12(39%); II/I=4(13%). Histología: 55% adenocarcinoma, 42% epidermoide y 3% indeterminado.

Al inicio de Nivolumab: mediana de 21 meses desde diagnóstico; ECOG≤2; todos recibieron quimioterapia previa y presentaban estadio IV. Número y localizaciones metastásicas: 4(7%) 3(19%), 2(39%) y 1(35%), mayoritariamente pulmonar y ganglionar. Recibieron Nivolumab en segunda línea 16(51%) pacientes y 15(49%) en tercera o posterior, con mediana de 7[2-58] ciclos y 214mg de dosis media.

Al cierre del estudio, 4 pacientes continuaban tratamiento tras mediana de 27[5-53] ciclos con enfermedad estable (14 meses). Se suspendió Nivolumab en 2 pacientes por toxicidad grado 3: neumonitis y hepatitis tóxica, tras 28 y 8 meses de tratamiento, respectivamente. En el resto, se suspendió por progresión con mediana de SLP: 3,6 meses (IC95%: 0,0-7,59). Fueron exitus 18 pacientes con mediana de SG: 20,6 meses (IC 95%: 7,03-34,30).

Destacaron RAM grado 3 en un 9% (infección respiratoria 26%). RAM moderadas/leves: 39% grado 2 y 52% grado 1. Las RAM más frecuentes recogidas fueron: 71% astenia, 58% dolor e infección respiratoria.

Coste medio/paciente: con 14.094€ Nivolumab vs 1.494€ respecto al uso teórico de Docetaxel.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio de Nivolumab, de pequeño tamaño muestral y diseño retrospectivo, presenta efectividad discreta en SLP con amplia variabilidad entre pacientes, en cambio la SG fue 8 meses superior al ensayo CheckMate/057.

En general presenta un perfil de seguridad y tolerabilidad adecuado, no obstante mostró toxicidad de carácter autoinmune grave en dos pacientes.

Dado el alto impacto económico y amplia variabilidad de respuesta en cuanto a SLP, convendría realizar más estudios para reconocer que tipo de paciente se puede beneficiar de la terapia y realizar sistemáticamente determinaciones de biomarcadores que permitan apoyar la toma de decisiones clínicas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2713. EFICACIA DEL TRASTUZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO HER2+, GASTRAZ

AUTORES

MARTIN ABREU C, RAMOS DIAZ R, MOURANI PADRÓN I, YANES P, HERNÁNDEZ SAN GIL R, MORALES BARRIOS A, NAZCO CASARIEGORRE GJ, GUTIERREZ NICOLAS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA, S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Como sucede en el cáncer de mama, aproximadamente el 20% de los cánceres gástricos muestran una sobre expresión del receptor HER2. El ensayo clínico TOGA mostró el beneficio de la inclusión del trastuzumab al esquema antineoplásico en este tipo de tumores. A pesar de no estar incluido en las guías clínicas, recientemente Cosson y col (2015) mostraron como este beneficio se observaba únicamente en aquellos pacientes que alcanzan niveles plasmáticos adecuados del trastuzumab tras la primera administración del mismo.

El objetivo del presente trabajo consistirá en exponer los resultados preliminares del estudio multicéntrico “Farmacocinética del trastuzumab en el tratamiento del cancer gástrico HER2+, GASTRAZ”.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico prospectivo de dos años seguimiento (2018-2020) sobre la farmacocinética del trastuzumab en el cáncer gástrico y su relación con la eficacia. Se han incluido pacientes con cáncer gástrico/unión gástro-esofágica HER2+ en tratamiento con trastuzumab. El estudio ha sido diseñado de manera multidisciplinar por dos investigadores principales, un oncólogo (perteneciente al grupo de tumores gástricos AGAMENON y un farmacéutico SEFH).

El registro de datos, así como las características de los pacientes han sido registrados mediante la base de datos de la red española de registro para cánceres gástricos AGAMENOM. Las Cmin de trastuzumab se realizaron ELISA (SHIKARI® Q-TRAS).

Las diferencias estadísticas entre los grupos de pacientes se evaluaron mediante una prueba t de Student y se realizó un

análisis de tipo Chi-cuadrado mediante el uso del software SPSS®v22.

Se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes antes de participar en el estudio.

RESULTADOS

En el estudio han participado 18 hospitales incluyendo, hasta la fecha, 48 pacientes con una media de edad de 66,0 (46-83) años y un 18,4% mujeres. Han sido determinados 632 niveles plasmáticos de trastuzumab, De estos se ha analizado el primer Cmin en 38 pacientes. En el 55,0% de los pacientes incluidos en el primer Cmin no fueron alcanzadas las concentraciones plasmáticas valle de 20 µg/ml, considerado objetivo farmacocinético, con una distribución heterogénea. Mientras que solo el 27,2% de los pacientes con peso inferior a 70 kg alcanzaron ese valor, en el caso de los pacientes con peso > 70kg fue del 60,0% (p=0,042).

CONCLUSIONES

Diversos estudios han mostrado como la concentración de trastuzumab condiciona su eficacia, y el cáncer gástrico no es una excepción, tal y como mostró un estudio post-Hoc del ensayo TOGA. En nuestra población de estudio, más de la mitad de los pacientes tuvieron unos niveles infraterapéuticos tras la primera dosis de trastuzumab. Próximas actualizaciones indicaran su influencia sobre la supervivencia de los pacientes.

Con este trabajo hemos querido mostrar el compromiso y sinergias de dos sociedades científicas, para la personalización del tratamiento y mejora de resultados en salud del cáncer gástrico HER2+.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2716. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE APALUTAMIDA, ABIRATERONA, ENZALUTAMIDA Y DOCETAXEL EN CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONO-SENSIBLE METASTÁSICO

AUTORES

RENDÓN DE LOPE L, FÉNIX CABALLERO S, ALEGRE DEL REY EJ, CASTILLO MARTÍN C, MARTÍNEZ SUAREZ A, CASTILLEJO GARCÍA R

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. C/ DR. FEDRIANI, 3. SEVILLA

OBJETIVOS

Establecer si apalutamida, abiraterona, enzalutamida y docetaxel pueden considerarse alternativas terapéuticas equivalentes (ATE) en pacientes con cáncer de próstata hormono-sensible metastásico (CPHSm), mediante una comparación indirecta ajustada usando un comparador común.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de ensayos clínicos en fase III, aleatorizados y controlados con placebo, con pacientes (con CPHSm de alto o bajo volumen, con o sin tratamiento hormonal previo), tiempo de seguimiento y variables similares. La comparación indirecta ajustada se realizó mediante el método de Bucher (calculadora ITC, de la Canadian Agency for Health Technology Assessment). La variable de eficacia utilizada fue la Supervivencia Global (SG).

El valor delta (Δ), máxima diferencia aceptable como criterio clínico de no inferioridad, se seleccionó a partir del valor utilizado en los ensayos para la determinación del tamaño muestral. Se utilizó el valor más restrictivo (HR=0,81, y su inverso 1,23) y posteriormente se realizó un análisis de sensibilidad (HR=0,75, y su inverso: 1,33).

Para establecer el posicionamiento, se aplicaron los criterios de la Guía ATE. Si el intervalo de confianza del 95% (IC95%) sobrepasaba el margen de equivalencia $\pm\Delta$, esta probabilidad se calculó utilizando la calculadora de Shakespeare et al.

RESULTADOS

Se encontraron 4 ensayos clínicos que cumplían los criterios de inclusión: estudio TITAN (apalutamida), LATITUDE (abiraterona), CHARTED (docetaxel) y ENZAMET (enzalutamida). Éste último fue excluido para la comparación indirecta por presentar un comparador diferente a placebo.

Con el fin de asemejar las poblaciones comparadas, el análisis de apalutamida frente a abiraterona se basó en subgrupos (pacientes sin metástasis visceral del estudio LATITUDE, pacientes con Gleason ≥ 8 del estudio TITAN). Se asume un sesgo al existir diferencias en el número de lesiones óseas entre los estudios (≥ 2 para apalutamida; ≥ 3 para abiraterona; ≥ 4 para docetaxel).

Los resultados de SG empleados para la comparación indirecta de los cuatro fármacos frente a placebo, expresados como HR (IC95%), fueron: apalutamida 0,73 (0,52-1,01), abiraterona 0,66 (0,53-0,83) y docetaxel 0,61 (0,47-0,80). Tras realizar la comparación indirecta, los resultados obtenidos en SG fueron: apalutamida-abiraterona 1,11 (0,74-1,65), apalutamida-docetaxel 1,10 (0,75-1,61), abiraterona-docetaxel 1,02 (0,73-1,42).

Aunque no existen diferencias estadísticamente significativas, según la guía ATE, existe probabilidad de diferencias clínicamente relevantes puesto que los HR de las comparaciones indirectas se salen del intervalo de equivalencia.

La probabilidad de que el IC95% sobrepase el margen de equivalencia $\pm\Delta$ es la siguiente: apalutamida-abiraterona 30,8% por encima y 6,2% por debajo; apalutamida-docetaxel 28,3% por encima y 5,8% por debajo; abiraterona-docetaxel 13,5% por encima y 8,7% por debajo.

En el análisis de sensibilidad, estas probabilidades disminuyen a 18,9% y 2,8% para apalutamida-abiraterona; 16,5% y 2,5% para apalutamida-docetaxel; 5,9% y 3,5% para abiraterona-docetaxel.

CONCLUSIONES

No se detectan diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones indirectas de apalutamida, abiraterona y docetaxel. Sin embargo, dada la amplitud de los IC95%, existe demasiada incertidumbre para concluir que apalutamida, abiraterona y docetaxel puedan ser considerados ATE en cuanto a SG, en pacientes con CPHSm, puesto que existe probabilidad de diferencias clínicamente relevantes. Enzalutamida no pudo ser comparado por presentar un comparador diferente al del resto de fármacos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**2723. IMPACTO ECONOMICO Y RESULTADOS CLÍNICOS DEL CAMBIO A TRASTUZUMAB BIOSIMILAR EN CÁNCER DE MAMA****AUTORES**

FORTES GONZALEZ MS, HERRERO POCH L, VAZQUEZ BLANCO S, DE MIGUEL BOUZAS JC, CASTRO DOMINGUEZ JM, VILLAMAYOR BLANCO L
HOSPITAL POVISA. RUA DE SALAMANCA, 5. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Analizar los resultados clínicos y estimar la eficiencia de la introducción de trastuzumab biosimilar en neoplasia de mama.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 2 años de duración. Se incluyeron todas las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama HER2+ que recibieron tratamiento con trastuzumab biosimilar (TB) entre el 01/06/2019 y el 31/05/2020 (cohorte 2). Se compararon los resultados obtenidos con las pacientes que recibieron trastuzumab de referencia (TR) en el mismo periodo del año anterior (cohorte 1). El intercambio se consensuó con el servicio de Oncología.

Los datos fueron extraídos de la historia clínica electrónica y Oncofarm®. Se recogieron las siguientes variables:

edad, diagnóstico, peso, intención (adyuvancia = A, neoadyuvancia = N, metastásico = M) y esquema de tratamiento (trastuzumab + taxano = TT, pertuzumab + trastuzumab = PT, pertuzumab + trastuzumab + taxano = PTT), número de ciclos recibidos y perfil de toxicidad (EA). Variables de efectividad: tasa de respuesta global (TRG), definida como la suma de respuesta completa (RC) y parcial (RP). Los costes fueron estimados con el coste de adquisición del fármaco. Para el cálculo se tuvo en cuenta el aprovechamiento de viales. Las variables cualitativas se compararon mediante chi cuadrado y las cuantitativas mediante t de student.

RESULTADOS

En la cohorte 1 se incluyeron 36 pacientes, con una mediana de edad de 51 (33-80) años. El peso medio fue 71 (52-111) kg. El 61,1% recibió TT, 25% PTT y 8,3% PT, con intención A (55,6%), N (16,7%) y M (27,8%). El número de sesiones recibidas fue 6 (1-21) por paciente. El coste fue 319.078 €, lo que supone 8.863 €/paciente.

En la cohorte 2 se incluyeron un total de 33 pacientes, con una mediana de edad de 52 (39-80) años. El peso medio fue 75 (45-112) kg. El 39,4% de los pacientes provenían de intercambio, el resto eran inicios. El 51,5% recibió TT, 39,4% PTT y 6,1% PT, con intención A (45,5%), N (30,3%) y M (24,2%). El número de sesiones recibidas fue 5 (1-16) por paciente. El coste fue 120.899 €, lo que supone 3.664 €/paciente. Esto representa un ahorro de 5.199 €/paciente.

La TRG obtenida fue 100% (4 RC, 2 RP) para la cohorte 2 versus 100% (3 RC, 3 RP) para la cohorte 1 en N; y 75% (4 RC, 2 RP) para la cohorte 2 frente a 80% (3 RC, 5 RP) para la cohorte 1 en M, sin diferencias estadísticamente significativas. Todos los pacientes que realizaron el switch mantuvieron la respuesta, salvo 2 pacientes M: 1 paciente que pasó de RP a enfermedad estable y 1 paciente que falleció.

El porcentaje de pacientes con EA fue: 86% para la cohorte 1 versus 79% para la cohorte 2, sin diferencias estadísticamente significativas. Requieron hospitalización 4 pacientes de cada cohorte: 2 diarreas graves y 2 neutropenias febriles (cohorte 1) y 4 infecciones (cohorte 2).

CONCLUSIONES

La introducción de trastuzumab biosimilar ha supuesto un ahorro de casi 200.000 euros al año, sin diferencias estadísticamente significativas en la efectividad ni seguridad.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**2736. TOXICIDAD RELACIONADA CON INHIBIDORES DE CICLINA 4/6 EN CÁNCER DE MAMA AVANZADO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL****AUTORES**

GONZÁLEZ NAVARRO M, HERNÁNDEZ GRISO M, CHAGUACEDA GALISTEO C, ARCUSA LANZA A
C.S.TERRASSA. CTRA. TORREBONICA. BARCELONA

OBJETIVOS

Objetivo principal: conocer la frecuencia y causas de reducción de dosis o suspensión temporal de los tratamientos con inhibidores de ciclina (CDK 4/6) en la práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo analítico transversal. Criterios de inclusión: pacientes en tratamiento con CDK 4/6 a fecha 30/01/2020, duración mínima de 3 ciclos/meses, para la indicación en cáncer de mama metastático/avanzado con receptor hormonal positivo y receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 negativo en combinación con inhibidores de la aromatasa o fulvestrant.

Variables analizadas: demográficas, diagnóstico, indicación, fecha de inicio CDK 4/6 y dosis recibida/ciclo. Respuesta clínica en el último seguimiento clínico (criterios RECIST). Parámetros analíticos: recuento absoluto de neutrófilos, plaquetas, linfocitos, hemoglobina, alanina aminotransferasa (ALT), aspartato aminotransferasa, y efectos adversos (AEs) comunicados por pacientes.

Variables calculadas: % pacientes con 1ª y 2ª reducción de dosis, % pacientes con suspensión temporal tratamiento.

Reducción relativa (%) en la densidad de dosis (dosis acumulada real vs dosis acumulada teórica si hubieran recibido dosis plenas).

RESULTADOS

Se incluyeron 16 pacientes (87,5% mujeres), con una edad media de 58,8 ($\pm 7,8$) años, en tratamiento con palbociclib (n=13;81,2%) o abemaciclib (n=3;18,8%). La duración de tratamiento fue de 384 (± 114) días. El 25% de los pacientes (n=4) estaban en respuesta completa, el 37,5 % (n=6) en parcial y el 31,2% (n=5) con enfermedad estable, 16,7% (n=1) no evaluable.

El AE grado 3/4 más frecuente fue la neutropenia, presentándose en el 53,8% (n=7) de los pacientes tratados con palbociclib y en el 66,7% (n=2) con abemaciclib. Otros AE grado 1/2 fueron AEs gastrointestinales (29,8%) e incrementos de ALT (31,3%) que no supusieron reducciones de dosis.

En el grupo de palbociclib, el 46,1% de los pacientes (n=6) requirieron reducciones de dosis (1ª reducción 2 pacientes (15,4%) y 2ª reducción en 4 (30,7%)). La reducción relativa en intensidad de dosis en los pacientes con 1ª reducción fue de 13,9-26,5% y con 2ª reducción fue del 43,9-77,1%. En el 58,3 % de los pacientes (n=7) se retrasó el tratamiento en al menos una ocasión. La neutropenia grado 3/4 fue el AE que motivó el 85% de las reducciones de dosis y suspensiones temporales de tratamiento.

En el grupo con abemaciclib, se incluyeron 3 pacientes, 1 con dosis plenas y 2 con 2ª reducción de dosis por neutropenia. Reducción intensidad de dosis del 41-67%.

Las reducciones de dosis se produjeron en los primeros 2-4 ciclos.

CONCLUSIONES

La frecuencia observada de ajustes de dosis y retrasos de tratamiento fue superior a los resultados en los ensayos clínicos (36%), siendo su principal causa la neutropenia. Las reducciones de dosis tuvieron un impacto directo en la densidad de dosis recibida, con reducciones superiores al 40% de la dosis teórica plena, especialmente en pacientes con más de una reducción de dosis o suspensión temporal.

Consideramos que las reducciones de dosis observadas pueden influir en la eficiencia de estos tratamientos, siendo de gran utilidad el desarrollo de un estudio que explore el impacto farmacoeconómico de estas reducciones en base a la práctica clínica habitual.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2741. MONITORIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD PLASMÁTICA DE ASPARAGINASA

AUTORES

VIÑA ROMERO MM, GONZÁLEZ M, GONZÁLEZ H, RAMOS R, MOURANI I, NAZCO GJ, MERINO J, GUTIÉRREZ NICOLÁS F

HOSPITAL UNIV. NTRA. SRA. DE LA CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

La depleción de los niveles de asparagina (ASPasa) es una de las estrategias más eficaces en el tratamiento de la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), logrando reducir las tasas de recaída en más de un 70%. Sin embargo, para lograr estas tasas de eficacia es necesario mantener, valores plasmáticos de actividad valles superiores a 100 UI/L (Van der Sluis,2016).

El objetivo del presente estudio ha consistido en mostrar la experiencia con la monitorización de la actividad de ASPasa en la población pediátrica en condiciones de práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, prospectivo y multidisciplinar (Farmacia, pediatría y hematología) de 3 años de duración (2017-2020) sobre la monitorización la actividad plasmática de asparaginasa (ASPasa) en pacientes pediátricos la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA).

Los datos clínicos y demográficos de los pacientes has sido obtenidos de las historias clínicas de los pacientes. La determinación de la actividad asparaginasa, fue realizada empleando el Kit validado MAAT® de Medac.

Se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes y tutores legales antes de participar en el estudio.

RESULTADOS

En el estudio han sido incluidos un total de 21 pacientes con una media de edad de 7,2 (1-18) años de los que el 47,6% fueron varones.

Se han determinados 238 niveles plasmáticos de actividad ASPasa:

37 correspondientes a la forma derivada de Erwinia (Erwi-ASPasa)

201 de E. coli pegilada (PEG-ASPasa). El 17,9% fueron realizadas el día +7.

El 2,4% de los valores fueron inferiores a 100 UI/L y fue identificada un inactivación silente en uno de los pacientes (4,7%). Este paciente se encontraba en tratamiento con Erwi-ASPasa, cuyo tratamiento había sido prescrito como consecuencia de una reacción anafiláctica previa con PEG-ASPasa.

CONCLUSIONES

La monitorización de la actividad plasmática de ASPasa, se ha posicionado como una herramienta en la personalización y optimización del tratamiento de la LLA pediátrica con ASPasa. En nuestra población de estudio se ha producido un cerca de un 5% de inactivaciones silente, acorde con los últimos datos publicados.

Con el presente estudio hemos mostrado, bajo la tutela de un trabajo multidisciplinar, la posibilidad de monitorizar los niveles plasmáticos de actividad de ASPasa en condiciones de práctica clínica habitual, con el fin de que sea extensible al resto de hospitales del SNS. Análisis a largo plazo, permitirán evaluar el impacto en la eficacia de esta monitorización.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2757. TRATAMIENTO EN PACIENTES NO CANDIDATOS A CIRUGIA CON DURVALUMAB EN CARCER DE PULMON NO MICROCITICO

AUTORES

BARREIRO FERNANDEZ E, MARTINEZ DIAZ C, SALMERON NAVAS FJ, BRICEÑO CASADO MDP, MORENO RAMOS C
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CTRA. NACIONAL IV, KM 665. CÁDIZ

OBJETIVOS

La financiación de durvalumab se encuentra actualmente condicionada a su indicación en pacientes no candidatos a reccerción en cáncer de pulmón no microcítico (CPMN). En esta situación, existen comisiones centralizadas autonómicas encargadas de valorar la excepcionalidad, el beneficio clínico, posibilidad de otras alternativas y establecer los criterios de uso si procediese. El objetivo de este estudio es evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de uso determinados por la comisión, así como la efectividad y la seguridad del durvalumab en esta indicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluye a los pacientes en tratamiento con durvalumab desde 10/05/2019 hasta 31/04/2020. Se recogieron, a través de Diraya® y el programa para la gestión de tratamientos oncológicos Farmis®, las siguientes variables demográficas y clínicas: sexo; edad, peso, pauta empleada, estado funcional (Performance Status-PS), estadio, posibilidad de resección, duración del tratamiento, número de ciclos, expresión de PDL-1, mutación en el gen EGFR y ciclos de radio concomitante con radioterapia. La comisión estableció los siguientes criterios de uso: edad \geq 18 años, PS 0-1, no resecable, estadio localmente avanzado, sin uso de corticoides, $PDL \geq 1\%$, pacientes que hayan recibido al menos dos ciclos de radio concomitante a quimioterapia y que no hubiera progresión tras tratamiento con platino, estado nativo del receptor EGFR y preferentemente mayores a 65 años.

Como variable de efectividad se determinó el tiempo libre de enfermedad (TLE).

Para valorar la seguridad se estudiaron los efectos adversos (EAs), retrasos, ingresos o suspensiones del tratamiento.

RESULTADOS

Fueron tratados 4 pacientes, todos hombres y que presentaron una edad media de 69 años (63-75) y peso medio de 62 kg (51-69). El protocolo utilizado fue de 10mg/kg cada 14 días, hasta un año o progresión o toxicidad.

El estado funcional fue PS=1 en dos pacientes y en el resto PS=0. Sus estadios fueron IIIC(n=1), IIIB(n=1) y IIIA(n=2). En todos los pacientes fue imposible la cirugía. El tiempo medio de tratamiento, 6 meses (1- 11). El número medio de ciclos recibidos fue de 11 (3-23). Su expresión media de PDL-1 fue 44% (1-90). Solo se pudo determinar el EGFR en un paciente, siendo nativo. La mayoría de los pacientes presento más de dos ciclos concomitantes de radio, salvo uno que solo presentó un ciclo concomitante. Todos los pacientes cumplían los criterios establecidos por la comisión. Se determino el tiempo medio libre de la enfermedad en 6 meses.

Se registraron 5 EAs en el 75% de los pacientes: prurito(n=1); mialgias(n=1); nauseas (n=2); neumonitis que provocó retrasos de dos ciclos en dos pacientes, ingreso de dos pacientes, y suspensión temporal (n=1) y definitiva (n=2).

CONCLUSIONES

1-La existencia de comisiones centralizadas autonómicas permite tanto el uso excepcional, como el cumplimiento de criterios clínicos homogéneos y el acceso equitativo a fármacos pendientes de financiación.

2-A pesar del periodo de seguimiento y el tamaño muestral limitados, el tiempo libre de enfermedad era de esperar en este contexto clínico.

3-La mayoría de los pacientes experimentó algún tipo de EAs, provocando retrasos, suspensiones e ingresos en algunos casos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2761. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CABOZANTINIB EN CARCINOMA DE CELULAS RENALES AVANZADO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL:

AUTORES

PINTADO ALVAREZ A, HIDALGO LUQUE EM, ESPINOSA BOSCH M
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA. AVENIDA CARLOS HAYA. MÁLAGA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de cabozantinib en el tratamiento de pacientes con carcinoma de células renales avanzado (CCR) en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó todos los pacientes con CCR tratados con cabozantinib entre Noviembre de 2017 y Agosto de 2019.

Variables explotadas: demográficas (sexo y edad), servicio prescriptor, líneas de tratamiento, duración del tratamiento, dosis de inicio, reacciones adversas (RAM), grado (G) clasificado según la Common Toxicity criteria v5, reducción de dosis y motivo y causa de discontinuación.

Todos los datos fueron obtenidos del programa de dispensación a pacientes externos y de la historia clínica electrónica. La eficacia se evaluó como la supervivencia libre de progresión (SLP), entendiéndola como el tiempo transcurrido desde que inicia el tratamiento hasta que progresa o fallece.

RESULTADOS

Se incluyeron 10 pacientes: 60% hombres; mediana de edad 70 años (rango 59-78). Servicio prescriptor: 60% urología y 40% oncología. El 40% recibió el tratamiento como segunda línea y el 60% como tercera línea. Líneas previas recibidas

durante el curso de la enfermedad: 70% de los pacientes recibieron sunitinib; 40% pazopanib; 30% nivolumab y 20% recibió axitinib.

La mediana de duración del tratamiento fue 8,5 meses (rango 4-20) y el 60% de los pacientes continúan con el tratamiento. El 90% inició el tratamiento con la dosis de 60 mg y el 10% con la dosis de 40 mg debido a ECOG 3.

El 100% de los pacientes presentaron RAM: diarrea (G1 n=4 y G2 n=3), náuseas y vómitos (G1 n=2; G2 n=2 y G3 n=1), astenia (G1 n=4 y G3 n=1), disgeusia (n=2), anorexia G1 (n=2), eritrodístesia planta G2 (n=1), mucositis G2 (n=1), estreñimiento G1 (n=1) y hemorroides y molestias perianales (n=1).

Se redujo la dosis en el 50% de los pacientes (de 60 mg a 40 mg) debido a toxicidad y en 1 paciente se redujo una segunda vez (de 40 mg a 20 mg) por astenia grado 3.

Se discontinuó el tratamiento en el 40% de los pacientes: 20% por progresión de la enfermedad, 10% por toxicidad (náuseas y vómitos G3 que no ceden) y 10% por exitus.

La mediana de SLP fue de 9 meses.

CONCLUSIONES

La eficacia del fármaco en condiciones reales de uso es superior a la informada en el ensayo clínico pivotal METEOR (7,4 meses). Los eventos adversos son frecuentes, y se manejan de manera adecuada mediante reducciones de dosis, solo el 10% de los pacientes discontinuaron el tratamiento por toxicidad. Se trata de una opción válida de tratamiento tras anti-VEGF así como tras inmunoterapia.

La principal limitación del estudio es nuestro reducido tamaño muestral siendo necesario estudios adicionales en mayor número de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2762. IMPACTO DE LA ANTIBIOTICOTERAPIA EN LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA INMUNOLÓGICA EN MELANOMA AVANZADO IRRESECCABLE O METASTÁSICO

AUTORES

PÉREZ GARCÍA R, TOLEDO GUASP I, MOYA GIL A, PÉREZ VILLALON P, MAGRANER MARTÍNEZ A, ZARAGOZÁ GONZÁLEZ M, LAGUIA SÁNCHEZ R, BLASCO SEGURA P

CONSORCIO H. GENERAL U. DE VALENCIA. AVENIDA TRES CRUCES, 2, 46014. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar la influencia del uso de antibióticos en la efectividad de la inmunoterapia en pacientes diagnosticados de melanoma local avanzado o irreseccable.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un centro de tercer nivel. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de melanoma avanzado (metastásico o irreseccable) que recibieron tratamiento con nivolumab o pembrolizumab entre 2018-2019. Se excluyeron aquellos con un número ≤ 2 ciclos. El corte del seguimiento corresponde al 30/04/2020.

Las variables de eficacia fueron la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLG).

Otras variables: variables antropométricas, dosis administrada, línea y duración del tratamiento, performance status (PS), estadio de la enfermedad, clasificación del melanoma (irreseccable o metastásico), número de ciclos, duración de seguimiento y semana de inicio y fin de respuesta,

La descripción de las variables categóricas fue con porcentajes, las variables cuantitativas que seguían una distribución normal con media y desviación estándar (SD) y las que no seguían una distribución normal con mediana y mínimo/máximo. Intervalo de confianza (IC 95%).

El análisis estadístico se realizó con el software Stata® 15 utilizando el análisis de supervivencia Kaplan-Meier, Logrank test y regresión de Cox para evaluar el uso de antibióticos durante los tres meses previos al inicio del tratamiento inmunológico y durante el mismo.

RESULTADOS

Se incluyeron 34 pacientes, 16 (47,1%) en tratamiento con pembrolizumab y 18 (52,9%) con nivolumab, el 35,3% fueron hombres, la mediana de edad fue de 69,5 (34,5-84,6) años. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 14,5 (0,9-60,2) meses.

Las medianas de SG y SLP fueron de 17,2 (1,17-64,4) y 17,3 (2,8-62,6) meses respectivamente.

Los antibióticos utilizados pertenecían al grupo de los betalactámicos (51,3%), quinolonas (23,5%), macrólidos (11,8%) y otros (13,4%). Los porcentajes de utilización fueron 26,5%, 8,8%, y 11,8% (tres, dos y un mes previo) y 47% de forma concomitante a la inmunoterapia.

El Hazard Ratio (HR) obtenido no mostró significación estadística para ninguno de los periodos estudiados: 0.9 (IC 95%, 0.29 a 3,46, p=0.9) durante, 2.6 (IC 95%, 0.72 a 9.06, p=0.15) uno, 0.5 (IC 95%, 0.11 a 2.12, p=0.34) dos y 0.8 (IC 95%, 0.33 a 2.15, p=0.73) tres meses previos, Tampoco en el análisis por subgrupos.

El resultado obtenido en el test de Logrank: durante ($p=0,9$), uno ($p=0,9$), dos ($p=0,17$) y tres ($p=0,51$) meses, indica que la supervivencia no es peor en los pacientes con antibioticoterapia.

CONCLUSIONES

La literatura científica actual relaciona el uso de antibióticos, en el marco de la terapia inmunológica, con una pérdida de efectividad de los fármacos anti Programmed Death-ligand 1 (PD-1 y PDL-1). En la población estudiada se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia entre los pacientes que recibieron antibióticos y los que no.

Es posible que el tamaño de la muestra y el carácter restrictivo del diagnóstico, en el que la mayor parte de los antibióticos que recibe el paciente de forma crónica son para el tratamiento tópico de las lesiones, y que no han sido considerados en el estudio por la escasa absorción sistémica, no hayan permitido observar el efecto negativo atribuido a la antibioticoterapia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2765. EVALUACIÓN DEL LUNG IMMUNE PROGNOSTIC INDEX COMO PREDICTOR DE RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS TRATADOS CON INMUNOTERAPIA

AUTORES

SANCHO ARTÉS A, LLOPIS ALEMANY A, GIMÉNEZ GINER S, GÓMEZ ÁLVAREZ S, MARCOS FENDIÁN Á, SÁNCHEZ GONZÁLEZ JL, MAESTU MAHIQUES I, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVDA. GASPAS AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar la asociación entre el Lung Immune Prognostic Index (LIPI) al inicio del tratamiento y la supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión (SLP) y tasa de respuesta objetiva (TRO) en pacientes con tumores sólidos (TS) tratados con inhibidores de Programmed Death 1 (PD-1).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital terciario. Criterios de inclusión: edad ≥ 18 años, diagnóstico de TS e inicio de tratamiento con nivolumab o pembrolizumab entre enero-2015 y septiembre-2019. Fecha de corte para obtención de datos: 15-mayo-2020 (seguimiento mínimo 8 meses). Criterio de exclusión: información insuficiente para calcular LIPI. Se registraron datos demográficos, clínicos y analíticos. Se definió un período máximo de 60 días antes del inicio para la validez de datos analíticos. La respuesta se clasificó por criterios RECISTv1.1. LIPI se calculó como: lactato deshidrogenasa (LDH) $>$ límite superior normalidad \pm (recuento absoluto de neutrófilos (RAN))/(leucocitos totales-RAN) $>$ 3. Se asignó una puntuación LIPI de 0 (bueno), 1 (intermedio) o 2 (desfavorable).

El objetivo primario fue SG (fecha de inicio de inmunoterapia hasta muerte por cualquier causa/último seguimiento).

Los objetivos secundarios incluyeron SLP (fecha de inicio hasta primera progresión/muerte/último seguimiento) y TRO (proporción de pacientes que lograron respuesta parcial o completa).

El análisis de supervivencia se realizó utilizando el método de Kaplan-Meier y log-rank test. Se construyeron modelos de riesgos proporcionales de Cox para cada variable buscando identificar factores asociados con supervivencia (Hazard ratio) y TRO (odds ratio), incluyendo edad (< 70 vs ≥ 70 años), diagnóstico (cáncer de pulmón, urotelial, melanoma u otro), línea de tratamiento (1 vs ≥ 2), Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) (≤ 1 vs ≥ 2), Programmed Death-ligand 1 (PD-L1) ($< 1\%$ vs $\geq 1\%$), valor PD-L1 (< 50 vs $\geq 50\%$), fármaco (nivolumab vs pembrolizumab) y LIPI (0/1/2).

RESULTADOS

De una muestra total de 143 pacientes, 7 (4,9%) fueron excluidos. La edad mediana fue 70 años (25-91), 51% mujeres, 76% ECOG 0-1, 52% tratados con pembrolizumab y 48% con nivolumab. Los diagnósticos más prevalentes fueron: cáncer de pulmón (58%), melanoma (13%) y cáncer urotelial (10%). La mediana del tiempo de seguimiento fue de 10,2 (5,3-18,1) meses.

El 50%, 42% y 8% fueron estratificados en LIPI bueno, intermedio y desfavorable, respectivamente. La mediana de SG fue 7,5 (95%CI 5,8-9,9), 7,5 (95%CI 4,5-10,3) y 3,4 (95%CI 0,63-8,8) meses ($p=0,05$). La mediana de SLP fue 7,6 (95%CI 4,5-13,1), 5,1 (95%CI 2,2-7,4) y 2,3 (95%CI 0,7-3,3) meses ($p=0,018$).

En el análisis univariante, el diagnóstico ($p=0,008$) y el valor PD-L1 ($p=0,037$) mostraron correlación significativa con SLP, mientras que ECOG ($p=0,001$) mostró correlación significativa con SG. En el análisis multivariante sólo el valor PD-L1 ($p=0,041$) mantuvo correlación significativa con SLP, mientras que ECOG ($p=0,001$) y LIPI ($p=0,001$) mostraron correlación significativa con SG.

La TRO fue del 27%, el 28% permaneció en enfermedad estable y el 45% no obtuvo beneficio clínico. El odds ratio (OR) para TRO por línea de tratamiento resultó en significación estadística (OR 0,34 (0,15-0,77); $p=0,01$), con mayor número de no respondedores en segunda/posteriores líneas. No se obtuvo correlación significativa entre TRO y LIPI.

CONCLUSIONES

Un valor de LIPI desfavorable previo al inicio del tratamiento se correlaciona con peor supervivencia global, sugiriendo su utilidad como herramienta potencial para identificar pacientes que van a obtener escaso beneficio del tratamiento con anti-PD-1.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2782. SEGURIDAD Y EFICACIA DE CIDOFOVIR INTRAVESICAL EN CISTITIS HEMORRÁGICA POR VIRUS BK EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.

AUTORES

SANTAMARÍA RODRÍGUEZ S, LÓPEZ-SANTAMARÍA DONOSO MJ, REVERT ALARCÓN MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN. BARRANCO DE LA BALLENA, S/N. LAS PALMAS

OBJETIVOS

La cistitis hemorrágica (CH) es una complicación frecuente en pacientes sometidos a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (TAPH) que con frecuencia se asocia a la replicación del virus BK. El manejo estándar de la CH no está bien establecido. Una de las opciones terapéuticas que ha demostrado ser efectiva consiste en la administración de cidofovir intravenoso, pero éste se asocia a toxicidad renal severa. Como alternativa, se puede emplear cidofovir intravesical, más seguro.

El objetivo es describir la experiencia de uso de cidofovir intravesical en pacientes con CH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyen todos los pacientes tratados con cidofovir intravesical para el tratamiento de CH entre febrero 2019 y mayo de 2020.

Para recoger los datos se utilizó el programa de seguimiento de la historia clínica electrónica y el programa de prescripción de tratamientos quimioterápicos.

Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, enfermedad hematológica de base, tipo de acondicionamiento previo a trasplante, síntomas y carga viral de virus BK previos y posteriores a cidofovir, dosis de cidofovir intravesical, administración de cidofovir intravenoso y ácido hialurónico.

RESULTADOS

Se incluyeron 7 pacientes (5 hombres, 2 mujeres) con una mediana de edad de 52 años (16-67), con distintas enfermedades hematológicas de base: leucemia mieloide aguda (3), linfoma no hodgkin (2), mielofibrosis (1) y aplasia medular adquirida (1). Los siete pacientes fueron sometidos a TAPH con acondicionamiento no mieloablato (4) y mieloablato (3). Ante la presencia de diuresis hematórica, en 6 de los pacientes se determinó la carga viral de virus BK presentando 5 de ellos más de 100.000.000 copias previo al tratamiento. Los 7 presentaron CH grado 3-4. Cinco de los pacientes recibieron una dosis fija de cidofovir intravesical de 375 mg disueltos en 60 ml de suero fisiológico, mientras que los otros 2 pacientes recibieron dosis de 5 mg/Kg en 60 ml de suero fisiológico y en todos se les administró semanalmente. Los pacientes recibieron una media de 4 dosis de cidofovir intravesical. Además, 2 de los pacientes habían recibido 2 dosis de cidofovir intravenoso previo al intravesical a dosis de 2,5 mg/Kg semanal sin resolverse la hematuria y otro paciente recibió 2 dosis de cidofovir intravenoso coincidiendo con las dos primeras dosis del intravesical. Dos de los pacientes presentaron empeoramiento de la función renal con la administración de cidofovir intravenoso. Todos los pacientes recibieron además ácido hialurónico intravesical.

Se evidenció una disminución de la hematuria en orina tras la administración de la primera dosis de cidofovir intravesical en 3 de los pacientes, tras la segunda dosis en 3 de ellos y tras la séptima en uno de ellos. No hubo diferencias entre la dosis de 375 mg y 5 mg/Kg. Ninguno presentó complicaciones asociadas a este tratamiento. Solo en uno de los pacientes se determinó la carga viral BK post-tratamiento siendo esta indetectable.

CONCLUSIONES

La mayor limitación del uso de cidofovir intravenoso es su importante nefrotoxicidad, por tanto, la administración intravesical puede suponer una alternativa en pacientes sometidos a TAPH en los que la CH es una complicación frecuente.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**2805. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LENVATINIB EN CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES****AUTORES**

LÓPEZ BOUZO L, MAJUELOS AICART L, QUESADA MARQUÉS V, GOITIA BARRENETXEA L, TOLEDO NODA N, PÉREZ REVERT MJ, OLIVA HERNÁNDEZ ML, MORALES LEÓN MV
HOSPITAL UNIVERSITARIO GRAN CANARIA DR. NEGRÍN. BARRANCO DE LA BALLENA, S/N. LAS PALMAS

OBJETIVOS

Evaluación de la efectividad y seguridad de lenvatinib tras al menos 12 meses de tratamiento de cáncer diferenciado de tiroides (CDT) y su adaptación a las recomendaciones basadas en eficiencia descritas en el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en pacientes con CDT que hayan recibido tratamiento con lenvatinib durante al menos 12 meses (septiembre 2017 - mayo 2020). Variables recogidas: sexo, edad, estadio, histología, estado funcional inicial según escala ECOG, tratamiento previo, dosis de inicio, duración media del tratamiento y efectos adversos. La información se obtuvo de la historia clínica electrónica y el programa de dispensación de fármacos a pacientes externos.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 4 pacientes (3 hombres, 1 mujer), con una mediana de edad de 68 años (58-76). Todos los pacientes habían sido diagnosticados de carcinoma diferenciado de tiroides estadio IV (metástasis mediastínicas 4, pulmón 3 y óseas 1), histológicamente 50% papilar y 50% folicular. ECOG inicial: ECOG 0 (n=1), ECOG 1 (n=1), ECOG 2

(n=1), ECOG 3 (n=1). Tras mostrar refractariedad al tratamiento con Iodo 131, iniciaron tratamiento con lenvatinib 2 pacientes, mientras que los otros dos pacientes lo hicieron tras progresar a quimioterapia intravenosa (adriamicina) y a terapia dirigida frente a ITK (sunitinib n=1 y sorafenib n=1). 3 de los pacientes iniciaron con la dosis recomendada en ficha técnica (24mg/24h), mientras que otro lo hizo a 20mg/24h debido a las comorbilidades y estado funcional inicial. A fecha de finalización del estudio, 3 de los pacientes seguían en tratamiento, con datos radiológicos de enfermedad estable y buena tolerancia (ECOG 0), mientras que en 1 fue suspendido por reacciones adversas. La mediana de duración fue de 14 meses (13-20). En 3 pacientes se notificaron efectos adversos: 2 pacientes experimentaron hipertensión arterial G3 (en un paciente supuso reducción de dosis a 10mg/24h), 1 caso de mucositis G2 (supuso reducción de dosis a 20mg/24h en otro paciente), 1 caso de proteinuria, 1 de artralgias, 1 de astenia y 1 de rash.

CONCLUSIONES

Resulta imprescindible unificar los criterios clínicos basándose en el IPT con el objetivo de lograr una mayor eficiencia, puesto que a pesar de estas recomendaciones en nuestro hospital en un 50% de los pacientes fue prescrito previo al tratamiento con ITK.

Pese a la menor duración de nuestro estudio, cuando el fármaco se utiliza bajo las recomendaciones del IPT, los resultados son similares a los del ensayo clínico de registro SELECT (14 vs 18 meses).

La toxicidad fue moderada, acorde con el ensayo clínico, principalmente en aquellos que mostraban un peor ECOG inicial (ECOG \geq 2) llevando a la suspensión y reducción de dosis, respectivamente.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2815. INFLUENCIA DEL CAMBIO EN LA PAUTA DE HIDRATACION DE LOS PROTOCOLOS DE CISPLATINO A ALTAS DOSIS SOBRE LA TOXICIDAD RENAL

AUTORES

SANTAOLALLA SÁNCHEZ A, GARCIA ALBAS JJ, LARRABEITI ETXEBARRIA A, RAMON RIGAU N, VALDAZO MARTIN C, ROSADO ANCIN M, ANDRES MORALEJO MA, MARTINEZ MARTINEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA-SEDE TXAGORRITXU. CALLE JOSÉ ATXOTEGUI S/N. ÁLAVA

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad de un cambio en la pauta de hidratación de pacientes en tratamiento con cisplatino en protocolos de quimioterapia con dosis superiores a 70mg/m².

MATERIALES Y MÉTODOS

Con fecha 03/06/2016 se consensuó entre los Servicios de Oncología Médica y Farmacia una modificación en la pauta de hidratación de pacientes con protocolos de quimioterapia que incluyeran cisplatino a dosis base de 70mg/m² o superiores. El cambio consistía en reducir el volumen de hidratación con cloruro sódico post infusión del cisplatino, con la consecuente reducción del tiempo de administración en esos protocolos, que pasó de 10 a 7 horas. Para evaluar la seguridad de este cambio se recogieron los valores de creatinina de los pacientes previos a la administración del primer y segundo ciclo de quimioterapia durante el año anterior al cambio (pre) y en el año posterior al cambio (post). Se valoró la toxicidad renal (CTCAE 5.0) previa a la administración del segundo ciclo, la variación en los niveles de creatinina (mg/dl) entre el primer y segundo ciclo y el aclaramiento previo al segundo ciclo ml/min/1,73m² en de los pacientes incluidos en la fase precambio (pre) y en la fase postcambio (post).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 193 pacientes (67 % varones), 80 precambio y 113 postcambio. La edad media de los pacientes fue de 60 (35-83) años. El valor medio de creatinina basal fue de 0,8mg/dl tanto de los pacientes en la fase pre como en la post. La media de dosis de cisplatino por m² fue de 76mg/m² tanto en la fase pre y de 81mg/m² en la post. No hubo pacientes con toxicidad renal crónica grado IV/V. Por un lado, 2 (2,5%) pacientes presentaron toxicidad grado III en la fase pre y 1 (0,88%) paciente en la fase post. La media de variación de los valores de creatinina fue de -0,22mg/dl en la fase pre y -0,17mg/dl en la fase post y la media de aclaramiento de creatinina/1,73m² previo al segundo ciclo fue de 95 en la fase pre y 97ml/min/1,73m² en la fase post. No se observaron diferencias estadísticamente significativas mediante la prueba de la T de student en los grados de toxicidad (p=0,3), diferencias de creatinina pre y post (p=0,07) y aclaramientos de creatinina/1,73m² previo al segundo ciclo (p=0,1) entre los grupos pre y postcambio.

CONCLUSIONES

El cambio de la pauta de hidratación en los pacientes tratados con protocolos de quimioterapia con cisplatino a altas dosis no modificó la toxicidad renal y, además, permitió una reducción en el tiempo de administración de enfermería y la estancia de los pacientes en hospital de día.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2841. EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS CAR-T EN UN CENTRO AUTORIZADO

AUTORES

MARTÍN GIL M, JIMÉNEZ CABRERA S, MORENO GÓMEZ AM, BEUNZA SOLA M, RECAREY GERPE V, PEÑA LORENZO D, OTERO LÓPEZ MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO DE SAN VICENTE, 182, 37007. SALAMANCA

OBJETIVOS

Los medicamentos CAR-T (Chimeric Antigen Receptor) representan una terapia prometedora para el tratamiento de neoplasias de células B refractarias o en recaída. La administración se realiza en hospitales acreditados, designados para

el uso de medicamentos CAR-T. El objetivo de este estudio ha sido describir la experiencia de utilización de medicamentos CAR-T comerciales en un centro acreditado para el tratamiento de pacientes con linfoma no hodgkin (LNH).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de junio de 2019 a abril 2020, en el que se incluyeron los pacientes con LNH candidatos a recibir CAR-T comerciales. Para cada paciente se registraron: diagnóstico, sexo, edad, datos de gestión del medicamento, historia farmacoterapéutica, efectos adversos (Consensus of American Society for Blood and Marrow Transplantation and Cellular Therapy) y pruebas de evaluación de respuesta.

La información se obtuvo a partir de la aplicación informática Farmatools®, historia clínica electrónica y de las actas de las reuniones del comité clínico patológico de terapias avanzadas con CAR.

RESULTADOS

Quince pacientes (13 diagnosticados de linfoma difuso de célula B grande y dos de linfoma mediastínico primario; refractarios o en recaída) recibieron informe favorable del Grupo de Expertos del Sistema Nacional de Salud. Cuatro no llegaron a recibir CAR-T por progresión de la enfermedad en el periodo de tramitación-fabricación, y 1 recibió el medicamento fuera de especificaciones. En 3 se retrasó el proceso por inicio de la pandemia COVID-19.

Siete pacientes recibieron CAR-T: 4 axicabtagen-ciloleucel y 3 tisagenlecleucel. Cinco fueron hombres y la mediana (rango) de edad fue 69(32-76) años. Los pacientes habían recibido al menos 2 líneas de tratamiento previas (2-6), incluyendo trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (n=3). La mediana de tiempo desde el envío del material de aféresis a la recepción del CAR-T fue 29 (25-30) días y durante ese periodo 6 pacientes recibieron tratamiento puente. Todos recibieron linfodeplección. Tras la infusión, los 7 pacientes presentaron síndrome de liberación de citoquinas grado 1-2, con una mediana de inicio de 3 (1-6) días. En 1 paciente se resolvió de forma espontánea y el resto precisaron tratamiento con tocilizumab intravenoso, recibiendo una mediana de 2(2-4) dosis. Tres pacientes requirieron tratamiento posterior con corticoides. Un paciente desarrolló neurotoxicidad grado 1 (temblor mentoniano) que remitió sin necesidad de tratamiento. Ningún paciente precisó ingreso en UCI.

La mediana de duración del ingreso fue 20 (17-27) días. Tras el alta hospitalaria, 5 pacientes presentaron neutropenia y 4 hipogammaglobulinemia que requirieron tratamiento con filgrastim y reposición con inmunoglobulinas, respectivamente. De los 7 pacientes analizados, con una mediana de seguimiento de 139 (53-267) días, 3 pacientes se encuentran en respuesta completa, 2 en muy buena respuesta parcial y 2 han progresado.

CONCLUSIONES

En nuestra limitada experiencia, un porcentaje no despreciable de candidatos a recibir CAR-T no llegaron a hacerlo, por progresión de la enfermedad en el periodo de tramitación-fabricación, posiblemente porque se utilizan en líneas avanzadas de tratamiento. Los medicamentos CAR-T administrados fueron bien tolerados por los pacientes. Será necesario un periodo de seguimiento de tiempo más largo y un mayor número de pacientes para poder evaluar la efectividad de estos medicamentos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2855. ANÁLISIS DEL RIESGO DE PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT EN PACIENTES TRATADOS CON CITOSTÁTICOS ORALES

AUTORES

PUIVECINO MORENO C, SÁNCHEZ-MATAMOROS PIAZZA V, CUADROS MARTÍNEZ CM, VARAS PÉREZ A, SIERRA SÁNCHEZ JF

HOSPITAL UNIVERSITARIO JEREZ DE LA FRONTERA. RONDA CIRCUNVALACIÓN S/N. CÁDIZ

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de prescripción de fármacos con riesgo definido y potencial de prolongar el intervalo QT en pacientes que se encuentran en tratamiento con citostáticos orales que también podrían prolongarlo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Inicialmente se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la capacidad de los citostáticos orales para prolongar el intervalo QT a través de Crediblemeds®, UptoDate® y ficha técnica. Se seleccionaron todos los pacientes que se encontraban en tratamiento activo con citostáticos orales con riesgo de prolongar el intervalo QT (citosQT), según los niveles de evidencia de Crediblemeds. La variable principal fue el porcentaje de pacientes en tratamiento con citosQT de manera concomitante a otros fármacos con riesgo definido y/o potencial de alargar el intervalo QT (RD-QT y RP-QT, respectivamente), según los niveles de evidencia de Crediblemeds. También se valoró la prescripción concomitante de varios de estos fármacos en un solo paciente. Como variable secundaria se analizaron los principales grupos terapéuticos implicados. Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Diraya®), los datos relativos al tratamiento con citostáticos orales del programa de prescripción electrónica (PRISMA®) y los datos de prescripción del programa de facturación de recetas (Microstrategy®).

RESULTADOS

A fecha del 19/05/2020 se encontraban en tratamiento con citosQT 127 pacientes. El análisis de los pacientes tratados con capecitabina se hizo de manera independiente. La media de edad fue de 60 años (34-84), de los cuales el 63,8% (81/127) eran mujeres. Los pacientes se encontraban en tratamiento con: 31,5% ribociclib (40/127); 11% sunitinib (14/127); 9,4% nilotinib (12/127); 8,7% dasatinib y sorafenib (11/127); 7,9% cabozantinib (10/127); 7,1% dabrafenib (9/127); 4,7% osimertinib (6/127); 3,9% pazopanib (5/127); 2,4% encorafenib y lapatinib (3/127); 0,8% bosutinib,

lenvatinib y vemurafenib-cobimetinib. El 18,9% de los pacientes en tratamiento con citosQT (24/127) y el 5,5% (6/127) tenían prescrito al menos un fármaco RD-QT y un fármaco RP-QT, respectivamente. Dos pacientes tenían prescritos 3 fármacos-QT (un paciente 3 RD-QT y otro paciente 2 RD-QT y 1 RP-QT); Cinco pacientes tenían prescritos 2 fármacos-QT (3 pacientes 2 RD-QT, un paciente 1 RD-QT y otro RP-QT, un paciente 2 RP-QT). Los principales grupos terapéuticos de fármacos RD-QT implicados fueron: quinolonas (23%), antieméticos y macrólidos (20%, respectivamente), antipsicóticos (13%) y antimicóticos (10%). En el caso de fármacos RP-QT: antiulcerosos (50%), antidepresivos (38%) e inmunomoduladores (13%).

CONCLUSIONES

Casi una cuarta parte de los pacientes en tratamiento con citostáticos orales con capacidad potencial de prolongar el intervalo QT se encuentra en tratamiento concomitante con otros fármacos con riesgo definido o potencial de prolongarlo. De estos pacientes, uno de cada cuatro se encontraría en tratamiento con más de uno de estos fármacos. Los principales grupos terapéuticos implicados son antidepresivos, quinolonas, antieméticos y macrólidos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2857. INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA

AUTORES

JIMÉNEZ GALÁN R, PEREZ MORENO MA, FERNANDEZ RUBIO B, ABDEL-KADER MARTIN L, VEGA COCA MD, RODRIGUEZ RAMALLO H, FLORES MORENO S
HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO. AVENIDA MANUEL SIUROT S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar los criterios de dosificación utilizados en función del índice de masa corporal (IMC) en quimioterapia neoadyuvante (QNA) del cáncer de mama (CM) y determinar la influencia de la obesidad en la efectividad y seguridad del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes con CM que recibieron QNA entre enero-2017 y diciembre-2019.

Variables recogidas: edad, estadio, subtipo histológico, expresión de receptores hormonales (RH), sobreexpresión HER-2, esquema de tratamiento, IMC y criterios de dosificación utilizados (peso real/ideal/ideal ajustado).

Se evaluó la efectividad en términos de respuesta patológica completa (pCR), definida como la ausencia de tumor residual tras QNA, mediante el sistema RCB (Residual Cancer Burden) del MD Anderson Cancer Centre.

Variables de seguridad: reacciones adversas (RA) asociadas a QNA, reducciones de dosis y retrasos y suspensiones del tratamiento por toxicidad. La toxicidad hematológica y astenia fueron clasificadas en grado 1-4 según la Common Toxicity Criteria del National Cancer Institute.

Se analizó el efecto de la obesidad ($IMC \geq 30$) en la eficacia y seguridad del tratamiento con la prueba Chi cuadrado (programa SPSS versión 21.0).

RESULTADOS

179 pacientes incluidas (mediana de edad 50 años; RIQ:43-60), mayoritariamente con estadio II (57,6%) y III (31,5%). La histología más frecuente fue ductal infiltrante (86%). Características moleculares: 51,3% RH+, 16,2% RH+/HER-2+, 10,6% HER-2+ puro, 19,5% triple negativo y 2,2% mixto. Esquemas con antraciclinas utilizados: epirubicina+ciclofosfamida (61,4%), fluorouracilo+epirubicina+ciclofosfamida (33,6%) y adriamicina+ciclofosfamida (5%). Como taxanos: docetaxel (52,5%), paclitaxel (40,2%) y nab-paclitaxel (7,3%).

Un 27,9% de pacientes fueron obesas. Aun así, el 94,4% del total recibieron QNA dosificada según peso real y 5,6% según peso ideal ajustado (5 obesas, 3 con sobrepeso y 2 normopeso).

La tasa de pCR fue del 32% y 36,4% en pacientes obesas y no obesas, respectivamente, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. En las 10 pacientes dosificadas según peso ideal ajustado, 5 presentaron pCR (4 obesas y 1 normopeso).

Respecto a la seguridad, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna RA: neutropenia grado 3-4 ligeramente superior en población no obesa (31,8% vs 18%; $p=0,065$); anemia grado 3-4 similar (2,3% en no obesas y 4% en obesas), trombopenia grado 3-4 muy poco frecuente (0,8% vs 2%), neutropenia febril similar en ambos grupos (9,3% vs 10%), y proporción de pacientes con astenia grado 1-4 y 3-4 algo superior en la población obesa (80% vs 70,5% y 16% vs 7,8%, respectivamente). Otras RA como neurotoxicidad, toxicidad gastrointestinal, mucositis o hepatotoxicidad también obtuvieron porcentajes similares en obesas/no obesas. El porcentaje de pacientes que suspendieron el tratamiento (16% vs 5,4%; $p=0,02$) y las reducciones de dosis por toxicidad (54% vs 34,9%; $p=0,019$) fueron significativamente mayores en la población obesa. La tasa de retrasos del tratamiento fue similar (36% vs 41,1%).

CONCLUSIONES

La dosificación de QNA en pacientes obesas fue semejante a pacientes no obesas en la mayoría de los casos, lo que se tradujo en un perfil de eficacia similar. Sin embargo, la población obesa tuvo más incidencias relacionadas con la toxicidad del tratamiento, concretamente, una mayor suspensión del tratamiento y reducciones de dosis por RA.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2870. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DURVALUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO LOCALMENTE AVANZADO

AUTORES

ZÁRATE TAMAMES B, PIERAS LÓPEZ Á, CARBAJALES ÁLVAREZ M, MARAY MATEOS I, ÁLVAREZ ASTEINZA C, FERNÁNDEZ LAGUNA CL, MACÍA RIVAS L, LOZANO- BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVENIDA ROMA. ASTURIAS

OBJETIVOS

Durvalumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea la unión de PD-L1 con PD-1 y CD80, potenciando la respuesta inmunitaria antitumoral e incrementando la actividad de los linfocitos-T.

Durvalumab ha sido aprobado para adultos en el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico localmente avanzado y no reseccable, cuyos tumores expresen un PD-L1 $\geq 1\%$. La duración del tratamiento es de un año comenzando después de confirmar que la enfermedad no ha progresado tras quimiorradioterapia basada en platino. Recientemente se han publicado los criterios de financiación.

El objetivo es evaluar la eficacia, medida como tiempo hasta progresión y la seguridad del tratamiento con durvalumab en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo en el que se analizan los pacientes a tratamiento con durvalumab entre el 01/01/2018 y el 31/12/2019. Los datos se obtuvieron utilizando el programa de historia clínica electrónica y el programa de gestión del paciente oncológico.

Las variables recogidas fueron sexo, edad, histología, estadio, grado de expresión de PD-L1 (baja ($< 1\%$), moderada (1-49%) o alta ($\geq 50\%$)) y tratamiento previo. Para medir la eficacia se evaluó la mediana hasta progresión (SLP) desde el inicio del tratamiento con durvalumab.

Para medir la seguridad se registraron las reacciones adversas (RA) documentadas en la historia clínica electrónica, el grado de toxicidad se evaluó utilizando el CTCAE V.5.0.

Para medir la SLP se ha tomado como punto de corte el 30/4/2020.

RESULTADOS

Se incluyeron 8 pacientes de los cuales 6 (75%) eran hombres; la edad media de inicio del tratamiento fue de 63 años; 4 (50%) estaban diagnosticados de adenocarcinoma de pulmón, el resto de epidermoide; 4 (50%) estaban estadiados como IIIA y los restantes como IIIB; 4 (50%) tenían un grado alto de expresión de PD-L1, 1 (12,5%) moderado y 3 (37,5%) bajo, el 100% de los pacientes recibieron quimiorradioterapia basada en platino.

La mediana de SLP fue de 8,94 (2,8-21,1) meses. De los 8 pacientes solo 2 (25%) finalizaron el año de tratamiento. A fecha de corte 6 (75%) han progresado, 4 (50%) lo hicieron durante el tratamiento, 1 (12,5%) después de finalizar y otro después de suspenderse precozmente por una RA, 1 (12,5%) continua a tratamiento.

En cuanto a la seguridad se produjeron las siguientes RA: astenia (37,5%), hipotiroidismo (25%), diarrea (12,5%), neumonitis (12,5%), aneumia y ageusia (12,5%) y artropatía (12,5%), todas fueron de grado 1-2 exceptuando un paciente que tuvo artropatía y astenia de grado 3 y por las que tuvo que suspender el tratamiento tras la primera dosis, otro paciente tuvo una neumonitis lo que motivó el retraso de la administración por una neumonitis.

CONCLUSIONES

La SLP obtenido es inferior a la observada en el ensayo pivotal; puesto que el porcentaje de pacientes que progresó durante el tratamiento fue elevado, los pacientes deberían adecuarse a los criterios de financiación.

Casi la totalidad de las RA fueron de bajo grado, por lo que parece un fármaco con unos efectos adversos tolerables; sin embargo, para establecer conclusiones más relevantes se debería aumentar el número de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**2874. RESULTADOS EN VIDA REAL DE LOS INHIBIDORES TIROSIN KINASA COMO MONOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO EGFR TK+****AUTORES**

CASTILLO MARTÍN C, CORDERO-RAMOS J, RENDÓN DE LOPE L, MURILLO IZQUIERDO M, MOYA MARTÍN ML, VÁZQUEZ-REAL M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. AVDA DOCTOR FEDRIANI. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar el uso en vida real de los diferentes inhibidores de la tirosin kinasa (ITK) como tratamiento de primera línea de pacientes adultos con cáncer de pulmón no microcítico metastásico (CPNMm) con mutaciones activadoras de EGFR TK+.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal retrospectivo. donde se incluyeron todos aquellos pacientes diagnosticados con CPNMm con mutación EGFR-TK+, tratados con un ITK como tratamiento de primera línea entre enero 2014 y mayo 2020. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Las variables recogidas y analizadas fueron: demográficas: edad y sexo; clínicas: localización de la metástasis, fármaco, dosis administrada, modificación de la posología, estado funcional (ECOG), eventos adversos (EA) y grado de éstos; eficacia: supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG).

RESULTADOS

Se localizaron un total de 60 pacientes en tratamiento con ITK para la indicación evaluada.

14 pacientes fueron tratados con afatinib. Edad media de 57,5±10,9 años, siendo el 57% mujeres. Las metástasis principalmente de localización en ósea (57%) seguida de metástasis pleural (21%) y renal (14%). La mediana del ECOG al inicio del tratamiento fue de 1 (57% del total). La SLP obtenida fue de 7 meses (IC95% 5,01-8,99) y la SG de 10 meses (IC95% 3,95-16,05). Como EA principales encontramos los gastrointestinales en el 50% de los pacientes (diarrea y vómitos) con el 28% > =G2 y el acné en el 56% (21% > =G2).

14 pacientes fueron tratados con erlotinib. Edad media de 73,2±11,7 años, siendo el 71,5% mujeres. Las metástasis principalmente de localización en ósea (50%) seguida de metástasis pleural (21%). La mediana del ECOG al inicio fue de 1, el 57% del total. La SLP obtenida fue de 7 meses (IC95% 0-15,7) y la SG de 8 meses (IC95% 0,44-15,56). Como EA encontramos el acné en el 35,7% de los pacientes, con el 14,28% > =G2 y la astenia en el 28,5% (14,28% > =G2)

26 pacientes fueron tratados con gefitinib y 6 con osimertinib. Con una edad media de 67,9±11,5 años y 59,6±12,3 respectivamente. El 65,4% fueron mujeres en el caso del gefitinib y 66,66% en el caso del osimertinib. Las metástasis principalmente de localización en ósea (42%) seguida de metástasis pleural (23%) en el caso del gefitinib y cerebral (66%) en el osimertinib. La mediana del ECOG al inicio fue de 1 tanto para el gefitinib como el osimertinib. La SLP obtenida para gefitinib fue de 16 meses (IC95% 10,15-21,85), no alcanzándose la mediana de SG. Finalmente, en el grupo del osimertinib no se alcanzó la mediana para la SLP ni SG.

CONCLUSIONES

Los resultados en vida real de afatinib y erlotinib para primera línea en CPNMm no alcanzan los obtenidos en los ensayos pivotaes, con una diferencia de -4,1 meses en SLP y -18,1 meses en SG para afatinib (LUX-Lung 3); -3,4 meses en SLP y -14,9 meses en SG para erlotinib (EURTAC). Para gefitinib y osimertinib, los resultados superan a los obtenidos en los ensayos pivotaes (IPASS y AURA 3, respectivamente), con +10,3 meses en SLP para gefitinib; no alcanzándose la mediana de SG para este fármaco y ninguna de los dos variables para osimertinib.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2883. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PALBOCICLIB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO

AUTORES

ZÁRATE TAMAMES B, PIERAS LÓPEZ Á, ROSADO MARÍA M, GARCÍA JIMÉNEZ V, ÁLVAREZ ASTEINZA C, MARAY MATEOS I, FERNÁNDEZ LAGUNA CL, LOZANO- BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVENIDA ROMA. ASTURIAS

OBJETIVOS

Palbociclib es un inhibidor altamente selectivo y reversible de las quinasas dependientes de ciclina 4 y 6. Está indicado para el tratamiento del cáncer de mama metastásico o localmente avanzado, positivo para el receptor hormonal (RH) y negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2). El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia y seguridad de palbociclib en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo en el que se analizan los pacientes que iniciaron tratamiento con palbociclib HER2- y HR+ entre el 01/01/2018 y el 31/12/2019. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y del programa de dispensación de Farmacia de Pacientes Externos.

Las variables recogidas al inicio fueron edad, sexo, línea de tratamiento y fármacos concomitantes.

Para evaluar la eficacia se calculó la mediana hasta la progresión de la enfermedad (SLP) y la supervivencia global (SG). Se recogieron datos hasta el 30/4/2020.

Se registraron las reacciones adversas (RA) de grado 2 o superior, el número de reducciones de dosis y su causa. El grado de toxicidad se evaluó utilizando el Common Terminology Criteria for Adverse Events Version 5.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 48 pacientes, la edad media fue de 59 años y el 100% eran mujeres. Los fármacos concomitantes fueron letrozol en 30 (62,5%) pacientes y fulvestrant en 18 (37,5%). En 25 (52%) pacientes el palbociclib fue tratamiento de primera línea, en 19 (41,7%) de segunda y en 3 (6,3%) de tercera línea o posteriores.

La mediana de SLP total fue de 5,9 (0,8-23,3) meses. Si seleccionamos únicamente las pacientes de primera línea fue de 6,5 (0,8-21) meses y de 9 (1-23) meses en los de segunda línea. 18 (37,5%) pacientes continúan a tratamiento.

La mediana de SG total fue de 13,5 (0,8-26,8) meses, en primera línea de 13 (0,8-26,8) meses y de 16,1 (1,9-26) meses en segunda línea. 11 (22,9%) pacientes han fallecido.

La RA más frecuente fue la neutropenia afectando a 43 (89%) de las paciente; en 13 (27%) fue de grado 2, en 27 (56%) de grado 3 y en 3 (6,25%) de grado 4; otras RA fueron: plaquetopenia 5 (10,4%), anemia 2 (4,1%), mucositis 2 (4,1%), astenia 1 (2%) y úlcera corneal 1 (2%), esta última no está registrada en ficha técnica.

Se redujo la dosis en 24 (50%) pacientes, 16 en primera línea y 7 en segunda. 4 de las pacientes tuvieron 2 reducciones, siendo la neutropenia la principal causa (85,7%).

CONCLUSIONES

La SLP fue inferior a la de los ensayos pivotaes (27,6 y 11,2 meses para primera y segunda línea respectivamente).

Resulta paradójico que la SLP y la SG fueran superiores en segunda línea, lo que podría explicarse por la diferencia en las

reducciones de dosis entre los dos grupos pero habría que evaluar otros factores.

La neutropenia, que fue superior a la de los ensayos (89% vs 82%), exige una estrecha monitorización de estos pacientes. También produjo ajuste de dosis en numerosos pacientes y pudo motivar retrasos en los ciclos, pudiendo comprometer la eficacia del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2889. TRATAMIENTO CON REGORAFENIB Y TRIFLURIDINA/TIPIRACILO: RESULTADOS DE UN REGISTRO CENTRALIZADO

AUTORES

ALONSO CASTRO V, LÓPEZ CENTENO B, ALIOTO D, GIL MARTÍN Á, MARTÍN CASASEMPERE I, SEGURA BEDMAR M, ARANGUREN OYARZÁBAL A, CALVO ALCÁNTARA MJ

SUBD. GRAL. DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS. PZA. CARLOS TRIAS BERTRAN, 7 EDIF. SOLLUBRE. MADRID

OBJETIVOS

Describir y analizar la utilidad de un registro centralizado de pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRM) en tratamiento con regorafenib y trifluridina/tipiracilo (TAS-102) de una Comunidad Autónoma (CA).

MATERIALES Y MÉTODOS

En el seno de un grupo de trabajo formado por oncólogos médicos y farmacéuticos de distintos hospitales junto con farmacéuticos e informáticos de servicios centrales del Servicio de Salud, se ha desarrollado un registro, institucional y obligatorio, de pacientes con CCRM que inician tratamiento con regorafenib y TAS-102 en el año 2019, con el objetivo de monitorizar la efectividad y seguridad de estos fármacos con una magnitud de beneficio clínico 1-2 según la escala ESMO-MCBS, y realizar un seguimiento del cumplimiento de los criterios de utilización definidos.

Variables principales del registro: edad, sexo, estado funcional, localización del tumor primario, número de órganos afectados metastásicos, presencia de metástasis hepáticas y cerebrales, estado mutacional RAS/BRAF, número de líneas previas de tratamiento, variables de seguimiento (dosis prescrita, tipo de respuesta, efectos adversos), fecha y motivo de suspensión.

RESULTADOS

Durante el periodo abril 2019-mayo 2020, se han registrado 396 tratamientos, 95 (24,0%) con regorafenib y 301 (76,0%) con TAS-102. La edad media de los pacientes registrados en cada grupo de tratamiento es de 68 y 69 años respectivamente.

Regorafenib: el 52,6% son hombres y el 38,9% y 61,1% presentan ECOG 0 y 1 respectivamente. Para más de la mitad de los pacientes (51,6%), regorafenib es la 4ª línea de tratamiento y el 54,7% había recibido TAS-102 previamente.

TAS-102: el 58,5% son hombres y el 31,6%, 68,1% y 0,3% presentan ECOG 0, 1 y 2 respectivamente. Para un 61,8% de pacientes, TAS-102 es la 3ª línea de tratamiento y el 7,6% había recibido regorafenib previamente.

La localización del tumor primario es mayoritariamente en colon izquierdo: 65,3% (regorafenib) y 72,4% (TAS-102).

El resto de las características basales se encuentran balanceadas en ambos grupos. En total, el 34,1% presentan 3 o más órganos afectados metastásicos; 63,9% metástasis hepáticas y 2,0% cerebrales; el 60,1% mutación RAS y 1,3 % mutación BRAF. Hubo un mayor porcentaje de pacientes sin determinación del estado mutacional BRAF en el grupo de regorafenib (31,6%) frente al grupo de TAS-102 (20,9%).

El 51,6% de pacientes con regorafenib y el 49,6% con TAS-102 suspendieron tratamiento por:

- Regorafenib: 61,2% progresión, 20,4% toxicidad, 12,2% exitus, 6,1% otros o desconocido.
- TAS-102: 79,7% progresión, 4,7% toxicidad, 7,4% exitus, 1,4% abandono de tratamiento y 6,8% otros o desconocido.

Un 23,0% de pacientes registrados requieren actualización de datos de seguimiento tras más de 4 meses desde el último registro.

CONCLUSIONES

Disponer de un registro centralizado ha permitido conocer el perfil de utilización de estos fármacos en los diferentes hospitales de la CA. Sin embargo, la detección de deficiencias en el registro de datos hace necesario potenciarlo.

Para evaluar la efectividad y seguridad de regorafenib y TAS-102 en la práctica clínica es necesaria una evaluación exhaustiva de los datos recopilados, siendo clave la supervivencia global.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2909. TOXICIDAD DE UN ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE SECUENCIAL BASADO EN ANTRACICLINA, CICLOFOSFAMIDA Y PACLITAXEL, EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.

AUTORES

ALMANCHEL RIVADENEYRA M, TOMÁS LUIZ A, RIVADENEYRA RUIZ AM, ALONSO ROMERO JL, DIAZ CARRASCO MS HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA. MURCIA

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia y gravedad de la toxicidad en pacientes con cáncer de mama precoz durante el tratamiento adyuvante con un esquema secuencial con antraciclina, ciclofosfamida y paclitaxel, asociado o no a trastuzumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, que incluyó a todos los pacientes que iniciaron tratamiento adyuvante a cargo del Servicio de Oncología Médica de un hospital terciario, durante 2013 y 2014, con el siguiente esquema: 4 ciclos

de adriamicina 60 mg/m² mas ciclofosfamida 600 mg/m², ambos cada 21 días, seguidos de 12 ciclos de paclitaxel 80 mg/m²/semanales +/- trastuzumab 2 mg/kg/semanal, con dosis de carga de 4mg/kg. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, características del tumor, datos analíticos y reacciones adversas medicamentosas (RAM). La toxicidad se clasificó en base a los criterios "Common Terminology Criteria for Adverse Events" versión 4.03.

RESULTADOS

Se incluyeron 77 mujeres, con una edad media de 56,12 ± 9,7 años. La clasificación TNM del tumor fue: T1 en 44 tumores, T2 en 30, T3 en 3, N0 en 17, N1 en 37, N2 en 14, N3 en 9; clasificándose de estadio IA en 6, IB en 3, IIA en 31, IIB en 13, IIIA en 15 y IIIC en 9. El valor medio de Ki67 fue del 25,74 ± 22,87 %, siendo ≥ 20% en 36 pacientes. Los receptores hormonales fueron positivos en 55 pacientes (para estrógenos en 55 pacientes y progesterona en 44), con sobreexpresión del HER2 en 12 pacientes, todos tratados con trastuzumab.

Todos los pacientes presentaron algún tipo de toxicidad, siendo de grado 3/4 (G3/4) en 31 (40,26%). En 74 pacientes (96,1%) se produjo toxicidad hematológica en al menos un ciclo, siendo G3/4 en 15 (19,48%): anemia en 71 pacientes (92,21%), G3/4 en 2 (2,6%); neutropenia en 45 (58,44%), G3/4 en 11 (14,3%); trombopenia en 10 (13%), G3/4 en 2 (2,6%).

Otras toxicidades presentadas fueron: nauseas en 30 pacientes (38,96%), G3/4 en 2 (2,6%); vómitos en 7 (9,09%), sin G3/4; mucositis en 44 (57,14%), G3/4 en 3 (3,9%); alopecia en 55 (71,43%); otras toxicidades cutáneas en 33 (42,86%), G3/4 en 3 (3,9%); astenia en 44 (57,14%), G3/4 en 4 (5,19%); neuropatía periférica en 44 (57,14%), G3/4 en 6 (7,8%); mialgias en 14 (18,18%), G3/4 en 1 (1,3%).

CONCLUSIONES

Casi todos los pacientes presentaron algún tipo de toxicidad hematológica, siendo la anemia la más frecuente para cualquier grado y la neutropenia para los G3/4. Destacar la neuropatía periférica G3/4 característica de los taxanos, con un porcentaje similar al del estudio de Sparano y col. 2008.

Referencias:

[1] Sparano JA, Wang M, Martino S, Jones V, Perez EA, Saphner T, Wolff AC, Sledge GW Jr, Wood WC, Davidson NE. Weekly paclitaxel in the adjuvant treatment of breast cancer. *N Engl J Med.* 2008 Apr 17;358(16):1663-71.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2919. RESPUESTA TEMPRANA COMO VALOR PREDICTIVO DE RESPUESTA TARDÍA EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIEOIDE CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON IMATINIB

AUTORES

VARAS PÉREZ A, SÁNCHEZ MATAMOROS PIAZZA V, CUADROS MARTÍNEZ C, PUIVECINO MORENO C, VÁZQUEZ VELA V HOSPITAL DE JEREZ. CTRA. MADRID - CÁDIZ, S/N. CÁDIZ

OBJETIVOS

Determinar la relación entre la respuesta molecular (RM) temprana y la tardía, sobre una muestra de pacientes con leucemia mielóide crónica (LMC), durante el tratamiento con el inhibidor de tirosina quinasa imatinib.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron a todos los pacientes que hubieran recibido imatinib en nuestro centro durante más de 36 meses para la indicación de LMC durante el periodo comprendido entre enero de 2013 y mayo de 2020. Se evaluó la RM a través de PCR del gen BCR-ABL en médula ósea a los 3 meses y a los 36 meses de haber iniciado el tratamiento. Para su cuantificación se utilizó el porcentaje BCR-ABL1/ABL1 y se clasificó el nivel de RM indetectable según la escala internacional: siendo ≤ 0,001% definido como RM 5,0; ≤ 0,0032% como RM 4,5 y ≤ 0,01% como RM 4,0. Se definió falta de RM cuando el porcentaje de BCR-ABL1/ABL1 > 1%.

RESULTADOS

Habían recibido imatinib para la indicación LMC 45 pacientes, de los que fueron excluidos 11 por haber estado en tratamiento con imatinib menos de 36 meses. Los motivos de finalización de tratamiento antes de los 36 meses fueron: falta de respuesta (n=3), no descrito (n=3), fallecimiento (n=2), hipertensión pulmonar (n=1), citopenia (n=1) y cáncer de próstata (n=1). El tiempo medio de tratamiento hasta la fecha de corte fue de 64,0 meses (37-87).

A los 3 meses de tratamiento solo un paciente (2,2%) no logró RM indetectable, y a los 36 meses el 100% de los pacientes de tratamiento con imatinib (n=34) lograron en ese momento RM ≥4 y el 36% RM=5. La media del nivel de RM a los 3 meses fue de 4,6 y a los 36 meses de 4,7. De los pacientes que llegaron a los 36 meses de tratamiento (n=34), tan solo 6 pacientes (17,6%) empeoraron su RM tardía con respecto a la temprana, mejorando o manteniendo la misma un 82,4%.

CONCLUSIONES

Una cuarta parte de los pacientes con LMC que inician tratamiento con imatinib no alcanzan los 36 meses de tratamiento. El 82% de los pacientes de la muestra estudiada que lograron una RM temprana a los 3 meses, consiguieron también una RM tardía.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2932. ALTERACIONES TIROIDEAS Y PARATIROIDEAS COMO EFECTO ADVERSO RELACIONADO CON EL TRATAMIENTO INMUNOTERÁPICO

AUTORES

ÁLVAREZ ATIENZA S, DOMÍNGUEZ BACHILLER M, CARRASCO PIERNAVIEJA L, PLO SECO I, TORO CHICO P, PÉREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN DE ALCORCÓN. CALLE BUDAPEST,1. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar los efectos adversos endocrinos (EAE), relacionados con el tiroides y paratiroides en aquellos paciente tratados con inmunoterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes oncológicos tratados con fármacos anti PD-1 (pembrolizumab y nivolumab) y anti PD-L1 (atezolizumab), entre enero de 2015 y febrero de 2020 en un hospital terciario.

Los datos fueron recogidos a partir del módulo de pacientes ambulatorios del programa de farmacia hospitalaria y de la historia clínica electrónica registrándose las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, ECOG al inicio del tratamiento, fármaco utilizado, línea y duración de tratamiento, valores de hormonas (Tirotropina (TSH), Tiroxina (T4), Triyodotironina(t3) y Hormona Paratiroidea (PTH)), tipo de EAE y grado de toxicidad (según criterios CTCAE v5.0), tiempo hasta aparición del EAE, interconsulta al servicio de endocrinología (SE), tratamiento del EAE, interrupción por EAE y resolución si procede.

Se elaboró una base de datos en Excel® y se analizaron los resultados con SPSS® v.22.0.

RESULTADOS

Se analizaron 135 pacientes (72,1% hombres, edad media de 67,8 años (DE:10,6)), con los siguientes diagnósticos: 61,5%(83/135) cáncer de pulmón no microcítico, 16,3%(22/15) carcinoma urotelial de vejiga, 11,1%(15/135) melanoma, 6,7%(9/135) cáncer renal, 3,7%(5/135) cáncer de cabeza y cuello, 0,7%(1/35) cáncer colorrectal. El 88,2% de los pacientes presentaron ECOG 0-1 al inicio. Todos ellos recibieron inmunoterapia como línea paliativa: el 34,1% recibieron pembrolizumab, 47,4% nivolumab y 18,5% atezolizumab, siendo 2 (Rango Intercuartílico (RIQ):1-3) la mediana de línea de tratamiento y 3,7 meses (RIQ:1,4-9,5) la mediana de duración.

Al 89,6%(121/135) de los pacientes se les solicitó perfil tiroideo, y al 74,4%(90/121) pidiéndose al inicio de la inmunoterapia. Al 10,4%(14/135) no se les solicitó perfil tiroideo con la inmunoterapia por diversas causas (progresión, muerte prematura, desconocido).

De los 121, el perfil tiroideo estaba alterado en el 44.6% (54/121), siendo el 77,8%(42/54) de estos clasificados como EAE: 33,3%(14/42) hipotiroidismo, 19,1%(8/42) hipertiroidismo, 4,7%(2/42) hiperparatiroidismo. En 42,9%(18/42) presentaron alteración hormonal sin diagnóstico clínico. El 22,2%(12/54) presentaron alteraciones hormonales no significativas.

Los EAE se atribuyeron un 40,5%(17/42) a nivolumab, un 35,7%(15/42) a pembrolizumab y 23,8%(10/42) a atezolizumab. La mediana de tiempo hasta aparición del EAE fue de 2.4 meses(RIQ:1,4-5,0).

En 35,7%(15/42) casos se realizó interconsulta al SE. Solo 16,7%(7/42) de los pacientes necesitaron tratamiento farmacológico para el EAE (6 levotiroxina y 1 tiamazol). En 2/42 pacientes se interrumpió temporalmente la inmunoterapia, y en 1 se suspendió definitivamente. En el 88,1% (37/42) de los pacientes no se resolvió el EAE.

A 5/42 pacientes se les valoró el grado del EAE según los criterios CTCAE: 3 pacientes con grado I, 1 con grado II y 1 con grado III.

CONCLUSIONES

Aunque la mayoría de las alteraciones tiroideas no fueron clasificadas, un alto porcentaje fueron leves no precisando tratamiento farmacológico. Por otra parte, existe una gran variabilidad en el tiempo de aparición de la reacción tiroidea como efecto inmunomediado. En algún caso, se interrumpió la inmunoterapia debido de ello. Las reacciones fueron generalmente manejables, siendo necesario en algunos casos, el control por el SE pudiendo ofrecer un mejor abordaje diagnóstico y terapéutico a estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2941. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA EN PACIENTES TRATADAS CON NIRAPARIB

AUTORES

RAMÍREZ LÓPEZ AM, LÓPEZ-NIETO SEMPERE J, POLACHE VENGUD J, FUSTER RUIZ DE APOCADA R, PASCUAL CARRASCO Á, SELVA OTAOLAURRUCHI J, ESPADAS GARCÍA I, BELTRÁ PICÓ I
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ALICANTE. PINTOR BAEZA 11. ALICANTE

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad, seguridad y adherencia de niraparib como tratamiento de mantenimiento en pacientes con cáncer de ovario epitelial seroso o de las trompas de Falopio, de alto grado, recidivado, sensible al platino, que están en respuesta a la quimioterapia con platino.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional desde julio de 2018 (disponibilidad del fármaco por acceso expandido) hasta abril de 2020 que incluye a las pacientes tratadas con niraparib en un hospital terciario.

Variabes recogidas: edad, peso, número de líneas de tratamiento previas, mutación BRCA, diagnóstico, tratamiento (dosis inicial, dosis reducida, suspensión por toxicidad y/o por progresión de la enfermedad), datos analíticos, adherencia

al fármaco y reacciones adversas relacionadas con el medicamento.

La eficacia se objetivó mediante la ausencia de progresión de la enfermedad medida a través de los criterios RECIST 1.1 y niveles del marcador tumoral CA-125.

La información se obtuvo de la historia clínica electrónica y la adherencia se evaluó mediante entrevista clínica y registros de dispensación en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos.

RESULTADOS

Se incluyeron 10 mujeres con una media de edad de 68 años (38-72). 8 pacientes con diagnóstico de carcinoma seroso sólido ovárico IIIC y 2 con carcinoma seroso de trompa IIIC. Ninguna paciente tenía la mutación BRCA.

3 pacientes iniciaron con la dosis de 300 mg/24 h y 7 iniciaron con dosis reducida de 200 mg/24 h, de las cuales 4 fue por bajo peso (< 58 kg) y 3 por trombocitopenia, siendo 2 de ellas por trombocitopenia G1 y 1 por trombocitopenia G3.

Niraparib se utilizó como tratamiento de 2ª línea en 5 pacientes, de 3ª línea en 3 y de 4ª línea en 2.

En cuanto a la seguridad, en todas las pacientes se produjo alguna reacción adversa. Las más frecuentes fueron las hematológicas. 5 pacientes (50,00%) presentaron trombocitopenia (1 de ellas G3) de las cuales 3 (30,00%) presentaron también anemia G1. En las 3 pacientes que iniciaron con dosis estándar de 300 mg/24h se redujo la dosis a 200 mg/24h por trombocitopenia G1. En una de ellas se redujo la dosis a 100 mg/24 h por persistencia de trombocitopenia.

Otros efectos adversos observados fueron: diarrea G1 (20,00%), náuseas (30,00%), mareo (20,00%), estreñimiento (10,00%) y epigastralgia(20%). Además la astenia fue un efecto adverso frecuente entre las pacientes.

5 pacientes (50,00%) continuaron con el tratamiento durante el periodo de estudio y 5 (50,00%) lo suspendieron, 1 por trombocitopenia G3 y 4 por progresión de la enfermedad, siendo una de ellas exitus.

El 100% de las pacientes tuvieron una adecuada adherencia al tratamiento a pesar de las reacciones adversas.

CONCLUSIONES

Niraparib se ha utilizado en nuestro medio fundamentalmente como tratamiento de mantenimiento en cáncer de ovario de alto grado en paciente con BRCA no mutado.

Las reacciones adversas más frecuentes fueron trombocitopenia y anemia. Fueron controladas adecuadamente con la reducción de dosis del fármaco.

Destacar el importante papel del farmacéutico en la validación y seguimiento farmacoterapéutico en este tipo de tratamientos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2943. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ESQUEMA IMELDA MODIFICADO EN PRIMERA LÍNEA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER2-NEGATIVO. DATOS EN VIDA REAL.

AUTORES

HERNÁNDEZ PARADA J, CARRASCO GOMARIZ M, RUIZ ARCA G
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AV. MENÉNDEZ PIDAL, S/N. CORDOBA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad del esquema bevacizumab en combinación con paclitaxel seguido de mantenimiento con bevacizumab más capecitabina (esquema IMELDA modificado) en primera línea en cáncer de mama metastásico (CMm) HER2-.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, que incluyó todas las pacientes con CMm HER2- que iniciaron tratamiento con esquema IMELDA modificado en primera línea desde el 1 de enero de 2018 hasta el 30 de abril de 2020. Se recogieron las siguientes variables: edad, estado de los receptores hormonales (RRHH), localización de las metástasis, fecha de inicio de tratamiento, tasa de respuesta objetiva (TRO), supervivencia libre de progresión (SLP) y eventos adversos. La respuesta se evaluó mediante los criterios Response Evaluation Criteria In Solid Tumors (RECIST v1.1). Para el análisis fueron censurados los pacientes que seguían con vida y que no habían experimentado progresión a fecha de corte del estudio.

RESULTADOS

Se incluyeron 30 pacientes. La mediana de edad fue de 54 años (RIC). El 26,66% de las pacientes presentaban CMm triple negativo y el 73,4% CMM RRHH+/HER2-. La localización de la metástasis fue visceral en un 90% de los casos. La mediana de SLP fue de 9,67 meses (IC 95%, 7,4 – 12,4). La TRO fue del 60%, siendo 88.8% respuestas parciales y un 11.2 9% respuestas completas. Entre el 23.33 % de pacientes que no consiguió respuesta, el 28.57% mantuvo estabilidad y el 71.42% progresó. La respuesta no se pudo evaluar por ausencia de pruebas de imagen en el 16.66% de los pacientes. Un 66.67% de las pacientes experimentó algún tipo de efecto adverso. La hipertensión asociada al bevacizumab fue el efecto adverso más común, estando presente en un 30% de los pacientes, seguido de neurotoxicidad en forma de parestesias en un 16.6%, sangrado en un 13.3%. y mucositis en un 10%.

CONCLUSIONES

Los resultados en SLP en nuestros pacientes fueron inferiores a los reportados en el estudio IMELDA (9.67 vs 11.9 meses). Los eventos adversos son similares a los reportados en la bibliografía. Sería importante disponer de estudios que nos permitiesen seleccionar qué tipos de pacientes pueden obtener mayor beneficio clínico con este esquema, para poder posicionarlo así frente a las alternativas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

2947. EFICACIA DE LA INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO. ANÁLISIS DE SUBGRUPOS

AUTORES

BLANCO SÁNCHEZ G, TUTAU GÓMEZ F, MONJE GARCÍA B, CAMPOS FERNÁNDEZ DE SEVILLA MDLÁ, HEREDIA BENITO M, GALLEGU ÚBEDA M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES. AVENIDA DE MARIE CURIE, 0. MADRID

OBJETIVOS

El objetivo principal es analizar la eficacia de la inmunoterapia en el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM). El objetivo secundario es detectar alguna característica que identifique subgrupos de pacientes que más se puedan beneficiar del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo de 3,5 años (de 24/05/2016 al 31/10/2019) para evaluar eficacia de nivolumab, pembrolizumab y atezolizumab en pacientes con CPNM y detectar aquellos que más se puedan beneficiar del tratamiento. Las variables recogidas fueron demográficas (edad y sexo) y clínicas/farmacoterapéuticas como histología, PDL-1 basal, fármaco, línea de tratamiento, supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y si hubo tratamiento en el mes anterior al fallecimiento. Como fuente documental se ha utilizado la historia clínica electrónica (SELENE), el Sistema de Prescripción de Medicamentos (MUP), HORUS de atención primaria y el programa de prescripción electrónica FarmaTools.

RESULTADOS

Se incluyeron 61 pacientes, aunque se analizaron 42 (excluidos 19 por no alcanzar evento de progresión y/o muerte en el momento del análisis). Media de edad 67±6 años, 33 varones y 9 mujeres. Seguimiento: 41,2 meses. Media de ciclos: 4,59. 13 pacientes en 1ª línea, 19 en 2ª y 10 3ª o superior. 10 pacientes reciben 1 línea posterior a la inmunoterapia y 2 reciben 2 líneas. La mediana de SLP fue 2,3 meses y la SG 3,25 meses. Por diagnóstico: 23 con CPNM No Adenocarcinoma (SLP 3,74 y SG 5,09) y 19 con CPNM Adenocarcinoma (SLP 1,98 y SG 2,23). Por fármaco: 16 con nivolumab (SLP 2,33 y SG 4,65), 20 con pembrolizumab (SLP 2,03 y SG 2,23), y 6 con atezolizumab (SLP 1,84 y SG 3,25). 17 tenían PD-L1 desconocido (SLP 3,41 y SG 10,58), 2 negativo (SLP 1,84 y SG 3,25), 2 entre 1-5 % (SLP 1,08 y SG 1,08), 6 entre 5-50 % (SLP 1,97 y SG 2,03) y 15 entre 50-100 % (SLP 2,23 y SG 2,43). 13 pacientes (31 %) recibieron inmunoterapia en el mes anterior al fallecimiento.

CONCLUSIONES

La eficacia se muestra muy inferior a la de los ensayos, en parte debido al menor número de pacientes, a la exclusión de aquellos que en el momento del análisis no han sufrido evento de progresión y/o muerte, o la gran cantidad de sujetos que reciben inmunoterapia en líneas avanzadas.

Los pacientes con CPNM No Adenocarcinoma tienen mayor SLP y SG que aquellos con CPNM Adenocarcinoma, pese a que en la bibliografía se refleje que cuenta con peor pronóstico.

Los mejores datos aparecen en el subgrupo de PDL-1 desconocido, siendo muy superior incluso respecto al subgrupo > 50 %. Este hecho confirma que el PDL-1 no es un buen marcador predictivo de eficacia.

En nuestra población, nivolumab presenta los mejores datos tanto de SLP como SG.

El 31 % de los pacientes que fallecen reciben inmunoterapia en el mes anterior al fallecimiento, lo que sugiere que o bien no da tiempo al fármaco a ejercer ningún beneficio (un 70 % de los pacientes reciben el tratamiento mínimo en segunda línea), o que la suspensión de los tratamientos se hace de forma tardía.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1369. EFICACIA DE LOS FÁRMACOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON HEPATITIS C Y FIBROSIS GRADO F0-F2

AUTORES

DE MIGUEL BOUZAS JC, JUNCAL BUCETA M, HERRERO POCH L, VÁZQUEZ BLANCO S, FORTES GONZÁLEZ MS, ZHU HUANG O, VILLAMAYOR BLANCO L
HOSPITAL POVISA. SALAMANDA, 5. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de los nuevos antivirales de acción directa en pacientes con hepatitis C y fibrosis grado F0-F2 y describir a la población tratada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de revisión de casos, mediante un análisis de observación, retrospectivo, longitudinal y descriptivo en un hospital general de 500 camas durante los años 2016, 2017 y 2018. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con hepatitis C y un grado de fibrosis de leve a moderado (F0-F2) que han sido tratados y están a seguimiento en los servicios de Medicina interna y Digestivo. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, fecha de inicio del tratamiento, genotipo y subtipo del VHC, carga viral, datos analíticos, coinfección con VIH, gen IL28B, consumo de alcohol, tratamiento previo, resultado del FibroScan®, peso, talla, IMC, tipo de tratamiento, perfil de tolerancia, duración del tratamiento y el RNA tras fin del tratamiento o RVS. Los datos se recopilaron en una base de datos (Microsoft Excel) y fueron trasladarlos al programa IBM SPSS Statistics 23 para realizar el análisis estadístico.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 236 pacientes (67,4% hombres), de los cuales se curaron 233 (98,7%) y únicamente 3 pacientes fracasaron terapéuticamente. Su edad media fue 53,84 años \pm 11,025 (Rango 32-84). Los genotipos más comunes fueron el 1 (71,6%) y el 3 (13,6%). El tratamiento más usado fue el ledipasvir/sofosbuvir (Harvoni®) (35,6%) y el segundo y tercero fueron glecaprevir/pibrentasvir (Maviret®) y ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (Viekirax®) (ambos con 22,9%). Todos los pacientes mostraron un buen perfil de tolerancia y no hubo que interrumpir ningún tratamiento por reacciones adversas. Los 3 pacientes que fracasaron eran varones, consumían alcohol de forma crónica, no estaban coinfectados con el VIH, no se habían tratado anteriormente y tenían cargas virales muy elevadas.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos muestran que los nuevos antivirales de acción directa son altamente eficaces en pacientes con hepatitis C y un grado de fibrosis leve o moderado, presentando un buen perfil de tolerancia.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1381. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE APOYO DE PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN CONSUMO DE CARBAPENEMAS Y QUINOLONAS EN UN HOSPITAL PORTUGUÉS

AUTORES

COTRINA LUQUE J, GOMES REI MJ, OLIVEIRA RAIMUNDO P, SOFIA SOUSA D, NUNES A, RICARDO ANTUNES B, FRAGOSO RODRIGUES AM, DUARTE A
HOSPITAL DA LUZ LISBOA. AVENIDA LUSIADA 100. INTERNACIONAL

OBJETIVOS

La prescripción indiscriminada de antibióticos ha contribuido exponencialmente a la selección de microorganismos resistentes y ha aumentado la prevalencia de infecciones causadas por estos agentes. La Direção Geral de Saúde (DGS) estableció en 2015 como objetivo la reducción del consumo global de antibióticos en un 50% en 5 años. Carbapenemas y quinolonas fueron considerados los grupos prioritarios por la elevada tasa de resistencias, con objetivo de reducción del consumo en 10% por año. En nuestro centro, el Programa de Apoyo a la Prescripción de Antimicrobianos (PAPA) se implementó en el segundo semestre de 2017 con el fin de monitorizar la prescripción y consumo de antibióticos a través de auditorías y pedidos de consulta del médico prescriptor. Consta de un farmacéutico, dos médicos y dos enfermeros. Nuestro objetivo es evaluar el impacto de las medidas implementadas por PAPA en el consumo de carbapenemas y quinolonas durante 2 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo longitudinal. Todas las prescripciones de carbapenemas y quinolonas fueron analizadas mediante consulta de historia clínica o contacto con el médico prescriptor en pacientes hospitalizados entre el 1 de julio de 2017 y el 31 de junio de 2019. Las prescripciones fueron identificadas mediante notificación automática por correo electrónico a los miembros de la Comisión de Infecciones y mediante solicitudes de consulta al PAPA. El consumo de antibióticos fue cuantificado mediante cálculo de DOSIS DIÁRIAS DEFINIDAS (DDDs) del Nordic Council.

RESULTADOS

En el primer año del PAPA, se identificaron 661 oportunidades de intervención, de las cuales 562 (85%) fueron notificadas por e-mail. De las prescripciones consideradas no apropiadas, la tasa de aceptación de las recomendaciones PAPA fue superior al 80%.

Al final del primer año, hubo una reducción del 18.02% en el consumo de quinolonas y una reducción del 8.58% en el consumo de carbapenemas.

En el segundo año de PAPA, se identificaron 818 oportunidades generales de intervención, de las cuales 685 (83.7%) fueron notificadas por correo electrónico. La tasa de aceptación de las recomendaciones de PAPA fue superior al 90%, siendo que las solicitudes de consultas directas tuvieron una tasa de aceptación del 98%.

Al final del segundo año hubo una reducción del 55.74% en el consumo de quinolonas y una reducción del 10.3% en el consumo de carbapenemas.

CONCLUSIONES

Los objetivos inicialmente propuestos se alcanzaron para el grupo de quinolonas en el primer año de implementación del PAPA, y para las quinolonas y carbapenemas al final del segundo año del programa. Asociamos la disminución menos pronunciada en el consumo de carbapenemas al final del primer año comparado con el segundo con el mayor uso de ertapenem por el número de aislamientos de enterobacterias productoras de betalactamasas de amplio espectro.

Las medidas implementadas por el grupo multidisciplinar PAPA fueron útiles desde el punto de vista de reducción de consumos y de conseguir realizar una comparación intra-hospitales con similares características.

Este estudio servirá de base de otros que permitirán medir la posible relación de esta disminución de consumos con la alteración del perfil de resistencias de microorganismos en nuestro centro.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1415. EXPERIENCIA DE DALBAVANCINA COMO TRATAMIENTO DE OSTEOMIELITIS E INFECCIÓN PERIPROTÉSICA POR GRAM POSITIVOS, USO FUERA DE INDICACIÓN

AUTORES

RUIZ-RICO GOMEZ J, TEJEDOR TEJADA E, ACEITUNO CAÑO A, SIERRA GARCIA F, ALFEREZ GARCIA I, VERDEJO RECHE F
COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS. CALLE HERMANDAD DE DONANTES DE SANGRE, S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de la dalbavancina como tratamiento alternativo contra Gram positivos en osteomielitis (OM) e infecciones periprotésicas (IPP).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, multidisciplinar durante 2018 y 2019, incluyendo a todos los pacientes con diagnóstico de OM e IPP tratados con Dalbavancina, en un hospital de tercer nivel. Se recogieron las variables: edad, sexo, evolución, posología, tratamiento previo y seguridad. La pauta utilizada fue 1000 mg en el alta, y 500 mg a los 7 días. Para valorar la eficacia se usaron analíticas sanguíneas y cultivos de la zona afecta, así como la exploración clínica una vez finalizado el tratamiento con Dalbavancina; los datos fueron recogidos por el programa informático de laboratorio modulab® y el de historia clínica informatizada Diraya®. Para la seguridad se realizaron analíticas sanguíneas y seguimiento en consultas posteriores, con especial valoración de reacciones gastrointestinales.

RESULTADOS

Se obtuvo una serie de 18 pacientes con diagnóstico de OM y de IPP (14 hombres y 4 mujeres), con una edad de 70 ± 15 años. Los antibióticos utilizados previamente fueron: 66,6% betalactámicos, 50% daptomicina, 16,6% vancomicina, y 16,6% linezolid.

La eficacia se valoró con analíticas pre- y post-tratamiento, los resultados obtenidos fueron: en 96,5% de los pacientes no se aisló el patógeno previamente determinado. El 55,5 % de los pacientes se consideró buena evolución, siendo fracaso: amputación, reingreso o fallecimiento (sin tener en cuenta la causa de éste). La seguridad se valoró por la aparición de reacciones adversas (más frecuente diarrea autolimitada).

De acuerdo con Boucher en los estudios pivotaes DISCOVER 1 Y 2, se demostró la sensibilidad de la Dalbavancina para bacterias gram-positivas. En vida real, es posible utilizar la Dalbavancina con indicaciones off-label como es endocarditis, OM, e incluso IPP. Conforme con un ensayo clínico realizado 2019 por Wunch, la Dalbavancina es una buena alternativa terapéutica en infecciones por gram positivos, causante mayoritario de OM e IPP. Según los resultados obtenidos, podríamos concluir tal y como se ha demostrado en estudios anteriores, que la Dalbavancina es buena opción terapéutica en pacientes con diagnóstico de OM e IPP por Gram positivos

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos de eficacia y seguridad se puede valorar la Dalbavancina como buena alternativa para OM e IPP causadas por bacterias Gram positivas. Se necesitan estudios aleatorizados que validen estos resultados. Realizar un seguimiento y monitorización clínica periódicas del paciente, resulta de vital importancia para evaluar la eficacia y seguridad de este fármaco.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1438. EVALUATION OF RISK FACTORS RELATED TO CLOSTRIDIODES DIFFICILE INFECTION

AUTORES

GONZÁLEZ MORCILLO G, MEDINA GUERRERO Á, CANO COLLADO V, MANDILEGO GARCÍA A, PÉREZ DE AMEZAGA L, PASCUAL PARERA M, IZKO GARTZIA N, VILANOVA BOLTÓ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON LLÀTZER. CTRA. DE MANACOR, KM 4. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

In the last three decades, Clostridium difficile infection (CDI) has increased in incidence and severity as well as its recurrence which is related to a higher morbi-mortality, treatment cost and longer hospital stays. Identifying and controlling risk factors is essential for setting up strategies for early detection, treatment and prevention of CDI. The main objective of the study is to identify risk factors for CDI in our environment.

MATERIALES Y MÉTODOS

An observational, retrospective, multicentre study was conducted in two hospitals in September 2019. Inclusion criteria were inpatients with positive culture to Clostridium difficile toxin from January 2017 to December 2018. Clostridium difficile toxin was detected in stool samples by detection of GDH antigen and toxins A and B using an immunoassay (C. Diff Quick Check Complete, Alere). Those samples with GDH (+)/Toxins (-) were analyzed with the Polymerase Chain Reaction based assay GenomEra CDX System (ABACUS Diagnostica) to detect gen tcdB.

Variables analyzed were divided into three general categories according to risk factors. Host factors: sex, age, body mass index (BMI), renal function (mL/min), serum albumin (gr/dL), diabetes mellitus (DM) diagnosis, immune status. Clostridium difficile exposure: nursing home patients or patients with 14 or more day length admissions 6 months prior to CDI. Disruptive factors of normal colonic microbiome: undergone colorectal surgery, antibiotics or proton pump inhibitors (PPIs) regimen and sepsis episode 6 months prior to CDI infection.

Data were gathered through HpHCIS®, the hospital clinical record and prescription system, and collected in an Excel® database designed to analyze the results statistically with SPSS®22.0.

RESULTADOS

Eighty-five patients were included (56% women) with a mean age of 75 years (range 5-98), 81% older than 65 years. The mean BMI was $28\text{kg/m}^2 \pm 6.1$, renal function $72\text{mL/min} \pm 32$, albumin $3.2\text{ mg/dL} \pm 0.7$. 27% of patients were diagnosed with DM and 14% presented an immunodeficiency status (93% drug related).

In relation to Clostridium difficile exposure, 29% were admitted more than 14 days in hospitals and 7% lived in nursing home. 6% of patients had a previous CDI episode.

According to disruptive factors of normal colonic microbiome it was determined that 6% of patients had undergone

colorectal surgery, 15% had sepsis, 65% used PPIs and 69% were treated with at least one antibiotic for more than 7 days (35% penicillin, 27% fluoroquinolone, 14% cephalosporins, 11% carbapenems).

CONCLUSIONES

Main risk factors detected for CDI infection were advanced age, use of antibiotics and gastric acid suppressive drugs. Penicillins, cephalosporins and fluorquinolones were the antibiotics most frequently related to CDI. These results corroborate what is reflected in the bibliography.

Implementing strategies for appropriate use of antibiotics as well as PPIs in elderly patients may be useful for preventing CDI and its recurrences.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1472. EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO A TENOFOVIR ALAFENAMIDA: SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD

AUTORES

JUEZ SANTAMARÍA C, GARCIA LAGUNAR MH, NUÑEZ BRACAMONTE S, CONESA NICOLAS E, LLORET LLORCA A, FERNANDEZ-LOBATO B

C.H.UNIVERSITARIO STA. MA DEL ROSELL - STA. LUCÍA. MEZQUITA, S/N. PARAJE LOS ARCOS. SANTA LUCIA. MURCIA

OBJETIVOS

El cambio de tratamiento de Tenofovir Disoproxil Fumarato (TDF) a Tenofovir Alafenamida (TAF) ha supuesto un cambio en pacientes VIH implicando la misma efectividad con un mejor perfil de seguridad a nivel renal. Los objetivos de este estudio son evaluar la seguridad y efectividad de TAF en pacientes previamente tratados con TDF.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluyó a los pacientes tratados con TAF durante los años 2018-2019, recogidos mediante el programa SAVAC®. De la historia clínica Selene® se recogieron las siguientes variables: edad, sexo y fecha de inicio. Para evaluar la seguridad se recogieron datos de Creatinina en sangre (Crs), Aclaramiento de Creatinina (ClCr) según la fórmula CKD-EPI, Colesterol en sangre (Chs) y Triglicéridos en sangre (Tgs). Para evaluar la eficacia se recogió número de células CD4 en sangre, carga viral (CV) VIH y cociente CD4/CD8.

Los datos analíticos se midieron al inicio del tratamiento con TAF, a los 4 meses (4m) y a los 12 meses (12m).

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS Statistics®21 calculando el estadístico T de Student.

RESULTADOS

Se incluyeron 72 pacientes. El 72,22% eran hombres y la mediana de edad fue 51,71 años (29-73).

La mediana de Crs al inicio fue 0,90mg/dL y el ClCr 89,70mL/min/1,73m². Tras 4m los valores fueron 0,94mg/dL y 89,20mL/min/1,73m² (p=0,985 y p=0,697 respectivamente) y tras 12m fueron 0,94mg/dL y 86,20mL/min/1,73m² (p=0,126 y p=0,389 respectivamente).

Al inicio del tratamiento el Chs fue 171,50mg/dL y los Tgs 135,00mg/dL. A los 4m los valores fueron 184,00mg/dL y 133,55mg/dL (p=0,014 y p=0,885 respectivamente); y tras 12m 189,50mg/dL y 128,00mg/dL (p=0,073 y p=0,521 respectivamente).

Al iniciar TAF, se obtuvo una mediana de linfocitos CD4 de 551células/μL en los cuales un 13,89% presentaban niveles inferiores a 300 células/μL. A los 4m los resultados fueron 539 células/μL (p=0,973) y 15,28%; y a los 12m 575 células/μL (p=0,105) y 6,94% respectivamente.

El 25,33% de los pacientes tenían una CV > 20 copias al inicio. Un 22,66% a los 4m y un 6,94% a los 12m, aunque fueron considerados "blips" de la CV.

La mediana del cociente CD4/CD8 fue 0,68 y un 40% de pacientes presentaban un valor inferior a 0,5. A los 4m la mediana fue 0,72 (p=0,54) y un 37,33% de pacientes diferentes a los anteriores presentaban valor inferior a 0,5. A los 12m 0,51 (p=0,115) y un 25% respectivamente.

CONCLUSIONES

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la función renal, lo que supone que no la modifica a corto (4 meses) o largo plazo (12 meses). En cuanto al perfil lipídico solo hubo diferencias estadísticamente significativas a los 4 meses en el Chs, aunque los valores se encontraban dentro de los rangos normales (< 200mg/dL). TAF presenta un buen perfil de efectividad con valores de CD4 y CD4/CD8 similares al inicio, a los 4m y 12m, consiguiendo además una CV indetectable en la mayoría de los pacientes.

Aun así, sería necesario realizar un estudio con una mayor muestra de pacientes para obtener resultados más concluyentes.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1486. UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE ISAVUCONAZOL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

GARCÍA CEREZUELA MD, GUMIEL BAENA I, CALVO SALVADOR M, SANABRIAS FERNÁNDEZ DE SEVILLA R, SANZ RODRIGUEZ SM, DE SANTIAGO ÁLVAREZ R, SAAVEDRA QUIROS V, SÁNCHEZ GUERRERO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO. C/MANUEL DE FALLA, 1. MADRID

OBJETIVOS

El isavuconazol es un nuevo triazol antifúngico autorizado recientemente para la aspergilosis invasiva y mucormicosis. Es una alternativa terapéutica a voriconazol y anfotericina B liposomal para la aspergilosis invasiva, y a anfotericina B liposomal en la mucormicosis. Presenta resistencia cruzada con el voriconazol en el caso de *A. fumigatus* y con el resto de triazoles para el caso de *Candida* spp. El isavuconazol está disponible para su administración intravenosa y oral, siendo su biodisponibilidad del 98% y su coste 4 veces inferior en el caso de la administración oral. La dosis de carga es de 200mg/8 h durante 48 h seguido de 200mg/24 h de dosis de mantenimiento. Los estudios sugieren un mejor perfil de seguridad para el isavuconazol pero la información de seguridad es limitada. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características de prescripción, así como las reacciones adversas de isavuconazol observadas en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en el periodo octubre 2018-marzo 2019. Se utilizaron programas informáticos para revisar la historia clínica de los pacientes, así como las dispensaciones. Se recogieron los datos demográficos de cada paciente (edad y sexo) y las características del tratamiento (vía de administración y duración). Se registró el servicio clínico prescriptor, indicación, si el paciente había recibido previamente tratamiento con otros azoles y reacciones adversas descritas en la historia clínica.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 20 pacientes (65 % hombres) con una media de edad de 57,3 años (39-73). Los pacientes pertenecían a los siguientes servicios clínicos: 12 de Neumología (6 de ellos trasplantados pulmonares), 3 de Hematología, 2 de Unidad de Cuidados Intensivos, 2 de Cardiología y 1 de Medicina Interna (trasplantado hepático). El 45% (9) de los pacientes no habían recibido tratamiento previo con otros azoles mientras que el 35% (7) habían estado en tratamiento con posaconazol y el 20 % con voriconazol. La mediana de duración del tratamiento con isavuconazol fue de 36.6 días (11-65), 10 pacientes lo recibieron oral y 10 intravenoso + oral. La media de duración de tratamiento vía intravenosa fue de 2 días (0.75-4.3).

Respecto a las reacciones adversas descritas: el 65% (13) de los pacientes no tuvieron ninguna, el 15 % (3) tuvieron molestias gástricas, el 15 % (3) leucopenia y el 5 % (1) refería astenia. En uno de los 3 pacientes que presentó leucopenia ésta no se pudo atribuir al isavuconazol ya que estaba en tratamiento con varios fármacos: meropenem, cloxacilina, anidulafungina y oseltamivir, que también podrían producirla.

CONCLUSIONES

Aunque se registraron reacciones adversas en el 35 % de los pacientes, salvo la leucopenia, todas fueron de carácter leve y autolimitado. Con respecto a la leucopenia, en nuestra experiencia, la incidencia fue superior a la descrita en ficha técnica, por lo que conviene seguir de cerca la incidencia real de este efecto adverso.

El perfil de paciente tratado es diverso, teniendo en cuenta los servicios prescriptores, todos ellos coinciden en la complejidad clínica, especialmente los trasplantados, hematológicos y de cuidados intensivos. La administración principalmente oral determina la concienciación de los prescriptores con la terapia secuencial, y el impacto económico de las distintas presentaciones comercializadas.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1492. PREVALENCIA DE PRESCRIPCIÓN DEL “TOP-10-DRUG CLASSES TO AVOID” Y RELACIÓN CON LA COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES VIH DE EDAD AVANZADA

AUTORES

CONTRERAS MACÍAS E, LAO DOMÍNGUEZ FA, GARCIA LLORET P, MORILLO VERDUGO R
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. AVDA. BELLAVISTA S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de prescripción de fármacos incluidos en “Top 10 Drug Classes to Avoid” (Top-10-A) de la guía European Aids Clinical Society (EACS)-2019 en pacientes VIH+ de edad avanzada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, unicéntrico y transversal donde se incluyeron pacientes VIH+ mayores de 65 años en tratamiento antirretroviral (TAR) que acudieron a consultas externas de Atención Farmacéutica mediante metodología CMO entre 1 Diciembre 2019–15 Marzo 2020. Se recogieron variables demográficas: sexo y edad; clínicas: carga viral y niveles de linfocitos-CD4; farmacoterapéuticas: TAR, medicación concomitante, polifarmacia (si/no) y presencia de medicamentos del Top-10-A: antihistamínicos de primera generación, antidepresivos tricíclicos, agentes espasmolíticos urológicos, laxantes estimulantes, antiinflamatorios no esteroideos, digoxina, sulfonilureas de larga duración y descongestionantes, y de atención farmacéutica: nivel de estratificación, índice de complejidad farmacoterapéutico (IC) medido mediante la herramienta “Medical Regimen Complexity Index”, definiéndose paciente complejo aquel con un valor > 11.25 (Rev Esp Quimioter 2019;32(5):458-64), y cumplimiento de criterios STOPP/START y/o BEERS. Se clasificaron los pacientes por grupo de edad: 65-70, 70-75 y > 75 años. Los datos se obtuvieron de la historia clínica, programa de receta electrónica y programa de dispensación de pacientes externos. Adicionalmente se planteó como objetivo secundario analizar la relación complejidad farmacoterapéutica y cumplimiento de criterios STOPP/START y/o BEERS asociados a los medicamentos del Top-10-A. Se realizó un análisis inferencial y descriptivo mediante la prueba T-Student con el programa Microsoft Excel®.

RESULTADOS

Se incluyeron 19 pacientes, 70% hombres, mediana de edad: 68 años (IQR: 65-85). Un 94.7% de pacientes con carga indetectable y 89.5% con niveles de linfocitos-CD4 > 200 céls/μL. El 45.0% presentaba un TAR constituido por dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogo junto a un inhibidor de la integrasa. El 89.5% de los pacientes presentaban

polifarmacia. El 57.9% de los pacientes tenía prescrito, al menos, un medicamento del Top-10-A siendo los más frecuentes: benzodiazepinas (34.7%), antiinflamatorios no esteroideos (11.1%), antihistamínicos de primera generación (5.6%) y agentes espasmolíticos urológicos (5.6%). Según el nivel de estratificación el 63.2% de los pacientes eran nivel 3, 20.0% nivel 2 y 15.8% nivel 1. La mediana de IC de los pacientes en estudio fue 13,5 (IQR: 5-24.5) y mediana de la suma de cumplimiento de criterios STOPP y/o START-BEERS fue 4, siendo los más frecuentes los relacionados con benzodiazepinas, grupo terapéutico del Top-10-A. Por grupos de edad, el 68.4% pertenecían al grupo de 65-70 años presentando una mediana de IC 10.5 y suma de criterios 2. Ambos grupos de edad restantes representaban un 15.8% de los pacientes estudiados con una mediana de IC 16 y 23.5 respectivamente, así como mediana de suma total de criterios de 4 para ambos.

El índice de complejidad elevado se asoció para todos los grupos de edad con mayor probabilidad de aparición de criterios STOPP/START y/o BEERS ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES

La prevalencia de los medicamentos incluidos en Top-10-A en nuestra población fue elevada. La complejidad farmacoterapéutica alta de nuestros pacientes se asoció a la presencia de criterios STOPP-START y/o BEERS. La atención individualizada y estrategia de desprescripción a estos pacientes es fundamental para una optimización farmacoterapéutica.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1537. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL SWITCH A UN COFORMULADO DE DOLUTEGRAVIR Y RILPIVIRINA EN PACIENTES VIH PRETRATADOS.

AUTORES

VILLALOBOS TORRES L, ALCARAZ SÁNCHEZ JJ, LINARES ALARCÓN A
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA. AVENIDA CARLOS HAYA S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad del cambio de tratamiento a la biterapia con dolutegravir y rilpivirina en un solo comprimido, en pacientes con VIH pretratados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico retrospectivo, en el que participan un hospital regional y un hospital comarcal. Se incluirán todos los pacientes tratados con una coformulación de dolutegravir y rilpivirina (DTG+RPV) sin importar cuando iniciaron tratamiento. Las variables medidas serán: Demográficas (edad y sexo), y clínicas: Carga viral (CV, copias/ml) y recuento de linfocitos CD4 (cel/ml) previos al switch, a los 3 meses de tratamiento, y a los 6 meses de tratamiento (expresadas como mediana y rango), y tipo de tratamiento anterior al switch a DTG+RPV). Los criterios de exclusión serán únicamente la falta de datos de las variables medidas por no cumplir el tiempo suficiente en tratamiento o no estar disponibles por cualquier causa. Los datos se obtendrán de las historias clínicas de los pacientes, y de los registros de dispensación de pacientes externos de los servicios de farmacia.

RESULTADOS

Se encontraron un total de 71 pacientes actualmente en tratamiento. 27 no se incluyeron en el estudio por cumplir los criterios de exclusión (tiempo insuficiente de tratamiento o falta de datos). El resto de pacientes, 44, fueron incluidos en el estudio. La edad media fue de 52 años, y 30/44 (68%), hombres.

Con respecto al tratamiento previo, 26/44(59,0%), estaban tratados con RPV+DTG por separado, 9/44(20,5%) estaban, además de RPV+DTG con lamivudina o abacavir (uno de ellos además con darunavir y ritonavir, 6/44(13,6%) con triple terapia basada en inhibidores de la integrasa junto a dos inhibidores análogos de la retrotranscriptasa, 1/44(2,2%) provenía de otra biterapia de inhibidor de la integrasa (raltegravir) con lamivudina, y de 2/44(4,6%), se desconoce el tratamiento previo.

En cuanto a la carga viral inicial, el 100% de los pacientes estaban indetectables (< 20 copias/ml) previo al cambio, con una mediana de 743 cel/ml (252-1787) linfocitos T-CD4. A los tres meses de iniciar el tratamiento, se obtuvieron datos de 25 pacientes, la CV de 24/25(96%) se mantuvo indetectable, con una mediana de linfocitos CD4 de 550 cel/ml (297-1187). Un paciente tuvo un repunte viral con 54 copias/ml. Se obtuvieron datos de seguimiento a seis meses de 24 pacientes. En estos, la CV se mantuvo indetectable en 21/24(87,5%), con una mediana de linfocitos CD4 720cel/ml (261-1435). De los 3 pacientes que no resultaron con CV indetectable, dos de ellos fueron considerados repuntes virales "blips" (35 y 32 copias/ml), y uno de ellos fracaso virológico (468 copias/ml), con lo que se inició un rescate con triple terapia.

CONCLUSIONES

El switch a un coformulado de DTG+RPV parece ser una opción segura de tratamiento en pacientes con CV indetectable en pacientes que toman estos fármacos por separado (asociados o no a otros fármacos), así como una buena opción de simplificación del tratamiento en pacientes con triple terapia antiretroviral.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1549. FACTORES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH+ EN FUNCIÓN DE SU ÍNDICE DE COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA.

AUTORES

CONTRERAS MACÍAS E, LAO DOMINGUEZ FA, MORILLO VERDUGO R, GUTIERREZ PIZARRAYA A
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. AVDA. BELLAVISTA S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Determinar si existe correlación entre el índice de complejidad farmacoterapéutica (IC) y la calidad de vida (QoL) en pacientes VIH+ evaluados mediante el cuestionario EuroQoL-5D (EQ-5D).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, unicéntrico y transversal donde se incluyeron pacientes VIH+ en tratamiento antirretroviral (TAR) que acudieron a consultas externas de Atención Farmacéutica mediante metodología CMO entre 1 Enero 2020 - 15 Marzo 2020. Se recogieron variables demográficas: sexo y edad; clínicas: carga viral, niveles de linfocitos-CD4, comorbilidad y patrón de comorbilidad; farmacoterapéuticas: TAR, medicación concomitante y polifarmacia (si/no); de atención farmacéutica: IC medido mediante la herramienta "Medical Regimen Complexity Index", definiéndose paciente complejo aquel que presenta un valor > 11.25 (Rev Esp Quimioter. 2019; 32(5):458-64) y calidad de vida medida mediante la herramienta EQ-5D con la escala de 0-100. Los datos se obtuvieron de la historia clínica, programa de receta electrónica y programa de dispensación de pacientes externos. La prueba ANOVA-unidireccional y Bonferroni se utilizaron para determinar si existe relación entre QoL-comorbilidad y el efecto del patrón de comorbilidad en la QoL. Para analizar la existencia de correlación entre IC y QoL se realizó el cálculo del coeficiente de correlación de Spearman con el programa SPSS® V25.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 428 pacientes, 82.2% hombres, con una edad media de 49 (\pm 11) años. Un 90.4% de los pacientes presentaban carga viral indetectable y el 97.7% niveles de linfocitos-CD4 > 200 células/ μ L. El 55.1% de los pacientes presentaban comorbilidades. El promedio de medicación concomitante que tomaban los pacientes era de 4 fármacos, donde 25.9% presentaban polifarmacia. El tipo de TAR más prescrito en los pacientes (56.0%) estaba constituido por dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogo junto a un inhibidor de la integrasa. Respecto a los datos sobre IC y QoL sus valores medios fueron de 6.9 (\pm 5.5) y 76.1 (\pm 19.8) respectivamente. Según el nivel de estratificación, el 85.9% de los pacientes eran nivel 3, 10.1% nivel 2 y 4.0% nivel 1. El valor de IC fue mayor para los pacientes estratificados como nivel 1 (10.5 \pm 8.9), respecto al nivel 2 (9.2 \pm 5.9) y nivel 3 (4.7 \pm 4.8). El 19.4% de la población eran considerados como pacientes complejos al presentar IC > 11.25. Los datos sobre QoL medidos mediante EQ-5D fue superior para los pacientes estratificados como nivel 3 (74.6 \pm 18.7) en comparación con nivel 1 (66.4 \pm 27.3) y nivel 2 (59.4 \pm 22.8). La prueba ANOVA mostró la relación entre comorbilidad y QoL, siendo estadísticamente significativa en los patrones geriátrico-depresivo ($p=0.003$) y mecánico-tiroideo ($p=0.002$). Al aplicar la prueba Rho de Spearman, se observó la existencia de una correlación moderada entre IC y QoL ($r = -0.147$; $p = 0.0002$).

CONCLUSIONES

La correlación existente entre IC y QoL pone de manifiesto como la complejidad del tratamiento prescrito a los pacientes tiene un impacto negativo en la calidad de vida percibida por los mismos. Un modelo de atención farmacéutica individualizada junto a estrategias de optimización farmacoterapéutica son fundamentales para una búsqueda de la mejora en la calidad de vida de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)**1588. RESULTADOS EN SALUD DE LA BITERAPIA CON DOLUTEGRAVIR Y LAMIVUDINA EN PACIENTES VIH EN LA PRÁCTICA CLÍNICA****AUTORES**

BRICEÑO CASADO MDP, GIL SIERRA MD, RÍOS SÁNCHEZ E, BARREIRO FERNANDEZ EM, GARCIA DE PAREDES ESTEBAN JC

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CRTA. NACIONAL IV, KM.665. SEVILLA

OBJETIVOS

La biterapia con dolutegravir y lamivudina (DTG+3TC) se utiliza como estrategia de simplificación para pacientes con infección por VIH con supresión virológica mantenida. Esta combinación podría disminuir la exposición acumulativa y la toxicidad a largo plazo asociada al tratamiento antirretroviral (TAR). El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de la combinación DTG+3TC en pacientes con infección por VIH en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes tratados con DTG+3TC entre el 01/01/2016 y el 01/10/2019, durante al menos 6 meses. Se utilizaron la historia clínica electrónica (Diraya®) y el programa de prescripción electrónica Farmatools® para registrar: sexo, edad, duración del tratamiento con DTG+3TC, duración total del TAR, terapia previa y motivo del cambio. La efectividad se evaluó mediante la respuesta virológica (RV = menos de 50 copias/ml de carga viral plasmática), recuento de células CD4 (RCD4) y relación CD4/CD8, medidas a las 24 y 48 semanas. Los pacientes que no respondieron en una semana fueron considerados no respondedores en las siguientes. La seguridad se evaluó de acuerdo con los eventos adversos (EA) y discontinuaciones del tratamiento.

RESULTADOS

Durante el período de estudio, se incluyeron 41 pacientes: 26 (63%) hombres y 15 (37%) mujeres. La edad media fue de 51 (26-71) años. La duración media del tratamiento con DTG+3TC fue de 17 (6-45) meses, y el total del TAR 89 (12-114) meses. El tratamiento previo consistió en: triple terapia con 2 inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIAN) + 1 inhibidor de integrasa (INI) en 23 (57%) pacientes, 2 ITIAN + 1 inhibidor de transcriptasa inversa no nucleósido (ITINN) en 10 (24%); biterapia con ITIAN + Inhibidor de proteasa (IP) en 5 (12%) y ITINN+INI en 1 (2%); monoterapia con IP en 2 (5%). El motivo para cambiar a la combinación DTG+3TC fue: simplificación en 17 (41%) pacientes, todos procedentes de triple terapia; EA del tratamiento previo en 24 (59%), de los cuales 17 procedían de triple terapia, 5

de biterapia y 2 de monoterapia. Dieciséis pacientes no alcanzaron 48 semanas de duración de tratamiento (en 2 de ellos la biterapia se suspendió después de 24 semanas por falta de efectividad). Resultados de efectividad: basal (n=41 pacientes): RV=100% (41 pacientes), RCD4=730 (rango 276-1636), CD4/CD8 < 1 =54% (22 pacientes), CD4/CD8 ≥1 =46% (19 pacientes); semana 24 (n=41): RV=95% (39 pacientes), RCD4=751 (350-1667), CD4/CD8 < 1 =54% (22 pacientes), CD4/CD8 ≥1 =46% (19 pacientes); semana 48 (n=27): RV=89%(24 pacientes), RCD4=786 (310-2009), CD4/CD8 < 1 =44% (11 pacientes), CD4/CD8 ≥1=56% (14 pacientes). Se registraron EA en 13 (32%) pacientes: artralgia (n=3), proteinuria (n=3), infecciones genitourinarias (n=2), infección respiratoria (n=2), insomnio (n=1), hipertransaminasemia (n=1), hiperlipemia (n=1), diarrea (n=1), vómitos (n=1) y fatiga (n=1). Se produjo retirada del tratamiento por EA (insomnio) en un paciente después de la semana 24.

CONCLUSIONES

La biterapia con DTG+3TC fue efectiva en la mayoría de los casos, con mantenimiento de la RV y un aumento del recuento de CD4 y la relación CD4/CD8 hasta la semana 48. La tolerancia fue adecuada, con solo una discontinuación de tratamiento debido a EA.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1602. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS MEDIANTE EL USO DE INDICADORES DE CONSUMO.

AUTORES

MURGADELLA SANCHO A, COLOMA CONDE A, PUEBLA VILLAESCUSA A, LOSA LOPEZ L, GRACIA GARCIA B, HIDALGO ALBERT E

HOSPITAL MOISÉS BROGGI. AVDA JACINT VERDAGUER 90. BARCELONA

OBJETIVOS

Recientemente se ha publicado un documento de consenso que establece unos indicadores de uso de antimicrobianos basados en el consumo para describir aspectos de calidad en el uso de estos fármacos.

El objetivo de este estudio es analizar el impacto del PROA (programa de optimización de antimicrobianos), recientemente creado en nuestro centro, mediante el análisis de la evolución de algunos de estos indicadores seleccionados por el equipo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuasi experimental realizado en un hospital comarcal de segundo nivel (380 camas). Periodo pre-intervención: marzo-diciembre 2018. Periodo post-intervención: marzo-diciembre 2019. La intervención PROA se realizó a nivel de toda hospitalización (excluida UCI). De los 13 indicadores propuestos en la publicación, se analizaron 7 en el periodo pre y post-intervención.

a) Indicadores con relación inversamente proporcional a la buena práctica:

- CGA: Consumo global de antibacterianos (DDD*/100 estancias (E)).
- CC: Consumo de carbapenémicos (DDD/100E)
- CFQ: Consumo de fluorquinolonas (DDD/100E)

*DDD: dosis diaria definida.

b) Indicadores con relación directamente proporcional a la buena práctica:

- Ratio anti-SAMS/anti-SAMR: Cociente agentes frente a S.aureus metilicil sensible/ agentes frente a S.aureus metilicil resistente (Numerador: Suma de DDD/100E de cloxacilina y cefazolina. Denominador: Suma de DDD/100E de glucopéptidos, daptomicina, linezolid, tedizolid, dalbavancina y ceftarolina).
- Ratio A/AC: Cociente amoxicilina / amoxicilina-clavulánico (Numerador: DDD/100E de amoxicilina Denominador: DDD/100E de amoxicilina-clavulánico)
- Ratio AC/PT: Cociente amoxicilina-clavulánico / piperacilina-tazobactam (Numerador: DDD/100E de amoxicilina-clavulánico i.v. Denominador: DDD/100E de piperacilina-tazobactam)
- Ratio TS: Ratio terapia secuencial (Numerador: suma DDD/100E de amoxicilina-clavulánico, macrólidos, quinolonas, oxazolidindionas y azoles orales. Denominador: Suma DDD/100E de amoxicilina-clavulánico, macrólidos, quinolonas, oxazolidindionas y azoles vía parenteral)

Para el análisis de los datos se utilizó el programa Excel 2010®

RESULTADOS

Indicadores de relación inversa con la buena práctica (pre y post-intervención, respectivamente) :

- CGA: Se pasó de 65,31 a 61,31 DDD/100 estancias. Reducción del 6,2 %
- CC: Se pasó de 11,75 a 9,71 DDD/100 estancias. Reducción del 17,4%
- CFQ: Se pasó 10,06 a 9,73 DDD/100 estancias. Reducción del 3,3%.

Indicadores de relación directa con la buena práctica clínica (pre y post-intervención, respectivamente):

- Ratio anti-SAMS/anti-SAMR: Se pasó de 0,90 a 0,89. Reducción del 1,1%
- Ratio A/AC: Se pasó de 0,08 a 0,12 . Incremento del 50,0 %.

- Ratio AC/PT: Se pasó de 1,02 a 1,25. Incremento del 22,5%
- Ratio TS: Se pasó de 1,18 a 1,45. Incremento del 23,0%

CONCLUSIONES

- La intervención del PROA redujo el consumo antimicrobiano y mejoró la calidad de la prescripción antibiótica. Esto se reflejó en la mejora de todos los indicadores de consumo, desescalaje y terapia secuencial analizados.
- Uno de los indicadores que más se modificó fue el ratio A/AC, probablemente relacionado con la recomendación PROA de no añadir cobertura con clavulánico en infecciones respiratorias por *Streptococcus pneumoniae*.
- El único indicador que no mejoró desde la implementación del PROA fue la Ratio anti-SAMS/anti-SAMR. Probablemente se deba a la política de nuestro centro de utilizar biterapia con cloxacilina más otro antibiótico antiestafilocócico durante los primeros 5 días de las bacteriemias por *Staphylococcus aureus*.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1604. ANÁLISIS DE USO Y EFECTIVIDAD DEL ANTIBIÓTICO RESTRINGIDO CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM

AUTORES

PARIENTE JUNQUERA A, FERNANDEZ PEÑA S, ALVAREZ GRANDE B, QUEIPO GARCIA E, PRIETO ALBA F, ENRIQUEZ OLIVAR L, SANCHEZ SANCHEZ T
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. AVD. RAMÓN Y CAJAL, 3. VALLADOLID

OBJETIVOS

Evaluar el uso del antibiótico restringido Ceftazidima/Avibactam (Ceft/Avi) en un hospital de tercer nivel y analizar la efectividad del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo, realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes que recibieron tratamiento con Ceft/Avi en el periodo comprendido entre septiembre de 2019 y febrero de 2020. Los datos se han obtenido del programa Gestión de Pacientes Unidos de Farmatools® y de la historia electrónica del hospital.

Se recogieron variables demográficas (fecha de nacimiento, sexo), analíticas (aclaramiento renal), microorganismo causante de la infección, tipo de tratamiento (empírico/dirigido), antibioterapia concomitante, tratamiento previo, localización de la infección, posología y duración del tratamiento, tiempo desde el ingreso hasta la infección, y resolución clínica del cuadro. Además, se calculó el índice de comorbilidad de Charlson para valorar el estado clínico de los pacientes al inicio del tratamiento.

Se registraron los datos en una base diseñada a tal efecto. Para las variables cuantitativas se realizó un análisis descriptivo de las medidas de tendencia central y de dispersión, y para variables cualitativas frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes, 90%(18) varones, con una media de edad de 67,4(± 11,2) años. La media del índice de Charlson fue de 4,3(±1,8).

En el 70 %(14) de los casos el tratamiento fue dirigido y en el 30%(6) empírico. En los pacientes en los que se usó de forma dirigida, el microorganismo implicado fue en el 57,1%(8) de los casos *Pseudomonas aeruginosa*, en el 35,7%(5) *Klebsiella pneumoniae* productor de carbapenemasa OXA-48 y en el 7,1%(1) *Klebsiella aerogenes* productor de carbapenemasas. El lugar de la infección fue en el 55%(11) tracto respiratorio, 10%(2) infecciones intrabdominales, 10%(2) tracto urinario, 10%(2) bacteremia y 15%(3) otros.

La mediana de duración del tratamiento fue de 14 días (rango 2-49). El tiempo desde el ingreso hasta inicio de tratamiento antibiótico fue de mediana 19,5 (rango (0-93)). En el 83,3%(5) pacientes en los que se usó de forma empírica ya habían fracasado a carbapenémicos.

Ceft/Avi se utilizó en el 55%(11) de los casos en monoterapia. En el 70%(14) de los casos se produjo resolución clínica del cuadro, el 15%(3) requirieron cambio de tratamiento, y el 5%(3) fallecieron.

CONCLUSIONES

Ceft/Avi es un antibiótico de uso restringido en nuestro hospital. Se usa principalmente de forma dirigida y para microorganismo multiresistentes, siendo *P. aeruginosa* y *Klebsiella pneumoniae* los microorganismos más prevalentes.

En los pacientes en los que se usó Ceft/Avi de manera empírica, la mayoría ya habían fracasado previamente a carbapenémicos, lo que nos indica que se hace un uso racional de este antibiótico. El servicio de farmacia revisa que todas las prescripciones estén justificadas y ajustadas a función renal (fue necesario ajuste de dosis en más de un tercio de los pacientes).

En más de la mitad de los casos se usó para infecciones del tracto respiratorio y en monoterapia.

La mayor parte de los pacientes tenían comorbilidad alta (Charlson > 3), aun así, en la mayoría de los casos se logró resolución clínica. Todos los pacientes fallecidos tenían índice de comorbilidad elevado.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1606. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES

GUISADO GIL AB, HERRERA HIDALGO L, GIL NAVARRO MV, CRESPO RIVAS JC, GALVÁ BORRÁS MI, CAÑIZARES HUARTE-MENDICOA J, CISNEROS HERREROS JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. AVENIDA MANUEL SIUROT S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Describir el consumo de antimicrobianos en un centro sociosanitario público y comparar sus resultados con los del distrito de atención primaria del área sanitaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo realizado en el contexto del estudio PROA-SENIOR, proyecto multicéntrico que estudia el impacto de la implantación de un Programa de Optimización del uso de los Antimicrobianos (PROA) en los centros sociosanitarios. El indicador de consumo en el centro sociosanitario fue DDD de antimicrobianos (J01+J02)/1000 residentes/día (DRD). En atención primaria DDD/1000 tarjetas individuales sanitarias (TIS)/día dispensadas en receta oficial del Sistema Nacional de Salud (DTD). Se recogieron los datos de 12 meses (julio 2018-junio 2019) y se agruparon por trimestres (T).

RESULTADOS

En el centro sociosanitario, la mediana de residentes en el periodo fue 160 (rango intercuartílico 159-161). Los datos de consumo fueron:

- DRD global: 22,6 (3ºT 2018), 20,8 (4ºT 2018), 33,8 (1ºT 2019), 25,2 (2ºT 2019).
- DRD amoxicilina-clavulánico: 3,0 (3ºT 2018), 4,4 (4ºT 2018), 10,5 (1ºT 2019), 3,2 (2ºT 2019).
- DRD amoxicilina: 0,3 (3ºT 2018), 1,4 (4ºT 2018), 0,9 (1ºT 2019), 0,3 (2ºT 2019).
- DRD quinolonas: 9,2 (3ºT 2018), 3,9 (4ºT 2018), 7,0 (1ºT 2019), 2,9 (2ºT 2019).
- DRD azitromicina: 2,9 (3ºT 2018), 7,3 (4ºT 2018), 5,9 (1ºT 2019), 5,6 (2ºT 2019).
- DRD fosfomicina-trometamol: 0,9 (3ºT 2018), 1,3 (4ºT 2018), 3,0 (1ºT 2019), 2,1 (2ºT 2019).

En el mismo periodo, en el distrito de atención primaria fueron:

- DTD global: 9,6 (3ºT 2018), 20,7 (4ºT 2018), 13,0 (1ºT 2019), 10,3 (2ºT 2019).
- DTD amoxicilina-clavulánico: 3,1 (3ºT 2018), 6,2 (4ºT 2018), 3,1 (1ºT 2019), 2,6 (2ºT 2019).
- DTD amoxicilina: 3,4 (3ºT 2018), 8,1 (4ºT 2018), 4,7 (1ºT 2019), 3,6 (2ºT 2019).
- DTD quinolonas: 0,7 (3ºT 2018), 1,4 (4ºT 2018), 1,2 (1ºT 2019), 0,9 (2ºT 2019).
- DTD azitromicina: 0,5 (3ºT 2018), 1,5 (4ºT 2018), 1,3 (1ºT 2019), 0,9 (2ºT 2019).
- DTD fosfomicina-trometamol: 0,3 (3ºT 2018), 0,5 (4ºT 2018), 0,3 (1ºT 2019), 0,3 (2ºT 2019).

CONCLUSIONES

El consumo global de antimicrobianos en el centro sociosanitario es elevado (de media 2,1 veces superior) comparado con el de atención primaria. Se observa un amplio margen de mejora en cuanto a la reducción del alto consumo de quinolonas y azitromicina, y el incremento del consumo de antibióticos de menor impacto ecológico y mejor perfil de seguridad como amoxicilina.

Este estudio ha permitido identificar posibles intervenciones y sugiere que con la implantación de un PROA en estos centros se obtendría un beneficio significativo.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1612. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES DIAGNÓSTICAS EN LA NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI.

AUTORES

CANTARELLI . L, GARCIA GIL S, GONZALEZ GARCÍA J, LUCAS ALVAREZ D, DEL ROSARIO GARCÍA B, GUTIERREZ NICOLAS F, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Tras la sospecha diagnóstica de neumonía por pneumocystis jirovecii (NPJ) en pacientes de riesgo, las guías de manejo clínico recomiendan la confirmación microbiológica de la presencia del patógeno para continuar con el tratamiento debido a la no especificidad de las imágenes y signos clínicos de la patología, además de la inherente toxicidad de los tratamientos utilizados. Así pues, el objetivo principal del presente estudio ha sido evaluar el porcentaje de adecuación a las recomendaciones diagnósticas de la NPJ en pacientes tratados con pentamidina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico y retrospectivo, de 10 años de duración (enero 2010-enero 2020), en el cual fueron incluidos todos los pacientes que recibieron tratamiento con pentamidina intravenosa (IV) en un hospital de referencia. Se recogieron las siguientes variables clínicas y demográficas: edad, sexo, enfermedad de base, duración del ingreso hospitalario, duración del tratamiento con pentamidina, ingreso en UVI, mortalidad y tratamiento previo con cotrimoxazol. Se determinó la presencia/ausencia de un diagnóstico confirmatorio de NPJ mediante: realización de citología, cultivo microbiológico y/o inmunofluorescencia (IFD). Se registró, además, el tipo de muestra microbiológica recogida: muestra de lavado broncoalveolar (BAL), esputo inducido o biopsia.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, un total de 22 pacientes con NPJ fueron tratados con pentamidina IV (72% hombres (n=16); edad media: 64,2 años [27-85]). El 36,4% (n=8) presentaron patologías hematológicas, el 27,3% (n=6) VIH, y el 36,4% (n=8) otras. La media de duración de estancia hospitalaria fue de 31,6 días. El 45,5% (n=10) ingresó en UVI. El 50% (n=11) de los pacientes fallecieron durante el ingreso. La media de duración de tratamiento con pentamidina fue de 10,9 días [1-50]. El 72,7% de los pacientes (n=16) fueron tratados previamente con cotrimoxazol. En el 41% de los casos (n=9) se efectuó la toma de una muestra microbiológica: 88,9% BAL (n=8) y 11,1% esputo inducido (n=1). Se realizó en todos ellos una posterior prueba de IFD. Adicionalmente, en 2 pacientes (22,2%) se realizó una citología y en otros 2 casos

(22,2%) un cultivo microbiológico. De los 9 pacientes con las pruebas realizadas, 1 de ellos dio negativo a IFD y cultivo. En el 59% restante de los casos, la pentamidina se administró de forma empírica, no llevándose a cabo la toma de muestra microbiológica previo o post-inicio del tratamiento.

CONCLUSIONES

El estudio realizado muestra como en el 60% de los pacientes tratados con pentamidina IV, el tratamiento se instaura y mantiene de manera empírica, no siguiendo las recomendaciones de las principales guías de manejo clínico en cuanto a confirmación diagnóstica del patógeno. Además, el presente trabajo evidencia como el BAL es la muestra más utilizada, tal y como también recomiendan las guías. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de una mayor implicación por parte del farmacéutico a la hora de la validación del tratamiento de la neumonía por pneumocystis, recomendando, llevar a cabo la realización de las pruebas confirmatorias, para establecer un adecuado manejo del paciente.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1621. MEJORA DE INDICADORES TRAS UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS COORDINADO POR EL FARMACÉUTICO

AUTORES

CANTUDO CUENCA MR, ANTEQUERA MARTIN-PORTUGUES I, MUÑOZ CEJUDO BM, MORA MORA MA, MARTINEZ DE LA PLATA JE
HOSPITAL SAN AGUSTÍN (AGS NORTE DE JAÉN). AVENIDA DE SAN CRISTOBAL S/N. JAÉN

OBJETIVOS

Los programas de optimización de antimicrobianos (PROA) tienen como objetivo mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infecciones, minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos, incluyendo las resistencias, y garantizar la utilización de tratamientos coste-eficaces. Las guías recomiendan un equipo multidisciplinar, sin embargo, muchos hospitales no cuentan con médicos dedicados a las enfermedades infecciosas.

El objetivo es analizar los indicadores de uso hospitalario de antimicrobianos basados en el consumo¹ tras implantar un PROA coordinado por un farmacéutico en un hospital sin servicio de enfermedades infecciosas.

1Gutiérrez-Urbón JM, Gil-Navarro MV, Moreno-Ramos F, et al. Indicadores del uso hospitalario de antimicrobianos basados en el consumo. Farm Hosp.2019;43(3):94-100.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la implantación del PROA, iniciado el 1-enero-2019, en un hospital de 204 camas:

- Se formó un equipo multidisciplinar formado por: director médico, preventivista, internista, farmacéutico, microbiólogo e intensivista.
- Se presentó el programa a médicos y enfermeros del hospital mediante sesiones presenciales.
- Se revisaron los protocolos de profilaxis quirúrgica y tratamiento empírico de infecciones desarrollándose una guía con recomendaciones locales.
- Se realizaron sesiones en distintos servicios sobre diferentes patologías infecciosas y se proporcionó información sobre los indicadores de consumo de antimicrobianos.

Además, el farmacéutico revisó diariamente todas las prescripciones de antimicrobianos de los pacientes hospitalizados a través del programa de prescripción electrónica seleccionando aquellas con duración > 7 días, antibioterapia de amplio espectro/restringida y combinaciones redundantes. Se llevaron a cabo recomendaciones a los médicos relacionadas con: toma de muestras microbiológicas, optimización de dosis, terapia secuencial, cambio del antimicrobiano prescrito sin cultivo y según datos microbiológicos, suspensión del tratamiento completo o de alguno de los antimicrobianos utilizados en régimen combinado, interacciones y alergias.

Para analizar los indicadores se comparó el consumo medido en dosis diaria definida (DDD)/1000estancias en dos períodos consecutivos de 12 meses cada uno: período pre-intervención (2018) y período de intervención (2019).

RESULTADOS

Se emitieron 449 recomendaciones. El consumo global de antimicrobianos se redujo de 876.3 DDD/1000estancias en 2018 a 699.6 DDD/1000estancias en 2019 (20.2%); $p < 0,05$. El consumo global de antifúngicos sistémicos se redujo de 31.9 a 23.4 DDD/1000estancias (26.7%); $p < 0,05$. También hubo una reducción significativa en el consumo de carbapenémicos, 48.2% (65.8 vs. 34.1 DDD/1000estancias; $p < 0,05$); al igual que de fluoroquinolonas: 44.1% (192.7 vs. 107.9 DDD/1000estancias). No hubo consumo de nuevos betalactámicos durante los períodos de estudio.

El indicador de terapia secuencial (ratio DDD/1000 estancias de amoxicilina-clavulánico, macrólidos, quinolonas, oxazolidinonas, y azoles por vía oral frente vía parenteral) se ha incrementado, de 0.62 a 0.84. Al igual que el indicador anterior, el ratio agentes anti-S.aureus meticilin-sensible/agentes anti-S.aureus meticilin-resistente, también mejoró, de 1.61 a 3.17. El ratio amoxicilina/amoxicilina-clavulánico, aumentó de 0.18 en 2018 a 0.32 en el año siguiente. El ratio amoxicilina-clavulánico/piperacilina-tazobactam se incrementó de 2.85 a 3.45. No hubo diferencias significativas en el resto de indicadores.

CONCLUSIONES

El PROA ha logrado una mejora de los indicadores de antimicrobianos basados en el consumo, especialmente carbapenémicos y fluoroquinolonas. El farmacéutico es un profesional importante en el equipo multidisciplinar de los PROA, pudiendo ser el coordinador del programa.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)**1623. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS****AUTORES**

CANTUDO CUENCA MR, MUÑOZ CEJUDO BM, DANI BEN ABDEL-LAH L, MORA MORA MA, MARTINEZ DE LA PLATA JE
HOSPITAL SAN AGUSTÍN (AGS NORTE DE JAÉN). AVENIDA DE SAN CRISTOBAL S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS

El uso generalizado de antimicrobianos se ha identificado como una importante amenaza para la salud pública debido a la aparición de bacterias resistentes a éstos. Estos medicamentos se encuentran entre los más prescritos en centros sociosanitarios (CSS), considerándose su prescripción en muchos casos inapropiada. El objetivo es analizar las características de la prescripción de antimicrobianos en pacientes institucionalizados en CSS y su adecuación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo llevado a cabo desde el 1-julio- 2019 al 31-diciembre-2019 en un CSS de 264 camas. Se incluyeron todos los pacientes institucionalizados con uno o más antimicrobianos prescritos. Las variables recogidas mediante revisión de la historia clínica y el programa de prescripción electrónica fueron: características demográficas y clínicas, factores de riesgo de infección (FRI), médico prescriptor, indicación, antimicrobiano prescrito, tipo de infección, datos microbiológicos.

La terapia antimicrobiana se consideró inadecuada si se cumplía alguno de estos criterios: 1)no indicación de tratamiento; 2)no cumplimiento de guías/protocolos; 3)dosis inadecuada 4)duración inadecuada; 5)no toma de muestras microbiológicas cuando estaba indicado; 6)no ajuste del tratamiento según resultados microbiológicos.

RESULTADOS

Se incluyeron 136 prescripciones de antimicrobianos correspondientes a 74 residentes (69,9% mujeres, edad media:81,9±10,7), siendo el 10,8% alérgicos a algún antimicrobiano. La media del índice de comorbilidad de Charlson ajustado a edad fue: 5,6±1,8. El 90,5% presentó algún FRI (90,5%); media por paciente:2,5±1,5; siendo los FRI más frecuentes: antimicrobianos previos (62,5%), incontinencia urinaria (58,1%), dependencia funcional (51,3%), deterioro cognitivo (50%). El 77,9% fueron tratamientos empíricos, 19,8% dirigidos, 2,3% profilaxis. La mayoría fueron monoterapias antimicrobianas (98,5%); sólo un 8,1% vía intravenosa. Médicos prescriptores: a)CSS (87,5%); b)urgencias (8,1%); c)especialistas hospitalarios, atención primaria u odontólogos (4,4%). Del total de prescripciones, el 23,5% correspondían a amoxicilina/clavulánico, 16,9% quinolonas, 16,2% cefalosporinas, 14% fosfomicina-trometamol, 8,8% cloxacilina. Duración media: 5,4±2,9 días. El 11,8% de las prescripciones se suspendieron de forma temprana, en casi la mitad de los casos (45,5%) por ingreso hospitalario. La infección más frecuente fue la del tracto urinario (36,8%), seguida de la respiratoria (33,8%) y piel y partes blandas (21,3%). Se tomaron muestras microbiológicas en un 29,4% (87,5% de ellas antes de iniciar la antibioterapia): 67,4% urocultivos, 14% exudados, 4,6% esputos. El 76,7% de los cultivos fueron positivos (87,9% infecciones monomicrobianas). Los microorganismos aislados en el 75,7% fueron bacilos gram-negativos, el resto cocos gram-positivos (75% Staphylococcus aureus meticilin-resistente).

La terapia antimicrobiana fue inadecuada en el 46,3% de los casos: 1)14,2%; 2)58,7%; 3)7,9%; 4)4,8%; 5)1,6%; 6)12,7%. Inadecuación según médico prescriptor: a)42%; b)63,6%; c)100%. Inadecuación según tipo de infección: urinaria (3,2%), respiratoria (77,8%), piel y partes blandas (19,4%).

CONCLUSIONES

El número de prescripciones de antimicrobianos inadecuadas es elevado, siendo la causa principal el no cumplimiento de guías/protocolos. La inadecuación de la terapia antimicrobiana es mayor en los casos en los que el médico prescriptor es externo al CSS, así como en las prescripciones para infecciones respiratorias. Con el fin de mejorar la adecuación se han realizado sesiones de formación y asesorías clínicas de todos los tratamiento inadecuados.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)**1642. POLIFARMACIA , COMORIBILIDADES Y RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES VIH****AUTORES**

MERCADAL ORFILA G, FONT LOPEZ J, PONS STOGER M, BLASCO MASCARO I, ROMERO DEL BARCO R, LIÑANA GRANELL C, MORAL GOMEZ F, SALVADOR GARCIA AI
HOSPITAL MATEU ORFILA. RONDA DE MALBUGER, 1. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Evaluar y analizar la polifarmacia, comorbilidad y carga anticolinérgica en una cohorte de pacientes VIH

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo, en el que se revisaron los tratamientos de todos los pacientes con VIH

Las variables estudiadas fueron edad, sexo, índice masa corporal(IMC) comorbilidades, año de diagnóstico, vía de transmisión del VIH, CD4, carga viral(CV) , estadio, coinfección con el VHC y/o VHB, tratamiento antirretroviral (TAR) pautados, número de fármacos prescritos de manera crónica, número de fármacos anticolinérgicos, medición de la carga anticolinérgica con la calculador DBI (Drug Burden Index) , interacciones farmacológicas y consumo de drogas de abuso.

Para la recogida de datos se utilizó el programa de historia clínica electrónica HP HCIS, receta electrónica y análisis de datos con SPSS v 26

RESULTADOS

Se reclutaron 146 pacientes, diagnosticados de media hacía 20,3 años(6 meses-39,3 años), 62,3 % hombres, edad media 54,27 años(21-88) , IMC medio 23,02 (16,18-34,72), 7,3 principios activos no TAR de media (0-20) , 5,4 (0-18) medicamentos no TAR de media(0-20) , 32,9 % coinfectados VHC, 2,7 % coinfectados con VHB+VHC, 32,2 % ex adictos a drogas vía parenteral, 11 % vía homosexual, 16,4 % vía heterosexual.

El 85,6% iban con triple terapia antirretroviral. El 73,3% llevaban 2 análogos con un inhibidor de proteasas o con un inhibidor de integrasa.

El 94,5% CV indetectable, con CD4 medio 720,75 (91-2389), el 67,1% estadios entre A1-B3, 84,2% pacientes ampliamente pretratados

El 45,9% presentaba alguna potencial interacción:

19 interacciones TAR-TAR , 104 interacciones TAR-NO TAR, 93 interacciones NO TAR-NO TAR. El 5,5 % eran interacciones catalogadas como “Amplia evidencia. Evitar”, y el 68% “ Evidencia menor. Precaución”

El 91,8% presentaba o han presentado alguna comorbilidad: 63,7% daño renal , 50,7% dislipemia, 47,9 % osteoporosis,21,9 % hipertensión, 21,9% enfermedad mental, 17,1 % cáncer, 4,8 % diabetes, 4,8 % han presentado algún evento cardiovascular,

A nivel de drogas, el 48,6 % eran fumadores y el 10,3 % son consumidores de drogas de abuso.

En cuanto al análisis de la carga anticolinérgica según el DBI, el 15,8 % presentaba un riesgo alto, el 10,3 % riesgo medio

Los principales fármacos implicados en la carga anticolinérgica fueron: venlafaxina (1,8%) , trazodona(1,8%) , quetiapina (1,8%), tramadol (1,8%) , amitriptilina(2,1%), , mirtazapina(2,1%) , diazepam (4,1%), pregabalina (4,2%) , alprazolam (4,8%), Lorazepam (13,1% %).

El análisis multivariable por medio de regresión con modelado lineal automático mostró por orden que los factores que más influyeron, y de forma estadísticamente significativa fueron número de principios activos (importancia del predictor(IP) : 0,46), presencia de enfermedad mental(IP : 0,24) , número de medicamentos (IP: 0,19) y la edad (IP :0, 11)

CONCLUSIONES

EL VIH se ha cronificado , y por consiguiente hay mayor prevalencia de comorbilidades, de número de fármacos no relacionados con el VIH, que en nuestra serie implica hasta un 45,9 % de interacciones potenciales, así como una media o alta carga anticolinérgica de hasta el 26,1 % en nuestra serie .

Debemos fomentar estrategias de revisión, trabajo multidisciplinar y desprescripción farmacológica.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1666. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE VIH POR MEDIO DEL CUESTIONARIO “HIV SYM-POTMS DISTRESS MODULE”

AUTORES

MERCADAL ORFILA G, FONT LOPEZ J, PONS STOGER M, LIÑANA GRANELL C, ROMERO DEL BARCO R, BLASCO MASCARO I, MORAL GOMEZ F, SALVADOR GARCIA AI
HOSPITAL MATEU ORFILA. RONDA DE MALBUGER, 1. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Los PROs(patient reported outcomes) son una herramienta fundamental en la evaluación global de los pacientes.

En VIH , el cuestionario HIV-SI(HIV symptoms distress module), nos permite evaluar los signos y síntomas que les afectan. El objetivo fue evaluar el estado de los pacientes en tratamiento antirretroviral(TAR) y comparar si había diferencias entre los diferentes regímenes .

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, en el que se recogieron datos demográficos,clínicos,farmacológicos, y se pasó el cuestionario HIV-SI.

Para la recogida de datos, se utilizó el programa de historia clínica electrónica HP-HCIS y se les pasó el cuestionario HIV-SI. Cabe destacar que parte del estudio ha sido realizado durante la pandemia del COVID-19, lo cual puede afectar algunos síntomas evaluados.

Se realizó el análisis de datos con SPSSv26.

RESULTADOS

Finalmente accedieron a contestar la el cuestionario HIV-SI, 76 de 110 pacientes interrogados.

La muestra de pacientes, 65,7 % hombres, edad 52,79 años (28-75), IMC medio 24,5 (17,9 -32), 6,25 principios activos no TAR de media (0-20), 5,1 medicamentos no TAR de media (0-18), 28,5 % coinfectados con VHC y/o B, 20 % ex adictos a drogas vía parenteral, 51,4 % transmisión vía sexual

El 85,7 % iban con triple terapia antirretroviral.

El 91,5 % CV indetectable, con CD4 medio 758, 63(91-2389)

El 54,3 % presentaba alguna interacción farmacológica

El 85,7 % presentaba o han presentado alguna comorbilidad: 2,9 % diabetes , 17,1 % enfermedad mental, 22,9 % hipertensión, , 37,1 % osteoporosis, 47,1% dislipemia 55,7 % daño renal.

El 47,2% eran fumadores, 5,5 % consumidores de drogas de abuso

Los resultados al cuestionario mostraron , que presentaban alteraciones en mayor o menor grado en cuanto a : náuseas/vómitos (9,21%) , pérdida de apetito (9,26%) , fiebre (15,3 %) , tos o dificultad respiratoria(14,4%) diarreas (17,1%) , cambios apariencia (17,1 %) , mareo (18,42 %) , , dificultad para recordar (26,3%) , dolor/entumecimiento (28,9%) tristeza (30,2%) , cefalea (31,5%) , alteraciones sexuales (32,9%) , fatiga(19,17%) , , ansiedad (35,5%) , debilidad(36,8 %) , dolor abdominal (39,5%), insomnio (40,7%), alteraciones dermatológicas (42,1%), , artromialgias(46,1%) , cambios coporales(50 %) .

En la modelización multivariable por regresión con modelado lineal automático, entraron en los modelos mostrando : Mayor riesgo de alteración sexual, dificultad para recordar y alteración del apetito los inhibidores de la integrasa , menor riesgo de debilidad los inhibidores de la proteasa y mayor insomnio los no análogos.

CONCLUSIONES

El índice de síntomas de VIH de 20 ítems es un método completo, corto y comprensible para los pacientes y ha demostrado ser un excelente PRO para seguir y detectar síntomas físicos y mentales que afectan negativamente a los pacientes VIH, permitiendo evaluar con les va afectando la enfermedad, comorbilidad, polimedicación...

En nuestra serie, destacaron especialmente dolor abdominal(39,5%) , insomnio (40,7 %) y alteraciones corporales(50%) .

La modelización multivariable permitió detectar tendencias de mayor /menor riesgo de síntomas según tipo de ART.

La evaluación periódica de este cuestionario nos permite trazar un plan de mejora en la farmacoterapia del paciente VIH, en cooperación con el equipo de Infecciosas .

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1669. ¿AUMENTAN DE PESO LOS PACIENTES VIH QUE INICIAN TRATAMIENTO CON BICTEGRAVIR?

AUTORES

TABERNER BONASTRE P, CANO MARRÓN M, TORRES BONDIA F, ARAGONÉS EROLES A, MORALES PORTILLO A, GILBERT SOTOCA M, NEVOT BLANC M, SCHOENENBERGER ARNAIZ JA
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA. ALCALDE ROVIRA ROURE, 80. LLEIDA

OBJETIVOS

Analizar si el uso de bictegravir (BIC) se relaciona con un aumento de peso en nuestros pacientes. Como objetivo secundario, evaluar su efectividad.

MATERIALES Y MÉTODOS

La unidad de enfermedades infecciosas donde se realizó el estudio cuenta con un equipo multidisciplinar (enfermeras, farmacéuticos, técnico de farmacia y médicas) en un espacio único en el que la relación entre los profesionales sanitarios es fluida y directa.

Se incluyeron pacientes VIH que iniciaron con BIC (mayo-agosto 2019) que tuvieran una visita de seguimiento a los 6 meses de la primera dispensación, analítica y registro de peso. Se excluyó a los pacientes que no mantuvieron tratamiento antirretroviral (TAR) con BIC durante ≥ 6 meses.

Se registraron: datos demográficos, motivo del cambio de TAR para inicio de BIC, peso del paciente y efectividad del tratamiento con carga viral (CV) y CD4. El registro de datos se hizo al inicio y a los 6 meses de estar administrándose el tratamiento con BIC.

Entre los motivos del cambio se registraron las siguientes causas: minimización de costes, interacciones farmacológicas, simplificación del tratamiento (número de comprimidos), efectos adversos, fracaso terapéutico.

La CV se consideró negativa cuando presentaban valores < 30 copias/mL.

Para el registro de datos se consultó la historia clínica informatizada (SAP®) y el programa de prescripción ambulatoria (Silicon®). Las variables cualitativas se describen como porcentaje y se hizo análisis descriptivo; las cuantitativas se describen como media y desviación estándar y se analizó mediante t Student para datos apareados con intervalo de confianza del 95%. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics version 22.0.

RESULTADOS

Iniciaron tratamiento con BIC 67 pacientes de los cuales 18 fueron excluidos. De los 49 pacientes incluidos, el 75,5% eran hombres (37/49) y el 89,8% de raza caucásica (44/49). La mediana de edad de los pacientes era de 45 años (rango 24-72 años). El 91,8% de los pacientes eran pre-tratados (45/49).

En cuanto al TAR previo, 30 pacientes recibían elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamida, 5 darunavir/cobicistat/emtricitabina/tebofovir alafenamida y 10 otras combinaciones. Las causas que motivaron el cambio de tratamiento fueron: 29% minimización de costes, 24% efectos adversos, 24% simplificación del tratamiento, 16% interacciones y 7% fracaso terapéutico.

La media del peso previo al inicio de BIC fue de $76,2 \pm 13,4$ Kg y la media a los 6 meses de estar en tratamiento con BIC de $78,2 \pm 14,1$ Kg considerándose una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

En relación con la efectividad, 38 (77,6%) pacientes tenían carga viral indetectable antes de iniciar BIC y 11 presentaban carga viral positiva. De estos 11, a los 6 meses consiguieron negativizar la CV 6 pacientes (54,5%). La media de CD4 antes y después de iniciar el tratamiento con BIC fue de $666,5 \pm 347,1$ vs $723,5 \pm 390,1$ células/ μ L. La diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,09$) pero se observa un ligero aumento de recuento.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, se relaciona con un incremento del peso de 2,6% el cual es estadísticamente significativo pero con pocas repercusiones clínicas según la evidencia disponible. El tratamiento con BIC/emtricitabina/tenofovir alafenamida consigue excelentes datos de efectividad.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1678. CEFTAROLINA EN COMBINACIÓN CON DAPTOMICINA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES BACTERIÉMICAS POR ESTAFILOCOCOS RESISTENTES A METICILINA

AUTORES

RIBERA PUIG C, BERGAS FARRÉS A, PADULLÉS ZAMORA A, CUERVO REQUENA LG, GRILLO S, ESCRIBIUELA VIDAL F, CÁMARA MAS J, CARRATALÀ FERNÁNDEZ J
HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE. CARRER DE LA FEIXA LLARGA, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Las infecciones bacteriémicas por estafilococos resistentes a meticilina (SRM) son extremadamente graves por la alta mortalidad asociada y las pocas opciones terapéuticas disponibles. La combinación de Ceftarolina con Daptomicina ha mostrado sinergia en estudios in vitro y resultados clínicos favorables en experiencias preliminares con pocos pacientes. Nuestro objetivo es evaluar nuestra experiencia en el uso de la combinación Ceftarolina-Daptomicina para el tratamiento inicial o de rescate de infecciones bacteriémicas graves por SRM.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de una serie de casos de pacientes con bacteriemia por SRM tratados con Ceftarolina en combinación con Daptomicina en un Hospital Universitario de tercer nivel entre enero de 2018 y diciembre de 2019. Solo se incluyeron pacientes que recibieron un mínimo 48 horas de tratamiento combinado. Se registraron las características clínicas, microbiológicas, de tratamiento, evolución y pronóstico. Definimos éxito precoz como un parámetro compuesto de supervivencia, ausencia de bacteriemia y mejoría clínica a los 7 días de tratamiento; y éxito global como supervivencia y ausencia de cultivos positivos en el seguimiento hasta 30 días después de finalizar el tratamiento completo.

RESULTADOS

En el período de estudio se registraron 22 casos que cumplieron los criterios de inclusión. La mayor parte de casos fueron varones (77%) con una mediana de edad 69 años y un índice de Charlson medio de 5.4 (IQR: 4-7.3). Las comorbilidades más frecuentemente encontradas fueron insuficiencia cardíaca (45.5%) y valvulopatía previa (40.9%). Las especies productoras de bacteriemia fueron *Staphylococcus aureus* en 13 casos (59%) y *Staphylococcus epidermidis* en los 9 restantes (41%). Los principales focos de origen de la bacteriemia fueron endocarditis infecciosa (n=8; 36,4%) y bacteriemias secundarias (n=7; 31,8%), entre las que destacan dos casos de mediastinitis (9.1%) y otros dos pacientes con infección de partes blandas con afectación ósea (9.1%). Tres pacientes (14%) presentaban sepsis grave o shock séptico al momento del diagnóstico. La mediana de días de uso de Ceftarolina en combinación con daptomicina fue de 12 días (IQR 6.75-17.5). La combinación se usó como tratamiento inicial en 12 pacientes (54,5%) y como terapia de rescate en 10 (45,5%). Cuatro pacientes (18,2%) presentaron bacteriemia persistente (a las 48h del inicio de la biterapia), todos éstos con infecciones endovasculares (endocarditis sobre válvula aórtica y de marcapasos). Lograron éxito precoz y global 18 pacientes (81,2%). Fallecieron 4 pacientes (18,2%) durante el período de seguimiento, dos en las primeras 72 horas del tratamiento combinado. Los efectos secundarios detectados considerados atribuibles a Ceftarolina fueron toxicidad renal (n=1; 4,5%), plaquetopenia (n=1; 4,5%) y toxicidad neurológica (n=1; 4,5%) mientras que un caso de toxicidad pulmonar (n=1; 4,5%) se consideró en probable relación al uso de Daptomicina.

CONCLUSIONES

La combinación de Ceftarolina y Daptomicina tanto en primera línea como de rescate fue una opción eficaz y segura para el tratamiento de infecciones bacteriémicas graves por SRM.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1680. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA): ANÁLISIS DE INDICADORES BASADOS EN EL CONSUMO

AUTORES

LALLANA SÁINZ E, DOMÍNGUEZ ALARCÓN P, CARMONA ÁLVAREZ MT, GARCÍA RODRÍGUEZ ME, BUENO BLÁZQUEZ A, YAGÜE ÁGUEDA R, JIMÉNEZ MARTÍNEZ IM, TORMO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MONCLOA. AVENIDA VALLADOLID, 83. MADRID

OBJETIVOS

Implantar un equipo PROA para intervenir sobre el uso de antimicrobianos y analizar el impacto de las intervenciones mediante indicadores basados en el consumo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Hospital general de 234 camas y 12 quirófanos generales.

FASE 1: CREACIÓN DEL EQUIPO PROA: nombramiento; asesoramiento externo; formación; desarrollo del programa informático para adaptarlo a las necesidades de intervención. FASE 2: ANÁLISIS DE INDICADORES DE CONSUMO: estudio retrospectivo de intervención cuasi-experimental con evaluación pre-post: se evaluaron los indicadores del uso de antimicrobianos basados en el consumo en fase no-intervención (12 meses) y en fase intervención (9 meses). El programa PROA consistió en un modelo de intervención no restrictivo, con recomendaciones personalizadas no impositivas (terapia secuencial, cambio de antimicrobiano/descalada terapéutica o suspensión de tratamiento antimicrobiano).

Se incluyeron todos los pacientes que generaron estancias en el hospital, excepto ingresos de Medicina Intensiva, Pediatría y Cirugía Pediátrica. Indicadores empleados: paquete de indicadores del uso de antimicrobianos considerando criterios de eficacia, seguridad, repercusión ecológica y coste, que permiten inferir la calidad del uso hospitalario de los antimicrobianos exclusivamente a partir de datos de consumo, fundamentados principalmente en Dosis Diarias Definidas por 100 estancias (JM Gutiérrez-Urbón et al).

RESULTADOS

Se formó e implantó el equipo PROA como órgano estructural y organizativo para la consulta, intervención y vigilancia del uso de antimicrobianos en el hospital. Durante la fase intervención del estudio se realizaron 134 recomendaciones en forma de auditorías no impositivas, relacionadas con la terapia secuencial (12,69%), cambio de antimicrobiano/descalada terapéutica (31,34%) o suspensión de tratamiento antimicrobiano (55,97%); el grado de aceptación de las recomendaciones fue del 67,16% (70,59%, 69,05% y 65,33%, según el tipo de recomendación, respectivamente). Se analizaron 13 indicadores del uso de antimicrobianos basados en el consumo: en 11 de ellos se obtuvo una mejoría en el uso de antimicrobianos en el periodo de intervención del equipo PROA: consumo global de antibacterianos (-2,26%), consumo global de antifúngicos sistémicos (-40,60%), consumo de carbapenémicos (-22,63%), consumo de fluoroquinolonas (-16,52%), ratio macrólidos i.v./fluoroquinolonas respiratorias i.v. (17,49%), ratio metronidazol/carbapenémicos + piperacilina-tazobactam (15,82%), consumo de fosfomicina (69,21%), ratio agentes anti-SASM/agentes anti-SARM (45,14%), ratio amoxicilina-clavulánico/piperacilina-tazobactam (24,38%), diversificación de betalactámicos antipseudomónicos (7,61%), ratio fluconazol/equinocandinas (8,74%). Los indicadores en los que se obtuvo un resultado negativo fueron: terapia secuencial (-8,89%) y ratio amoxicilina/amoxicilina-clavulánico (-4,03%).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el estudio muestran la efectividad del programa PROA en nuestro hospital mediante la evaluación de indicadores basados en el consumo y permiten medir el impacto de las intervenciones realizadas, identificar estrategias más efectivas y priorizar las intervenciones a realizar en el futuro.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1682. SWITCH TERAPÉUTICO DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

AUTORES

GARRETA FONTELLES G, PARDO PASTOR J, CASTELLS LAO G, PEÑA ORTIZ M, MORALES ALVAREZ S, SEBASTIAN CARRASCO C, MECA CASASNOVAS N, NICOLAS PICO J
HOSPITAL UNIVERSITARI MUTUA DE TERRASSA. PZA. DR. ROBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es estudiar la incidencia de pacientes con infección VIH que realizaron switch terapéutico respecto al global, analizar el perfil del paciente y describir los cambios junto con las causas que los motivan, teniendo en cuenta su tratamiento habitual y reacciones adversas(RAM).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo (enero 2018-2020) realizado en un hospital universitario con un área de influencia de 260.000 habitantes.

Se obtuvieron los pacientes que realizaron switch del tratamiento antiretroviral (TAR) respecto al total. Se analizó el perfil de los pacientes que realizaron un switch. Se estudiaron variables demográficas (sexo/edad), comorbilidades asociadas, tratamiento concomitante, interacciones con TAR, recuento de CD4 y carga viral (CV)(en un plazo de 3-6 semanas) antes y después del cambio y línea de tratamiento. Se describieron las familias terapéuticas del TAR antes y después del cambio, el motivo y las RAM previas al switch.

Para la recogida de datos se utilizó el programa de dispensación ambulatoria Landtools®, la historia clínica electrónica (HCIS) y de prescripción domiciliaria (SIRE). Para la verificación y clasificación de interacciones se utilizaron dos bases de datos: Lexi-Interact® y Liverpool-VIH-Interactions®, siguiendo la clasificación más restrictiva: C=monitorizar, D=modificar tratamiento y X=evitar combinación.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas para las categóricas.

RESULTADOS

Se realizaron 193 cambios terapéuticos en 181/498(37,0%) pacientes, 146 hombres con mediana de edad de 49(21-77) años. La mediana de comorbilidades fue 2(0-6) por paciente, las más frecuentes: drogodependencia(19,3%), pulmonares(12,7%), neuropsiquiátricas(9,9%) y osteoarticulares(9,3%). El número de medicamentos concomitantes medio por paciente: 4(0-14), 18,2% de pacientes con > 5 medicamentos, incluyendo TAR. El número total de interacciones antes del cambio fue del 40,8%(C=53,8%; D=29%; X=6,5%) y 13,6%(C=48,4%; D=35,5%; X=9,7%) después. La media de CD4(cel/dL): 871,9 antes del cambio y 847,9 después y CV antes del cambio < 50=90,4%, 50-300=6,7% y > 3000=2,9%. Los switch terapéuticos supusieron la 3ª línea de TAR en el 54,4%, 2ª línea=37,3% y 4ª línea=8,3%.

Antes del switch el TAR mayoritario fue 48,7% Inhibidores de transcriptasa inversa no análogos/análogos de nucleósidos(ITINN/2ITIAN) seguido de 36,8% Inhibidores de la integrasa potenciado(INI/p/2ITIAN) y 8,3% INI/2ITIAN. Los grupos terapéuticos mayoritarios después del cambio fueron 48,2% INI/2ITIAN y 42% ITINN/2ITIAN. Dichos cambios supusieron un aumento de la triple terapia del 43,4% y disminución de la triple terapia potenciada del 81,6%.

Los motivos para el switch terapéutico fueron: simplificación(68,4%), reacciones adversas(26,4%), interacciones(3,3%), barrera genética baja(1,9%) y embarazo(1%). Se recogieron 286 RAM antes del cambio, con una mediana de 1(0-5) RAM/paciente. Las más frecuentes fueron hipercolesterolemia(23,8%), hipertriglicidemia(23,1%), hipercreatinemia(5,2%), gastrointestinales: diarreas/nauseas(7,7%), transaminitis(4,2%) e hipertensión(4,2%).

CONCLUSIONES

El perfil de pacientes candidatos a switch presentaba como comorbilidad más prevalente la drogodependencia. Los pacientes presentaban buena respuesta virológica, tratados con ITINN/2ITIAN e INIp/2ITIAN mayoritariamente, y presentando hipercolesterolemia/triglicidemia como principales RAM.

Pese al buen control virológico, un tercio de los pacientes realizó un switch para simplificar, evitar reacciones adversas e interacciones de la TAR. Se observó un aumento de la TAR basada en INI y reducción del uso de IP/p, posiblemente mejorando el perfil de seguridad y reduciendo el riesgo de interacciones.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1683. IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES Y USO DE ANTIMICROBIANOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS: ANÁLISIS DE SITUACIÓN

AUTORES

BARDÁN GARCÍA B, TABOADA LÓPEZ RJ, GARCÍA RODRÍGUEZ JF, JUIZ GONZÁLEZ PM, RODRÍGUEZ PENÍN I
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. AVDA. DE LA RESIDENCIA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Dentro de las 6 líneas estratégicas del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) se encuentran la vigilancia y control del consumo, la resistencia a los antibióticos y medidas de prevención de infecciones. El objetivo de este estudio es describir las acciones realizadas por el equipo PROA y el Servicio de Farmacia (SF) para impulsar la puesta en marcha de un plan de prevención y control de infecciones y uso de antimicrobianos en 6 centros sociosanitarios (CSS) vinculados al SF mediante convenios de prestación con el Servicio de Salud (SS) de la Comunidad Autónoma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante el año 2019 se realizaron reuniones con directores, médicos, enfermería y farmacéuticos de los 6 CSS obteniendo información sobre: gestión; existencia de médico propio; acceso a la historia clínica electrónica institucional (HCEI) y a la intranet del Área Sanitaria; disponibilidad de solución hidroalcohólica, clorhexidina jabonosa y guantes. Dicha información se comunicó a la Dirección Médica del Área Sanitaria. Asimismo se presentó un borrador de la guía de Prevención de Infecciones y Uso Racional de Antibióticos y se inició un programa de interconsultas.

RESULTADOS

Se realizaron 6 reuniones con el personal de los centros (una por CSS) y con los farmacéuticos dependientes del SF. Gestión: privada concertada, 3 CSS; congregación religiosa, 1; IMSERSO, 1; Comunidad Autónoma, 1. Todos disponen de farmacéutico especialista dependiente del SF. Cinco CSS (83,3%) disponen de médico propio, el centro que no dispone de médico propio trabaja con médicos del centro de salud; 3 (50%) con acceso a la HCEI. El personal de enfermería de los 6 CSS tiene acceso a la intranet pero no tiene acceso a la HCEI. El convenio de prestación con el SS proporciona clorhexidina jabonosa a todos los CSS pero no proporciona solución hidroalcohólica ni guantes. Se dispone de información por parte de Microbiología de resistencias bacterianas a los antimicrobianos por CSS y de protocolo de tratamiento empírico de infecciones urinarias (ITU) elaborado por el SF. Los centros con gestión privada concertada disponen de sus propias guías y protocolos.

Se realizaron 7 interconsultas al médico del grupo PROA, actuando como interlocutor el farmacéutico del CSS: 3 fueron realizadas por el médico del centro, 2 por enfermería del centro, y 2 por el farmacéutico del centro. Cuatro interconsultas fueron relacionadas con úlceras y 3 con infecciones del trato urinario (ITUs); 6 relacionadas con el tratamiento antibiótico y 1 con cultivos de control de úlceras. Recomendaciones realizadas: no prescribir antibiótico sin clínica de infección, 3; suspender el antibiótico iniciado, 1; modificar antibiótico iniciado, 2; cultivo de úlceras sólo si sospecha de infección, 1. Todas fueron aceptadas excepto la realizada por el farmacéutico del CSS sin médico propio (suspender el antibiótico iniciado).

CONCLUSIONES

Las características de los 6 CSS hacen necesario la elaboración, actualización y unificación de protocolos de tratamiento empírico.

Se considera imprescindible la revisión del convenio con el SS sobre guantes y gel hidroalcohólico.

Los resultados obtenidos evidencian la buena aceptación de las interconsultas por lo que se deben potenciar las mismas.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1700. INDICADORES DE CONSUMO DE FÁRMACOS ANTIMICROBIANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE REFERENCIA

AUTORES

LÓPEZ RAMOS MG, FONT BARCELÓ A, VELASCO ARNAIZ E, SIMÓ NEBOT S, RIOS BARNES M, VILLARONGA FLAQUÉ M, JORDÁN GARCÍA I, FARRÉ RIBA R
HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU. PASSEIG SANT JOAN DE DÉU, 2. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir el uso de antimicrobianos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de un hospital de tercer nivel durante el año 2019, y su impacto sobre el total de empleo en el hospital en el mismo periodo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, a partir de datos de dosis administradas de fármacos antimicrobianos sistémicos en la UCIP entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2019, extraídos del programa de prescripción electrónica (Digistat®)

- Ascom USM srl.). Se incluyeron antibióticos, antifúngicos y antivirales, excluyendo del análisis los antimicrobianos de uso tópico y nebulizado. El cálculo del indicador de uso de antimicrobianos se realizó como el cociente entre Días de Tratamiento (days-of-therapy, DOT), contabilizados como los días en que se administró al menos una dosis de un antimicrobiano a un paciente, por 100 estancias. Las estancias del periodo se contabilizaron como days-present (DP – días totales de ingreso de un paciente, teniendo en cuenta fracciones de día). Se calculó además la duración de tratamiento (length of therapy, LOT – días consecutivos de tratamiento antimicrobiano)

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se contabilizaron 6.985 estancias en la UCIP. Se emplearon un total de 1.199,2 DOT/100DP, siendo la mediana de consumo mensual de 98,6 DOT/100DP. Del consumo total de fármacos antimicrobianos durante 2019, el 88,5% correspondió a antibióticos, el 5,8% a antiviricos y el 5,7% a antifúngicos. Los antibióticos más empleados fueron cefazolina (183,6 DOT/100DP), amoxicilina-clavulánico (127,6 DOT/100DP), vancomicina (126,2 DOT/100DP), y cefotaxima (108,8 DOT/100DP). Algunos de estos antibióticos muestran un claro patrón de consumo estacional (aumento de amoxicilina-clavulánico y descenso de cefazolina en periodo invernal). El meropenem representa el 6,6% del consumo de antibióticos de la unidad, con una mediana de uso de 5,3 DOT/100DP, frente a una mediana de 4,1 DOT/100DP en el resto de hospitalización. En cuanto a la vía de administración, la vía parenteral (endovenosa e intramuscular) fue la mayoritaria, con una mediana de empleo de 79 DOT/100DP, frente a 19 DOT/100DP en el caso de la vía oral. Con respecto al consumo global de antimicrobianos del hospital en el mismo periodo, calculados como DOT, el empleo de antimicrobianos en la UCIP representó una mediana del 13,29% (rango 12,77-13,82) del global del hospital. La relación entre DOT/100DP de UCIP y el resto del hospital muestra una mediana de 1,38 veces más días de antimicrobiano por estancia en UCIP. La mediana de LOT fue de 2 días (RIC 2-5).

CONCLUSIONES

- El empleo de fármacos antimicrobianos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos representa alrededor del 13% del global del hospital
- Por cada estancia en UCIP se emplea 1,38 veces más días de tratamiento antimicrobiano que en el resto del hospital.
- La mediana de duración de tratamiento antimicrobiano en la UCIP es corta, relacionada con el elevado número de tratamientos de profilaxis quirúrgica
- El cálculo de indicadores de consumo en años posteriores permitirá analizar la evolución temporal y valorar las intervenciones de mejora implementadas.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1740. EFECTIVIDAD DE LA COLISTINA NEBULIZADA PARA REDUCIR LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS. ESTUDIO DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA

AUTORES

MORALES PORTILLO A, GONZÁLEZ GUTIÉRREZ J, ZUIL MORENO M, NEVOT BLANC M, CANO MARRON M, TABERNER BONASTRE P, TORRES F, SCHOENENBERGER ARNAIZ JA
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA. AV. ALCALDE ROVIRA ROURE, 80. LLEIDA

OBJETIVOS

Los principales objetivos del tratamiento con colistina en pacientes con bronquiectasias (BQ) sin fibrosis quística (FQ) y otras enfermedades pulmonares son mejorar la función pulmonar y reducir los ingresos hospitalarios. El objetivo de este estudio es determinar si la nebulización con colistina en pacientes ambulatorios consigue reducir de forma significativa el número de ingresos en el hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de los datos registrados en pacientes con BQ y/o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que recibieron tratamiento entre 2016 y 2019 en nuestro centro. Se extrajeron datos demográficos, fecha de inicio de tratamiento, hospitalizaciones en cada uno de los años de la historia clínica de SAP®; mientras que los inicios de tratamiento se extrajeron del registro de dispensación ambulatoria de Silicon®. Se determinó el número de ingresos en el año anterior y el posterior al inicio del tratamiento. Se realizó un análisis global del número de ingresos pre y post tratamiento y otro segregado en aquellos pacientes con al menos un ingreso. Se aplicó el t Test para datos apareados mediante el programa IBM SPSS®.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 82 pacientes con una edad media de 71±13,6 años, mayoritariamente hombres (57%). El 54% de los pacientes tenían BQ sin fibrosis quística, 16% enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 26% la combinación de ambas. Se excluyeron 11 pacientes del análisis: 7 casos por haber recibido otros antibióticos inhalados, 3 por falta de adherencia demostrada y 1 por no tener datos sobre el periodo previo. En el conjunto de la cohorte la tasa de ingresos por paciente pasó de 1,1±1,6 antes del tratamiento a 0,4±0,9 en el periodo post ($p < 0,001$; IC95% de la diferencia: 0,3 a 1,1). En 32 de los 71 casos válidos (45%) no hubo ingresos ni antes ni después de iniciado el tratamiento. Para los 39/71 casos con algún ingreso antes o después del inicio del tratamiento, se registraron 2,1 ± 1,7 ingresos por paciente antes de iniciado mientras que en el año posterior estos fueron 0,8 ± 1,2. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$; IC95%: 0,6 a 1,9). La reducción de ingresos por paciente fue de 0,7 en el conjunto de la cohorte y de 1,3 en el grupo con ingresos pre.

CONCLUSIONES

La nebulización con colistina consiguió reducir a más de la mitad la tasa de ingresos en la cohorte analizada. A pesar de que en casi la mitad de los casos analizados no se produjeron ingresos pre-tratamiento no puede descartarse un efecto

reductor sobre la incidencia de ingresos post. En el subgrupo de pacientes con algún ingreso pre colistina el efecto reductor sobre la incidencia de ingresos post-tratamiento fue mayor que en el global de la cohorte.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1784. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE DISCONTINUACIÓN DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH+ EN UNA COHORTE DURANTE UNA DÉCADA

AUTORES

CONTRERAS MACÍAS E, GARCIA LLORET P, MORILLO VERDUGO R, PINEDA VERGARA JA
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. AVDA. BELLAVISTA S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Determinar la evolución de la primera causa de discontinuación de la terapia antirretroviral (TAR) en una cohorte de práctica clínica habitual durante los años 2010-2019.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multidisciplinar, observacional, retrospectivo, analítico y unicéntrico donde se incluyeron pacientes VIH+ con TAR seguidos en consultas externas de Atención Farmacéutica a pacientes con patologías víricas entre 1 Enero 2010 – 31 Diciembre 2019 y cuyas causas de discontinuación del TAR estuviesen recogidas en la historia clínica. Se recogieron variables demográficas: sexo, edad y estadio SIDA; clínicas: niveles de linfocitos-CD4, carga viral, presencia de comorbilidad y su patrón; farmacoterapéuticas: medicación concomitante, polifarmacia (si/no) y TAR; de atención farmacéutica: índice de complejidad medido mediante la herramienta “Medical Regimen Complexity Index”, definiéndose paciente complejo aquel que presenta un valor > 11.25 (Rev Esp Quimioter. 2019) y causa de discontinuación del TAR (eventos adversos, decisión clínica, fracaso virológico, decisión del paciente y otras causas). Los datos se obtuvieron de la historia clínica, programa de receta electrónica y programa de dispensación de pacientes externos. El tratamiento estadístico para analizar la variación de las causas de discontinuación fue la prueba Chi-cuadrado de regresión lineal realizada con SPSS® V25.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 729 pacientes, 81.1% hombres, 31.9% mayores de 50 años en la primera discontinuación y 31.9% en estadio SIDA. Un 89.4% de los pacientes presentaba niveles de linfocitos-CD4 > 200 céls/μL y un 84.0% carga viral indetectable. El 51.9% de los pacientes presentaban comorbilidades, siendo el patrón más frecuente el cardiometabólico (33.1%). El promedio de medicación concomitante que tomaban los pacientes era de 2 fármacos, donde el 11.9% presentaban polifarmacia. En 2010 tanto el TAR previo como posterior a la discontinuación estaba formado por DOS inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos junto a inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (77.1%), observándose en 2019 un cambio en la estrategia terapéutica siendo el TAR más prescrito tras la discontinuación el formado por dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos junto a inhibidores de la integrasa (78.1%). En el momento de la discontinuación, sólo el 17.3% de la cohorte eran considerados pacientes complejos al presentar IC > 11.25. Los resultados muestran en 2010 como primera causa de discontinuación la presencia de eventos adversos (61.0%) seguido de fracaso virológico (17.0%) y decisión clínica (16.0%). En 2019 en la primera causa de discontinuación es la decisión clínica (78.0%) pasando a segunda línea tanto eventos adversos (10.0%) como fracaso virológico (10.0%) (p para tendencia lineal = 0.026).

CONCLUSIONES

El análisis de las causas porcentuales de primera discontinuación del TAR en la década confirma el objetivo planteado del cambio de la principal causa de discontinuación. El cambio en la principal causa de discontinuación pone de manifiesto el mejor manejo terapéutico de los pacientes VIH+, donde el objetivo va más allá de la supresión de la carga viral buscando una adecuada calidad de vida para estos pacientes. Un modelo de atención farmacéutica individualizada junto a estrategias de optimización farmacoterapéutica son fundamentales para la consecución de este objetivo.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1789. IMPACTO DEL CAMBIO DE TENOFOVIR DISOPROXILO FUMARATO A TENOFOVIR ALAFENAMIDA SOBRE EL PERFIL LIPÍDICO Y FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES VIH+

AUTORES

DE CÁCERES VELASCO C, VIDAL IGLESIAS M, MARÍN VENTURA L, HERNÁNDEZ LÓPEZ A, RUIZ MOLINA F, CRIADO ILLANA MT
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA. CALLE LUIS ERIK CLAVERÍA NEURÓLOGO S/N. SEGOVIA

OBJETIVOS

Evaluar los cambios sobre el perfil lipídico y la función renal al reemplazar tenofovir disoproxilo fumarato (TDF) por tenofovir alafenamida (TAF) en pacientes diagnosticados con VIH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes VIH positivos a los que se había cambiado su terapia antirretroviral (TAR) de un régimen que contenía TDF a un régimen con TAF entre julio de 2008 y mayo de 2020. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, terapia antirretroviral previa y actual, duración de cada terapia, tasa de filtración glomerular estimada (eGFR) y perfil lipídico previo y actual (colesterol total, lipoproteínas de baja densidad (LDL) y lipoproteínas de alta densidad (HDL)). El cálculo de la eGFR se llevó a cabo a través de la fórmula CKD-EPI en base a los niveles de creatinina antes del inicio del tratamiento con TDF (basal), antes del inicio de tratamiento con TAF (pre-

switch) y al menos 3 meses después del cambio a terapia con TAF (post-switch). El análisis se restringió a pacientes en los que se había realizado un cambio directo de TDF a TAF. El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS versión 22.0.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 61 pacientes VIH positivo (75.4% hombres) con una edad media de 53 años (IC: 50.6–55.5) a los que se había cambiado su TAR de emtricitabina/TDF (FTC/TDF) y un tercer agente (rilpivirina 44.3%; efavirenz 23%; darunavir/cobicistat 14.8%; otros 17,9%) a FTC/TAF y un tercer agente (rilpivirina 45.9%; elvitegravir/cobicistat 27.9%; otros 26.2%). La duración media del tratamiento con regímenes con FTC/TDF y FTC/TAF fue de 74.4 y 22.3 meses respectivamente.

Al inicio de la terapia antirretroviral con FTC/TDF ningún paciente presentaba insuficiencia renal (eGFR < 60 ml/min/1.73m²), siendo la eGFR media basal de 93,4 ± 2 ml/min/1.73m² con 37 pacientes (60,6%) con una eGFR > 90 ml/min/1.73m². La eGFR pre-switch y post-switch fue de 88 ± 2 y 90.5 ± 1.8 ml/min/1.73m² respectivamente. El análisis posterior al tratamiento con TDF mostró una reducción significativa en la eGFR (diferencia media 5.4, IC 95% 1.7 a 9.1, p=0.004). Por otro lado, el cambio de tratamiento a TAF produjo un aumento no significativo del filtrado glomerular (diferencia media eGFR – 2.5 ml/min/1.73m², IC 95% -5.6 a 0.6, p=0.118).

El análisis del perfil lipídico antes del inicio de tratamiento con FTC/TAF mostró una media de colesterol total (CT) de 178.9 ± 4.7 mg/dl con 18 pacientes (29.4%) con valores por encima de 200 mg/dl, LDL de 109.3 ± 4.1 mg/dl y HDL de 44.9 ± 1.5 mg/dl. El tratamiento con FTC/TAF dio lugar a un aumento significativo de CT (diferencia media – 16.4 mg/dl, IC 95% -25.1 a -7.8, p=0.000), LDL (diferencia media – 9.1 mg/dl, IC 95% -16.5 a -1.6, p=0.018) y HDL (media 49.1 ± 1.4 mg/dl, p=0.000). En ningún caso se reintrodujo la terapia con FTC/TDF.

CONCLUSIONES

El reemplazo de TDF por TAF en pacientes con VIH produjo un aumento estadísticamente significativo en el perfil lipídico sin repercutir en la función renal.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1819. RESULTADOS OBTENIDOS TRAS DOS AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN UN HOSPITAL SECUNDARIO

AUTORES

BARRANTES GONZÁLEZ M, ALMORÍN GONZÁLEZ L, MENSA VENDRELL M, RIZO GÓMEZ A, BALLESTEROS CABAÑAS G, SOY MUNER D, ALTÉS CAPELLÀ J, SÁNCHEZ TORRES M
HOSPITAL PLATÓ. PLATÓ 21 08006. BARCELONA

OBJETIVOS

Los programas de optimización de antibióticos (PROA) buscan mejorar la eficiencia de los tratamientos antibióticos y garantizar el uso de tratamientos coste-eficaces. El objetivo fue analizar los resultados tras dos años de implementación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional (diciembre/2017 a diciembre/2019) en un hospital comunitario (160 camas, 4 de UCI). El equipo PROA (farmacia, medicina intensiva y medicina interna) revisa los tratamientos activos con un grupo de antimicrobianos seleccionados y los de pacientes con bacteriemia o aislamiento de gérmenes multirresistentes. Se evaluó la adecuación del tratamiento, realizando recomendaciones no impositivas cuando se consideró necesario. Las recomendaciones se realizaron de forma oral, mediante nota en curso clínico o a través de mensajes en el sistema de prescripción electrónica. Se recogieron datos demográficos, clínicos, microbiológicos, de tratamiento y sobre las intervenciones realizadas. El análisis estadístico se realizó con el test de chi-cuadrado o el test exacto de Fisher, considerando estadísticamente significativo un valor de p < 0.05.

RESULTADOS

Se evaluaron 949 tratamientos en 861 pacientes (48,5% hombres); edad (media±SD): 78,4±13 años. Características de los pacientes y tratamientos [n(%)]:

-Servicio: médico [689(72,6%)], quirúrgico [164(17,3%)], UCI [47(5%)], urgencias [42(4,4%)].

-Alergia a penicilina: [129(13,6%)].

-Foco: tracto respiratorio (ITR) [337(35,5%), tracto urinario (ITU) [257(27,1%), piel y partes blandas (IPPB) [109(11,5%)], intraabdominal (IIA) [57(6%)], osteoarticular [21(2,2%)] y otros [15(1,6%)]. 83 pacientes (8,7%) presentaron bacteriemia.

-Se obtuvo aislamiento microbiológico en 474 casos (50%):

Cocos gran positivos [158(33,3%)]: SARM [52(32,9%)], E. faecalis [27(17,1%)] y otros CGP [84(53,2%)].

Bacilos gran negativos [302(63,7%)]: enterobacterias [231(76,5%)], de las cuales BLEE [114(49,4%)] y carbapenemasa [3(1,3%)]; P. aeruginosa [79(26,2%)]; A. baumannii [3(1%)]; S. maltophilia [4(1,3%)]. Cl. difficile 14(3%).

-Tratamientos evaluados: quinolonas [521(54,9%)], carbapenémicos [293(30,9%)], linezolid [67(7,1%)], aminoglucósidos [44(4,6%)], vancomicina [34(3,6%)], daptomicina [11(1,2%)], tigeciclina [2(0,2%)], ceftazidima/avibactam [1(0,1%)] y otros [123(13%)].

-Recomendaciones realizadas: 245(25,8%). Aceptación del 83,3% (204).

-Tipo de recomendación: cambio de tratamiento [106(11,2%)], finalizar tratamiento [79(8,3%)], terapia secuencial [46(4,8%)], ajuste PK/PD [33(3,5%)].

-Forma de recomendación: oral [134(14,1%)], nota en curso clínico [79(8,3%)], mensaje de Farmacia [58(6,1%)].

-Factores relacionados con realizar una recomendación: ingreso en servicio quirúrgico (p=0,013), alta desde Urgencias (p=0,035), ITR (p=0,017), IPPB (p=0,005), presencia de bacteriemia (p=0,042), infección por enterobacterias (p=0,013) o P.

aeruginosa ($p=0,021$), uso de linezolid ($p=0,051$), daptomicina ($p < 0,001$) o tigeciclina ($p=0,016$).

-Factores relacionados con aceptación: UCI ($p=0,036$), alta desde Urgencias ($p=0,054$), ITU ($p=0,010$), ITR ($p=0,005$) o IPPB ($p=0,018$), presencia de bacteriemia ($p=0,001$), aislamiento de enterobacterias ($p=0,004$), *P. aeruginosa* ($p=0,001$) o *E. faecium* ($p=0,013$) y tratamiento con carbapenémicos ($p=0,05$), quinolonas ($p=0,0$), linezolid ($p=0,006$), daptomicina ($p < 0,001$) o tigeciclina ($p=0,013$).

CONCLUSIONES

Tras dos años de funcionamiento del PROA se realizaron recomendaciones en más del 25% de los tratamientos revisados, principalmente en pacientes ingresados en servicios médicos, observando una aceptación superior al 80%. Se realizaron recomendaciones sobre todo en ITR, ITU, infecciones por enterobacterias y *P.aeruginosa*. Más de la mitad de las recomendaciones fueron en tratamientos con quinolonas, y más de la tercera parte con carbapenémicos. El tipo de recomendación más frecuente fue el cambio de tratamiento, y principalmente mediante comunicación oral.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1823. PREVALENCIA DE LA PRESENCIA DE LOS NUEVOS CRITERIOS PIMDINAC EN PACIENTES VIH DE EDAD AVANZADA

AUTORES

DÍAZ ACEDO R, LAO DOMINGUEZ FÁ, SORIANO MARTINEZ M, MORILLO VERDUGO R
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. AVDA. DE BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Determinar la presencia de criterios PIMDINAC (medicación potencialmente inadecuada + interacciones medicamentosas + falta de adherencia a medicación concomitante) en pacientes VIH de edad avanzada en práctica clínica real.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, multicéntrico en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de 65 años con tratamiento antirretroviral (TAR) activo en seguimiento en consultas de atención farmacéutica entre febrero-abril 2020. Se excluyeron los pacientes incluidos en ensayos clínicos durante el período de estudio o que no firmaron consentimiento informado.

Se recogieron variables demográficas (edad, sexo, edad al diagnóstico de VIH), clínicas (carga viral plasmática, nivel de CD4 y cociente CD4/CD8) y farmacoterapéuticas (tipo de TAR, tratamiento concomitante, índice de complejidad del tratamiento farmacológico).

Se definió como variable principal la prevalencia de criterios PIMDINAC en la población de estudio. Para el análisis de esta variable, se definieron dos categorías: PIMDINAC TOTAL (presencia conjunta de los tres criterios) o PIMDINAC PARCIAL (presencia aislada de alguno de ellos).

Para verificar el cumplimiento de los criterios se utilizaron criterios STOPP-START para medicación potencialmente inadecuada, base de datos de Liverpool HIV Drug Interactions y Lexicomp para interacciones y registros de dispensación+cuestionario ARMS para adherencia a medicación concomitante.

La recogida de datos se realizó a partir de la historia clínica electrónica y el módulo de prescripción en receta electrónica del Servicio Andaluz de Salud.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, utilizando medias y desviaciones típicas (o medianas y rango intercuartílico -RIQ- en caso de distribución asimétrica) para las variables cuantitativas; y frecuencias absolutas/relativas para las variables cualitativas. Se utilizó SPSS v25.

RESULTADOS

Se incluyeron 37 pacientes, 81,1% ($n/N=30/37$) hombres, con edad media de 72 ± 5 años. La edad media al diagnóstico de VIH era 50 ± 9 años. El 94,4% ($n/N=30/35$) de pacientes tenía carga viral indetectable y niveles de CD4 > 200 células/ μ l. El 80% ($n/N=28/35$) tenía un cociente CD4/CD8 $> 0,4$.

El 78,4% ($n/N=29/37$) de pacientes recibía TAR basado en inhibidores de la integrasa. Además, el 78,4% ($n/N=29/37$) presentaba polifarmacia (> 6 fármacos) y el 24,3% ($n/N=9/37$) polifarmacia mayor (> 11 fármacos), con una mediana de índice de complejidad del tratamiento de 10 (RIQ 7-16) y una mediana de fármacos prescritos concomitantes al TAR de 4 (RIQ 3-8).

El 5,4% ($n/N=2/37$) de pacientes cumplía criterios PIMDINAC total. Con respecto a la presencia de criterios parciales, el 45,9% ($n/N=17/37$) tenía prescrita medicación potencialmente inadecuada, el 21,6% ($n/N=8/37$) presentaba interacciones medicamentosas potenciales y el 64,3% ($n/N=18/37$) presentaba falta de adherencia a la medicación concomitante.

CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes de edad avanzada que cumplen criterios PIMDINAC total y parcial hace necesario un seguimiento individualizado y continuado del paciente VIH, más allá del control viroinmunológico.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1824. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BEZLOTOXUMAB EN LA PROFILAXIS DE LA RECURRENCIA DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

AUTORES

SERRANO GIMÉNEZ R, MÁRQUEZ SAAVEDRA E, GUTIÉRREZ PIZARRAYA A
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. AVDA. BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar efectividad y seguridad de bezlotoxumab para profilaxis de la recurrencia de infección por Clostridioides difficile (ICD), así como la adecuación de la prescripción a los criterios establecidos por el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes adultos, que hubieran recibido bezlotoxumab desde 1 junio 2018 hasta 31 marzo 2020. Se recogieron variables demográficas, clínicas y farmacoterapéuticas. Para evaluar la efectividad se determinó la proporción de pacientes que, tras curación clínica, desarrollaron un episodio de ICD recurrente durante las 12 semanas posteriores a la administración de bezlotoxumab. Datos obtenidos a partir de historia clínica del paciente, procesados mediante Microsoft Excel®2019. Criterios establecidos por el IPT: Pacientes > 65 años, que además presenten ICD grave o antecedentes de ICD en 6 meses previos o que persistan con diarrea tras 5 días con tratamiento para ICD. También, pacientes inmunodeprimidos (oncohematológicos/trasplantados) y pacientes infectados por cepas hipervirulentas.

RESULTADOS

Se incluyeron 16 pacientes, con una mediana de edad de 66 años (RIQ=55-79). El 56,3% (n=9) eran mujeres. El 50,0% (n=8) había presentado ICD previa, siendo en cuatro pacientes la 1ª recidiva, en uno la 2ª y en tres la 3ª. En el 75% (n=12) la ICD no presentaba criterios de gravedad (aunque los pacientes presentaban factores de riesgo de ICD recurrente), en el 18,7% (n=3) fue grave y en el 6,3% (n=1) no grave sin factores de recurrencia. El 68,8% (n=11) recibió vancomicina oral como tratamiento para ICD y el resto vancomicina oral más metronidazol intravenoso. Al comenzar el tratamiento para ICD, el 75% (n=12) continuó recibiendo inhibidores de bomba de protones y en el 75% (n=12) se mantuvo el tratamiento antibiótico. En relación a la efectividad, el cuadro infeccioso se resolvió según criterio clínico en el 87,5% de los casos (n=14), el resto fueron éxitos. De los 14, uno fue éxito posteriormente y otros dos no habían alcanzado las 12 semanas de seguimiento a fecha fin de estudio. De estos 11 que alcanzaron el tiempo de seguimiento, sólo uno presentó ICD recurrente (6,3%). La mediana del tiempo libre de recurrencia a fecha fin de estudio fue de 5 meses (RIQ=2-11). Ningún paciente reingresó a causa de ICD. En cuanto a la seguridad, ningún paciente sufrió eventos adversos (EA). Respecto a la adecuación, el 68,8% (n=11) se adecuó a los criterios establecidos. Los que no se adecuaron fueron: 40% (n=2) por encontrarse en tratamiento inmunosupresor, pero no ser oncohematológicos ni trasplantados; 40% (n=2) por ser < 65 años, aunque presentaran criterios de recurrencia de ICD; 20% (n=1) no se adecuó por las dos razones anteriores.

CONCLUSIONES

Nuestros datos sugieren una efectividad de bezlotoxumab más favorable que la comunicada en ensayo clínico pivotal (ECP) (16,5% recurrencia de ICD), aunque con la cautela que impone el bajo tamaño muestral. A diferencia del ECP, no registramos ningún EA durante el tratamiento o posterior seguimiento. No obstante, estos datos deben interpretarse con precaución. La adecuación a los criterios del IPT fue moderada.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1923. ADECUACIÓN EN EL USO DE ANTIBIÓTICOS: UTILIZACIÓN DE DAPTOMICINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, RODRIGUEZ MARTINEZ T, MEROÑO SAURA MA, CARVAJAL SÁNCHEZ M, PACHECO LÓPEZ P, IBAÑEZ CATURLA J, NÁJERA PÉREZ MD
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AVENIDA MARQUÉS DE LOS VÉLEZ, SN. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación en la utilización de daptomicina y seguridad en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo, incluye los pacientes en tratamiento con daptomicina, en los últimos cinco años (enero 2015-enero 2020).

Se recogieron las variables: sexo, edad, indicación, servicio prescriptor, tratamiento empírico/etiológico, solicitud de hemocultivo, tratamiento previo, duración del tratamiento y posología, determinación analítica de creatinfosfoquinasa (CPK) (inicio, semanal y tras finalizar), niveles de creatinina, efectos adversos y evolución de los pacientes. Los datos fueron obtenidos del programa de gestión de Farmacia e historia clínica informatizada, siendo tratados de manera confidencial con anonimización de datos.

RESULTADOS

Se analizaron 21 pacientes en tratamiento con daptomicina. Media de edad de 61,3(±11,7) años con un total de 15(71,4%) hombres y 6(28,6%) mujeres. Los servicios prescriptores fueron: Infecciosas:11(52,4%); Hematología:7(33,5%); Cuidados Intensivos:1(4,7%); Neurología 1(4,7%); Cardiología:1(4,7%).

De forma empírica se iniciaron 7 tratamientos(33,3%), y de forma dirigida 14 tratamientos(66,6%). La indicación

prevalente fue endocarditis infecciosa debida a *Staphylococcus aureus*: 42,85%(9/21), seguida de bacteriemia asociada a catéter por meticilin-resistentes:33,3%(7/21) y bacteriemia asociada a la infección de piel y partes blandas (IPPBC):14,3%(3/21).

Fuera de protocolo de uso encontramos dos pacientes(9,52%), ambos con diagnóstico de osteomielitis vertebral, con hemocultivos negativos y sin respuesta a antibioterapia empírica.

La dosis de daptomicina aprobada para el tratamiento de las infecciones con bacteriemia es de 6 mg/kg/24h, esta es utilizada en 8/21(38,1%) pacientes. El 57,1%(12/21) de los pacientes utilizaron dosis de 10 mg/kg/24h (el 88,9%(8/9) de los pacientes con endocarditis infecciosa). Un paciente utilizó 8 mg/kg/48h por ajuste a insuficiencia renal. La media de dosis fue de 640 ± 136 mg. Por tanto, el 61,9%(13/21) de las dosis utilizadas están fuera de ficha técnica. La duración media del tratamiento fue de $12 \pm 6,5$ días, con tres pacientes en tratamiento 27,42 y 46 días.

La CPK plasmática debe ser medida al inicio y a intervalos regulares (al menos una vez por semana) en todos los pacientes durante la terapia. En nuestra muestra, al inicio tratamiento fue solicitada en el 8/21 pacientes(38,1%), solicitándose semanalmente en 6/21(28,6%) y al finalizar el tratamiento en 8/21(38,1%) produciéndose un incremento por encima del Límite Superior de la Normalidad (> 171 U/L) en el 37,5%(3/8), uno de ellos aumentando hasta valores de 3044 U/L, suspendiendo el tratamiento por toxicidad muscular. Los niveles de aclaramiento de creatinina se mantuvieron por encima de 30 ml/min en el 95% de los pacientes, requiriendo ajuste un paciente.

Su utilización en la mayoría de los casos es como segunda línea de tratamiento, el 80,95%(17/21) de los pacientes recibió de manera previa tratamiento antimicrobiano de amplio espectro, quedando relegada a primera línea en tres pacientes con multirresistencia (CMI vancomicina $> 1.5-2$) y uno por interacción farmacológica con tratamiento antirretroviral.

La resolución de la infección se produjo en 17 pacientes(80,95%), cuatro de ellos continuaron con tratamiento antibiótico una media de nueve semanas. Tres pacientes fueron exitus(14,3%) y un paciente suspendió el tratamiento antibiótico por toxicidad muscular.

CONCLUSIONES

La utilización de daptomicina se adecúa a los protocolos establecidos y a las indicaciones autorizadas en ficha técnica, siendo eficaz y seguro en la mayoría de los casos. Sin embargo, la dosificación utilizada en más de la mitad de los casos no se corresponde a la autorizada en ficha técnica, ésta debería ser actualizada en base a la evidencia de las distintas guías clínicas. Un elevado porcentaje de tratamientos fueron empíricos. Por parte de farmacia debemos seguir un control más estricto de los niveles de CPK.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1928. EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN EL PACIENTE VIH EN TRATAMIENTO CON TENOFIVIR ALAFENAMIDA

AUTORES

FRA YÁÑEZ J, ORALLO LUNA C, BECERRA INGERTO L, MARTÍN CARRO C, GONZÁLEZ SÁNCHEZ N, PUENTE MARTÍNEZ P, GÓMEZ DE SEGURA IRIARTE L

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HEROS, 6. ASTURIAS

OBJETIVOS

Analizar la evolución de la función renal (FR) durante un período de 18 meses en pacientes VIH en tratamiento con tenofovir alafenamida fumarato (TAF) que, previamente, estuvieron en tratamiento con tenofovir disoproxil (TD).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional ambispectivo en el que se incluyeron pacientes VIH con tratamiento antirretroviral (TAR) con TAF durante un mínimo de 18 meses y que previamente estuvieron en tratamiento con TD.

Las variables recogidas fueron edad en el momento de cambio a TAF, sexo, duración del tratamiento con TD y la FR, evaluada a partir de la tasa de filtrado glomerular (TFG) estimada por la fórmula CKD-EPI y la creatinina sérica (Cr). Se evaluó retrospectivamente la FR previa al cambio a TAF. Se determinó la FR prospectivamente a los 3, 12 y 18 meses del inicio de TAF. Los pacientes se clasificaron según la TFG en 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).

Además, se midieron las variaciones de la TFG entre el inicio de TD, al cambiar a TAF y a los 18 meses de iniciar TAF.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y del módulo informático de dispensación a pacientes externos y fueron procesados con Excel®.

RESULTADOS

Se incluyeron 48 pacientes, con una mediana de edad de 55,6 años. El 65% eran varones.

La mediana de duración del tratamiento previo con TD fue 9,55 años. Previo al cambio a TAF, la mediana de la TFG fue 77 mL/min/1,73m² y la mediana de la Cr fue 0,99 mg/dL.

Tres meses después del cambio a TAF la mediana de la TFG fue 80 mL/min/1,73m² y la mediana de la Cr 0,97 mg/dL.

Doce meses después del cambio, la mediana de la TFG fue 80 mL/min/1,73m² y la mediana de la Cr 0,95 mg/dL. Por último, a los 18 meses del cambio, la mediana de la TFG fue 80,5 mL/min/1,73m² y la mediana de la Cr 0,97 mg/dL.

Antes del inicio de TD el 71% de los pacientes tenían una FR normal y el 29% IR leve. Previo al cambio a TAF, el 21% de los pacientes tenían FR normal, el 75% IR leve y el 4% IR moderada. A los 18 meses de seguimiento con TAF, el 21% de los pacientes tenían FR normal, el 75% IR leve y el 4% IR moderada.

La mediana de variación de TFG entre el inicio de TD y el cambio a TAF fue -22,65 mL/min/1,73m² y la mediana de variación de TFG desde el cambio a TAF y hasta los 18 meses de tratamiento fue +2 mL/min/1,73m².

CONCLUSIONES

El tratamiento prolongado con TD provoca un empeoramiento de la FR, con disminución de la TFG y un aumento considerable de pacientes con IR leve y moderada. El cambio de TAR a TAF en estos pacientes parece estabilizar la función renal manteniendo los valores de TFG constantes a lo largo del tiempo.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1938. ANÁLISIS DEL MANEJO DE LAS BACTERIEMIAS Y CANDIDEMIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

ALONSO TRIANA YM, FERNÁNDEZ ALONSO E, HERNÁNDEZ MACHÍN MDP, CRESPO AVELLANA M, COLAS OROS C, RUIZ ANDRÉS MÁ, NAVARRO PARDOS C
HOSPITAL ALCAÑIZ. CALLE DOCTOR REPOLLES,2. TERUEL

OBJETIVOS

Analizar las intervenciones del equipo de Optimización de Uso de Antimicrobianos (grupo PROA) en el tratamiento de pacientes ingresados por bacteriemias y candidemias en un hospital secundario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo sobre el manejo de bacteriemias/candidemias en pacientes ingresados desde febrero 2019 a febrero 2020, que requirieron asesoramiento del grupo PROA, tras evaluación conjunta de la gravedad, foco de infección, riesgo de resistencia antimicrobiana, riesgo de fracaso y/o complicaciones por comorbilidades y tratamiento inapropiado.

El circuito de trabajo del equipo PROA consistió en la identificación de las bacteriemias/candidemias, análisis de información disponible de las mismas en la historia clínica electrónica y tras visitar al paciente, interacción, si es preciso, con el servicio clínico responsable del caso para asesorarle y registro de la información del episodio en un documento Excel.

Indicadores utilizados: tasa de incidencia de bacteriemias/candidemias (TBC): $[\text{n}^\circ \text{ de (bacteriemias/candidemias)} / \text{estancias}] \times 1000$; índice de mortalidad (IM): $[\text{n}^\circ \text{ de éxitus a 28 días} / \text{n}^\circ \text{ de (bacteriemias/candidemias)}] \times 100$.

RESULTADOS

De 224 bacteriemias/candidemias, se intervino en el 43,75% de los casos (94 bacteriemias, 4 candidemias). Edad media de los pacientes: 75,56 años. El 66,32% fueron hombres. Microorganismos más frecuentes: Escherichia coli (32,65%), Klebsiella pneumoniae (8,16%), Staphylococcus aureus (7,14%), Streptococcus pneumoniae (7,14%). Casos de multirresistencia: 6 (3 por Escherichia coli productor de β -lactamasas de espectro extendido, 2 por Staphylococcus aureus resistente a meticilina, 1 por Pseudomonas aeruginosa resistente a 3 antibióticos). Foco de infección: 36,73% intraabdominal, 19,39% urinario, 18,37% catéter vascular, 8,16% respiratorio, entre otros (17,35%). Origen de la infección: 57,14% comunitario (62,5% debido a bacterias Gram negativas), 30,62% nosocomial (56,67% debido a bacterias Gram positivas, 46,66% por catéter) y 12,24% relacionado con la asistencia sanitaria (75% debido a bacterias Gram negativas). Gravedad: síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (35,71%), casos no graves (32,65%), sepsis (19,39%), shock séptico (10,20%), infección con órgano comprometido (2,05%). El 84,69% de los tratamientos empíricos eran apropiados y el 81,63% seguían la guía del hospital. El 93,88% de las indicaciones del grupo PROA fueron aceptadas totalmente por el facultativo responsable del paciente. Las intervenciones más frecuentes fueron el desescalamiento -reducción de antimicrobianos de amplio espectro, disminución del número de antibacterianos y menor duración de la terapia- (46,85%), escalamiento- añadir antibióticos para aumenta espectro-(14,41%), retirada de catéter (11,71%), ajuste por foco (10,81%), suspensión de tratamiento -paciente paliativo- (8,11%) y drenaje/desbridamiento (8,11%). Formas de contacto con el prescriptor: telefónica (55,10%), personal informal (32,65%), contacto formal- revisión estructurada- (6,12%), interconsulta (4,08%) e historia clínica electrónica (2,05%). Número de reingresos por bacteriemia a los 28 días del alta: 4. TBC: 8,82 episodios por cada 1000 estancias/año. IM global: 13,26%. IM en bacteriemias/candidemias nosocomiales: 16,66%, en comunitarias: 3,57%, asociada a cuidados sanitario: 0%.

CONCLUSIONES

El equipo PROA contribuye a optimizar el uso de antimicrobianos al ajustar el tratamiento a la situación microbiológica y estado del paciente y al formar al prescriptor con sus consejos, favoreciendo la reducción de resistencias. Es necesario reducir la mortalidad por bacteriemias, sobre todo la nosocomial con mayor cuidado de catéteres y formación a todo el personal sanitario.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1943. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE EN UN HOSPITAL TERCARIO

AUTORES

NUÑEZ BRACAMONTE S, GARCÍA SIMÓN MS, CONESA NICOLÁS E, LLORET LLORCA A, JUEZ SANTAMARÍA C, BRUNO PÉREZ T
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. C/ MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

En los últimos años se ha producido un gran aumento de la incidencia de infección por Clostridioides difficile (ICD), constituyendo en la actualidad la principal causa de diarrea en pacientes adultos hospitalizados.

El presente estudio describe la experiencia en el manejo de la ICD en un hospital terciario durante los últimos 2 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó los pacientes con diagnóstico de ICD de abril-2018 a abril-2020. Se recogieron las siguientes variables: características epidemiológicas y clínico-analíticas, antecedentes médico-quirúrgicos, método diagnóstico, tratamiento recibido y evolución. Se utilizaron las definiciones recogidas en el Protocolo-MMR de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (revisión abril-2019). El tiempo máximo de seguimiento fue de 2 meses. Los datos fueron analizados con el programa SPSS Statistics 21.

RESULTADOS

Se registraron 113 episodios de ICD (55,8% en mujeres), con una edad media de 70,6±18,3 años y un Índice de Charlson de 5,8±2,9. Se registraron 106 (93,8%) 1erº episodio y 7 (6,2%) 1ª recidiva; 4 pacientes habían tenido 1 o 2 episodios previos no considerados recidiva. Se clasificaron como: 58 (51,3%) origen nosocomial, 31 (27,4%) nosohusial y 24 (21,2%) comunitario. El 89,4% de los pacientes había recibido antibiótico en los 3 meses previos.

51 (45,1%) casos estaban recibiendo antibiótico al inicio de los síntomas y 67 (59,3%) en el momento del diagnóstico; este fue retirado en el 75% de los casos. 33 (29,2%) recibieron tratamiento antibiótico concomitante, siendo penicilinas el grupo más común (33,3%), seguido de carbapenemes, quinolonas y tetraciclinas (18,8% cada uno).

Los pacientes iniciaron tratamiento a los 5,8±7,8 días desde el inicio de la clínica. Los tratamientos empleados fueron: 86 (76,2%) vancomicina vo [75 (66,4%) 125mg/6h, 11 (9,8%) otras pautas], 20 (17,7%) fidaxomicina 200mg/12h vo, 32 (28,3%) metronidazol [14 (12,4%) 500mg/8h iv, 12 (10,6%) 500mg/8h vo, 6 (5,3%) otras pautas], 5 (4,4%) enemas de vancomicina y 3 (2,7%) sin tratamiento; 13 (11,5%) recibieron tratamiento combinado. 16 (14,2%) sufrieron un cambio de tratamiento, de los cuales 8 fue por ajuste a las guías ICD, 2 por no mejoría, 2 por cambios en tolerancia oral, 1 por mejoría clínica y 3 por otros motivos. Hubo 6 (5,3%) pautas de vancomicina descendente, 4 (3,5%) fidaxomicina extendida y 5 (4,4%) profilaxis postratamiento con vancomicina, de las cuales 2 fueron continuas y 3 condicionales. 2 (1,8%) pacientes recibieron bezlotoxumab. El tiempo medio hasta resolución fue de 4,7±3,3 días. Hubo 6 (5,3%) ingresos en UCI. De 91 pacientes con datos de seguimiento a 2 meses, hubo 22 (24,2%) éxitos, de los que 10 (45,5%) fueron relacionados con la ICD y 18 (81,87%) se produjeron en el primer mes. En total, 10 (11%) pacientes tuvieron más de 1 episodio (7 pacientes sufrieron 2 episodios y 3 tuvieron un total de 3 episodios). De estos, 6 fueron recurrencias antes de los 2 meses.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la ICD se ajustó mayoritariamente a las guías, empleándose vancomicina y fidaxomicina como tratamientos de elección y restringiendo metronidazol como adyuvante en tratamientos combinados. La ICD presenta una alta mortalidad, debiendo ser considerada en el diagnóstico diferencial de cualquier paciente con diarrea.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1945. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON BEZLOTOXUMAB EN LA PREVENCIÓN DE RECURRENCIAS DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

AUTORES

HERRERA HIDALGO L, GUIADO GIL AB, GIL NAVARRO MV, MUÑOZ BURGOS M, RODRIGUEZ HERNANDEZ MJ, ALFARO LARA ER
HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO. C/ MANUEL SIUROT SN. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad del tratamiento con bezlotoxumab para prevenir la recurrencia de la infección por Clostridium difficile (ICD) y describir las características de la población tratada en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo unicéntrico entre julio de 2018 y mayo de 2020. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, inmunosupresión, tratamiento antibiótico en los 3 meses previos al tratamiento con bezlotoxumab, gravedad del episodio (medida mediante Zar Score), número de episodios previos y tratamiento de los mismos, diagnóstico de C. difficile (identificación de toxina o ADN), tratamiento concomitante de ICD, tratamiento antibiótico concomitante, recurrencia, fecha y tratamiento de la recurrencia, efectos adversos a bezlotoxumab, exitus y duración del seguimiento.

RESULTADOS

Se identificaron 14 pacientes, 7 de ellos varones (50%). La mediana de edad fue de 66 años (16-87), el 57% de ellos mayores de 65 años. El 79% (11/14) de los pacientes eran inmunodeprimidos y el 86% (12/14) había recibido antibioterapia en los 3 meses previos. El diagnóstico se realizó mediante detección de ADN en heces en el 93% (13/14) de los casos y el episodio se consideró grave en el 71% (10/14). Se administró bezlotoxumab en el primer, segundo o tercer episodio de ICD en el 71% (10/14), 7% (1/14) y 22% (3/14) de los casos, respectivamente. De los 4 pacientes con episodio previo, uno se trató con vancomicina oral (1/4), otro con metronidazol intravenoso (1/4), en otro caso con vancomicina oral, fidaxomicina y trasplante de microbiota fecal (TMF) (1/4) y en el último caso con vancomicina oral y metronidazol intravenoso (1/4).

El tratamiento concomitante de ICD consistió en vancomicina oral en el 50% (7/14) de los casos, vancomicina oral y metronidazol intravenoso en el 43% (6/14) y vancomicina rectal y metronidazol intravenoso en el 7% (1/14). Dos pacientes tratados con vancomicina y metronidazol cambiaron de tratamiento a fidaxomicina y TMF, por falta de respuesta. El 43% (6/14) de los pacientes mantuvieron tratamiento antibiótico concomitante, por infecciones o sospechas de infecciones activas. Únicamente un paciente (7%) sufrió recurrencia que fue tratada con fidaxomicina. Fallecieron 4 (28%) pacientes, en 2 (14%) de ellos la causa de la muerte se relacionó con la ICD. No se registraron efectos adversos asociados al tratamiento con bezlotoxumab. La duración del seguimiento osciló entre 1 y 22 meses.

CONCLUSIONES

El tratamiento con bezlotoxumab fue seguro y efectivo en esta cohorte de pacientes. A pesar del alto porcentaje de episodios graves y pacientes con factores de riesgo (edad superior a 65 años inmunosupresión, recurrencias y episodios graves), solo en tres pacientes (21%) la evolución de la infección fue desfavorable (2 exitus y 1 recurrencia). La tasa de recurrencia fue baja (7%) en comparación con los estudios pivotaes (16.5%) y no se notificaron efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1947. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE FÁRMACOS COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE

AUTORES

NUÑEZ BRACAMONTE S, GARCÍA SIMÓN MS, JUEZ SANTAMARÍA C, LLORET LLORCA A, GARCÍA MATILLAS CN, BRUNO PÉREZ T

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. C/ MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Aunque clásicamente la infección por Clostridioides difficile (ICD) se ha asociado a los cuidados sanitarios y a la elevada administración de antibióticos en los hospitales, en los últimos años ha habido un incremento de la incidencia de casos adquiridos en la comunidad.

El presente estudio analiza el consumo de antibióticos y otro tipo de fármacos habitualmente asociados a la ICD, que fueron consumidos durante los 3 meses previos por pacientes que desarrollaron la infección.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó los pacientes con diagnóstico de ICD durante un periodo de 2 años. Se recogieron las siguientes variables: características epidemiológicas, antecedentes médico-quirúrgicos, método diagnóstico, características clínico-analíticas, tratamiento recibido y evolución. Se utilizaron las definiciones recogidas en el Protocolo-MMR de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (revisión abril-2019). El tiempo máximo de seguimiento fue de 2 meses. Los datos fueron analizados con el programa SPSS Statistics 21.

RESULTADOS

Se registraron 113 episodios de ICD (55,8% en mujeres), con una edad media de 70,6±18,3 años y un Índice de Charlson de 5,8±2,9. Se registraron 106 (93,8%) 1er episodio y 7 (6,2%) 1ª recidiva; 4 pacientes habían tenido 1 o 2 episodios previos no considerados recidiva. Se clasificaron como: 58 (51,3%) origen nosocomial, 31 (27,4%) nosohusial y 24 (21,2%) comunitario. El 89,4% de los pacientes había recibido antibiótico en los 3 meses previos.

Los pacientes recibían tratamiento con: 93 (82,3%) IBPs, 38 (33,6%) estatinas, 24 (21,2%) corticoides, 13 (11,5%) quimioterapia, 8 (7,1%) inmunosupresores, 7 (6,2%) anti-H2, 9 (5%) laxantes, 6 (5,3%) loperamida y 4 (3,5%) metformina. 6 (5,3%) pacientes recibían nutrición enteral y 5 (4,4%) estaban recibiendo nutrición parenteral al inicio de los síntomas, con una duración media de 4,7±2,3 días.

Recibieron antibiótico en los 3 meses previos 101 (89,4%) pacientes. Los antibióticos recibidos fueron: 58 (51,3%) penicilinas, 56 (49,6%) cefalosporinas, 37 (32,7%) quinolonas, 17 (15%) carbapenems, 16 (14,2%) fosfomicina, 10 (8,8%) macrólidos, 7 (6,2%) linezolid, 7 (6,2%) metronidazol, 6 (5,3%) clindamicina, 6 (5,3%) sulfonamidas, 5 (4,4%) glucopéptidos, 4 (3,5%) aminoglucósidos, 4 (3,5%) antifúngicos, 3 (2,7%) aztreonam y 1 (0,9%) daptomicina. Los pacientes recibieron tratamiento antibiótico durante un total de 17,9±14,3 días. El tiempo transcurrido desde la última dosis de cualquier antibiótico hasta el inicio de los síntomas fue de 12,6±21,4 días.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento con IBPs y antibióticos durante los 3 meses previos al desarrollo de la ICD. Penicilinas, cefalosporinas, quinolonas y carbapenems fueron los grupos antibióticos más consumidos, datos que concuerdan con lo publicado en estudios previos. Sería importante tener en cuenta estos datos a la hora de dirigir las actividades del PROA (programa de optimización antibiótica) en nuestra Área.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1968. IMPACTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LA UTILIZACIÓN DE CARBAPENEMS EN EL HOSPITAL

AUTORES

MANDILEGO GARCÍA A, IZKO GARTZIA N, ARRIZABALAGA ASENJO M, VILLOSLADA GELABERT A, SOCÍAS MIR A, GARAU COLOM MM, MEDINA GUERRERO Á, VILANOVA BOLTÓ M

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON LLÀTZER. CTRA. DE MANACOR, 07198. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Analizar el impacto de una intervención multidisciplinar llevada a cabo por el equipo del programa de optimización de antibióticos (PROA) para mejorar el uso de carbapenems en el hospital. Como objetivos secundarios se plantea analizar la aceptación de las propuestas del equipo PROA y los tipos de intervención realizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, pre- y post-intervención para evaluar el uso de carbapenems en un hospital de 400 camas. El período preintervención se define como los 30 meses antes de la implantación del PROA (enero 2015 a junio de 2017) y el postintervención los 30 meses posteriores (julio 2017 a diciembre 2019). La variable principal es el consumo de DDD/100 estancias, analizada de forma global y según el tipo de servicio (médico, quirúrgico o crítico).

Durante el período de intervención se incluyeron todos los pacientes que tenían un carbapenem activo en la historia

clínica electrónica durante los días laborables, de acuerdo con un listado obtenido a partir del programa de prescripción electrónica. Posteriormente, el equipo PROA, integrado por profesionales de los servicios de infecciosos, cuidados intensivos, microbiología y farmacia revisaba dichos tratamientos. Tras la reunión, los clínicos comunicaban al médico prescriptor las propuestas de mejora.

Los datos de consumo se obtuvieron a partir del programa de gestión SAP y los datos de las estancias fueron facilitados por el equipo de Control de Gestión del hospital. El seguimiento de las propuestas y aceptación de las mismas se realiza accediendo a la historia clínica electrónica del paciente.

RESULTADOS

Durante el período de intervención se revisaron 1.716 tratamientos con carbapenems. El consumo global anual en DDD/100 estancias fue de 8,66 (2015), 8,50 (2016), 5,11 (2017), 3,86 (2018) y 4,14 (2019).

Detallado por tipo de Servicio, mientras que en el área de críticos evolucionó de 24,99 DDD/100 estancias en 2015 a 25,84 en 2019, en el área médica disminuyó de 7,52 en 2015 a 3,14 en 2019 y el área quirúrgica de 8,23 en 2015 a 2,77 en 2019.

Se realizaron un total de 1.283 intervenciones de las cuales el 88,1% (1.129) fueron aceptadas.

Los principales tipos de intervención realizadas fueron recomendación de reducción de espectro (875), finalización del tratamiento por no estar indicado (156) y suspensión del tratamiento por duración excesiva (153)

CONCLUSIONES

La intervención por parte del equipo PROA ha permitido reducir el consumo de carbapenems en el hospital. El impacto ha sido mayor en el conjunto del hospital pero desigual según el tipo de servicio, ya que apenas ha supuesto una modificación del consumo en la UCI.

Este menor impacto en UCI puede estar en parte justificado por la mayor incidencia de infecciones por microorganismos resistentes, pero también por el empleo de dosis más altas de las recomendadas de forma sistemática.

Se observa una buena aceptación por parte de los clínicos a las propuestas realizadas por el equipo PROA. El trabajo multidisciplinar de revisión ha permitido principalmente acelerar la desescalada de los tratamientos y su suspensión más precoz, al compartir antes los datos microbiológicos y la situación del paciente.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1980. CLINICAL EXPERIENCE OF FAECAL MICROBIOTA TRANSPLANTATION FOR RECURRENT CLOSTRIDIODES DIFFICILE INFECTION

AUTORES

MUÑOZ BURGOS M, RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ MJ, GUIADO GIL AB, RUÍZ PÉREZ DE PIPAÓN M, BOZADA JM, GÁLVEZ BENÍTEZ L, PACHÓN IBÁÑEZ ME, HERRERA HIDALGO L
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. CALLE MANUEL SIUROT S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Clostridioides difficile infection (CDI) recurs in 20-30% of patients after treatment of the initial infection. Faecal microbiota transplantation (FMT) is an emerging therapy for CDI that offers the potential for a rapid and lasting elimination of the infection through the restoration of healthy microbiota. Up to date, FMT is approved as a safe and effective treatment of recurrent CDI, with cure rates of over 80%. This study aimed to analyse the real-world setting of this therapeutic alternative for recurrent CDI.

MATERIALES Y MÉTODOS

A prospective analysis was carried out including all patients with recurrent CDI treated with FMT in a tertiary referral hospital from December 2016 to March 2020. The following variables were analysed: demographics (age, sex), number of previous CDI episodes, diagnosis of CDI (Polymerase Chain Reaction (PCR) vs. Clostridioides difficile toxin), other treatments refractory condition, FMT procedure-related adverse events, 8-weeks and 6-months recurrence, recurrence reason and recurrence treatment (if applicable). TMF was indicated by an infectious diseases specialist and administered via colonoscopy. All stool donors were precisely screened.

RESULTADOS

A total of 9 patients were included: median age was 56 years (28-86) and 4 were females. The median number of previous CDI episodes was 1. All patients but one were diagnosed by PCR, and all but four were positive to Clostridioides difficile toxin. Eight patients were refractory to other treatments: 1 to fidaxomicin; 3 to vancomycin and fidaxomicin; 2 to vancomycin, metronidazole and fidaxomicin; 1 to vancomycin, metronidazole and bezlotoxumab; 1 to vancomycin, metronidazole, fidaxomicin and bezlotoxumab.

No one experienced FMT procedure-related adverse events. Eight-weeks recurrence was suffered by one patient, triggered by antibiotic administration for urinary sepsis treatment. This recurrence was treated with vancomycin followed by bezlotoxumab. One patient died before this 8-weeks analysis.

Regarding 6-months recurrence: 5 did not experience a recurrence, 2 patients died before this evaluation (more fragile patients, with multiple comorbidities), and 1 had no completed six months post-TMF when this analysis was effectuated.

CONCLUSIONES

In conclusion, and despite our small population, TMF showed as a well-tolerated and effective alternative for recurrent CDI. Further research is certainly warranted to better define this therapeutic option and its long-term results.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1984. CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM EN INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS: ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN Y DE LA RESPUESTA MICROBIOLÓGICA.

AUTORES

BARCA DÍEZ C, NOGUEIRA RAMOS B, BUSTELO PAZ F, BOULLOSA LALE S, GIMÉNEZ CANDELA RM, IGLESIAS NEIRO P, ÁLVAREZ GARCÍA P, CRESPO DIZ C
COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. CALLE MOURENTE O. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Analizar la utilización de Ceftazidima-avibactam (CAV) en infecciones por Enterobacterias productoras de Carbapenemasas (EPC) y la efectividad del tratamiento desde un punto de vista microbiológico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, que incluyó a todos los pacientes con infección por EPC tratados con CAV (periodo: 24 meses).

Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), farmacoterapéuticas (posología, duración del tratamiento, antibioterapia previa y antibioterapia concomitante) y microbiológicas (microorganismo aislado, tipo de carbapenemasas y sensibilidad).

Para la recogida de datos se utilizaron las Aplicaciones Informáticas de Elaboración y Gestión de Medicamentos del Servicio de Farmacia y el Sistema Informático del Laboratorio del Servicio de Microbiología.

Se analizó la utilización de CAV revisando la posología, los días de tratamiento, la utilización de antibioterapia previa a la prescripción de CAV y la coexistencia de otros antibióticos durante el tratamiento.

La efectividad de CAV se analizó mediante la erradicación del microorganismo en las muestras clínicas del foco de infección. La respuesta microbiológica se relacionó con el tratamiento antibiótico concomitante.

RESULTADOS

Se incluyeron 30 pacientes tratados con CAV, 18 hombres, con una mediana de edad de 69 años (42-100) que sumaron un total de 34 episodios de tratamiento (1 paciente con 3 episodios y 2 pacientes con 2 episodios).

La mediana de duración del tratamiento fue 11,5 días (3-52), la posología fue 2g/0,5g cada 8 horas excepto en 8 episodios en los que se ajustó a función renal. En 25 episodios (71,4%) los pacientes recibieron antibioterapia previa al tratamiento con CAV. En 22 episodios (64,7%) la CAV se utilizó en monoterapia y en 12 episodios (35,3%) combinada con otros antimicrobianos.

En el 100% de los episodios el microorganismo causante de la infección fue *K.pneumoniae* productora de carbapenemasas (OXA 48+ (93%) y KPC+ (7%)), aislada en los siguientes focos: orina (55%), sangre (20%), piel y partes blandas (PPB) (10%), intraabdominal (7,5%) y respiratorio (7,5%). La sensibilidad a CAV fue del 100% (CMI₉₀ ≤1µg/ml). Se evaluó la respuesta microbiológica al tratamiento con CAV en 22 episodios (64,7%). El control microbiológico del foco se llevó a cabo en: orina 72,7% de las muestras; sangre 50%; PPB 100%; intraabdominal 33,3% y respiratorio 66,7%. La *K.pneumoniae* se erradicó en 19 episodios (86,4%), los resultados de erradicación según el foco de infección fueron: orina 87,5%; sangre 100%; PPB 100%; intraabdominal 100% y respiratorio 50%.

En los episodios en los que se erradicó *K.pneumoniae* en el foco de infección la CAV se utilizó en monoterapia en 14 episodios (73,7%) y en terapia combinada en 5 episodios (26,3%), con colistimetato (60%), meropenem (20%) y amikacina (20%).

CONCLUSIONES

En base a nuestro estudio se observó que la CAV se utilizó frente a *K.pneumoniae* productora de carbapenemasas en todos los episodios, con una respuesta microbiológica elevada al tratamiento.

En más de la mitad de los episodios estudiados el foco de infección fue urinario, donde el tratamiento con CAV mostró elevada efectividad.

En aquellos episodios en los que se observó erradicación del microorganismo la CAV se utilizó principalmente en monoterapia.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1988. IMPACTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN UN HOSPITAL SIN SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

AUTORES

CANTUDO CUENCA MR, TAMAYO BERMEJO R, MUÑOZ CEJUDO BM, MORA MORA MA, MARTINEZ DE LA PLATA JE
HOSPITAL SAN AGUSTÍN (AGS NORTE DE JAÉN). AVENIDA DE SAN CRISTOBAL S/N. JAÉN

OBJETIVOS

Describir las intervenciones del Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA) coordinado por el farmacéutico en un hospital comarcal sin servicio de enfermedades infecciosas, analizar su grado de aceptación y medir su impacto en la presión antimicrobiana.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio pre-post intervención realizado en un hospital comarcal de 204 camas para medir el impacto de un PROA durante su primer año (2019).

Se creó un equipo multidisciplinar constituido por: director médico, preventivista, enfermera de control de infecciones, internista, farmacéutico, microbiólogo e intensivista. Se revisaron los protocolos y se presentó a los profesionales implicados.

El farmacéutico revisó diariamente todas las prescripciones de antimicrobianos de pacientes hospitalizados mediante

el programa de prescripción electrónica, especialmente: amplio espectro, alto impacto económico, duración > 7 días, combinaciones redundantes. Se definió un circuito de contacto del grupo para la revisión de éstas. Las intervenciones tenían carácter asesor y se registraron en la Historia Clínica Electrónica. Se clasificaron en: a) optimización de dosis; b) terapia secuencial; c) cambio del tratamiento antimicrobiano empírico: c1) disminuir espectro, c2) aumentar espectro, c3) mismo espectro pero más recomendable por toxicidad, eficacia, coste; d) ajuste según antibiograma; e) retirada: e1) por duración excesiva; e2) por no indicación; f) suspensión de alguno de los antimicrobianos de una combinación inadecuada; g) otras. Se recogieron variables relacionadas con el paciente, antibioterapia e infección. Se comparó la presión antimicrobiana en dosis diaria definida (DDD)/1000 estancias de antimicrobianos de 2019 respecto al año anterior.

RESULTADOS

Se revisaron 1857 prescripciones de antimicrobianos, realizando 449 intervenciones (24,2%): a) 16,2%; b) 10,9%; c) 10,5% [c1) 76,6%; c2) 17%; c3) 6,4%]; d) 23,4%; e) 27,2% [e1) 74,6%; e2) 25,4%]; f) 11,1%; g) 0,7%. Su aceptación fue del 89,3% (79,5% de forma total y 9,8%, parcialmente). Fueron rechazadas el 6,9%, en el 3,8% restante no fue posible su valoración. Causas de inadecuación de la antibioterapia: vía, dosis o duración inadecuada (47,7%), inadecuación a guías (21,8%), no desescalado tras resultados microbiológicos (12,9%), no cobertura según antibiograma (6,9%), no indicación de antibioterapia (6,7%), interpretación incorrecta del antibiograma (3,6%), otra (0,4%).

Mediana de días desde el inicio de la antibioterapia hasta la intervención: 1 (RIC:1-7). Antibióticos con más intervenciones: fluoroquinolonas (21,6%), cefalosporinas (19,6%), amoxicilina-clavulánico (16,3%), carbapenems (12,5%). Servicios clínicos: medicina interna (53,7%), cirugía general (17,8%), traumatología (12,9%), urología (12,9%).

La mediana de edad de los pacientes sobre los que se realizaron las intervenciones fue 74 años (RIC:61-84), 42,5% mujeres. Ámbito de adquisición de la infección: comunitaria (75,7%), relacionada con la asistencia sanitaria (12,7%), nosocomial (11,6%). Síndrome o foco más frecuente: infección respiratoria (24,7%), infección urinaria (24,1%), infección intraabdominal (19,4%). Tipo de antibioterapia: empírica (71,5%), dirigida (17,1%), profilaxis (11,4%). Mediana de duración de la antibioterapia: 8 días (RIC:5-13). Monoterapias: 67%. Obtención de muestras microbiológicas: 65,7%; resultado positivo en el 73,2% de los casos.

La presión antimicrobiana se redujo de 876.3 DDD/1000 estancias en 2018 a 699.6 DDD/1000 estancias en 2019 (20.2%).

CONCLUSIONES

El porcentaje de intervenciones aceptadas es elevado. La suspensión por duración excesiva o no indicación de antibioterapia junto al ajuste según antibiograma suponen la mitad de ellas. El PROA ha logrado un descenso de la presión antimicrobiana.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2006. EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIFÚNGICOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS

AUTORES

JIMENEZ CASAUS J, CORRAL ALAEJOS A, FERNÁNDEZ CAÑABATE S, GIL NAVARRO I, ROLDÁN GONZÁLEZ JS, GODA MONTIJANO G, PAREDES BERNALDO DE QUIROS ML, GIL VALIÑO C
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVENIDA DE REQUEJO 35. ZAMORA

OBJETIVOS

Evaluar y analizar el impacto sobre el consumo de antimicrobianos y de los indicadores establecidos tras la puesta en marcha de un Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y comparativo del consumo de antibióticos y antifúngicos (Grupos J01-J02) durante dos períodos: años 2016-2017 (prePROA) y 2018-2019 (PROA), empezándose la actividad del equipo PROA en abril de 2018.

El consumo se calculó mediante la dosis diaria definida (DDD) por cada 100 estancias tanto a nivel global (no críticos), críticos (UCI) y entre servicios médicos (M) y quirúrgicos (Q). Se incluyeron a todos los pacientes tratados con antimicrobianos, excluyendo a los servicios de Urgencias, Pediatría, Consultas externas y ambulantes y centros ajenos. Las DDD fueron obtenidas de la página web (http://www.whocc.no/atc_ddd_index/), y el indicador de consumo global fue DDD/100 estancias. Las estancias fueron facilitadas por el servicio de admisión, y el cálculo de las DDD con una base de datos propia.

A nivel de no críticos se fijaron otros indicadores extraídos de la publicación de Gutiérrez-Urbón (DOI : 10 . 7 3 9 9 / f h .1116 3): 1) Consumo global de antibacterianos (J01), 2) Consumo global de antifúngicos sistémicos (J02), 3) Consumo de carbapenems, 4) Consumo de fluorquinolonas , 5) Consumo de nuevos betalactámicos, 6) Consumo de macrólidos, 7) Consumo de metronidazol , 8) Consumo de fosfomicina , 9) Terapia secuencial, 10) Ratio agentes anti-SASM/agentes anti-SARM, 11) Ratio amoxicilina-amoxicilina-clavulánico, 12) Ratio amoxicilina-clavulánico/piperacilina/tazobactam, 13) Diversificación de beta-lactámicos anti-pseudomónicos (índice de heterogenicidad) y 14) Ratio fluconazol/ equinocandinas.

En UCI, se calculó las diferencias de consumo por grupo terapéutico.

RESULTADOS

El consumo global de no Críticos (J01-J02) se redujo de una media de 92,248 ($\pm 4,331$) a 82,463 ($\pm 3,567$). En UCI, de 244,873 ($\pm 7,921$) a 209,072 ($\pm 3,697$). Asimismo, se consiguió reducir en M de 70,159 ($\pm 2,829$) y 63,859 ($\pm 1,469$) y Q de 85,846 ($\pm 3,634$) y 82,006 ($\pm 1,411$) tras la puesta en marcha del programa.

Los resultados medios de los indicadores de consumo expresados en DDD/100 estancias en ambos períodos: 1) (89,849

vs 78,028), 2) (2,899 vs 3,153), 3) (5,401 vs 4,583), 4) (15,353 vs 12,258), 5) (0,008 vs 0,327), 6) (2,956 vs 3,036), 7) (2,300 vs 2,315), 8) (0,545 vs 0,350), 9) (0,746 vs 0,698), 10) (1,702 vs 1,742), 11) (0,131 vs 0,099), 12) (1,282 vs 1,504), 13) (1,077 vs 1,085) y 14) (18,899 vs 7,598).

En UCI, la disminución del consumo fue: 12,570 en penicilinas (5,394 piperacilina/tazobactam y 2,924 amoxicilina/clavulánico), 12,037 en quinolonas (6,597 ciprofloxacino y 5,440 levofloxacino), 9,941 otros b-lactámicos (8,967 cefalosporinas antipseudomónicas, 3,467 carbapenems), 4,230 otros (1,961 linezolid, 1,420 teicoplanina y 0,845 Vancomicina) y 1,796 las tetraciclinas. Mostraron un incremento en su consumo en el 2018-2019: triazoles (4,637), macrólidos (2,220), y sulfamidas (0,672).

CONCLUSIONES

- La implantación del PROA en nuestro hospital ha supuesto una reducción en los consumos globales de antimicrobianos, teniendo un impacto favorable sobre la mayoría de los indicadores fijados.
- Debemos relacionar los consumos e indicadores fijados con la sensibilidad de nuestra área y con resultados en salud, que confirmen los objetivos finales del programa.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2021. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN EL PACIENTE SÉPTICO, ¿ES UNA ESTRATEGIA SEGURA?

AUTORES

MARTINEZ NÚÑEZ ME, LÓPEZ MÉNDEZ P, HIJAZI VEGA M, CACHO CALVO J, ALIA ROBLEDO I, RUANO SORIANO E, ONTENIENTE GONZALEZ A, MOLINA GARCIA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARRETERA DE TOLEDO KM 12.500. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad de un Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA) basado en medidas no restrictivas que promocionan el uso de antiinfecciosos de espectro más reducido, en términos de tasa de mortalidad, estancia media hospitalaria y tasa de reingresos precoces en los pacientes con sepsis/shock séptico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio experimental sin asignación aleatoria, pre-post intervención, de series temporales interrumpidas (ITS):

- Fase preintervención (2009-2013): población basal previa a la instauración del programa (análisis retrospectivo).
- Fase postintervención (2014-2017): implementación del programa y análisis prospectivo de los datos.

Criterios inclusión: pacientes ingresados con diagnóstico de sepsis/shock séptico, con una edad > 14 años, y tratamiento antimicrobiano durante un mínimo de 24h.

Criterios exclusión: pacientes que fallecieron o se trasladaron a otro centro durante las primeras 24h de ingreso.

Variable principal: tasa de mortalidad cruda intrahospitalaria.

Variables secundarias:

- Estancia media hospitalaria (fecha de alta - fecha de ingreso).
- Tasa de reingresos precoces: pacientes que reingresaron en los 30 días posteriores al alta y a su vez se instauraba tratamiento antimicrobiano con el objetivo de acotar los reingresos producidos por un proceso infeccioso.
- Densidad de utilización de antibióticos de amplio espectro (cefalosporinas de tercera generación, carbapenems, fluoroquinolonas y piperacilina/tazobactam): nº Días de Tratamiento, o "Days of Therapy" (DOT) por cada 1.000 Estancias-Día. DOT: nº días que un paciente recibe un antimicrobiano, independientemente de la cantidad y dosis utilizadas.
- Duración media/ciclo: nº días tratamiento/nº ciclos. Se consideró un ciclo de tratamiento diferente cuando el periodo entre el final de un ciclo y el inicio del siguiente fue ≥ 4 días.

Fuente de información: historia clínica electrónica y Conjunto Mínimo Básico de Datos procedente de los informes de alta.

Análisis estadístico: las diferencias entre las variables cuantitativas fueron analizadas mediante la prueba T-Student, y las variables cualitativas mediante la prueba Chi Cuadrado.

El efecto del programa se analizó mediante ITS de los datos mensuales de las variables.

RESULTADOS

Se incluyeron 1.979 pacientes (preintervención: 937; postintervención: 1.042), con una edad similar en ambos grupos (70,9 \pm 16,9 años vs 72,9 \pm 16,3 años; Diferencia media-2,0; p > 0,05).

El consumo de antibióticos de amplio espectro se redujo de forma significativa tras la instauración del programa (pendiente -0,34 DOT/1.000 estancia-día/mes; IC95% -0,49 a -0,19; p < 0.001), con una tendencia a instaurar ciclos más cortos (pendiente -0,02 días/ciclo; IC95% -0,05 a 0,01; p=0,26).

La tasa de mortalidad durante la fase postintervención mantuvo la tendencia decreciente, sin observar un incremento respecto al periodo basal (pendiente -0,13; IC95% -0,49 a 0,22; p > 0,47).

Se produjo una reducción en la estancia media hospitalaria y en la tasa de reingresos precoces, aunque no se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas (pendiente -0,08 días/mes; IC95% -0,33 a 0,18; p=0,54), (pendiente -0,12 reingresos por cada 100 pacientes; IC95% -0,29 a 0,12; P=0,19), respectivamente.

CONCLUSIONES

El programa PROA ha permitido reducir el consumo de antibióticos de amplio espectro sin comprometer la seguridad de los mismos, ya que no se ha asociado con un mayor nivel de fracaso en los desenlaces, como la tasa de mortalidad, estancia media hospitalaria ni en una mayor tasa de reingresos precoces.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)**2027. IMPACTO DE LA ROTURA DE UN COMBO DE DARUNAVIR/COBICISTAT EN LA ADHERENCIA Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL****AUTORES**

MARTÍN GIL M, MARTÍN CILLERO MT, VALVERDE MERINO MP, OTERO LÓPEZ MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO DE SAN VICENTE, 182, 37007 SALAMANCA. SALAMANCA

OBJETIVOS

En abril de 2019, según acuerdo de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, se sustituyó en la Guía Farmacoterapéutica de nuestro centro la combinación darunavir/cobicistat 800/150mg (combo DRV/COBI) por comprimidos con cada componente por separado.

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de este cambio en la adherencia y eficacia del tratamiento antirretroviral (TAR), así como el ahorro económico directo conseguido.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo (abril 2018-2020), que incluyó a todos los pacientes VIH en tratamiento en abril de 2019 con el combo DRV/COBI dentro de su TAR, y que fueron cambiados de presentación. Se excluyeron aquellos pacientes que en el momento del cambio llevaban menos de un año con el combo DRV/COBI. Los pacientes fueron informados adecuadamente por los farmacéuticos antes de proceder a la intervención y seguidos estrechamente tras la misma.

Los datos se obtuvieron de la aplicación informática de dispensación a pacientes externos (Farmatools®) y de la historia clínica electrónica (Jimena IV). Para cada paciente se registraron las siguientes variables: sexo, edad, TAR, recuento de linfocitos CD4+ y carga viral plasmática (CVP).

La adherencia se evaluó por el registro semestral de dispensación (tasa de posesión). La eficacia del TAR se estimó mediante el porcentaje de pacientes con CVP < 50 copias/mL en dos o más determinaciones sucesivas y/o linfocitos CD4+ > 200/μL. Se consideraron como repuntes virológicos transitorios (blips), que no afectan a la eficacia, los valores aislados de CVP entre 50-200 copias/mL. Para determinar el ahorro económico, se calculó la diferencia de coste para el centro entre el TAR previo y el posterior.

La comparación de variables se realizó con el programa estadístico SPSS®, considerando un nivel de significancia $p < 0,05$.

RESULTADOS

En el momento del estudio, 111 pacientes (20,3% de los pacientes con TAR activo) se encontraban en tratamiento con el combo DRV/COBI y a todos ellos se les cambió de presentación. El 78% eran hombres y la edad media fue de 51 ± 10 años. La mediana de comprimidos que componían su TAR antes de la intervención fue de 2 (1-5), incrementándose en un comprimido más tras el cambio.

La tasa de posesión semestral media fue $95,3\% \pm 10,1$ y $96,4\% \pm 8,2$, antes y después de la intervención ($p=0,076$).

El porcentaje de pacientes con CVP < 50 copias/mL fue 92,8% y 88,3%, y el porcentaje de pacientes con CD4+ > 200/μL fue 91,0% y 96,4%, antes y después del cambio, respectivamente. En ambos casos no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Los blips se presentaron en un 20,7% de los pacientes antes del cambio frente a un 24,3% tras el mismo. Tres pacientes presentaron fracaso virológico, lo que obligó a modificar el TAR en el periodo estudiado.

Respecto al impacto económico, la medida adoptada supuso un ahorro económico de 390.000€/año (3.513 €/paciente/año).

CONCLUSIONES

El cambio del combo de DRV/COBI a sus componentes por separado no parece modificar la adherencia y la eficacia del TAR y, sin embargo, redonda en un ahorro económico importante para el hospital. La atención farmacéutica permite afrontar con éxito este tipo de cambios.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)**2091. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE RESISTENCIA Y DENSIDAD DE INCIDENCIA DE P.AERUGINOSA EXTREMADAMENTE-RESISTENTE TRAS INSTAURACIÓN DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS****AUTORES**

LÓPEZ MÉNDEZ P, MARTÍNEZ NÚÑEZ ME, HIJAZI VEGA M, MOLINA ARANA D, PÉREZ CABALLERO G, VAZQUEZ SÁNCHEZ R, ONTENIENTE GONZÁLEZ A, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARRETERA DE TOLEDO. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el impacto del Programa de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA) basado en la utilización de antiinfecciosos de espectro reducido, sobre la densidad de incidencia (DI) y el nivel de resistencia (NR) de Pseudomonas aeruginosa extremadamente resistente (XDR) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuasiexperimental, pre-post intervención, distinguiéndose dos fases: fase pre-PROA (enero-2009 a diciembre-2013), con un análisis retrospectivo de la situación de partida, y la segunda fase post-PROA (enero-2014 a diciembre-2017), donde se evaluaron los resultados prospectivamente. Se incluyeron: pacientes ingresados, con edad > 14 años, y tratamiento antimicrobiano durante mínimo 24h. Variables: edad, sexo, factores de riesgo de multirresistencia (ingreso hospitalario y uso de antibióticos en los últimos 90 días). Se incluyeron exclusivamente muestras microbiológicas

diagnósticas y fueron estudiadas únicamente las cepas no duplicadas (aislamiento de la misma especie bacteriana, con el mismo patrón de sensibilidad, en el mismo paciente).

Se evaluó la tendencia en el consumo de antipseudomónicos, definido como el número de días de tratamiento o “Days of therapy” (DOT) por cada 1.000-estancias-día, así como la duración media/ciclo. Se consideró infección nosocomial cuando la muestra fue obtenida a partir de las 48h del ingreso, e infección comunitaria cuando fue obtenida durante las primeras 48h. Se analizaron las cepas de *P.aeruginosa* XDR (cepas con sensibilidad a uno o dos antibióticos antipseudomónicos). Se midió de forma mensual tanto a nivel nosocomial como a nivel comunitario, la DI de infecciones por *P.aeruginosa* XDR calculada como el número de aislados por 1000-estancias-día, así como el NR definido como el porcentaje de cepas XDR respecto del total de aislados de este patógeno.

Se realizó un análisis estadístico de series temporales interrumpidas, analizando el posible cambio en la pendiente (CP) de las variables.

RESULTADOS

Se analizaron 71.757 pacientes (pre-PROA=40.653; POST-proa=31.104), con características similares en ambos grupos (edad 65,7±19,5 años vs 68,7±18,4 años; Diferencia media-2,98; $p > 0,05$), excepto el porcentaje de pacientes con factores de riesgo de multirresistencia al ingreso, que fue mayor en el periodo post-intervención (17,7% vs 19,2%; $\chi^2=26.45$; $p < 0,05$).

El consumo de antipseudomónicos se vio reducido de forma significativa en cuanto a la duración/ciclo (CP -0.016 días; IC95% -0,028 a -0,004; $p=0,011$), sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas (DES) en cuanto a DOT/1.000-estancias-día (CP 0,736; IC95% -0,533 a 2,005; $p=0,253$).

A nivel nosocomial, se produjo una disminución de la DI, invirtiendo la tendencia respecto al periodo basal, con una DES (CP -0,023; IC95% -0,032 a -0,014; $p=0,000$) así como una disminución del NR (CP -0,904; IC95% -1,249 a -0,559; $p=0,000$).

A nivel comunitario se mantuvo la tendencia creciente tanto de la DI como del NR de *P.aeruginosa* XDR sin alcanzar DES (CP -0,001; IC95% -0,005 a 0,002; $p=0,440$) y (CP -0,144; IC95% -0,400 a 0,111; $p=0,266$), respectivamente.

CONCLUSIONES

La implantación del PROA ha supuesto la instauración de ciclos más cortos de antipseudomónicos, contribuyendo a una disminución de la DI de infecciones nosocomiales producidas por *P.aeruginosa* XDR, y una reducción paralela en el porcentaje de estos aislados respecto del global, a pesar de contar con pacientes con más factores de riesgo de multirresistencia.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2096. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS E IMPACTO CLÍNICO EN PACIENTES TRATADOS CON ISAVUCONAZOL

AUTORES

CANALES SIGUERO D, CARO TELLER JM, MARTÍNEZ DE LA TORRE F, SANCHEZ SANZ B, BRUNI MONTERO MA, FERRARI PIQUERO JM

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. AV. CORDOBA S/N. MADRID

OBJETIVOS

Identificar y describir las interacciones farmacológicas entre isavuconazol y otros medicamentos recibidos de forma concomitante en pacientes ingresados, así como el impacto clínico de las interacciones más relevantes en un hospital de clase 5.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que incluyeron a todos los pacientes tratados con isavuconazol desde su comercialización hasta diciembre de 2019 en el hospital.

Se realizó un seguimiento del tratamiento de los pacientes a través de la prescripción electrónica. Se recogieron variables demográficas y los fármacos que recibió el paciente de forma concomitante a isavuconazol durante más de 48 horas.

Se analizaron los tratamientos con la aplicación Lexicomp® para detectar las potenciales interacciones. Para establecer el impacto clínico, se revisaron las historias clínicas de los pacientes con las interacciones de mayor relevancia (clase D y X). En el caso de hallar alguna reacción adversa relacionada con el tratamiento, se aplicó el algoritmo de Horn para establecer la probabilidad de que el evento este producido por una interacción farmacológica.

RESULTADOS

Se analizó un total de 84 episodios en 59 pacientes (42,4% mujeres) con edad media de 61±13,9 años. La mediana de duración del tratamiento, excluyendo aquellos de menos de 48 horas, fue de 12,5 (6-20,5) días. Se analizaron 206 fármacos concomitantes diferentes, encontrándose un total de 35 interacciones. Se produjeron un total de 209 interacciones potenciales con isavuconazol en el 84,5% de los episodios. El 84,7% (n=177) de estas interacciones fueron de carácter moderado (categoría C), mientras que el 8,1% (n=17) fueron de carácter grave (categoría D y X), siendo estas últimas interacciones potenciales del grupo de los azoles.

La mediana de interacciones potenciales por episodio de tratamiento fue de 2 (1-3). La potencial interacción más frecuente fue tacrolimus con isavuconazol en 36 episodios en 20 pacientes, siendo de categoría C. Las interacciones potenciales de categoría D que se produjeron fueron con fentanilo (n=3), colchicina (n=2) y tolvaptán (n=2). Las interacciones potenciales de categoría X que se produjeron fueron con claritromicina (n=4), domperidona (n=4), rifampicina (n=1) y primidona (n=1).

En cuanto a la relevancia clínica de estas interacciones, solo se detectó un aumento progresivo de la fosfatasa alcalina en una paciente coincidente con el inicio de tratamiento concomitante con isavuconazol y claritromicina alcanzando 952 U/L mes y medio después del inicio de ambos fármacos. Al aplicar el algoritmo de Horn o escala de probabilidad de interacciones farmacológicas, se obtuvo una puntuación de 3, considerando la interacción como posible.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que el tratamiento con isavuconazol, pese a ser un fármaco inhibidor del citocromo P450 con múltiples interacciones potenciales ha sido seguro en ese aspecto, no encontrándose ninguna reacción adversa secundaria a una interacción grave clasificada por el algoritmo de Horn como definitiva.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2103. ANÁLISIS DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES MAYORES CON VIH

AUTORES

CANTARELLI . L, NAZCO CASARIEGO GJ, GUTIERREZ NICOLAS F, DEL ROSARIO GARCIA B, MORALES BARRIOS JA, GARCIA GIL S, CALZADO GOMEZ G, GONZALEZ GARCIA J
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

La introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha permitido que en la actualidad, las personas que viven con infección por VIH, alcancen una supervivencia similar a la población general. Todo ello ha conducido a un aumento de la población mayor de 65 años con VIH, aumentando así, la presencia de comorbilidades y el uso de medicación crónica. En este sentido, la prescripción de fármacos con actividad anticolinérgica se considera inadecuado en ancianos, especialmente en pacientes VIH, los cuales son más susceptibles a desarrollar eventos adversos e interacciones medicamentosas.

El objetivo del presente estudio fue evaluar el riesgo anticolinérgico en pacientes VIH mayores de 65 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y unicéntrico, que incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de VIH y una edad superior a 65 años. Se excluyeron aquellos pacientes sin información en la historia clínica electrónica de atención primaria. Se registraron las siguientes variables clínicas y demográficas: edad, sexo, comorbilidades, número de fármacos prescritos de forma crónica, fármacos con actividad anticolinérgica y consumo de benzodiazepinas (BDZ). Se cuantificó la carga anticolinérgica y el riesgo asociado, mediante el uso del Drug Burden Index (DBI).

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron un total de 78 pacientes (91% hombres (n=71); edad media: 70,8 años [65-88]). Las principales comorbilidades asociadas a los pacientes fueron: hipertensión (HTA) (48,7%, n=38), diabetes mellitus (DM) (25,6%, n=20), hiperlipidemia (36,6%, n=27), cardiopatía (33,3%, n=26), alteraciones óseas (16,7%, n=13), neoplasias (14,1%, n=11), trastornos neurológicos (23,1%, n=18) y trastornos respiratorios (14,1%, n=11). Del total, el 92,3% (n=72) tenía prescrito algún medicamento crónico en la receta electrónica. El consumo medio de fármacos por paciente excluyendo el tratamiento antirretroviral (TAR) fue de 7,1 [1-16]. El 47,4% (n=37) de los pacientes tomaba al menos un fármaco con actividad anticolinérgica. De estos, los más comunes fueron: 26,3% (n=10) antidepresivos (venlafaxina, sertralina, paroxetina, amitriptilina, escitalopram, citalopram, mirtazapina), 28,9% (n=11) antipsicóticos/antiepilépticos (pregabalina, olanzapina, quetiapina, ácido valproico, lamotrigina, gabapentina), 10,5% (n=4) antihistamínicos (hidroxizina, loratadina, fesoterodina), 18,4% (n=7) analgésicos (tramadol) y 13,2% (n=5) otros.

El 25,6% de los pacientes (n=20) tenía prescrito al menos una BDZ. El lormetazepam, lorazepam y alprazolam fueron las BZD más frecuentes. Según la escala DBI, se determinó que en el 48,6% (n=18) de los casos el riesgo anticolinérgico fue intermedio (media: 0,65 [0,50-0,92]) y en el 51,4% (n=19) alto (media: 1,38 [1,00-2,45]).

CONCLUSIONES

El presente estudio muestra que la población VIH mayor de 65 años, debido a la elevada presencia de polifarmacia, presenta un alto riesgo de desarrollar efectos adversos anticolinérgicos, comprometiendo esto en su actividad diaria y aumentando el riesgo de deterioro cognitivo, caídas y lesiones. Por tanto, resulta recomendable evitar en la medida de lo posible la prescripción de fármacos potencialmente peligrosos, así como realizar una búsqueda de alternativas terapéuticas válidas.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2114. EFECTIVIDAD DE CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR MICROORGANISMOS GRAM NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES

AUTORES

CANTARELLI . L, DEL ROSARIO GARCIA B, GUTIERREZ NICOLAS F, NAZCO CASARIEGO GJ, GONZALEZ DE LA FUENTE GA, MORALES BARRIOS JA, RAMOS SANTANA E, GONZALEZ GARCIA J
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El objetivo fue analizar el empleo y eficacia en práctica clínica de ceftolozano/tazobactam (C/T) y ceftazidima/avibactam (C/A) en pacientes con infecciones por microorganismos gram negativos multirresistentes, que presentan opciones terapéuticas limitadas, en un hospital de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, unicéntrico, de 65 meses de duración (enero 2015-mayo 2020) que incluyó a todos los pacientes que recibieron tratamiento antibiótico con C/A y/o C/T. Se registraron las siguientes variables clínicas y demográficas: edad, sexo, tiempo de estancia hospitalaria, duración del tratamiento antibiótico, duración de ingreso tras la finalización del tratamiento, ingreso en unidad de cuidados intensivos (UVI), reingreso a los 14 días, microorganismo causante de la infección, foco de la infección, realización de antibiograma y datos de sensibilidad antibiótica. Se determinó si el

tratamiento fue administrado de forma empírica o dirigida. La efectividad de ambos antibióticos se midió determinando la tasa cruda de mortalidad a los 30 días.

RESULTADOS

Durante el estudio, 57 pacientes recibieron tratamiento con C/A y/o C/T (64,9% hombres (n=37); edad media: 63,5 años [22-87]). El 61,4% (n=35) recibió C/T. La mediana de duración de estancia hospitalaria fue de 2,9 meses. La mediana de duración del tratamiento fue de 11 días.

Se identificó al microorganismo causal de la infección en el 85,9% de los casos (n=49). Los agentes etiológicos más frecuentes fueron: *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas (n=10, 22,8%) y *Pseudomona aeruginosa* (n=39, 68,4%). Los principales focos de infección fueron: bacteriemia (28,1%, n=16), neumonía (26,3%, n=15), infecciones del tracto urinario (ITU) (17,5%, n=10), infección de piel y partes blandas (21,1%, n=12), osteomielitis (3,5%, n=2,) y otras (3,5%, n=2). Las cepas de *Klebsiella pneumoniae* aisladas mostraron sensibilidad in vitro a: colistina (69,2%, n=9), aminoglucósidos (100%, n=13), carbapenem (15,4%, n=2) y quinolonas (7,7%, n=1). En cuanto a las cepas *Pseudomonas aeruginosa*, éstas fueron sensibles a: colistina (53,8%, n=21), aminoglucósidos (59%, n=23), quinolonas (23,1%, n=9) y carbapenem (7,7%, n=3). Se confirmó la sensibilidad in vitro a C/A y/o C/T en el 78,9% de ellos (n=45). La mediana de tiempo de estancia tras la finalización del tratamiento antibiótico fue de 13 días. El 56,1% (n=32) requirió ingreso en UVI. La tasa de mortalidad cruda a los 30 días fue del 29,8% (n=17). La tasa de reingreso a los 14 días fue del 14% (n=8).

CONCLUSIONES

En los últimos años, el empleo de estrategias terapéuticas basadas en el empleo de los nuevos antibióticos C/A y C/T en pacientes con infecciones causadas por microorganismos multirresistentes, ha tenido cada vez más relevancia clínica. El presente estudio muestra cómo se ha realizado un uso adecuado de estos antibióticos en nuestro medio, los cuales han demostrado tener una elevada eficacia en práctica clínica, con tasas de supervivencia del 70%.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2157. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* PARA AUMENTAR LA EFICIENCIA EN EL TRATAMIENTO

AUTORES

PÉREZ MARTÍN CY, TÉVAR ALFONSO E, FERRER MACHÍN A, HERNANDO PARREÑO N, ÁLVAREZ TOSCO KI, DÍAZ DÍAZ CL, GONZÁLEZ GARCÍA I, MERINO ALONSO FJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA. CARRETERA DEL ROSARIO, 145 SANTA CRUZ DE TENERIFE. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El objetivo principal fue estudiar los factores de riesgo que favorecen la infección por *Clostridium difficile* (ICD) en un hospital de tercer nivel. Los datos serán compartidos y analizados en el programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) para actualizar el protocolo de ICD y poder identificar aquellos pacientes que pudieran beneficiarse de un uso más temprano de fidaxomicina o vancomicina + bezlotoxumab desde la primera recurrencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados durante el 2019 que tuvieron una prueba positiva para *Clostridium difficile*.

Se excluyeron aquellos pacientes que fallecieron en las 8 semanas posteriores a la ICD.

La variable dependiente del estudio fue la presencia de recidiva en las 8 semanas posteriores al tratamiento (dicotómica). Se realizó un análisis descriptivo inicial a través de la mediana y recorrido intercuartílico [P25-P75] para las variables numéricas, o el porcentaje (%) para las cualitativas.

Para predecir las variables que estaban asociadas a la presencia de recidiva se usó un modelo de regresión logística binaria ajustado por los factores de riesgo de recurrencia descritos. Se analizaron: la presencia de insuficiencia renal, edad avanzada, ICD en los 6 meses previos, uso de antibióticos concomitantes y la presencia de inmunosupresión. El Odds Ratio (OR) y los IC95% se calcularon mediante los coeficientes de regresión logística.

Los análisis se realizaron mediante el programa estadístico SPSS/PC (versión 24.0 para Windows, SPSS, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS

Se incluyeron 54 pacientes de los que el 52% eran mujeres, con una media de edad de 77 [66-85].

El 48% presentaba Insuficiencia renal y el 24% eran inmunodeprimidos. El 30% de los pacientes presentó recidivas en las 8 semanas posteriores.

Se observó que la probabilidad de recidivas es mayor en pacientes mayores de 77 años (OR=4.73; IC95%: 1.12-19.99).

El estado de inmunosupresión se mantuvo en el modelo de regresión logística como posible factor de riesgo mostrando que los inmunodeprimidos presentaban una mayor tendencia a las recidivas (OR= 4.62; IC95%: 0.99-21.51). Además se reveló que haber pasado una ICD en los 6 meses previos y estar con tratamiento antibiótico en el momento de la ICD no se relacionaron con un aumento de las recidivas.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra que la edad mayor de 77 años es un factor de riesgo para presentar mayor tasa de recurrencias. El estado de inmunosupresión es un posible factor de riesgo aunque las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas, probablemente debido al pequeño tamaño muestral. Compartir el análisis de nuestros propios datos con los miembros del PROA permitirá actualizar el protocolo local de tratamiento de ICD.

No observamos un aumento de las recurrencias asociado a otros factores de riesgo destacados en la bibliografía como, historia de ICD en los 6 meses previos, tratamiento antibiótico concomitante durante la ICD o la presencia de insuficiencia renal, probablemente debido al pequeño tamaño muestral de nuestro estudio.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2181. EFECTIVIDAD DE FOSCARNET EN VIDA REAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

LÓPEZ PÉREZ A, ESCOLANO PUEYO Á, PERALES PASCUAL J, CASAJÚS NAVASAL A, CAZORLA PODEROSO L, PÉREZ MORENO M, MAGALLÓN MARTÍNEZ A, PINILLA PINILLA A
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Evaluar el perfil de uso y la efectividad de utilización de foscarnet para el tratamiento de la infección por citomegalovirus (CMV) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes que recibieron foscarnet como tratamiento de la viremia por CMV desde enero de 2018 hasta abril de 2020. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, patología, tiempo en tratamiento, pauta utilizada, tratamiento antiviral previo, posterior y concomitante, tiempo desde CMV+ hasta inicio tratamiento antiviral, carga viral (CV) basal (al inicio de foscarnet) y final (al suspender foscarnet), filtrado glomerular (FG) basal y nadir, repunte viral y fallecidos. Los datos se obtuvieron de la historia electrónica y de los programas informáticos OncoWin® y FarmaTools® y el análisis estadístico se realizó con Excel®.

RESULTADOS

Se incluyeron 39 pacientes, 22 hombres. Media de edad $55,8 \pm 14,9$ años [26-82]. El 71,8% eran pacientes hematológicos de los que el 41,0% habían sido trasplantados de médula ósea (TMO). De los restantes: 12,8% habían sido trasplantados de órgano sólido, 7,7% eran pacientes VIH+ y 7,7% sin patologías previas. El tiempo medio en tratamiento fue $11 \pm 6,6$ días [1-27]. La pauta posológica fue 90mg/kg/12horas en el 69,2%. Se realizó ajuste renal en la dosis en 10,2% de pacientes.

51,2% de pacientes fueron tratados previamente con ganciclovir y/o valganciclovir. El 61,3% recibieron tratamiento concomitante con otro antiviral: 45,0% ganciclovir, 35,0% aciclovir y 20,0% valganciclovir. El 38,4% fueron tratados tras suspender foscarnet con ganciclovir y/o valganciclovir. El tiempo medio desde determinación CMV+ hasta inicio con un antiviral de los citados fue $4,5 \pm 6,0$ días [0-24].

El 23,0% de los pacientes iniciaron tratamiento con foscarnet con CV indetectable. En el resto de pacientes la mediana de la CV basal fue de 1.135 UI/ml [3,34-65.400], la CV final fue indetectable en el 46,1% y en los que no negativizaron la mediana de CV final fue de 215 UI/ml [34,5-6.690]. La reducción media de la CV fue del $90,4 \pm 17,9$ % [18-100].

Se produjo reducción del FG en 64,1%, con reducción media del $25,6 \pm 21,2$ % y de $36,7 \pm 22,0$ % en los mayores de 65 años.

En el 15,4% de los pacientes se observó repunte en CV. Éstos reiniciaron tratamiento con foscarnet ajustándoles la dosis según función renal en el 83,3%. Todos eran TMO, la mediana de CV final previa al repunte fue 62 UI/ml [34,5-75], siendo de 1000 UI/ml [115-4700] al repunte. El tiempo medio desde CMV+ hasta inicio de tratamiento antiviral en estos pacientes, fue superior a la media, $7 \pm 6,0$ días [1-13].

El 41,0% de pacientes fallecieron durante el tratamiento con foscarnet. Su edad media fue $61 \pm 14,4$ años [27-82] y el 81,2% presentaban patologías hematológicas.

CONCLUSIONES

Aunque se ha observado una elevada mortalidad, foscarnet ha sido efectivo en la reducción de viremia por infección por CMV en un porcentaje importante de pacientes consiguiendo una alta tasa de negativización viral, así como una baja tasa de repuntes. Estudios posteriores son necesarios para establecer criterios y conseguir optimizar el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2184. ESTUDIO DE ADHERENCIA A UNA GUÍA DE ANTIOTERAPIA EMPÍRICA PARA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

AUTORES

LARÍA CAMPAÑA C, SÁNCHEZ GREGORIO ML, CARO BRAGADO S, ALONSO CORRAL S, ALONSO MARTÍN MSYM, MAROTO GOZALO MJ, PÉREZ LÓPEZ MÁ
HOSPITAL GUADARRAMA. MOLINO DEL REY, 2. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el grado de adherencia a la guía de antibioterapia para Infección del Tracto Urinario (ITU) elaborada por un equipo PROA.

Detectar posibles puntos de intervención y estrategias de mejora efectivas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo realizado durante 2 meses (noviembre-diciembre 2019) en un Hospital de Media Estancia de 144 camas. Se incluyeron todos pacientes que ingresaron durante el periodo del estudio, y se excluyeron aquellos que necesitaron de traslado urgente en las primeras 48 horas. Los datos demográficos de los pacientes se obtuvieron a partir de la historia clínica informatizada y los datos farmacológicos a partir del programa de prescripción médica electrónica. Se registraron, entre otros, los siguientes datos: género, edad, duración de la estancia hospitalaria,

diagnóstico, médico prescriptor, tratamiento antibiótico prescrito (empírico/dirigido), dosis, posología y duración del tratamiento, vía de administración, microorganismo y empleo de pañal/empapador. Una vez analizados los datos, el equipo PROA se reunió para decidir las estrategias de intervención.

RESULTADOS

De 137 pacientes que ingresaron a lo largo del periodo de estudio, 37 (27%) desarrollaron ITU, y de ellos 5 (13,5%) tuvieron 2 o más episodios. La edad media de los pacientes fue de $81,8 \pm 9,3$ años. Respecto al tratamiento, en 3 casos se detectó profilaxis injustificada que se había iniciado en el hospital de agudos de origen. En el 95% (130), los tratamientos empíricos se adecuaban a las sugerencias de la guía (fosfomicina -72,3%-, nitrofurantoína -17,2%-, otros -10,5%-) y en el 100% se realizó un desescalado correcto en función de los resultados microbiológicos. Sin embargo, en el 17,3% de los casos se detectó que se realizaba de forma tardía: $3,3 \pm 1,5$ días posterior a la obtención de los resultados microbiológicos. También se observó que en el 23,4% (32) de los casos, el tratamiento dirigido se prolongaba más de lo recomendado en guía ($3,9 \pm 1,9$ días). Los principales microorganismos implicados fueron: E. coli (40,5%), Enterococcus spp (27%), Klebsiella spp (21,6%) y otros (10,9%). De los 37 pacientes que desarrollaron ITU, el 91,9% (34) requerían el uso de pañal o empapador.

A partir de estos resultados, tras reunión del equipo PROA, las necesidades y estrategias de intervención iniciales acordadas fueron las siguientes:

- Solicitar la incorporación de una alerta de fecha fin de tratamiento en el programa de prescripción médica electrónica.
- Incorporar un aviso automático de disponibilidad de resultados de urocultivo.
- Organizar sesiones formativas bibliográficas y análisis de casos con los médicos prescriptores de forma bimensual.
- Programar un sistema de interconsultas entre médicos prescriptores y equipo PROA.
- Analizar con el personal de enfermería la metodología del cambio de pañal/empapador, creando un grupo de trabajo con el objetivo de optimizar la técnica y los materiales empleados.

CONCLUSIONES

- El grado de adherencia a la guía es alto, cumpliéndose en un 95% en tratamiento empírico y un 100% en tratamiento dirigido.
- Es necesario optimizar el sistema de alertas informáticas, con el objetivo de resolver las deficiencias detectadas.
- Es de gran importancia continuar con la actividad PROA, con el fin de continuar optimizando el uso de la antibioterapia en los pacientes.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2199. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE ISAVUCONAZOL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

PINILLA RELLO A, HUARTE LACUNZA R, MAGALLÓN MARTÍNEZ A, CASAJÚS NAVASAL A, PÉREZ MORENO M, CAZORLA PODEROSO L, LÓPEZ PÉREZ A, PERALES PASCUAL J
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Describir el perfil de utilización de isavuconazol en un hospital terciario, valorando la adecuación al posicionamiento autonómico (uso alternativo a voriconazol/posaconazol según función renal, interacciones o toxicidad hepática)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de todos los pacientes tratados con isavuconazol desde diciembre/2017-mayo/2020. Variables: edad, sexo, servicio, comorbilidades, motivo de prescripción, vía de administración, profilaxis/tratamiento, días de tratamiento, evolución a los 30 días, motivo de suspensión. Fuente de datos: historia clínica electrónica y Farmatools®

RESULTADOS

Se incluyeron 44 pacientes: 20(45,5%) UCI, 21(47,7%) Hematología, 3(6,8%) Neumología.

UCI: 20 pacientes con mediana de edad 66 años (39-78) (90,0% hombres). Mediana APACHE 14 (7-41). 15 pacientes tenían insuficiencia renal (IR) y 14 de estos necesitaron hemodiafiltración veno-venosa; 1 insuficiencia hepática crónica y 3 con enfermedad pulmonar crónica. 6 presentaban neoplasias (3 sólidas, 3 linfoides) y 7 presentaban inmunosupresión (5 trasplante de órgano sólido, 1 enfermedad autoinmune, 1 VIH). 9 pacientes con shock séptico y 1 sepsis. En cuanto a las coinfecciones, la media de infecciones/paciente fue 2, destacando 15 con neumonía (3 por COVID-19). El motivo de prescripción de isavuconazol (intravenoso) fue evitar posible acumulo de ciclodextrinas con voriconazol en hemofiltro (14/20 pacientes (70,0%)), menor riesgo de interacciones (5/20(25,0%)) y menor toxicidad hepática (1/20(5,0%)). 3/20(15,0%) pacientes recibieron isavuconazol como profilaxis (primaria 2/3 y secundaria 1/3), 5/20(25,0%) tratamiento empírico y 12/20(60,0%) dirigido. Se suspendió el tratamiento empírico por negativización del cultivo (4/5) y exitus (1/5), y el tratamiento dirigido tras negativización del cultivo (4/12), ausencia de clínica (1/12), mejoría de función renal (1/12) y resto exitus. La mediana de días con isavuconazol fue 7(1-77) y evolución a los 30 días: 47,4% vivos y 52,6% exitus.

HEMATOLOGÍA: 21 pacientes con una mediana de edad de 57(21-79) (57,1% mujeres). 9 pacientes presentaban afectación pulmonar, 6 IR y 18 alteración de la función hepática. 15 recibieron TMO alogénico (12 donante idéntico y 3 no emparentado) y 12 de estos presentaron EICH. El motivo de prescripción de isavuconazol (oral) fue toxicidad (hipertransaminasemia) en 12/21 (57,1%), interacciones con inmunosupresores en 5/21 (23,8%) y ambos motivos 4/21 (19,1%). En 15/21 pacientes (71,4%) profilaxis (11/15 primaria y 4/15 secundaria), 6/21(28,6%) tratamiento (2/6 empírico y 4/6 dirigido). La mediana de días con isavuconazol fue 90(4-368). Ningún paciente falleció a los 30 días.

NEUMOLOGÍA: Tres pacientes con trasplante bipulmonar con una mediana de edad de 62(61-65) recibieron isavuconazol (oral) por menor perfil de interacciones con inmunosupresores y 1/3 de ellos por toxicidad con voriconazol. Dos pacientes

recibieron tratamiento dirigido y fue suspendido tras negativización de cultivo y antifungigrama resistente a isavuconazol respectivamente; un paciente recibió profilaxis primaria. La mediana de días con isavuconazol fue 15(6-149). La evolución a los 30 días fue favorable en todos los casos.

Ningún paciente presentó eventos adversos, pero 2/44 (4,5%) pacientes presentaron infección de brecha.

CONCLUSIONES

En UCI, isavuconazol se prescribió principalmente para evitar el acúmulo de ciclodextrinas en hemofiltro y en la mayoría de los casos como tratamiento dirigido. En pacientes hematológicos se utiliza fundamentalmente como profilaxis (fuera de indicación) y es prescrito por menor riesgo de toxicidad hepática e interacciones.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2203. EVALUACIÓN DE DIFERENTES ECUACIONES DE ESTIMACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL PARA PREDECIR EL ACLARAMIENTO DE VANCOMICINA

AUTORES

GARCÍA CASANUEVA JC, SANCHEZ HERNANDEZ JG, SAEZ FERNANDEZ EM, APARICIO PEÑACOBIA R, REBOLLO DÍAZ N, OTERO LÓPEZ MJ

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº SAN VICENTE, 58. SALAMANCA

OBJETIVOS

Vancomicina es un antibiótico glucopéptido que se elimina principalmente por el riñón. Múltiples estudios correlacionan el aclaramiento de vancomicina con el aclaramiento de creatinina. Existen numerosas ecuaciones para estimar la función renal a partir de datos fácilmente accesibles como la edad, peso, sexo y concentración de creatinina sérica.

El objetivo del estudio fue evaluar la capacidad predictiva de diferentes ecuaciones de estimación de la función renal para describir la eliminación de vancomicina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, realizado entre octubre 2019 y mayo 2020 en un hospital de tercer nivel.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, en tratamiento con vancomicina a los que se realizó al menos una monitorización de concentraciones plasmáticas de vancomicina (CPV) en estado de equilibrio estacionario.

Se recogió la siguiente información: edad, peso, talla, sexo, creatinina sérica, tipo de infección, historia de dosificación, servicio clínico y CPV determinadas mediante inmunoensayo por quimioluminiscencia (CMIA).

Se evaluaron las siguientes ocho ecuaciones de estimación de la función renal: Cockcroft-Gault con peso corporal total, ajustado e ideal (CGT, CGA, CGI), Modification of Diet in Renal Disease (MDRD4), Chronic Kidney Disease Epidemiology Colaboration (CKD-EPI), Revised Lund-Malmö (rLM), Berlin Initiative Study (BIS1), y Full Age Spectrum (FAS). Los valores estimados superiores a 150 mL/min fueron truncados a dicho valor.

Se estimaron las CPV con cada una de las ecuaciones de función renal mediante ajuste bayesiano utilizando el software PKS® y un modelo farmacocinético poblacional desarrollado por Fernandez de Gatta et al. 1996. Para comparar las CPV estimadas con las observadas se calculó el error medio como medida de precisión y el error absoluto medio, expresado como porcentaje de la CPV observada, como medida de exactitud.

Este análisis se realizó, además, en diferentes subgrupos de pacientes: COVID, hematológicos, críticos, sépticos, neuroquirúrgicos y mayores (> 65 años).

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 80 pacientes (37 mujeres) con una edad media (desviación estándar) de 64,9 (17,8) años, peso de 73,5 (19,0) kg y creatinina sérica: 0,69 (0,33) mg/dL.

De las ecuaciones evaluadas, CGI y rLM mostraron la mayor precisión (0,61 [IC95%: -0,89-2,24] µg/mL y 0,62 [IC95%: -0,72-2,57] µg/mL) respectivamente, mientras que MDRD4 fue la menos precisa (1,08 [IC95%: -0,46; 3,54] µg/mL).

Las ecuaciones que presentaron la mayor y menor exactitud fueron rLM (4,25 [IC95%: 0,31; 10,82] %) y MDRD4 (6,32 [IC95%: 0,64; 13,32] %). La ecuación rLM mostró mayor capacidad predictiva en hombres (precisión 0,45 vs 0,82 µg/mL; exactitud 3,86 vs 4,70%), mientras que CGI lo fue en mujeres (precisión: 0,56 vs 0,65 µg/mL; exactitud: 4,65 vs 4,94%).

En el análisis de subgrupos, rLM mostró una precisión superior en pacientes de neurocirugía (0,20 [IC95%: -0,67-1,00] µg/mL) y críticos (0,235 [IC95%: -0,39-1,00] µg/mL). La ecuación rLM fue la más exacta en la totalidad de los subgrupos, con la excepción de neurocirugía, donde la mejor fue CKD-EPI (3,71 [IC95%: 0,32; 6,13] %).

CONCLUSIONES

Los resultados preliminares muestran que las ecuaciones de estimación de la función renal rLM y CGI son las más adecuadas para caracterizar el aclaramiento de vancomicina. Son necesarios más estudios para confirmar la validez de estos resultados.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2206. ESTUDIO DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS VIREMIAS DE BAJO NIVEL EN PACIENTES VIH EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

PINILLA RELLO A, NAVARRO AZNAREZ H, MAGALLÓN MARTÍNEZ A, ABAD BAÑUELOS B, CAZORLA PODEROSO L, PÉREZ MORENO M, MARTÍNEZ SAPIÑA A, ABAD SAZATORNIL R

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Analizar la influencia de la adherencia y de la terapia antirretroviral (TAR) en las viremias de bajo nivel (VBN) de los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de todos los pacientes VIH naive que iniciaron la TAR entre 2013-2018, sin cambios en su TAR y en tratamiento mínimo desde hace 1 año. Variables: edad, sexo, TAR, fecha de inicio, adherencia, existencia de VBN (según las guías GESIDA). Fuente de datos: informes de microbiología y programa informático Farmatools®. Análisis estadístico realizado con SPSS®.

RESULTADOS

Se incluyeron 153 pacientes (83,7% hombres) con una mediana de edad de 40 años (12-82), y 57 de estos (37,3%) presentaron VBN.

De los 153 pacientes, 56 (36,6%) iniciaron el TAR con 2 inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleótidos (ITIAN) + inhibidor de transcriptasa inversa no análogo de nucleótidos (ITINN), 16 (10,5%) iniciaron 2 ITIAN + inhibidor de la proteasa potenciado (IP/p), 75 (49,0%) iniciaron 2 ITIAN + inhibidor de la integrasa (INI) y 6 (3,9%) iniciaron con otra combinación.

De los pacientes que iniciaron con ITINN como tercer fármaco el 34,0%(n=56) presentaron VBN, con IP/p el 75,0%(n=16) presentaron VBN y con INI el 45%(n=75).

Respecto al tercer fármaco, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de VBN en los pacientes que iniciaron con ITINN ($p=0,025$) siendo el valor de Q de Yule $-0,389$ (asociación débil e inversamente proporcional). También se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,047$) en la presencia de VBN en aquellos pacientes con IP/p como tercer fármaco en su TAR, y en este caso, el valor de Q de Yule fue $0,484$ (asociación débil y directamente proporcional). En cambio, en los pacientes que iniciaron con INI no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,660$).

En cuanto a la adherencia de los pacientes, 127 (83,0%) tenían adherencia alta ($\geq 90\%$) y 26 (17,0%) adherencia $< 90\%$. De los 57 pacientes con VBN, 9 (15,8%) presentaban adherencia baja y 48 (84,2%) adherencia alta ($\geq 90\%$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,593$) en la presencia de VBN según la adherencia.

En los pacientes con VBN, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la adherencia de los pacientes que estaban con IP/p ($p=0,041$, Q de Yule $=-0,697$, asociación moderada e inversamente proporcional). En cambio, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la adherencia de los pacientes con ITINN ($p=0,42$) ni en los pacientes con INI ($p=0,73$).

CONCLUSIONES

Se observa una relación entre la adherencia baja, IP/p como tercer fármaco y las VBN. La TAR es elegida por el clínico y es seleccionada según las características del paciente, utilizando como tercer fármaco aquellos con alta barrera genética como los IP/p para los pacientes con posible mala adherencia al tratamiento, de modo que, se clasifica previamente a los pacientes. Como hemos comprobado, esto no evita la presencia de VBN, de modo que es necesario emplear otras estrategias como reforzar la adherencia, motivar al paciente y empoderarlo, además de realizar un seguimiento estrecho de los pacientes con mala adherencia para evitar la aparición de VBN.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2219. CAÍDAS Y PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO INTRÍNECOS EN PERSONAS CON VIH MAYORES DE 45 AÑOS

AUTORES

GALLARDO ANCIANO J, GUZMAN RAMOS MI, GONZALEZ PEREZ Y, MORILLO VERDUGO R, OBALDIA ALAÑA M, LERALTA GONZALEZ C, BLANCO RAMOS JR
HOSPITAL SAN PEDRO. CALLE PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Estudiar la prevalencia de caídas y la presencia de factores de riesgo intrínsecos asociados (farmacológicos y no farmacológicos) en personas mayores de 45 años VIH+

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo multicéntrico llevado a cabo entre abril y julio de 2019.

Se incluyeron como factores de riesgo intrínsecos (FRI) de caídas en población VIH+: caídas previas, edad > 45 años, ser mujer, farmacoterapia, consumo de tabaco, alteraciones del movimiento, vista y oído, y alteraciones de la micción. Se utilizó la definición de caída propuesta por la OMS (2012). Se consideraron fármacos que aumentan el riesgo de caídas (FRIDs-Fall Risk Increasing Drugs): diuréticos del asa, antipsicóticos, antidepresivos, benzodiacepinas, opioides, antiepilépticos y polifarmacia (> 5 principios activos)(1). Se incluyeron pacientes > 45 años que acudieron a las consultas externas de Farmacia Hospitalaria y que firmaron el consentimiento informado para la participación en el estudio. Se recogieron de la historia clínica electrónica los siguientes datos: edad, sexo, tratamiento crónico no antirretroviral y variables relacionadas con la infección por VIH. La prescripción activa antirretroviral (TAR) se obtuvo a partir del programa informático del Área de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia Hospitalaria. Se elaboró un cuestionario específico para obtener de forma autorreportada los datos no incluidos en la HCE.

(1)EUGMS task and Finish group on FRIDs. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 2018 Apr;19(4)

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 94 pacientes, con una mediana de edad 55 años (RIQ 52-59). El 24,5% eran mujeres. La media de factores de riesgo intrínsecos de caídas fue 3,4 por paciente, sin incluir la edad por ser todos > 45 años. 63 pacientes (67,2%) presentaban > 2 factores de riesgo (media de 4,3±1,9).

Entre los FRI no farmacológicos: un 45,7% fumaban y un 25,5% tenían problemas de movimiento. El 43,6% tenían disminución de vista o audición y el 28,7% presentaban ambas alteraciones. El 29,8% manifestaron problemas de control de la micción.

En cuanto a FRI farmacológicos: el 45,7% de los pacientes tenía prescrito al menos 1 FRID, con una media de 2±1,4. De ellos, en 11 (11,7% del total) estaba incluida la Rilpivirina en su TAR.

De 58 pacientes con > 2 factores de riesgo no farmacológicos, el 48,2% estaba en tratamiento con FRIDs.

10 pacientes con > 2 factores de riesgo no farmacológicos y FRIDs habían sufrido una caída en los últimos 12 meses.

CONCLUSIONES

Es importante conocer la prevalencia de caídas en la población VIH por ser un dato poco estudiado y a la vez de gran repercusión clínica, social y de calidad de vida. Este estudio demuestra que es elevada y merece ser considerada en el seguimiento clínico. Dentro de los factores de riesgo, la farmacoterapia es un factor de riesgo optimizable. Como ayuda a la toma de decisiones de prescripción y desprescripción de tratamientos no antirretrovirales sería útil desarrollar una herramienta validada que cuantifique el riesgo de caídas de los fármacos. Los servicios de farmacia hospitalaria trabajar de forma coordinada con otros especialistas en el estudio de caídas y las alternativas terapéuticas más seguras en los pacientes con VIH.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2229. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

PINEDA YUSTE MDM, AMADOR AMERIGO J, FUSTER BARRERA M, ANDRES SANTAMARIA M, GARCIA FABRA MC, PLASENCIA MIGUEL V

CONSORCI SANITARI DE TERRASSA. CTA DE TORREBONICA S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

El uso intensivo de antibióticos (atb) de amplio espectro es habitual en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La reducción del espectro es una decisión difícil en pacientes en situación crítica, con múltiples focos de infección y la demora de los datos microbiológicos definitivos. El resultado es la selección de patógenos multiresistentes y un aumento de la morbi-mortalidad y costes hospitalarios. Se ha sugerido que la colaboración sistemática entre el médico intensivista, especialistas en enfermedades infecciosas, farmacia y microbiología puede ayudar en la toma de decisiones y optimizar el consumo de atb.

Objetivo: Determinar el impacto en el uso de atbs de amplio espectro de un programa de intervención basado en la revisión consensuada de los atbs de amplio espectro en una UCI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de intervención no aleatorizado (antes/después) en un hospital de segundo nivel. Intervención: Revisión diaria de las indicaciones de los atbs de amplio espectro por un equipo multidisciplinar. Se incluyeron 32 pacientes: > 18 años, ingresados > 48h en una UCI polivalente de 12 camas. Periodo de estudio: Nov 2019-Enero 2020. Análisis comparativo del consumo de atbs total y el de amplio espectro en dosis diaria definida (DDD/ 100 estancias hospitalarias), durante dos periodos (Pre-intervención e intervención) Atbs de amplio espectro: carbapenémicos, piperacilina/tazobactam y cefalosporinas de cuarta generación.

RESULTADOS

Se evaluaron 35 episodios de infección en 32 pacientes, (22 varones); edad media 65,4 años (40-84). Episodios: 11 neumonías (31,4%), 6 traqueobronquitis (17,1%), 9 infecciones abdominales (25,7%), 3 infecciones urinarias (8,6%), 3 de partes blandas (8,6%) 2 SNC (5,7%) y 1 sepsis de catéter (2,9%). Se realizaron 23 intervenciones en la terapéutica antimicrobiana; en 9 casos (39,1%) la retirada de uno o más atbs reducción del espectro, en 4 (17,4%) y en 1 (4,3%) una ampliación del mismo. En 3 (13%) el inicio de uno o más atbs. En 6 (26,1%) un ajuste de las dosis administradas. El consumo global de atbs en la UCI durante el periodo de estudio fue de 90,5 DDD/100 estancias y el de atbs de amplio espectro fue de 23 DDD/100 estancias. En el mismo periodo del año anterior el consumo total fue de 115,2 DDD/100 estancias y el de atbs de amplio espectro de 35,1 DDD/100 estancias. La diferencia en el consumo de atbs entre ambos periodos (amplio espectro y totales) fue estadísticamente significativa (rp -1, p < 0,05).

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos nos permiten recomendar un seguimiento por parte de un equipo multidisciplinar en las unidades de críticos para optimizar el consumo de atbs

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2241. ANÁLISIS CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LAS COMORBILIDADES NO ASOCIADAS AL VIH EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

AUTORES

JÓDAR SÁNCHEZ F, SÁNCHEZ PARDO DJ, MILANES GUIADO Y, PARRA CALDERÓN CL, ROCA C, VICIANA P
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVENIDA MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Estimar el impacto económico de las comorbilidades no asociadas al VIH entre pacientes diagnosticados de VIH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional analítico de cohortes de pacientes con VIH según diagnóstico previo a 2007 (cohorte Pre_2007) o posterior (cohorte Post_2007). El análisis se realizó desde una perspectiva del Sistema Nacional de Salud y un horizonte temporal de 11 años, incluyendo costes asociados a hospitalizaciones, consultas hospitalarias, consultas en urgencias, medicación asociada al VIH, pruebas diagnósticas, analíticas convencionales, pruebas de inmunovirología, serología de virus C y genotipo VIH.

RESULTADOS

La muestra del estudio está constituida por 2.803 pacientes, 1.660 (59,2%) de cohorte Pre_2007 y 1.143 (40,8%) de cohorte Post_2007, con un tiempo medio de seguimiento de 8,9 años \pm 3,4 y 5,8 años \pm 2,8 respectivamente ($p < 0,001$). El coste medio sanitario anual fue mayor entre los pacientes de la cohorte Pre_2007: 100.010,02€ \pm 56.199,88 vs. 47.682,88€ \pm 30.742,33; diferencia: 52.327,13€ ($p < 0,001$).

El 56,7% de los pacientes presentó al menos una comorbilidad y el 22,7 % 3 o más comorbilidades. Los pacientes del grupo de edad $> =50$ años incrementaron la incidencia de comorbilidades, multiplicándose el riesgo un 67,3% para las enfermedades óseas, un 100 % para las enfermedades renales terminales y un 105% para las neoplasias. La comorbilidad que más se incrementa con la edad son las enfermedades cardiovasculares (142,1%).

En ambas cohortes se obtuvo un coste sanitario mayor entre el subgrupo de pacientes con al menos una comorbilidad; cohorte_2007: 106.885,69€ \pm 55610,56 vs. 83.781,19€ \pm 54266,22 (diferencia: 23.104,50€); cohorte post_2007: 58.650,14€ \pm 32748,03 vs. 41.215,41€ \pm 27540,31 (diferencia: 17.434,73€). Del mismo modo, excluyendo el coste de la medicación, se obtuvo un incremento en el coste sanitario asociado a la presencia de al menos una comorbilidades; cohorte pre_2007: 18.656,66€ \pm 20891,15 vs. 7.303,32€ \pm 7786,96; cohorte post_2007: 9.804,39€ \pm 13459,08 vs. 4.790,52€ \pm 4980,65.

CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población con VIH incrementa significativamente la presencia de comorbilidades, así como el coste asociado al manejo de las mismas. El coste medio sanitario de los pacientes con VIH es elevado, detectándose una alta dispersión en función al tiempo de seguimiento.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)**2242. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE SOFOSBUVIR/VELPATASVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA****AUTORES**

RUIZ GÓMEZ A, MENÉNDEZ NARANJO L, SÁEZ GARRIDO M, LAORDEN CARRASCO A, CANO MOLINA JÁ, DÍAZ RAMÓN M, GOLNABI DOWLATSHAHI F, RAMÍREZ ROIG MC
HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar el uso de sofosbuvir/velpatasvir, así como evaluar su efectividad y seguridad, en el tratamiento de pacientes con virus de la hepatitis C crónica (VHC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes adultos con VHC que fueron tratados con sofosbuvir/velpatasvir entre febrero y diciembre de 2018. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, genotipo, grado de fibrosis, realización de trasplante hepático, presencia de coinfección por VHC/VIH-1, tipo de paciente (naive, no respondedor o recidivado), tratamiento previo, duración del tratamiento, carga viral (CV) basal, CV al finalizar el tratamiento, CV a las 12 semanas tras finalizar el tratamiento y reacciones adversas.

Para evaluar la efectividad del fármaco se determinó la respuesta viral sostenida (RVS), definida como el valor de CV menor que el límite inferior de cuantificación (15UI/ml de ARN) a las 12 semanas tras finalizar el tratamiento. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica ambulatoria, entrevista farmacéutica con el paciente, historia clínica electrónica y módulo de laboratorio.

RESULTADOS

Se trataron un total de 39 pacientes (69,23% hombres), cuya mediana de edad fue de 51 años (rango 16-81). Del total de pacientes, 14 (35,90%) presentaban genotipo 1a; 11 (28,21%), genotipo 1b; seis (15,38%), genotipo 3, y ocho (20,51%), genotipo 4. En cuanto al grado de fibrosis, nueve pacientes (23,08%) fueron F0; nueve pacientes (23,08%), F1; 13 pacientes (33,33%), F2; dos pacientes (5,13%), F3; cinco pacientes (12,82%), F4, y no se determinó en un paciente (2,56%). Ningún paciente había sido sometido a trasplante y 11 pacientes (28,21%) presentaban coinfección por VHC/VIH-1. 30 pacientes (76,92%) no habían recibido tratamiento previo (naive), cuatro pacientes (10,26%) fueron no respondedores a la doble terapia con interferón+ribavirina (IFN+RIB), cuatro pacientes (10,26%) fueron recidivantes a IFN+RIB y un paciente (2,56%), al tratamiento con antivirales de acción directa. La mediana de CV basal fue de 1.364.462 UI/ml (rango 3.441-17.417.380), siendo en 21 pacientes (53,85%) mayor de 800.000 UI/ml. Se alcanzó una RVS en 30 pacientes (76,92%). De los nueve pacientes restantes, no se determinó la CV a las 12 semanas en siete pacientes (17,95%), pero en cinco de ellos (12,82%) se obtuvo una CV indetectable al finalizar el tratamiento. Por otra parte, dos pacientes (5,13%) abandonaron el tratamiento antes de completar las 12 semanas. Respecto a la seguridad, 16 pacientes sufrieron al menos una reacción adversa: fatiga (8), cefalea (8), náuseas (3), vómitos (1), aumento del apetito (1), aumento de peso (1), pérdida de cabello (1), hipertensión (1).

CONCLUSIONES

Para los genotipos estudiados, sofosbuvir/velpatasvir obtuvo un nivel de efectividad inferior a la obtenida en los ensayos clínicos en el tratamiento del VHC en pacientes naive, no respondedores y recidivantes, aunque la RVS no se evaluó en todos ellos. La mayoría de las reacciones adversas notificadas fueron similares a las descritas en los ensayos clínicos, siendo todas ellas de carácter leve, sin que requirieran la interrupción del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2274. PRESCRIPCIÓN DE FOSFOMICINA TROMETAMOL EN INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO NO COMPLICADA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

SOCORO YUSTE N, ROVIRA ILLAMOLA M, BARBA ÁVILA O, CLOS SOLDEVILA J, SANS CORRALES M, SOY MUNER D
HOSPITAL CLINICO Y PROVINCIAL DE BARCELONA. CALLE VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Las infecciones del tracto urinario (ITU), constituyen una causa frecuente de consulta en atención primaria, siendo mayoritariamente cistitis agudas no complicadas del tracto urinario inferior con clínica de disuria, poliaquiuria, urgencia miccional asociada o no a micro/macrohematuria, dolor suprapúbico o tenesmo vesical. Están causadas normalmente por patógenos multisensibles siendo en un 80% Escherichia coli. Según las guías clínicas, y siguiendo el uso racional y seguro de los antibióticos, una de las alternativas más eficaces para el tratamiento de la cistitis no complicada en mujeres es el uso de una dosis única de 3 g de fosfomicina trometamol. Sin embargo, se ha detectado que en la práctica clínica habitual se prescriben por defecto dos dosis de 3 g de este fármaco, dosificación solamente aconsejada en las ITU complicadas. El objetivo de este estudio es evaluar la prescripción de fosfomicina trometamol en ITU en un centro de atención primaria (CAP) que atiende a una población de 27.997 habitantes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizó retrospectivamente la prescripción de fosfomicina trometamol entre julio y diciembre de 2019 de un CAP urbano a partir de los datos de facturación (presentaciones prescritas y dispensadas). Además, se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes para obtener los datos demográficos y la indicación. Se analizó la presencia de factores asociados a ITU complicada que justifiquen la pauta de dos dosis de 3 g como: diabetes mellitus, embarazo, antecedente de pielonefritis en el último año, síntomas de más de 7 días de evolución, patógenos multirresistentes, infección nosocomial, insuficiencia renal, obstrucción del tracto urinario, sonda vesical, nefrostomía, instrumentación reciente del tracto urinario, anomalía anatómica o funcional del tracto urinario, antecedente de ITU en la infancia, trasplante renal o inmunodepresión.

RESULTADOS

Entre julio-diciembre de 2019, se dispensaron 536 envases de fosfomicina trometamol, correspondientes a 399 pacientes (excluidos CIP no identificados), siendo el 92% mujeres con una media de edad de 60.6 años.

Los envases dispensados según presentación farmacéutica fueron: 29.5% envases de dosis única, 70.5% presentación de dos dosis.

Las prescripciones analizadas se clasificaron, según indicación en: 56.1% ITU no complicada, 22.8% ITU complicada, 9.5% profilaxis, 5.1% ITU de repetición, 1.9% bacteriuria asintomática y 4.6% otros diagnósticos. En el 54.9% de las ITU no complicadas tratadas con fosfomicina trometamol se prescribieron 2 sobres. En el 9.6% de éstas se recomendó tomar un sobre y en caso de no mejoría repetir una dosis en 72h según registro en la historia clínica.

CONCLUSIONES

Pese a que las guías clínicas recomiendan una dosis única de fosfomicina trometamol 3 g para el tratamiento de las cistitis no complicadas en la mujer, en el 54.9% de los casos se prescribe la pauta de 2 dosis. La realización de sesiones clínicas informativas y el seguimiento farmacéutico podría ayudar a modificar esta práctica clínica de poco valor.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2296. EXPERIENCIA DE USO DE CEFTAROLINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

FERNÁNDEZ OLIVEIRA C, GUTIÉRREZ URBÓN JM, MARTIN HERRANZ I
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

Analizar la experiencia del uso de ceftarolina en un hospital de tercer nivel con Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes que recibieron tratamiento con ceftarolina durante más de 24 horas desde febrero/2018 hasta abril/2020. El uso de ceftarolina se supervisó prospectivamente por el equipo PROA. Se extrajeron los datos de la Historia Clínica Electrónica y del sistema Intellivue Clinical Information Portfolio, recogiendo variables demográficas y clínicas, microorganismo causal y sensibilidad, indicación, posología, duración del tratamiento, antibioterapia concomitante y resolución clínica y microbiológica del episodio. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS versión 24.

RESULTADOS

Se incluyeron 105 episodios en 101 pacientes (4 pacientes 2 episodios) (62,4% varones), con una mediana de edad de 71(0-90) años. El uso por área de hospitalización fue 60% medicina interna, 20% críticos, 17,1% cirugía, 2% oncohematología y 0,9% otros. El tratamiento fue documentado en el 70,5% y se empleó como primera intención terapéutica en el 44,7% de los casos. El foco de la infección fue endocarditis (32,4%), osteoarticular (21,9%), respiratorio (19%), piel y partes blandas (8,6%), vascular (6,7%), otros (7,6%) y desconocido (3,8%). En 64 casos hubo bacteriemia. El microorganismo más frecuente responsable de la infección fue *Staphylococcus aureus* (n=46), siendo resistente a meticilina el 43,5%. La dosis inicial más frecuente fue 600 mg cada 8 horas (58%), seguida de 600 mg cada 12 horas (19%), 300 mg cada 8 horas (7,6%) y otros esquemas (15,4%) (que incluyeron un paciente de 2 meses (6 mg/Kg cada 8 horas)). Se realizó ajuste de dosis por disfunción renal en 33 episodios. La administración fue perfusión intermitente en el 96% de los casos, extendida en el 2% y continua en el 2%. Ceftarolina se utilizó combinada en el 63,8% de los casos (biterapia 74,7%, triterapia 20,8%, tetraterapia 4,5%). El antibiótico asociado más frecuente fue daptomicina (41/67). La mediana de días de tratamiento fue 14 (2-81). El motivo de la suspensión fue la resolución clínica y/o microbiológica en el 45,8%, desescalada terapéutica en el 19%, exitus en el 19%, rotación de antibioterapia por mala evolución en el 9,5% y toxicidad en el 6,7% de los casos. Los casos de fracaso terapéutico (suspensión por toxicidad, rotación de antibiótico o exitus) fueron mayores cuando ceftarolina se utilizó como terapia de rescate (41%) frente a primera línea (27%). El 43,7% de las bacteriemias se resolvieron clínica y/o microbiológicamente. Los eventos adversos que condicionaron la suspensión fueron leucopenia (n=4), trombopenia (n=1), rash (n=1) y crisis comicial (n=1).

CONCLUSIONES

Ceftarolina se ha utilizado mayoritariamente en indicaciones fuera de ficha técnica y, en más de la mitad de los casos, como tratamiento de rescate de un tratamiento previo. Su efectividad está condicionada por la situación clínica y la intención del tratamiento, siendo mayor el fallo terapéutico cuando se uso como rescate. El desarrollo de leucopenia fue el principal efecto adverso y, en un caso, se asoció ceftarolina con crisis comiciales (no descrito en ficha técnica).

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2350. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS TRAS IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN UN HOSPITAL GENERAL

AUTORES

DE MIGUEL BOUZAS JC, FREIRE VÁZQUEZ S, HERRERO POCH L, VÁZQUEZ BLANCO S, FORTES GONZÁLEZ MS, CASTRO DOMÍNGUEZ JM, VILLAMAYOR BLANCO L
HOSPITAL POVISA. SALAMANDA, 5. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Conocer la evolución del consumo de antibióticos por vía parenteral tras la implantación de un Programa de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) en un hospital general de 500 camas en septiembre de 2018.

Valorar si las medidas implementadas por el PROA resultaron eficaces a la luz de los resultados obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo en un hospital general de 500 camas. Para ello se analizó el consumo de antibióticos por vía parenteral, expresado en DDD/1000 estancias, de todos los pacientes ingresados desde septiembre de 2017 hasta septiembre de 2018 (fecha de la implantación del PROA) y se comparó con el consumo observado entre octubre de 2018 y septiembre de 2019. Los antibióticos se analizaron por separado y también agrupados en familias, y se calculó el % de disminución o de aumento para cada uno de ellos.

El PROA (formado por médicos de Medicina Interna, Microbiología, Medicina Preventiva y por un farmacéutico) introdujo modificaciones en el Programa de Prescripción Electrónica Asistida (PEA) del hospital a la hora de prescribir antibióticos y, por otro lado, realizó una revisión de cada una de las prescripciones de los antibióticos definidos como de uso restringido.

RESULTADOS

Excepto en casos aislados, como las familias de las lincosamidas (aumentó un 20,96%), antimicóticos (aumentó un 16,19%) y betalactámicos (aumentó un 4,68%), el consumo de antibióticos administrados por vía parenteral disminuyó. En concreto, el consumo total de antibióticos disminuyó un 8,08% con respecto al período anterior a la implantación del PROA. En la familia en la que se observó una mayor disminución del consumo fue en las tetraciclinas (60,32%). En los antibióticos de uso restringido solo se encontró una reducción del 8,12% principalmente debido a la disminución del consumo de la tigeciclina (66,47%), de la daptomicina (51,2%) y de la caspofungina (50,3%), aunque el consumo de linezolid aumentó en un 28%. Otros hallazgos interesantes fueron la reducción en el consumo de la claritromicina (60,64%), del imipenem/cilastatina (35,13%) o de la piperacilina/tazobactam (16,16%).

CONCLUSIONES

Las medidas implementadas por el PROA para reducir el consumo de antibióticos por vía parenteral han demostrado su eficacia aunque aún queda un margen de mejora considerable para seguir trabajando en esta línea.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2371. EXPERIENCIA AUTORREFERIDA EN VIDA REAL DE LA UTILIZACIÓN DE ABACAVIR/LAMIVUDINA+DOLUTEGRAVIR TRAS DESDOBLAR TRATAMIENTO COMO COMPRIMIDO ÚNICO EN PACIENTES INFECCIÓN VIH-1

AUTORES

CAÑAMARES ORBIS I, TROYA GARCIA J, ESTEBAN ALBA C, RYAN MURUA P, ALVARO ALONSO E, IZQUIERDO GARCIA E, SUCH DIAZ A, ESCOBAR RODRIGUEZ I
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. AVDA GRAN VIA DEL ESTE, 80. MADRID

OBJETIVOS

Abacavir/lamivudina (ABC/3TC), junto con dolutegravir (DTG) se considera una pauta preferente en el tratamiento del VIH.

El objetivo principal es analizar la experiencia autorreferida del paciente en términos de satisfacción, derivada del cambio de DTG/ABC/3TC a ABC/3TC EFG +DTG y efectuar un análisis de impacto presupuestario de esta estrategia de cambio

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal, realizado en la consulta de atención farmacéutica del Servicio de Farmacia (SF) durante el periodo enero-marzo 2019. De forma coordinada con el equipo médico prescriptor, y tras la introducción de la especialidad farmacéutica genérica (EFG) de ABC/3TC se desdobló la pauta en los pacientes tratados con ABC/3TC/DTG en comprimido único. Se realizó la encuesta validada STAR (escala de satisfacción con el tratamiento antirretroviral). El cuestionario se componía de 10 preguntas, agrupadas en base a cuatro temas: percepción de eficacia, efectos secundarios, conveniencia, satisfacción global, y conocimiento de la enfermedad. Todas las preguntas utilizaron una escala de puntuación de 0-6 tipo Likert (nada satisfecho-muy satisfecho). Se diseñaron tres preguntas extra, conjuntamente con equipo multidisciplinar, relacionadas con adherencia y eficiencia e independientes del cuestionario STAR. Los datos fueron recogidos y analizados por un equipo multidisciplinar en RedCap® con la aprobación del Comité Ético.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se desdobló el tratamiento a 50 pacientes. Se analizó la experiencia autorreferida de 42 pacientes que acudieron personalmente al SF, 78,50% varones, mediana de edad 42 años RIQ (26-59), 54,60% diagnosticados a partir de 2010, 76,40% utilización de ABC/3TC/DTG como estrategia de switching.

Los resultados (media±SD) en las diferentes variables fueron: satisfacción con eficacia tratamiento (control infección): 5,76±0,61; efectos secundarios o molestias asociadas: 5,16±1,12. En relación a la conveniencia del tratamiento: satisfacción en términos de esfuerzo, dedicación 5,30±1,13; comodidad respecto nº tomas al día 4,90±1,66; flexibilidad del tratamiento (horas a las que debe administrarlo, olvidos) 5,52 ±0,8; adaptación tratamiento al estilo de vida 5,47±1,15. La satisfacción con el tratamiento que recibe actualmente fue 5,42±1,1, recomendación derivada de su experiencia a otro paciente VIH 5,02±1,82, continuar con su tratamiento actual 5,26±1,28 y de los conocimientos que considera tiene respecto a VIH 4,92±1,62. El 74% de los pacientes manifiesta que el paso de uno a dos comprimidos no añadió dificultad en el cumplimiento del tratamiento mientras 79% pacientes no refirió ninguna toma de medicación olvidada relacionada con el aumento en el número de comprimidos. El 100% de los pacientes estuvo de acuerdo en aceptar la pauta de dos comprimidos debido a criterios de eficiencia. Esta estrategia de cambio (ABC/3TC EFG + DTG) ha supuesto un ahorro anual de 79.953,3€ respecto ABC/3TC/DTG.

CONCLUSIONES

La estrategia de cambio de tratamiento a ABC/3TC + DTG supuso duplicar el número de comprimidos por administración. La experiencia autorreferida por los pacientes mostró una elevada satisfacción con el tratamiento en términos de conveniencia, efectividad y seguridad percibida. Además, permitió reducir el gasto farmacéutico en antirretrovirales con buena satisfacción referida por los pacientes

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2398. DESPRESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA NO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH POLIMEDICADOS

AUTORES

MENDOZA AGUILERA M, PERAIRE FORNER J, MOLTÓ MARHUENDA J, ROCH VENTURA MA, LOPEZ BROSETA PA, ESTEVE PITARCH E, JORNET MONTAÑA S, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TARRAGONA JUAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Optimización de la prescripción farmacoterapéutica a través de un proceso de desprescripción en pacientes VIH mayores de 50 años polimedcados.

MEJORAS ESPERADAS

- Optimización de la prescripción farmacoterapéutica
- Mejora de las variables relacionadas con el tratamiento crónico (tensión arterial, colesterol total, triglicéridos, LDL, HDL, hemoglobina glicosilada)
- Aumento de la adherencia

DISEÑO

Se incluyen pacientes infectados por el VIH polimedcados (> 5 fármacos) mayores de 50 años que recogen su medicación antirretroviral (TAR) en el Servicio de Farmacia.

CIRCUITO Y ETAPAS

Etapas:

1. Análisis del grupo de pacientes susceptibles de desprescripción.
2. Diseño del circuito.

3. Presentación del proyecto a los médicos de atención primaria (MAP).
4. Puesta en marcha del circuito: Realización de la desprescripción
5. Análisis de resultados

Circuito de desprescripción:

- Se documenta la medicación crónica y se contrasta con el paciente en entrevista clínica.
- Se hace una revisión de toda la medicación y conjuntamente con el médico de infecciosas se emite un informe con las recomendaciones pertinentes.
- Se contacta con el médico responsable del paciente (atención primaria y/o especializada) vía e-mail con encriptación, telefónica o físicamente para comentar las recomendaciones y acordar las acciones a seguir.Desprescripción.
- Se realiza seguimiento del paciente para evaluar resultados y posibles riesgos asociados (síndrome de retirada, efecto rebote, cambios farmacocinéticos, recurrencia de síntomas,...).
- Al inicio y 6 semanas post-intervención se realiza cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) y registro de dispensaciones para evaluar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Mediante el registro de dispensaciones en la farmacia comunitaria se calcula la adherencia al resto de tratamientos.

IMPLANTACIÓN

Noviembre de 2019

RESULTADOS

El Servicio de Farmacia atiende a 446 pacientes VIH con tratamiento antirretroviral. El 53,8% tiene más de 50 años y de estos, 121 (50,4%) toman más de 5 fármacos (incluido el TAR). La media de edad es de 61 ± 6 años y toman $7,2 \pm 2,7$ fármacos/paciente. El 14% toma más de 10 fármacos. El 15% de los pacientes toma algún psicofármaco, el 8,3% antiácidos y el 8% analgésicos.

Se ha revisado la medicación de 50 pacientes, de los cuales el 88% ha requerido alguna intervención farmacéutica. El 10% de los pacientes presentaban un fármaco contraindicado, un 32% presentaba interacciones potenciales, un 4% duplicidades, 36% fármacos no necesarios y un 10% fármacos no tolerados. Además se ha observado en 16 casos (34%) falta de adherencia a los tratamientos no antirretrovirales y 2 casos en los que era necesario llevar a cabo medidas higiénico-dietéticas.

No se ha detectado ningún efecto negativo grave tras la retirada y/o modificación de los fármacos desprescritos por el momento.

Teniendo en cuenta el registro de dispensación y el cuestionario SMAQ el 96% de los pacientes son adherentes al TAR, independientemente del número de fármacos concomitantes.

LIMITACIONES

- Aumento de la carga de trabajo del personal implicado.
- Al implicar a personal de distintos centros (atención primaria-hospital) la comunicación entre profesionales es más dilatada en el tiempo y enlentece el proceso.
- Falta de resultados a 6 meses post-intervención.
- Número de pacientes insuficiente por el momento para sacar datos concluyentes.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicabilidad a otros Servicios de Farmacia con atención farmacéutica al paciente en tratamiento antirretroviral.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2419. PERFIL ACTUAL DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

AUTORES

RODRÍGUEZ CARRACEDO J, CASÁS MARTÍNEZ A, RODRÍGUEZ PENÍN I
HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. AVDA. DE RESIDENCIA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes que inician actualmente terapia con antivirales de acción directa (AAD) para el tratamiento de la hepatitis por virus C, su utilización, tolerancia y respuesta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con AAD en el año 2019 en un hospital de segundo nivel. Para cada paciente se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, fecha del diagnóstico, genotipo del virus, carga viral (CV), grado de fibrosis hepática, presencia de cirrosis, tratamientos previos, opción terapéutica elegida, duración del tratamiento, tolerancia y respuesta al tratamiento. Fuente de datos: programa oficial de registro de pacientes con hepatitis C.

RESULTADOS

Setenta y cuatro pacientes iniciaron tratamiento con AAD, (50 hombres), con una mediana de edad de 58 años (29-92). El diagnóstico del virus fue anterior a 2016 en 38 pacientes (51%) y posterior en 36 pacientes (20 pacientes diagnosticados en 2019). La distribución por genotipo: 52 pacientes (72%) genotipo 1, (43% 1b, 29% 1a), 13 pacientes (16%) genotipo 3 y 9 pacientes (12%) genotipo 4. Grado de fibrosis (por fibroscan): 20 pacientes (27%) F4, 8 pacientes (11%) F3, 10 pacientes (13%) F2 y 36 pacientes (49%) F0-F1. Un 26% de los pacientes presentaban cirrosis. Sesenta pacientes (81%) eran naive y 14 no habían respondido a tratamientos previos (3 a tratamiento previo con AAD y 11 a terapia que incluía interferón). La mediana de carga viral al inicio del tratamiento: 1.590.000 copias/mL (8.060- 35.400.000). La distribución

según tratamiento: sofosbuvir/velpatasvir 50 pacientes, glecaprevir/pibrentasvir 10 pacientes, sofosbuvir/ledipasvir 9 pacientes, elbasvir/grazoprevir 2 y 3 pacientes que habían fracasado a tratamiento previo con AAD recibieron sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir. La duración de la terapia fue de 12 semanas en 45 pacientes y 8 semanas en 29 pacientes. No se describieron efectos adversos en ningún paciente. Se negativizó la carga viral en 65 pacientes (tras finalizar tratamiento 20 pacientes, en 39 se disponía de carga viral negativa a las 12 semanas y en 6 pacientes a las 24 semanas). Dos pacientes fueron éxitos. En 4 pacientes no se conoce la respuesta por pérdida de seguimiento. Fracasó la terapia en 2 pacientes (1 con carga viral negativa al final del tratamiento que se positivizó a las 12 semanas y otro no negativizó) y un paciente pendiente de resultados de CV.

CONCLUSIONES

- La mayoría de los pacientes son naives y con bajo grado de fibrosis (seguramente como consecuencia de que los tratamientos con AAD son altamente eficaces y los casos más graves han recibido tratamiento con anterioridad).
- Los AAD presentan una alta efectividad y muy buena tolerancia.
- Los tratamientos y su duración se adaptaron a las directrices oficiales de coste/efectividad actuales.
- Es necesario implementar medidas estratégicas para detectar nuevos casos y tratarlos para que la eliminación de la enfermedad pueda ser una realidad (en 2016, la OMS se propuso como estrategia mundial, eliminar la hepatitis viral como un problema de Salud Pública en 2030).

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2481. VARIACIÓN DE LOS VALORES DE LOS PARÁMETROS RENALES TRAS EL CAMBIO EN LA TERAPIA ANTIR-RETROVIRAL DE ELVITEGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINA/TENOFOVIR-ALAFENAMIDA A BICTEGRAVIR/EMTRICITABINA/TENOFOVIR-ALAFENAMIDA

AUTORES

ALONSO ZAZO FJ, PATIER RUIZ I, SÁNCHEZ-RUBIO FERRÁNDEZ J, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM. 12'5. MADRID

OBJETIVOS

El cambio de tratamiento en pacientes que reciben elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir-alafenamida a bictegravir/emtricitabina/tenofovir-alafenamida puede suponer una estrategia adecuada al tratarse de una combinación similar con alta potencia y barrera genética, bien tolerada y con menos interacciones.

Se desconoce el efecto neto de este cambio sobre la medida de la función renal. Por un lado, el cobicistat produce una disminución del aclaramiento de creatinina (sin efecto sobre la función glomerular renal en pacientes con función renal normal), y por otro, bictegravir también puede producirla por inhibición de los transportadores MATE1 Y OCT2.

El objetivo es determinar si varían los parámetros analíticos de medida de la función renal de los pacientes con terapia antirretroviral que cambian de elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir-alafenamida a bictegravir/emtricitabina/tenofovir-alafenamida, y comprobar si hay relación con la edad y el sexo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo, que incluyó pacientes adultos con infección por el VIH en tratamiento antirretroviral con elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir-alafenamida dispensado en nuestro centro que cambiaron a bictegravir/emtricitabina/tenofovir-alafenamida.

Se obtuvieron datos del programa de historia clínica: edad, sexo, raza, peso y talla, carga viral, recuento de CD4, y a partir de analíticas basales y tras 12 y 24 semanas tras el cambio: creatinina sérica, filtrado glomerular (FG) estimado mediante la ecuación CKD-EPI y ecuación de Cockcroft y Gault (CG).

Se realizó análisis estadístico mediante programa PSPP. La variación de parámetros renales se estimó mediante test de Wilcoxon para valorar variación de la creatinina y de función renal. La influencia de las variables cualitativas se estimó mediante una prueba Chi-cuadrado y para cuantitativas mediante U de Mann-Whitney.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del centro.

RESULTADOS

Se incluyeron 52 pacientes, con edad (media \pm SD) 53 \pm 9,2 años, recuento de CD4 de 474 \pm 327/mcl, 94% presentaron carga viral indetectable. Se observó un cambio en los niveles de creatinina sérica a las 24 semanas, con aumento de los niveles de creatinina en 22 de los pacientes, incremento medio de 0,12 mg/dL, IC=95%, [0,03;0,28]; p=0,043. En el caso del filtrado glomerular con CKD-EPI sí hubo empeoramiento de 18 pacientes a la semana 24, con una media de -2,79 ml/min, IC=95%, [-0,23;-5,81]; p=0,034, pero no en la semana 12. Con la fórmula CKD-EPI empeoran 20 paciente con CG, media de -3,62ml/min, IC=95%, [-0,32;-6,93]; p=0,043.

No se encontró relación estadísticamente significativa con la edad y con el sexo.

CONCLUSIONES

Se observó un aumento de los niveles de creatinina y una disminución de la tasa de filtrado glomerular tras el cambio a las 24 semanas. No hubo relación con la edad y el sexo de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2514. IMPACTO DE ALERTAS DE SEGURIDAD Y RECOMENDACIONES DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS SOBRE EL CONSUMO DE FLUOROQUINOLONAS

AUTORES

TEJEDOR PRADO P, LÁZARO CEBAS A, SUCH DÍAZ A, ESTEBAN CASADO S, ÁLVARO ALONSO EA, SÁNCHEZ ARTOLA B, PALENCIA HERREJÓN E, ESCOBAR RODRÍGUEZ I
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. AVDA GRAN VÍA DEL ESTE 80 28031. MADRID

OBJETIVOS

Analizar el impacto sobre el consumo de fluoroquinolonas en el área de hospitalización de las alertas de seguridad emitidas por las agencias reguladoras de medicamentos y de las recomendaciones e intervenciones realizadas por el equipo del Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) del hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal, con recogida de datos de consumo de antibióticos en el área de hospitalización correspondientes al periodo 2016-2019. Se utilizó como unidad de medida del consumo la dosis diaria definida por cada 100 estancias (DDD/100E). Los datos de consumo se obtuvieron a través del programa de gestión FarmaTools®.

La primera alerta de seguridad de fluoroquinolonas fue emitida por la agencia americana del medicamento (FDA) en mayo de 2016, y en octubre de 2018 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) emitió una nota informativa de restricciones de uso. En febrero de 2019, el equipo PROA reforzó la información por correo electrónico a todos los profesionales de los riesgos asociados al uso de este grupo de antibióticos y propuso recomendaciones de mejora, desaconsejando su uso en infecciones respiratorias y urinarias leves o autolimitadas cuando existieran otras alternativas de tratamiento y en pacientes con mayor riesgo de sufrir las reacciones adversas notificadas. Diariamente, se realizaron intervenciones en el sentido de estas recomendaciones.

Se analizó el consumo de fluoroquinolonas y el de otros grupos de antibióticos habitualmente empleados para el tratamiento de infecciones respiratorias y del tracto urinario (penicilinas, cefalosporinas, macrólidos, y fosfomicina). El análisis se realizó empleando Microsoft Excel 2013®.

RESULTADOS

En 2016 el consumo global de fluoroquinolonas fue de 13,48 DDD/100E, reduciéndose en los años inmediatamente posteriores a 13,02 DDD/100E (2017), 11,69 DDD/100E (2018) y 8,18 DDD/100E (2019), lo que representa un descenso en el consumo del 3,36% el primer año, del 10,23% el segundo y del 30,04% el tercer año. Por principio activo, los datos observados en el consumo en DDD/100E para el mismo periodo fueron: 3,94 (2016), 3,45 (2017), 3,24 (2018) y 2,70 (2019) para ciprofloxacino, y 9,53 (2016 y 2017), 8,30 (2018) y 5,41 (2019) para levofloxacino. En términos relativos implica una reducción interanual del 12,53% en 2017, del 5,91% en 2018 y del 16,69% en 2019 para ciprofloxacino, y del 12,94% en 2018 y 34,81% en 2019 para levofloxacino. El consumo global en DDD/100E del resto de grupos de antimicrobianos en 2016, 2017, 2018 y 2019 fue: 22,49, 20,04, 21,25 y 24,16 para penicilinas, 16,55, 16,72, 17,77 y 17,11 para cefalosporinas, 2,51, 2,53, 2,87 y 2,79 para macrólidos, y 0,98, 1,11, 0,87 y 0,69 para fosfomicina. Esto supone un incremento acumulado en el periodo 2016-2019 del consumo de penicilinas del 7,41%, del 3,38% para cefalosporinas y del 11,39% para macrólidos, así como un descenso del consumo de fosfomicina del 28,92%.

CONCLUSIONES

El consumo de fluoroquinolonas se ha reducido de manera progresiva desde la publicación de la primera alerta de seguridad, observándose una reducción más pronunciada tras la emisión de las recomendaciones e intervenciones del equipo PROA. Betalactámicos y macrólidos han sido las alternativas de elección frente a fluoroquinolonas.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2529. INFLUENCIA DE LA GRAVEDAD Y EL TRATAMIENTO EN LA RECURRENCIA DE INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

AUTORES

POLO DURÁN J, BRAVO CRESPO C, CERCÓS LLETÍ AC, CAMPILLOS ALONSO P, GONZALEZ PELLICER R, CAMARENA MIÑANA JJ, ILLA GÓMEZ MD, ZARAGOZA CRESPO R
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AV. DE GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar las características clínico-epidemiológicas de pacientes con un primer episodio de infección por Clostridium difficile (ICD), establecer la concordancia entre las dos clasificaciones de gravedad más utilizadas y su relación con las recurrencias, y conocer la adecuación del tratamiento y su influencia en las recurrencias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal (enero-2018 a marzo-2019), de 98 pacientes con ICD confirmada en un hospital general universitario. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, factores de riesgo de ICD (tratamiento inmunosupresor, antibiótico y antiseptor gástrico e ingresos hospitalarios previos), tratamiento utilizado y número de recurrencias (nuevo episodio dentro de las 8 semanas posteriores). La gravedad de cada episodio se clasificó según criterios de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA, 2018) y por criterios de Illinois modificado (Zar FA, 2007). Se consideró tratamiento adecuado el acorde a la Guía IDSA 2018 (vancomicina oral en primera línea para cualquier gravedad de episodio durante al menos 10 días).

Análisis estadístico: variables cuantitativas (media \pm desviación estándar), categóricas (frecuencia %), concordancia entre variables categóricas (coeficiente Kappa de Cohen), asociación entre variables categóricas (Prueba Chi cuadrado con corrección de Yates o en su caso prueba exacta de Fisher), significación $p < 0,05$.

RESULTADOS

La edad media fue de $71,6 \pm 17$ años. El 80,6% de los pacientes presentaba comorbilidades y el 93,9% presentaba uno o más factores de riesgo de ICD. Entre ellos los más frecuentes fueron la antibioticoterapia (81,6%) y el ingreso hospitalario previo (68,4%). Tan solo el 5,1% de los pacientes no presentaba comorbilidades ni factores de riesgo asociados.

La concordancia observada entre los dos sistemas de clasificación de la gravedad fue moderada: Kappa = 0,45 (IC95% 0,28-0,63). La clasificación IDSA, en relación con Zar, sobreestimó la gravedad del episodio: el 58,1% de los episodios según IDSA fueron graves frente al 40,9% según Zar. Esta diferencia podría deberse a que, salvo por la presencia de leucocitosis, ambas clasificaciones no comparten ningún otro criterio común. No recibieron un tratamiento adecuado el 69,4% de los pacientes tratados, bien por utilizar metronidazol en monoterapia (67,5%) -de los cuales el 19,3% presentó además una duración inadecuada del tratamiento- o por utilizar vancomicina oral con una duración inferior a 10 días (1,9%).

Hubo recurrencias en un 23,5% de los pacientes, de estos el 22% presentó más de una recurrencia. No se observó asociación significativa entre gravedad del primer episodio (valorada por cualquiera de las dos clasificaciones) y recurrencia. Fueron recurrentes el 26,3% de pacientes con tratamiento no adecuado, mientras que sólo el 13,0% de los tratados adecuadamente presentaron recurrencia, sin alcanzar significación estadística.

CONCLUSIONES

Los pacientes de edad avanzada con comorbilidades asociadas, expuestos a un ambiente nosocomial por sus enfermedades de base y con infecciones previas que les exponen a tratamientos antibióticos agresivos para su microbiota, son los principales afectados por la ICD. La correlación moderada entre los dos sistemas de clasificación de la gravedad y su bajo valor predictivo de recurrencias, condicionan la protocolización institucional de su uso para evaluar resultados en salud. La selección del tratamiento adecuado y su duración condicionan la aparición de recurrencias.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2534. ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LA COMBINACIÓN DE DOLUTEGRAVIR Y LAMIVUDINA EN BITARAPIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

FERNÁNDEZ ZAMORA C, CLAVIJOS BAUTISTA S, MEROÑO SAURA MA, PACHECO LÓPEZ P, CARVAJAL SÁNCHEZ MÁ, IBANEZ CATURLA J, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ TM, PLAZA ANIORTE J
HOSPITAL MORALES MESEGUER. AVDA MARQUÉS DE LOS VÉLEZ, SN. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar la eficacia, definida como carga viral plasmática (CVP) < 50 copias/mL, de la combinación en biterapia de dolutegravir (DTG) y lamivudina (3TC) en pacientes diagnosticados de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), cuyo tratamiento previo consistía en una terapia antirretroviral (TAR) basada en 3 fármacos, una vez completado un año de tratamiento con DTG y 3TC en biterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS

En enero de 2019 fueron seleccionados todos los pacientes en tratamiento con DTG y 3TC en biterapia en un hospital de tercer nivel, solo fueron incluidos aquellos pacientes cuyo tratamiento previo consistía en una TAR basada en 3 fármacos antirretrovirales. Fueron recogidas las siguientes variables: sexo, edad, tratamiento antirretroviral previo, fecha de inicio de la biterapia con DTG + 3TC y CVP previa al nuevo régimen de tratamiento. En abril de 2020 se revisó de nuevo la historia clínica de los pacientes, se recogió la CVP transcurrido un año de tratamiento y se comprobó si los pacientes continuaban con el mismo régimen antirretroviral. Todos los datos fueron extraídos de la historia clínica virtual (Selene) y del histórico de dispensación del aplicativo SAVAC.

RESULTADOS

Fueron seleccionados un total de 32 pacientes (78,13% (23) hombres y 28,12% (9) mujeres). Fueron excluidos 2 pacientes en tratamiento con DTG+ 3TC, uno por ser naïve y otro por tener como terapia previa un régimen antirretroviral basado en 2 fármacos. La edad de los pacientes estaba situada entre 24 y 72 años con una mediana de 45,5 años.

Como tratamiento previo: el 75% de los pacientes (24) se encontraban en tratamiento con regímenes que incluían abacavir, dolutegravir y lamivudina y el 25% (8) pacientes seguían otras pautas con triple terapia antirretroviral.

La CVP previa al cambio a biterapia con DTG+3TC fue indetectable (< 50 copias/mL) para el 96,87% (31) de los pacientes. Un paciente tenía una CVP de 75 copias/mL.

Trascurrido un año de tratamiento la carga viral se mantuvo indetectable para el 81,25% (26) de los pacientes, el 3,7% (1) de los pacientes presentaban una CVP > 50 copias/mL. No se disponen de datos de carga viral del 9,37% (3) pacientes trascurrido un año de tratamiento. 2 pacientes discontinuaron el tratamiento: uno por artromialgias y otro por presentar una CVP > 50 copias/mL trascurrido un mes desde el inicio de la biterapia, este último paciente fue el mismo que presentaba una CVP de 75 copias/mL previa al tratamiento con DTG + 3TC en biterapia.

CONCLUSIONES

La combinación de DTG+3TC parece ser una alternativa eficaz para mantener la supresión de la carga viral en pacientes VIH en tratamiento previo con una TAR basada en tres fármacos antirretrovirales. El 96,29% de los pacientes cuya carga viral era < 50 copias/mL antes del cambio de la TAR mantuvieron la CVP < 50 copias/mL transcurrido un año desde el inicio de la biterapia. La biterapia no fue efectiva en el paciente cuya CVP era > 50 copias/mL antes del cambio de régimen de tratamiento antirretroviral.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)**2549. IMPACTO EN EL CONSUMO DE MEROPENEM DE LAS INTERVENCIONES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN Y USO DE ANTIMICROBIANOS****AUTORES**

OTERINO MOREIRA I, DOMINGUEZ BACHILLER M, ROLDÁN NAVARRO P, SANZ MÁRQUEZ S, MORENO NUÑEZ L, VALVERDE CÁNOVAS JF, PIZARRO JARAIZ MÁ, PÉREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. C/ BUDAPEST 1. MADRID

OBJETIVOS

Analizar el impacto en el consumo de meropenem de las intervenciones realizadas por el equipo multidisciplinar del programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de intervención en el que se recogen las acciones realizadas por el equipo PROA sobre la prescripción de meropenem en los diferentes servicios del hospital en el periodo Junio 2019-Febrero de 2020. La Comisión de Infecciosas acordó, tras detectarse un aumento del consumo de meropenem, un seguimiento especial mediante la revisión diaria de su prescripción empírica en Urgencias y bisemanal de las prescripciones con duración mayor de 4 días en hospitalización.

Se recogen de la historia clínica las variables: servicio de intervención, diagnóstico, antecedentes de microorganismo multirresistente, prescripción empírica [si/no], duración del tratamiento, aceptación de la intervención del PROA [si/no], evolución al alta y evolución al mes desde el alta. Los datos de consumo se obtienen del programa de gestión y se expresan en dosis diarias definidas (DDD) por cada 100 altas. Para evaluar la repercusión de las intervenciones sobre el consumo de meropenem se compara con el del periodo Junio 2018-Febrero 2019. Los tipos de intervención se clasifican en: suspensión, desescalar o mantener prescripción.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 175 intervenciones. La mediana de edad fue 74 años (IC95% 72-76). La distribución por servicio fue la siguiente: 33.1% Urgencias y 66.9% Hospitalización [41.8% Medicina Interna; 15.4% Oncología; 10.3% Digestivo; 32.5% otros]. El 20% de los pacientes presentaba antecedentes de infección/colonización por microorganismo multirresistente. El 94.9% de las prescripciones fueron empíricas. La mediana de duración del tratamiento fue 4 días (IC95% 3-4) y la estancia hospitalaria 14 días (IC95% 11-15). Las indicaciones fueron: 20.6% infección abdominal, 20.0% infección del tracto urinario, 15.4% neumonía, 13.1% infección respiratoria sin neumonía, 9.1% neutropenia febril, 5.7% infección de piel y partes blandas, 3.5% infección asociada a catéter, resto otras.

El número de DDD por cada 100 altas en el período Junio 2019-Febrero 2020 fue de 20.9 g lográndose una disminución del 20% con respecto al mismo periodo del año anterior (25.8 g). Los tipos de intervención fueron 59.0% desescalar, 28.6% mantener el meropenem, 12.4% suspender; con un porcentaje de aceptación del 95.4%.

En el 76.5% de los pacientes en los que se intervino la evolución durante el ingreso fue favorable, y de ellos el 86.9% no reingresaron en el mes siguiente por la misma causa.

CONCLUSIONES

El PROA logra con sus intervenciones una disminución del consumo de carbapenem de amplio espectro, siendo la intervención más frecuente el desescalado, lo que apoya la necesidad del PROA en la prescripción empírica de meropenem en urgencias y en la duración del tratamiento en planta.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)**2607. IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EN PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN FRENTE AL VIH****AUTORES**

FERNÁNDEZ PIÑEIRO N, PEÑA PEDROSA JA, HERNANDO LLORENTE G, MARTINEZ SESMERO JM, DEL ROMERO GUERRERO J
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. CALLE PROFESOR MARTÍN LAGOS. MADRID

OBJETIVOS

Implantar una consulta monográfica de profilaxis pre-exposición (PrEP) como estrategia para la reducción de la incidencia de nuevas infecciones por VIH.

MEJORAS ESPERADAS

Reducción de la incidencia de nuevas infecciones por VIH en población de riesgo, tras la implantación de un programa de PrEP multidisciplinar que incluya consulta de Atención Farmacéutica (AF), para obtener la adherencia y seguimiento adecuados.

DISEÑO

Implementación de la PrEP siguiendo las directrices del Ministerio de Sanidad.

CIRCUITO Y ETAPAS

-Obtención de los recursos humanos y materiales necesarios, incluido equipamiento.

-Diseño del circuito de atención al paciente:

- El usuario potencial solicita ingresar dentro del programa PrEP.
- Consulta de enfermería: se determina si cumple los criterios de inclusión. En caso afirmativo, es derivado a la consulta médica. Se piden las pruebas necesarias (VIH, cribado de infecciones de transmisión sexual (ITS), serología de hepatitis, creatinina y fósforo séricos, filtrado glomerular estimado y test de embarazo en mujeres fértiles).
- Consulta médica: se revisa los criterios de inclusión y los resultados de las pruebas analíticas. Si no hay contraindicaciones, se prescribe la PrEP. El usuario es derivado a la consulta de AF. Se realizará un seguimiento periódico.
- Consulta de AF. Visita inicial: se realiza la validación fármaco-terapéutica de la prescripción (criterios de inclusión, revisión de resultados analíticos y potenciales interacciones farmacológicas). Se informa al paciente (vía oral y por escrito) de la correcta toma de la PrEP, potenciales reacciones adversas e importancia de la adherencia y del uso del preservativo.
- Visita de continuación: se revisan potenciales interacciones farmacológicas, se interroga al paciente sobre potenciales efectos adversos relacionados con la medicación y se realiza un control de adherencia a través de métodos indirectos (cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire)) y registro de dispensaciones. En pacientes no adherentes se realiza una entrevista motivacional, siguiendo el modelo Capacidad-Motivación-Oportunidad (CMO) de la SEFH, buscando reducir la influencia de las causas de no adherencia. Dispensación de la medicación.
- Trimestralmente, se revisará que el paciente continúa cumpliendo los criterios de inclusión y los resultados analíticos de las pruebas realizadas en las consultas médicas de seguimiento.
- A todas las consultas, el paciente acude con cita previa.

-Diseño del circuito de reposición y gestión de stock de medicación.

IMPLANTACIÓN

La actividad se inició el 20 de Enero de 2020.

RESULTADOS

Desde el inicio de la actividad hasta el 31 de Mayo de 2020 iniciaron la PrEP 499 usuarios. Se realizaron 621 visitas de continuación presenciales. Durante la epidemia de SARS-COV-2 se incluyó a los usuarios de PrEP en el sistema de dispensación telemática del Servicio de Farmacia. Se hicieron 336 consultas de telefarmacia, enviándose medicación a 203 usuarios. Los 133 restantes decidieron suspender la medicación durante el confinamiento.

LIMITACIONES

El horario de atención limitado para la alta heterogeneidad de la población con diferentes necesidades y expectativas. La prescripción electrónica se encuentra en vías de implantación.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a cualquier Servicio de Farmacia que se pueda coordinar con un Servicio de enfermedades infecciosas enfocado en prevención de ITS y VIH.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2613. DESPRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS NO ANTIRRETROVIRALES EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE VIH

AUTORES

MENDOZA ACOSTA I, LÁZARO LÓPEZ A, TORRALBA GONZÁLEZ DE SUSO M, TARDÁGUILA MOLINA P, YUSTE GUTIÉRREZ ÁM, CASARRUBIOS LÁZARO GI, DEÁN BARAHONA C, HORTA HERNÁNDEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJAR. C DONANTE DE SANGRE. GUADALAJARA

OBJETIVOS

El aumento de la esperanza de vida en los pacientes VIH ha cronificado la enfermedad incrementando el número de comorbilidades y la complejidad de tratamientos no antirretrovirales aumentando así, el riesgo de morbimortalidad. La desprescripción puede disminuir este riesgo en pacientes VIH, por ello, nuestro objetivo es analizar los resultados de la implantación de un programa de desprescripción en una consulta de VIH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo, desde noviembre de 2019 hasta marzo de 2020, realizado en una consulta monográfica de VIH de un hospital general universitario uniprovincial. Se incluyeron todos los pacientes que acudieron durante este periodo a la consulta. Antes de cada consulta, el farmacéutico revisaba la medicación concomitante que los pacientes tenían incluido en la tarjeta sanitaria. Se seleccionaba a aquellos pacientes susceptibles de desprescripción, aplicando los criterios de priorización en la población VIH de la guía Gesida (2018). Para ello se calculó el índice de VACS (Veterans Aging Cohort Study), la prioridad según el modelo de estratificación de VIH de la SEFH (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria) y el número de fármacos concomitantes. En los pacientes seleccionados se realizaba la optimización de la farmacoterapia utilizando la guía Gesida (2018) y el juicio clínico del farmacéutico. Durante la consulta se confirmaba con el paciente el tratamiento habitual y se valoraba con el médico especialista, la desprescripción de los fármacos propuestos. Las variables incluidas fueron: edad, sexo, índice de VACS, prioridad según el modelo de estratificación de VIH de la SEFH, número de fármacos concomitantes, número y tipo de fármacos susceptibles de desprescripción, tipo de intervención para la desprescripción, criterio para proponer la intervención (guía Gesida o juicio clínico) y porcentaje de aceptación por el médico.

RESULTADOS

Un total de 55 pacientes fueron incluidos en el estudio. La mediana de edad fue de 54 años (RI:47,4-56,8). El 78,2% (43/55) fueron hombres. La mediana de puntuación según la escala VACS fue de 12 puntos (RI:2,5-23). El 9,1% (5/55) de pacientes eran de nivel 1 según el modelo de estratificación de la SEFH. La mediana de número de fármacos concomitantes por paciente fue de 1 (RI:0-4). El 50,9% (28/55) de pacientes fueron susceptibles de desprescripción, la media de fármacos propuestos por el farmacéutico fueron 0,64 (DE=1,1) siendo los más frecuentes: inhibidores de la bomba de protones (20,9%), ansiolíticos (18,6%) e hipolipemiantes (16,3%). Se realizaron 43 intervenciones: 29 de retirada de fármaco, 12 disminución/aumento de dosis o frecuencia, y 2 de prescripción. El 62,9% de las intervenciones se realizaron según juicio clínico del farmacéutico. Las intervenciones de desprescripción se llevaron a cabo en el 54,3% de los casos.

CONCLUSIONES

Existe un importante porcentaje de pacientes susceptibles de desprescripción, siendo la retirada de fármaco la intervención más frecuente. El uso del juicio clínico del farmacéutico es un importante componente para detectar prescripciones inapropiadas sumado al uso de las guías clínicas. El grado de aplicación de las intervenciones en los pacientes fue moderado. Sería interesante el desarrollo de programas de desprescripción continuados entre farmacéutico hospitalario y medicina interna.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2628. EFICACIA, SEGURIDAD Y ADHERENCIA DE LA TERAPIA COMBINADA CON BICTEGRAVIR/EMTRICITABINA/TENOFOVIR ALAFENAMIDA EN PACIENTES VIH+

AUTORES

RIVAS RODRIGUEZ MD, REDONDO GALAN C, FERRIS VILLANUEVA M, GONZALEZ VAQUERO D, RANGEL MAYORAL JF
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. AVENIDA DE ELVAS S/N. BADAJOZ

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia, seguridad y adherencia de la terapia con Bictegavir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamida (BIC / FTC / TAF) en pacientes VIH+.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes que iniciaron tratamiento con BIC/FTC/TAF durante el 2019. Se excluyeron aquellos sin resultados de analíticas posteriores al inicio con el TAR (Tratamiento Antirretroviral). Se analizaron variables demográficas, TAR previo y causa del cambio de TAR. La eficacia se cuantificó comparando valores de carga viral (CV), CD4, CD4/CD8 previos al inicio de tratamiento con BIC/FTC/TAF y a las 20 semanas de tratamiento. La seguridad se evaluó en base a los efectos adversos. La adherencia fue estimada mediante dos métodos indirectos: cálculo a partir de registros electrónicos de dispensación y el cuestionario de Morisky-Green, considerando adherentes a los pacientes con registro de dispensaciones mayores del 90% y una puntuación en el cuestionario Morisky- Green de 4. Los datos se obtuvieron del módulo de pacientes externos (Farmatools®) y de la historia clínica digital.

RESULTADOS

Se incluyeron 55 pacientes, 49 (89,1%) hombres. Edad media: 48 (24-70) años. Del total de pacientes, 49 (89,1%) recibieron TAR previo: 45 (91,8%) en monoterapia, de los cuales 42 (93,3%) estuvieron en tratamiento con Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabina/Tenofovir alafenamida, 2 (4,5%) con Emtricitabina/Tenofovir disoxipropilo y 1 (2,2%) con Emtricitabina/Rilpivirina/Tenofovir alafenamida. Sólo 4 pacientes (8,2%) estuvieron con biterapia, de los cuales 2 (50%) recibieron Raltegravir + Emtricitabina/Tenofovir, 1 (25%) Dolutegravir + Emtricitabina/Tenofovir disoproxililo y 1 (25%) Etravirina + Emtricitabina/Tenofovir disoproxililo. Por último, 6 (10,9%) pacientes no habían recibido TAR previo. Los motivos del cambio de tratamiento fueron: fracaso inmuno-virológico en 20 pacientes (36,4%), 15 (27,3%) por interacciones con tratamiento crónico, 7 (12,7%) reacciones adversas, 6 (10,9) por falta de adherencia, 4 (7,3%) para simplificación del tratamiento y 3 (5,4%) por otros motivos. Previo al inicio de tratamiento, 38 (69,1%) pacientes tenían CV suprimida (< 50 copias/ml), el recuento medio de linfocitos CD4 y CD4/CD8 fue de 651 (73-1253) cel./mm³ y 0.95 (0,07-2,12) respectivamente. A las 20 semanas de tratamiento, 45 (81,8%) presentaron CV indetectable, el recuento global medio de linfocitos CD4 y CD4/CD8 fue de 746(196- 1722) cel. /ml y 0.99 (0,25-2,25) respectivamente. Con respecto a la seguridad, 4 (7,3%) pacientes presentaron efectos adversos leves, la mitad de los casos fue diarrea; no obstante, ningún paciente suspendió el tratamiento. En cuanto a la adherencia, según el registro de dispensaciones, 51 (92,7%) pacientes recogen asiduamente la medicación y 53 (96,4%) presentan una puntuación mayor de 4 en el cuestionario de Morisky-Green.

CONCLUSIONES

El cambio a BIC/FTC/TAF parece ser una estrategia eficaz y segura para controlar la progresión de la enfermedad. La monoterapia ha facilitado el alto índice de adherencia al tratamiento. Sin embargo, serán necesarios estudios futuros y con mayor duración de tratamiento para dar consistencia a estos resultados.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2710. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE TEDIZOLID EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

FERNÁNDEZ FRADEJAS J, MONTERO LLORENTE B, RODRÍGUEZ SAGRADO MÁ, PARRO MARTÍN MÁ, GRAMAGE CARO T, ÁLVAREZ DÍAZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CTRA. DE COLMENAR VIEJO KM. 9,100. MADRID

OBJETIVOS

Tedizolid es un antibiótico inhibidor de la síntesis proteica indicado en el tratamiento de infecciones de piel y partes blandas, con una posología recomendada de 200 mg/día durante 6 días. El objetivo de este estudio es describir el uso de tedizolid en un hospital de tercer nivel y analizar su efectividad y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes tratados con tedizolid entre junio de 2017 y enero de 2020. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo) y clínicas (servicio prescriptor, indicación, microorganismo responsable de la infección, antibioterapia previa, posología, motivo de la elección de tedizolid, necesidad o no de ingreso hospitalario, resolución de la infección durante el periodo de seguimiento y presencia de reacciones adversas atribuibles a tedizolid). El periodo de seguimiento fue de 60 días. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y de las prescripciones y dispensaciones registradas en las bases de datos del Servicio de Farmacia.

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes (50% mujeres) con una edad media de 71,2 años (DE 15,3). Las indicaciones fueron: infección de piel y tejidos blandos (n=8), infección osteoarticular incluyendo infección de prótesis articular (n=7), infección intraabdominal (n=3) y bacteriemia (n=2). En todos los casos salvo uno, la prescripción fue realizada por un facultativo del servicio de enfermedades infecciosas.

El tratamiento fue empírico en 4 casos y dirigido en el resto. Los microorganismos aislados fueron: *Enterococcus faecium* (n=6), *Enterococcus faecalis* (n=4), *Staphylococcus epidermidis* (n=3), *Staphylococcus aureus* (n=2), *Staphylococcus hominis* (n=1), *Mycobacterium abscessus* (n=1) y *Streptococcus pneumoniae* (n=1). Dos de los pacientes sufrieron una infección polimicrobiana.

Todos los pacientes habían recibido antibioterapia previa por vía intravenosa. La posología fue en todos los casos de 200 mg/24 horas por vía oral, con una mediana de duración del tratamiento de 14 días (rango 6-57). En todos los casos el tratamiento se completó de forma ambulatoria permitiendo el alta precoz del paciente.

La preferencia de tedizolid frente a linezolid se debió a: existencia de interacciones potenciales entre linezolid y otros fármacos (n=11), toxicidad hematológica previa por linezolid (anemia o trombocitopenia) (n=5) o riesgo elevado de presentar toxicidad hematológica por linezolid (pacientes con presencia de anemia o trombocitopenia crónica) (n=4). Los principales grupos de fármacos implicados en las interacciones potenciales fueron los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina y analgésicos opiáceos.

Uno de los pacientes falleció por causas no relacionadas con la infección durante el periodo de seguimiento y fue excluido del análisis de efectividad. El tratamiento con tedizolid fue efectivo en el 85% de casos (17/20). No se detectaron efectos adversos atribuibles al fármaco.

CONCLUSIONES

Tedizolid se ha utilizado en la mayoría de las ocasiones fuera de las indicaciones recogidas en ficha técnica, aunque de forma justificada y con supervisión por un especialista en enfermedades infecciosas. Nuestro estudio sugiere que tedizolid puede ser una alternativa efectiva y segura en el tratamiento de diversas infecciones por microorganismos Gram +, incluso en tratamientos prolongados.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2746. EFICACIA Y TOLERABILIDAD DE BITERAPIAS BASADAS EN DOLUTEGRAVIR EN PACIENTES VIH NAIVE Y EN SWITCH

AUTORES

VINUESA HERNANDO JM, PELLEJERO SAGASTIZÁBAL G, CRUSELLS CANALES MJ, SANJOAQUIN CONDE I, GRACIA PIQUER R, FRESQUET MOLINA R, NEBOT VILLACAMPA MJ, GIMENO GRACIA M
HOSPITAL CLINICO UNIV. LOZANO BLESA. AVDA. SAN JUAN BOSCO, 15. ZARAGOZA

OBJETIVOS

La introducción de la biterapia tanto como terapia de inicio preferente como en los cambios ha supuesto una revolución, permitiendo obtener los mismos resultados de eficacia que terapias con más principios activos (PA) con un menor riesgo de toxicidad e interacciones. El objetivo del estudio es analizar los pacientes en tratamiento con biterapias con dolutegravir su eficacia, tolerabilidad y motivos de cambio de tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tratados con biterapias de dolutegravir (dolutegravir+lamivudina y dolutegravir+rilpivirina) desde enero 2019 hasta el 18/02/2020. Se recogieron variables de edad, sexo, presencia de SIDA, mecanismo de transmisión, tratamiento antirretroviral (TAR) actual, TAR previo (nº comprimidos y PA diarios), motivo de cambio y reacciones adversas (RAM). Se tomaron las analíticas de la consulta previa al cambio y la primera consulta posterior [CD4, CD8, carga viral (CV), perfil lipídico y creatinina].

RESULTADOS

Se identificaron 42 pacientes en tratamiento con biterapias basadas en dolutegravir con una mediana de edad de 46 años (15-82) y el 28,6% (12) mujeres. El 73,8% (31) fue tratado con dolutegravir+lamivudina. Se detectaron eventos

definitivos de SIDA en el 26,2% (11) y como mecanismos de transmisión: sexual 59,5% (25), drogas vía parenteral 26,2% (11), vertical 4,8% (2) y desconocido 9,5% (4).

El 23,8% (10) fueron inicios de tratamiento con dolutegravir+lamivudina y el 76,2% (32) switch a biterapias (50% dolutegravir+lamivudina y 26,2% dolutegravir+rilpivirina). Los motivos de cambio fueron: simplificación 62,5% (20), toxicidad renal 25% (8), interacciones con medicación concomitante 9,4% (3) y toxicidad cardiovascular 3,1% (1). El 40,6% (13) provenían de TAR basado en inhibidores de integrasa (7 con dolutegravir) y una mediana de 2 comprimidos diarios (1–5) y 3 PA (2–4).

En el análisis estadístico 10 pacientes no se incluyeron por falta de datos posteriores al cambio, debido al retraso sufrido en las consultas por la pandemia COVID19.

En los pacientes naive la mediana de CD4 aumentó de 447cel/mcl a 596cel/mcl ($p=0,07$) y de CD8 de 969cel/mcl a 1157cel/mcl ($p=0,333$). El colesterol total (CT), los triglicéridos y la creatinina no presentaron diferencias significativas ($p=0,889$, $p=0,889$ y $p=0,108$ respectivamente). En el 90% (9) de los naive la CV se volvió indetectable.

En los pacientes switch la mediana de CD4 aumentó de 618cel/mcl a 724cel/mcl ($p=0,424$) y de CD8 de 773cel/mcl a 859cel/mcl ($p=0,043$). La mediana de CT se redujo de 196mg/dl a 172mg/dl ($p=0,011$) y de triglicéridos de 93mg/dl a 79mg/dl ($p=0,021$). No se encontraron diferencias en la creatinina ($p=0,292$). La CV permaneció indetectable en el 78,1% (25) de los switch, 18,8% (6) no se pudo analizar y 3,1% (1) fue detectable. Ningún paciente presentó RAM.

CONCLUSIONES

El tratamiento con biterapias basadas en dolutegravir ha demostrado ser una terapia eficaz y segura tanto en pacientes naive como en switch.

El principal motivo para el cambio a biterapia es la simplificación, consiguiendo una reducción tanto en el número de comprimidos como de PA respecto a otras terapias de comprimido único. Además, no contienen PA potenciadores, evitando todas las interacciones derivadas de estos.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2751. PROGRAMA DE PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN FRENTE A LA INFECCIÓN POR VIH. IMPLANTACIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA.

AUTORES

GOMEZ DELGADO M, SANCHEZ YAÑEZ E, ORTIZ LATORRE JL, MOYA CARMONA I
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPUS DE TEATINOS, S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Describir la inclusión del programa de profilaxis preexposición (PrPE) frente a la infección por VIH en la consulta de Pacientes Externos en un hospital de especialidades.

MEJORAS ESPERADAS

Incluir en nuestra cartera de servicios la atención farmacéutica (AF) a usuarios candidatos a recibir la PrPE.

DISEÑO

En noviembre 2019 se incluyó la PrPE con Emtricitabina 200 mg/Tenofovir 245 mg en la financiación con cargo al Sistema Nacional de Salud. Los criterios de elegibilidad fueron fijados por el Ministerio de Sanidad (MS) a través de un documento de consenso. Desde el Servicio de Farmacia se identificó la necesidad de establecer un circuito de AF y dispensación a estos usuarios, teniendo en cuenta las características diferenciales de los mismos con el resto de pacientes atendidos en la unidad.

CIRCUITO Y ETAPAS

ETAPAS

- Creación de un grupo multidisciplinar de trabajo que incluyó: un facultativo del Servicio de Enfermedades Infecciosas (VIH), un farmacéutico y un residente de farmacia hospitalaria, para establecer el circuito de trabajo. Para ello se tuvieron en cuenta las directrices del MS y las emitidas a nivel autonómico por la Consejería de Sanidad.
- Redacción de información dirigida a usuarios de la PrPE.
- Ideación de un cuestionario dirigido a usuarios de la PrPE para valorar el grado de satisfacción con el circuito, adherencia, tolerancia, confianza en la profilaxis para evitar el contagio y tiempo que estima tomarla. El cuestionario se ofrece a los usuarios a partir de la tercera visita a la consulta de Pacientes Externos y es de carácter anónimo y voluntario.

CIRCUITO:

- Atención al usuario en la consulta de Enfermedades Infecciosas:
 - o El circuito para acceder a la consulta es el mismo que siguen los nuevos diagnósticos de VIH.
 - o Se permite la captación activa desde asociaciones, ONGs, etc.
 - o Revisión de criterios de elegibilidad.
 - o Pruebas previas y consejo médico.
 - o Prescripción de PrPE en pacientes con criterios de elegibilidad y tras resultados de pruebas previas.
 - o Información sobre la prevención de la transmisión del VIH.
- Atención al usuario en la consulta de atención farmacéutica:
 - o Entrega de información específica sobre la PrPE (oral y escrita).
 - o Información sobre Apps de interés.
 - o Consejo experto sobre el tratamiento y la adherencia.
- Acto único:

o El paciente acudirá al centro sanitario al mes del inicio del tratamiento (para comprobar tolerancia y cumplimiento) y posteriormente cada tres meses para valorar tolerancia, adherencia y pruebas analíticas (test VIH, cribado de infecciones de transmisión sexual, analítica de control).

o Las visitas en la consulta de Enfermedades Infecciosas y Farmacia serán el mismo día. Se dispensará medicación hasta la siguiente cita medico/farmacia.

IMPLANTACIÓN

La actividad se inició en diciembre de 2019.

RESULTADOS

Desde el 12/12/2019 hasta el 30/04/2020 se han atendido 53 pacientes con una edad media de 38 años (entre 21-63), todos hombres. Cada paciente ha acudido a una media de 2 consultas. Ningún paciente que cumpliera los criterios ha quedado fuera del circuito establecido.

LIMITACIONES

No se incluyen resultados del cuestionario por no poderse realizar durante la pandemia Covid-19. El tamaño muestral es pequeño.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Circuito aplicable a todos los Servicios de Farmacia que atiendan usuarios candidatos a la PrEP.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2772. TERAPIA SECUENCIAL ANTIBIÓTICA: EVALUACIÓN DEL GRADO DE ACEPTACIÓN

AUTORES

MACÍA RIVAS L, FERNÁNDEZ LAGUNA CL, CALZÓN BLANCO C, ARIAS MARTÍNEZ A, PIERAS LÓPEZ Á, ZÁRATE TAMAMES B, ÁLVAREZ ASTEINZA C, LOZANO BLAZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVDA. ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Evaluar el nivel de aceptación del programa de terapia secuencial antibiótica en el hospital mediante un procedimiento de intervenciones farmacéuticas, que promueven el cambio de la administración parenteral de antibióticos a vía oral cuando la evolución clínica del paciente lo permita, reduciendo así los riesgos y costes propios de la administración parenteral.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de intervención de un mes de duración en el que se recogieron las intervenciones realizadas en los pacientes susceptibles de terapia secuencial antibiótica en el hospital.

Los criterios para la realización de la propuesta de terapia secuencial incluyeron una duración de tratamiento antibiótico intravenoso superior a 72h, buena tolerancia oral y ausencia de problemas de malabsorción, así como una evolución favorable del paciente (afebril las últimas 72 horas, disminución de leucocitosis, reactantes de fase aguda, etc.)

Además, ciertas patologías como la endocarditis izquierda, infección protésica endovascular, meningitis e infecciones del sistema nervioso central, neumonía por legionella, fibrosis quística y/o bacteremias por *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* se consideraron no adecuadas para la realización de terapia secuencial.

Los antibióticos/antifúngicos sobre los que se realizaron intervenciones fueron aquellos con buena biodisponibilidad oral, considerándose como tales: levofloxacino, metronidazol, trimetoprim/sulfametoxazol, fluconazol, doxiciclina, linezolid, clindamicina, ciprofloxacino y amoxicilina/clavulánico.

Se evaluaron los resultados a las 48h de la intervención y se clasificaron en “terapia secuencial aceptada”, “sin cambios”, “suspensión antibioterapia”, “alta sin tratamiento” o “cambio de antibiótico”.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 88 intervenciones, en 83 pacientes en diferentes servicios del hospital, siendo los servicios mayoritarios neumología (20%, 17), cirugía vascular (16%, 13), cirugía plástica (12%, 10), medicina interna (12%, 10) y traumatología (11%, 9).

La aceptación a las 48h del cambio a terapia secuencial fue del 47% (39), un 34% (28) continuó el tratamiento sin cambios, en un 11% (9) de los casos se suspendió la terapia antibiótica, un 6% (5) de los pacientes recibieron alta hospitalaria sin tratamiento antibiótico, y en un 2% (2) se produjo un cambio de antibiótico.

Las intervenciones se realizaron principalmente sobre tratamientos con amoxicilina/clavulánico (68%, 60). Sin embargo, el antibiótico con mayor porcentaje de aceptación fue clindamicina (67%, 4), seguido de amoxicilina/clavulánico (45%, 27), y levofloxacino (40%, 2).

En aquellos servicios con mayor número de intervenciones, la aceptación fue igual o superior a la media en traumatología (67%, 6), medicina interna (50%, 5) y neumología (47%, 8); e inferior a esta en cirugía vascular (46%, 6) y cirugía plástica (20%, 2).

CONCLUSIONES

Las intervenciones farmacéuticas de terapia secuencial realizadas fueron bien aceptadas por los especialistas, por lo tanto suponen una herramienta clínica útil para mejorar la seguridad y calidad de tratamiento del paciente, sin disminuir su eficacia, contribuyendo a una reducción del gasto hospitalario.

Sin embargo, observando el porcentaje de casos en los que no se aceptó la propuesta de terapia secuencial antibiótica, consideramos oportuno reevaluar los criterios de intervención, así como mejorar las vías de comunicación para tratar de aumentar el grado de aceptación. Esto supondría una oportunidad para consolidar y expandir el papel desarrollado por el farmacéutico hospitalario dentro del equipo asistencial.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2879. ESTUDIO UTILIZACIÓN DE CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM EN INFECCIONES GRAVES POR MICROORGANISMO RESISTENTES A CARBAPENÉMICOS.

AUTORES

PÉREZ BAILON AM, NÚÑEZ NÚÑEZ M, ÁLVAREZ SÁNCHEZ R, YUSTE OSSORIO E, CABEZA BARRERA J
HOSPITAL SAN CECILIO. AV. DEL CONOCIMIENTO, S/N, 18016 GRANADA. GRANADA

OBJETIVOS

Estudio utilización de Ceftazidima/Avibactam en el tratamiento de infecciones graves por Enterobacteriaceae y Pseudomonas resistentes a carbapenemas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos tratados con ceftazidima/avibactam de enero de 2018 y abril de 2019. La eficacia y la seguridad se evaluaron a 30 y 90 días.

RESULTADOS

Se incluyeron 21 pacientes. La mediana de edad fue de 69 años (IQR: 22-72), 10 (47,6%) eran hombres y la mediana del índice de Charlson fue de 5 (IQR: 2-8). McCabe score fue finalmente fatal en 6 (28,6%). Los focos más frecuentes de infección fueron respiratorio (23%) seguido de intraabdominal (24%) y urinario (29%). Catorce (66,7%) requirieron ingreso en UCI. Mediana duración de la estancia en el hospital y la UCI fueron 65 (IQR: 41-89) y 33 (2-65) respectivamente. Dieciocho (86%) pacientes tuvieron una infección grave (definida como presencia de sepsis o shock séptico) con una mediana de increment score de 8 (RIC: 6-13) y 14 (IQR:10-16) en el de Gianella. Las tasas de mortalidad a 30 y 90 días fueron ambas de 38,1%. La curación clínica se logró en 14 (66,7%) de los episodios. Solo uno (4,8%) el paciente presentó eventos adversos (convulsiones) en el contexto de la función renal alterada. Entre pacientes con increment score ≥ 7 (15, 71,4%), ocho murieron a los 30 días y sólo 7/15 recibieron terapia combinada. Las asociaciones más frecuentes con ceftazidima-avibactam fueron amikacina (4/8) y metronidazol (3/8).

Además de la colonización, los patógenos aislados en las muestras clínicas fueron todas carbapenemasas con los fenotipos: Klebsiella pneumoniae OXA-48 (N=12), de los cuales en uno de ellos se detectaron fenotipo IMP y OXA-48. Además, Enterobacter cloacae IMP (N = 1), VIM (N = 1) y OXA-48 (N = 2) y Pseudomonas aeruginosa (N=2).

CONCLUSIONES

Ceftazidima-avibactam parece ser un fármaco eficaz con un perfil de seguridad aceptable para el tratamiento de pacientes con infecciones graves debidas a patógenos resistentes a carbapenem y opciones terapéuticas limitadas siempre bajo supervisión de equipos

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2882. BEZLOTOXUMAB EN LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE. EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

FERNÁNDEZ FRADEJAS J, ESCUDERO SÁNCHEZ R, COBO REINOSO J, MARTÍNEZ BARROS H, ÁLVAREZ DÍAZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CTRA. DE COLMENAR VIEJO KM. 9,100. MADRID

OBJETIVOS

La recurrencia de la infección por Clostridioides difficile (ICD) está asociada a un incremento de morbilidad, mortalidad y gasto sanitario. Bezlotoxumab, anticuerpo monoclonal dirigido frente a la toxina B de C.difficile está indicado en la prevención de la recurrencia en pacientes de riesgo. Sin embargo, la experiencia de uso en la práctica habitual es aún muy limitada. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de bezlotoxumab en la práctica clínica habitual en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Población: pacientes tratados con bezlotoxumab entre julio de 2018 y enero de 2020. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica del centro. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo) y clínicas incluyendo: tratamiento anti C.difficile concomitante, presencia de factores de riesgo para ICD recurrente (edad ≥ 65 años, inmunosupresión (uso de fármacos inmunosupresores o trasplante de órgano sólido/médula ósea), episodio grave de ICD según Zar score (valor ≥ 2) y presencia de ICD en los 6 meses previos al episodio tratado con bezlotoxumab), efectividad y seguridad del tratamiento. La efectividad se evaluó mediante la ausencia de recurrencia durante el periodo de seguimiento (12 semanas desde la administración de bezlotoxumab). La seguridad se evaluó mediante la incidencia de efectos adversos.

RESULTADOS

Se incluyeron 24 pacientes: 58% mujeres, edad media 77,9 años (DE 14,5). Todos los pacientes recibieron tratamiento con vancomicina oral de forma concomitante a la administración de una dosis fija de 10 mg/kg de bezlotoxumab.

Todos los pacientes presentaban al menos un factor de riesgo para ICD recurrente: 21 tenían una edad ≥ 65 años, 15 habían sufrido al menos un episodio previo de ICD en los 6 meses previos, 11 presentaban un episodio grave (Zar Score ≥ 2) y 11 eran inmunosuprimidos. Un 8,3% de los pacientes (2/24) presentaban un único factor de riesgo, el 50% (12/24) presentaban dos factores de riesgo, el 33,3% (8/24) presentaban 3 factores de riesgo y el 8,3% (2/24) presentaban 4 factores de riesgo.

De los 24 pacientes, 5 fueron excluidos del análisis de eficacia (4 fallecieron por causas no relacionadas con ICD durante el periodo de seguimiento y en un paciente bezlotoxumab se administró por error tras finalizar el tratamiento con vancomicina oral). La tasa de recurrencia fue del 15,8% (3/19). Los pacientes que presentaron recurrencia requirieron tratamiento de rescate con fidaxomicina o trasplante de microbiota fecal. El tratamiento fue bien tolerado en todos los pacientes: sólo se notificó un caso de reactivación de virus Zóster, sin embargo, se consideró que la relación con la administración de bezlotoxumab era poco probable.

CONCLUSIONES

En la experiencia de nuestro centro, bezlotoxumab es una opción efectiva y segura para la prevención de la recurrencia por *C.difficile* incluso en una población de alto riesgo. Se requerirán estudios posteriores con mayor tamaño muestral para determinar qué pacientes obtienen el mayor beneficio del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2897. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DOMICILIARIO ENDOVENOSO MEDIANTE DISPOSITIVOS DE INFUSIÓN ELASTOMÉRICOS

AUTORES

ESTEBAN CARTELLE B, PÉREZ MENÉNDEZ-CONDE C, VICENTE OLIVEROS N, MARTÍN DÁVILA P, FORTÚN ABETE J, GARCÍA FERNÁNDEZ L, ÁLVAREZ DÍAZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. M-607, KM. 9, 100. MADRID

OBJETIVOS

Implantar un programa de tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE) mediante infusores elastoméricos para el tratamiento de larga duración de infecciones invasivas en pacientes estables sin posibilidad de tratamiento oral.

MEJORAS ESPERADAS

- Mejora en la calidad de vida de los pacientes, al recuperar su autonomía y su vida familiar y social
- Reducción del riesgo de adquisición de infecciones nosocomiales y del tiempo de hospitalización
- Disminución de los costes asociados de su hospitalización

DISEÑO

Se diseñó un programa multidisciplinar de antibioterapia parenteral domiciliaria en un hospital de tercer nivel en el que participan los servicios de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Farmacia.

Se incluyeron pacientes > 16 años, clínicamente estables, con una infección compleja que requería tratamiento prolongado con antibiótico parenteral, con acceso vascular central o un catéter central de inserción periférica (PICC) y con apoyo familiar y social para garantizar un correcto manejo del tratamiento.

CIRCUITO Y ETAPAS

1- Creación del equipo multidisciplinar formado por médicos, farmacéuticos y enfermeros.

2- Definición de funciones:

-Médico:

- Valoración y selección de los pacientes hospitalizados que reunían los criterios de inclusión.
- Elección y prescripción del antibiótico según tipo de infección y patógeno responsable.
- Seguimiento clínico y monitorización semanal del paciente.

-Farmacéutico:

- Asesoramiento acerca del antibiótico de elección, considerando aspectos farmacocinéticos, de estabilidad, seguridad y relación coste-eficacia.
- Validación de la prescripción médica.
- Elaboración y dispensación del infusor.
- Supervisión de la adherencia, eficacia y seguridad del tratamiento.

-Enfermería:

- Implantación de accesos vasculares de inserción periférica si el paciente no dispone de acceso vascular central.
- Educación al paciente y cuidadores: se diseña un plan de formación sobre manipulación de accesos vasculares y cambios de infusores.
- Supervisión de los cuidados relacionados con el funcionamiento y mantenimiento del PICC.

3- Se acordó la inclusión máxima de dos pacientes en tratamiento simultáneo con infusores

IMPLANTACIÓN

El proyecto se inició en el año 2018.

RESULTADOS

Entre los años 2018 y 2019 se elaboraron infusores para 6 pacientes de mediana de edad de 51 años (rango intercuartílico: 41,5-79), el 83,3% pacientes oncológicos. Los antibióticos empleados fueron: ceftazidima (33,3%), ceftazidima/avibactam (33,3%), cefepima (16,6%) y ceftolozano/tazobactam (16,6%). De media, los días de ingreso evitados fueron de 26,8±11,2 días. El tratamiento fue eficaz en el 100% de los pacientes, todos ellos tuvieron una respuesta favorable con la resolución final de la infección y no presentaron ninguna complicación debida al TADE. Los costes ahorrados por los días de ingreso evitados se estimaron en 132.442€.

LIMITACIONES

Necesidad de recursos humanos y materiales en el Servicio de Farmacia para poder abordar la elaboración de un mayor número de infusores.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El programa es aplicable en todos los Servicios de Farmacia al no requerir que los profesionales sanitarios se desplacen a domicilio para la administración de los antibióticos.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2900. APLICATIVO AUTONÓMICO CENTRALIZADO PARA EL REGISTRO DE PACIENTES CON PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN

AUTORES

LÓPEZ CENTENO B, ALIOTO D, MORALES IRALA D, ALONSO CASTRO V, ABAD REVILLA A, SEGURA BEDMAR M, ARANGUREN OYARZÁBAL A, CALVO ALCÁNTARA MJ
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE COMPRAS DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS. SERMAS. PLAZA CARLOS TRIAS BERTRAN, 7. EDIFICIO SOLLUBE. MADRID

OBJETIVOS

Describir y analizar el desarrollo de un aplicativo para el registro centralizado de pacientes susceptibles de Profilaxis Preexposición (PrEP) en una Comunidad Autónoma (CA).

MATERIALES Y MÉTODOS

El registro fue diseñado en el seno de un grupo de trabajo formado por: médicos de enfermedades infecciosas, médicos analistas y farmacéuticos hospitalarios (FH) junto con médicos, FH e informáticos de servicios centrales del Servicio de Salud. El objetivo es hacer un seguimiento de la nueva indicación financiada de PrEP de VIH, en cuanto a adherencia, persistencia, efectividad y seguridad. En el aplicativo se incluyen todos los pacientes susceptibles de PrEP que inician tratamiento con tenofovir disoproxil/emtricitabina (TDF/FTC) en el centro de referencia designado en la CA en el año-2020. El registro cuenta con tres formularios: visita de inicio, visitas de dispensación, visitas de seguimiento y dispensación. Acceso con varios perfiles en función de posibilidad de edición/visualización de formularios, y alertas programadas para detectar pacientes que no acuden a consulta. Datos recogidos: datos del paciente (edad, sexo), conductas de riesgo (uso preservativo, nº parejas sexuales/mes, uso de drogas en la actividad sexual, sesiones chemsex), cribado VIH, grupo de población [hombres que tienen sexo con hombres (HSH), transexuales, trabajadoras del sexo], cribado enfermedades de transmisión sexual (ETS) (clamidia, gonorrea, sífilis), serología hepatitis (VHA, VHB, VHC), datos analíticos y de tratamiento.

RESULTADOS

Entre enero-abril 2020 se registraron un total de 397 pacientes, mediana de edad 37 años (32-42) y 99,2% (394) hombres. En relación con las conductas de riesgo: 67% (267) de pacientes refieren uso de preservativo en sexo anal ≤50% de veces y de ellos el 23% (63) no utiliza preservativo, el 45% (180) refiere ≥10 parejas sexuales/mes, y el 67% (267) utiliza drogas en la actividad sexual, de ellos el 48% (57) ha participado en alguna sesión chemsex. Se realizó cribado VIH a todos los pacientes resultando negativa en el 100%. La distribución por grupo de población fue: 99% (393) HSH y 1% (4) transexuales. Respecto a ETS se realizó cribado a todos los pacientes resultando positivo a cualquiera de las 3 ETS en el 43% (172) de pacientes. La distribución según tipo ETS fue: 22,2% (88) clamidia-positiva, 22,4% (89) gonorrea-positiva y 11% (42) sífilis-positiva. Según número de ETS/paciente fue: 32% (128) 1-ETS positiva, 10% (40) 2-ETS positivas (principalmente clamidia+gonorrea) y 1% (4) 3-ETS positivas. Se realiza serología VHA y VHB en 99,7% (396) de pacientes siendo positiva en 66% (261) y 63% (249) de casos respectivamente. Se realiza VHC en el 98,5% (391) siendo negativa en todos los casos excepto 5 (2 carga viral indetectable, 1 detectable y derivado, y 2 sin datos).

CONCLUSIONES

Disponer de un registro centralizado de PrEP permite conocer el perfil de pacientes tratados, así como sus conductas de riesgo y ETS asociadas. Además, favorece la homogeneidad de datos para su análisis y gestión regional, pudiendo servir para planificar estrategias de prevención y reordenación de recursos asistenciales.

No ha sido posible analizar datos de adherencia, seguridad e interacciones asociados a las dispensaciones dado el corto periodo de seguimiento y la situación de pandemia.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2905. BEZLOTOXUMAB EN INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE: RESULTADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

LIGROS TORRES M, ANTON MENDEZ X, FERNANDEZ PEÑA A, CALLEJA BUENO A, BARROSO CASTRO J, LURI FERNANDEZ DE MANZANOS M, BERECIARTUA BASTARRICA E, BAZA MARTINEZ B
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES. PLAZA DE CRUCES. VIZCAYA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de bezlotoxumab en la prevención de recurrencias en pacientes con infección por Clostridium difficile (ICD).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multidisciplinar en el que se incluyeron a todos los pacientes tratados con bezlotoxumab entre marzo de 2018 y marzo de 2020 en un hospital de tercer nivel.

Bezlotoxumab fue administrado en pacientes con diagnóstico de ICD (confirmado microbiológicamente con coprocultivo positivo) con alto riesgo de recurrencia. Se administró en perfusión intravenosa (dosis única de 10 mg/kg) en combinación con fidaxomicina y/o vancomicina oral y/o metronidazol.

En colaboración con el Servicio de Enfermedades Infecciosas se determinó el número de casos de ICD y se identificaron los pacientes que habían recibido bezlotoxumab. Se revisaron las historias clínicas electrónicas, recogiendo las siguientes variables: datos demográficos (edad y sexo), tipo de asistencia (ambulatoria/hospitalización), factores de riesgo asociados (inmunosupresión y tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP)), número de tratamientos previos recibidos para ICD, terapia antibacteriana asociada a bezlotoxumab (vancomicina oral, fidaxomicina, metronidazol), fecha de administración del mismo y aparición de recurrencias.

Se definió recurrencia como aparición de un nuevo episodio de ICD en las 8 semanas posteriores a la administración de bezlotoxumab. La medida de efectividad fue la ausencia de recurrencias.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se diagnosticaron 225 casos de ICD, de los cuales 39 fueron recurrencias. Once pacientes (4,8%) fueron tratados con bezlotoxumab; sin embargo, 1 paciente fue excluido del estudio ya que falleció (causas ajenas) al mes de recibir el fármaco.

De los 10 pacientes incluidos, 7 eran mujeres y la mediana (rango) de edad fue de 70 (26-82) años. Seis de ellos presentaban factores de riesgo asociados: todos ellos recibían IBP (omeprazol) en su tratamiento habitual y 3 estaban inmunodeprimidos (2 onco-hematológicos y 1 trasplantado hepático). La mediana (rango) de tratamientos previos recibidos para ICD fue de 3 (1-8). En 9 pacientes bezlotoxumab fue administrado durante su ingreso hospitalario. Como terapia antibacteriana asociada, 5 pacientes recibieron vancomicina oral, 2 fidaxomicina y 3 recibieron la combinación de vancomicina oral y fidaxomicina. Ningún paciente recibió metronidazol.

Tras la administración de bezlotoxumab, el tratamiento fue efectivo en 7 pacientes. En cambio, 3 presentaron recurrencias transcurridos 13, 22 y 60 días respectivamente, 2 eran mujeres y la mediana (rango) de edad fue de 55 (43-82) años. El tratamiento concomitante fue vancomicina oral en 2 pacientes y fidaxomicina en otro. Dos pacientes tenían factores de riesgo asociados: presentaban estado de inmunosupresión y estaban en tratamiento con IBP.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos con bezlotoxumab en nuestro centro han sido favorables y en el 70% de los pacientes el tratamiento ha sido efectivo. De los pacientes que presentaron recurrencias, el 67% tenía factores de riesgo asociados y menos de 65 años, por lo que sería necesario analizar la efectividad de bezlotoxumab en esa población. Además, para confirmar los resultados obtenidos, habría que realizar estudios adicionales debido al reducido número de pacientes analizados.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2911. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD, PERSISTENCIA Y ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO CON DOBLE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL FRENTE A TRIPLE TERAPIA.

AUTORES

MENDOZA ACOSTA I, LAVANDEIRA PÉREZ M, TARDÁGUILA MOLINA P, DEÁN BARAHONA C, CASARRUBIOS LÁZARO GI, LÁZARO LÓPEZ A, HORTA HERNÁNDEZ AM, TORRALBA GONZÁLEZ DE SUSO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. CALLE DONANTES DE SANGRE S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

Las estrategias de simplificación del tratamiento antirretroviral (TAR), como el uso de doble terapia con dolutegravir y lamivudina (3TC+DTG), permiten disminuir la toxicidad a largo plazo, la aparición de interacciones, el coste de los tratamientos y mejorar la adherencia al TAR. El objetivo de este estudio es comparar la efectividad, seguridad, persistencia y adherencia del TAR en pacientes que reciben doble terapia con (DTG+3TC) frente aquellos que reciben además abacavir (DTG+3TC+ABC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en un hospital de referencia de un área de salud, que incluyó a todos los pacientes, naïve y pretratados, que se encontraban en tratamiento con DTG+3TC o DTG+3TC+ABC desde julio de 2015 hasta abril de 2020. Se siguió a los pacientes durante un año desde el inicio del TAR. Se obtuvo, a través de la historia clínica; datos demográficos, carga viral (CV) a las 0, 24 y 48 semanas, motivos y fecha de suspensión del TAR y adherencia a cada TAR según el registro de dispensaciones del programa de prescripción electrónica.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v15. Se utilizó el test de Fisher o χ^2 para las variables

categorías y la *t* de Student para las variables continuas. Para estimar el tiempo hasta suspensión del tratamiento se utilizó Kaplan-Meier y el test log-rank para comparar los grupos.

RESULTADOS

Del total de pacientes en TAR, 42,8% (86/201) recibían DTG+3TC y 57,2% (115/201) DTG+3TC+ABC. La mediana de edad fue de 47,4 años (RI:40,5-53,7) y 71,6% eran hombres. El 20% (40/201) eran pacientes naive de los cuales 11 estaban en tratamiento con DTG+3TC. El logCV medio en el grupo de DTG+3TC fue de 2,3 (DE=1,3) y 2,9 (DE=1,4) en el de DTG+3TC+ABC ($p=0,01$).

Todos los pacientes naive con DTG+3TC presentaban CV < 50 copias/ml a las 24 y 48 semanas frente a 64% en el grupo de DTG+3TC+ABC ($p=0,11$) a las 24 semanas y 84,2% a las 48 semanas ($p=0,5$). En pacientes pretratados con DTG+3TC el 87% presentaban CV < 50 copias/ml a las 24 semanas frente a 62,8% en el grupo de DTG+3TC+ABC (OR=3,98 IC95%:1,59-9,95; $p=0,002$). A las 48 semanas el 63,3% de pacientes con DTG+3TC presentaban CV < 50 copias/ml y 77,4% con DTG+3TC+ABC (OR=0,5 IC95%:0,19-1,31; $p=0,16$).

El 2,3% de pacientes suspendieron DTG+3TC por efectos adversos frente al 4,3% de DTG+3TC+ABC ($p=0,6$). Tras 48 semanas el 88,9% de pacientes naive permanecían con DTG+3TC frente al 64,3% del grupo con DTG+3TC+ABC ($p=0,34$). En pretratados, el 89,9% permanecían con DTG+3TC y el 79,1% con DTG+3TC+ABC ($p=0,08$).

El 79,1% de pacientes con DTG+3TC presentaban una adherencia mayor al 90% a las 48 semanas frente al 81,7% de pacientes con DTG+3TC+ABC ($p=0,64$).

CONCLUSIONES

La simplificación del TAR usando doble terapia con DTG+3TC permite obtener un perfil de efectividad, seguridad, persistencia y adherencia similar al de la triple terapia con DTG+3TC+ABC tanto en pacientes naive como pretratados. La efectividad a las 24 semanas es significativamente mayor en pacientes pretratados que llevan DTG+3TC. Tras un año de TAR no se observó ningún fracaso virológico en pacientes naive.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

2922. SEGUIMIENTO DE LA UTILIZACIÓN DE LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

AUTORES

CASARRUBIOS LÁZARO GI, DEÁN BARAHONA C, MENDOZA ACOSTA I, LÁZARO LÓPEZ A, TORRALBA GONZÁLEZ DE SUSO M, TARDÁGUILA MOLINA P, MARTÍNEZ RUIZ E, HORTA HERNÁNDEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. CALLE DONANTE DE SANGRE, S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

Describir el uso de la profilaxis post-exposición (PPE) para VIH y determinar si se cumplen las recomendaciones establecidas por las guías de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo desde abril-2015 hasta diciembre-2019 que incluyó a todos los pacientes que recibieron PPE para VIH en el hospital de referencia de la provincia. Se hizo un seguimiento de 6 meses y los resultados se compararon con las recomendaciones de la guía del grupo GESIDA "Documento de consenso sobre profilaxis post-exposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB, y VHC en adultos y niños" del año 2015.

Se recogieron datos de edad, sexo, tipo de exposición (ocupacional/no ocupacional), riesgo de contagio, fuente de contacto, inicio de PPE dentro de las 72 horas post-exposición, tratamiento recibido, re-evaluación a las 72 horas de iniciar la PPE y seroconversión. Además, se recopilaron datos de serología VIH, VHC, VHB, sífilis y otras infecciones de transmisión sexual al inicio, a las 4-6 semanas, a las 12 y a las 24; y test de embarazo (en mujeres con exposición sexual). Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica Farmatools® y de la historia clínica electrónica del hospital.

RESULTADOS

En nuestro periodo de estudio 28 pacientes recibieron PPE, el 50% mujeres. La mediana de edad fue de 38 años (RIC 29-44). El tipo de exposición resultó no ocupacional en el 75% de los casos, se excluyeron del seguimiento 3 pacientes con exposición ocupacional por falta de datos. El tipo de exposición no ocupacional mayoritario fue sexual (64%). En el 40% de los pacientes el riesgo de contagio resultó considerable, en el 48% bajo y en el 12% mínimo. La fuente de contacto fue seropositiva en el 40% de los casos y desconocida en el 44%. En Urgencias se realizó analítica completa al 54% de los pacientes y los resultados de la serología fueron para VIH 83% negativos y 17% no consta, VHC 79% negativos, VHB 79% negativos y sífilis 54% negativos. El test de embarazo fue negativo en el 100% de los casos.

La PPE estaba recomendada en el 88% de los pacientes y en el 12% se valoró individualmente. El 92% de las profilaxis se realizaron en las primeras 72 horas post-exposición. El 100% de los pacientes iniciaron el tratamiento recomendado por la guía con tenofovir/emtricitabina y raltegravir durante 28 días. El 38% de los casos se re-evaluaron a las 72 horas.

Se efectuaron controles de seguimiento a las 4-6 semanas en el 58% de los pacientes, a las 12 en el 4% y a las 24 en el 25%. Ningún paciente desarrolló seroconversión.

CONCLUSIONES

Se trata de una población joven donde la principal vía de exposición es no ocupacional sexual. En la mayoría de los casos la PPE estaba recomendada y se inició dentro de las primeras 72 horas post-exposición. Todos recibieron la terapia y la pauta recomendada según la guía GESIDA. En una minoría de pacientes se realizó una re-evaluación a las 72 horas del inicio de la PPE y un bajo % completó el seguimiento.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)**2929. EVOLUCION EN EL PERFIL DE PRESCRIPCION DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN UN HOSPITAL DE AREA****AUTORES**

GARCIA CORONEL M, PASTOR MONDEJAR C, SALAR VALVERDE I, MARTINEZ SOTO AM, GIL CANDEL M, ONTENIENTE CANDELA M, CABALLERO REQUEJO C, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVENIDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS

Describir la evolución de los tratamientos de los pacientes con infección por Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) para adaptarse a las guías clínicas y avances en la terapéutica en un hospital general universitario de área.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se evaluó el tratamiento farmacológico actual de todos los pacientes con VIH y el prescrito en el último trimestre del año 2018 (previo a la publicación del último documento de consenso del Grupo de Estudio del SIDA-SEIM (GESIDA), comparándolos. Se utilizó el programa informático Discoverer® para descargar la información generada de las dispensaciones en el Servicio de Farmacia. Estas dispensaciones se efectuaban en el programa de Gestión de Farmacia (SAVAC). Se midió la proporción de pacientes en tratamiento con diferentes combinaciones de inhibidores de transcriptasa inversa análogo de nucleósido/nucleótido (iTIAN): tenofovir alafenamida/emtricitabina (TAF/FTC), tenofovir disoproxil/emtricitabina (TDx/FTC), abacavir/lamivudina (ABC/3TC) y otro tipo de combinaciones tanto en el año 2020 como en el último trimestre de 2018. Por otro lado, se midió la proporción de pacientes en tratamiento con inhibidores de la integrasa (INI), de la proteasa (IP) y de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido (ITINN). Los tratamientos se evaluaron en base a las recomendaciones del documento de consenso de GESIDA, en el cual el tratamiento inicial de la infección por el VIH-1 en 2019 consiste en la combinación de dos o tres fármacos. Las pautas triples deben incluir dos iTIAN asociados a un INI, a un ITINN, o a un IP/p y la pauta doble recomendable en el momento actual consiste en la combinación de un iTIAN (3TC) y un INI (dolutegravir).

RESULTADOS

Se registraron un total de 435 y 489 pacientes en 2018 y 2020 respectivamente. Con respecto a los iTIAN, en el último trimestre de 2018 un 38 % estaba en tratamiento con TAF/FTC, un 27,6 % con TDx/FTC, un 14,5 % con ABC/3TC y un 11,5 % con otras combinaciones. En 2020 la distribución de los tratamientos ha sido: un 54 % con TAF/FTC, un 11 % con TDx/FTC, un 11 % con ABC/3TC y un 24 % con otras combinaciones, siendo la mayoría de estas últimas lamivudina sin asociar a otro iTIAN en biterapia.

Con respecto al otro grupo de fármacos se observó que mientras en 2018 era de 66 % de INI, 22,5 % de IP y 28,7 % ITINN en 2020 la proporción es de 74 % de INI, 19 % de IP y 18 % ITINN respectivamente.

CONCLUSIONES

Se ha observado un aumento en la proporción de pacientes tratado con INI, que son las pautas preferentes de inicio en la guía de práctica clínica, así como un aumento de los pacientes tratados con TAF a expensas de TDx por la menor toxicidad renal y ósea que presenta.

Destaca el aumento de combinaciones de lamivudina en biterapia con dolutegravir, que es consecuencia de la apuesta por la simplificación para evitar efectos secundarios e interacciones (actuales o posibles).

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS**CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS****1401. ESTUDIO DE OMALIZUMAB EN PEDIATRÍA****AUTORES**

CHINCHILLA ALARCON T, FERNANDEZ MARTIN JM, IAÑEZ ASPIZUA AJ
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA. HOSPITAL MATERNO-INFANTIL. AVDA ARROYO DE LOS ANGELES S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Omalizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado indicado en pediatría como tratamiento complementario para mejorar el control de los pacientes con asma alérgica grave persistente con función pulmonar reducida y síntomas frecuentes. Queremos describir la efectividad y seguridad del uso de omalizumab en pediatría.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes pediátricos con omalizumab desde enero 2013 hasta enero 2020 en un hospital de tercer nivel. Variables: Sexo, edad, edad inicio, niveles IgE basales medios, indicación, dosis media inicial, dosis media actual, intervalo dosis actual, % desescalado, duración de tratamiento, FEV1 (volumen exhalado durante el primer segundo de espiración forzada) antes y después, necesidad de agonistas beta2 inhalado, corticoides inhalados, corticoides orales antes y después del inicio omalizumab, número visitas a urgencias previas y posteriores y reacciones adversas. Se definió función pulmonar reducida como FEV < 80%. Según ficha técnica paciente IgE basal < 76 (en niños 6-12 años < 200) sólo se debe iniciar si hay reactividad in vitro inequívoca a un alérgeno perenne. Los datos fueron obtenidos del programa de dispensación a pacientes externo y de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS

Se incluyeron 14 pacientes: 92.85% varones (n=13); mediana edad: 14 años (rango 7-18). Mediana edad inicio: 10 años (rango 6-14). Se dispuso de niveles de IgE basales en el 64% (9/14) de los pacientes, siendo IgE basal media: 921,4 IU/ml (129-2050). Todos los pacientes fueron diagnosticados de asma bronquial. Dosis media inicial omalizumab: 288,5 mg (150-525 mg). Dosis media actual: 207,7 mg (75-525 mg). Intervalo dosis inicial medio: 5 semanas (rango 2-16). Intervalo dosis actual medio: 6 semanas (rango 2-8). Un 57% (8/14) desescalaron tratamiento. Duración media tratamiento: 4 años (0.9-7 años). El valor de FEV1 basal previo a omalizumab sólo se determinó en 6 pacientes (42.8%): 4 pacientes presentaron FEV1 < 80% (65, 63.4, 73 y 74.6), y aumentó en todos los casos tras iniciar omalizumab (104, 94, 89.4 y 80.9). 2 pacientes presentaron FEV1 > 80% (80.3 y 87.1), aumentando en el primer caso (98.4) y no estando disponible el valor post omalizumab en el segundo. El 100% de los pacientes mantuvieron tratamiento de soporte inhalado (agonistas beta2 y corticoides) con omalizumab, mientras que un 35% (n=5) se suspendieron los corticoides orales con omalizumab. Las visitas a urgencias disminuyeron en el 92.85% (n=13) de los casos y permaneció igual en 1. Se presentaron RAM en 1 paciente (7.15%) siendo esta la cefalea. Sólo el 10% (n=1) de los pacientes entre 6-12 años inició omalizumab con Ig < 200, no presentando dicho paciente sensibilización a aeroalergenos.

CONCLUSIONES

Más del 35% de los pacientes con asma alérgica iniciaron tratamiento con omalizumab sin IgE basal previa. Omalizumab es efectivo en el control del asma alérgico grave disminuyendo casi la totalidad de visitas a urgencias y ahorrando corticoides orales en > 1/3 de los pacientes. Se ha desescalado tanto en la dosis como en intervalo de administración en más de la mitad de los pacientes, demostrando a su vez un buen perfil de seguridad.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

1412. TRATAMIENTO DEL DÉFICIT ADQUIRIDO DE FACTOR XIII EN PACIENTES GRANDES QUEMADOS

AUTORES

BÁEZ GUTIÉRREZ N, RODRÍGUEZ RAMALLO H, DEL VALLE MORENO P, ALONSO MORENO M, PÉREZ BLANCO JL, YANES VIDAL GJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

El déficit de factor XIII (FXIII) es una coagulopatía poco frecuente que puede aparecer de forma congénita o adquirida. Una de las causas de déficit de FXIII adquirido es la coagulopatía inducida por un trauma, como por ejemplo en el caso de grandes quemados. Se ha demostrado la importancia del papel del FXIII en la hemostasia y curación de heridas.

Objetivos: Estudio descriptivo de los pacientes grandes quemados que fueron tratados con concentrados de FXIII (cFXIII).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes grandes quemados adultos que recibieron tratamiento con concentrado de FXIII desde Julio de 2013 hasta Diciembre de 2018.

Las variables recogidas fueron: demográficas (sexo y edad), superficie corporal quemada, valores de FXIII antes y después de recibir la dosis, dosis y posología administradas, nº de dosis administradas, reversión del déficit con el tratamiento, reacciones adversas asociada a la administración de FXIII y fallecimiento o no de los pacientes.

RESULTADOS

Se identificaron 38 pacientes quemados que habían recibido concentrado de FXIII durante el periodo de estudio. El 60.5% eran hombres. La mediana de edad fue de 47.5 años (rango 18-83 años). La mediana del porcentaje de superficie corporal quemada fue 53.42%. La mediana de valores de FXIII antes y después de recibir la primera dosis de concentrado de FXIII fue 33,55 UI/ml (rango 0.5-53.1) y 51.85 UI/ml (rango 19.2-94.8) respectivamente. La mediana de dosis empleada fue 1250 UI (rango 500-2500) empleándose una posología que variaba entre 15 y 20 UI/kg. La mediana del número de dosis administradas a los pacientes fue de 2 (rango 1-6). En un 71% de los pacientes alcanzaron niveles dentro de la normalidad tras el tratamiento con cFXIII. No se identificó ninguna reacción adversa asociada a la administración del tratamiento. El 39.7% (15) pacientes fallecieron durante el ingreso.

CONCLUSIONES

El tratamiento con concentrado de FXIII fue seguro y eficaz para el tratamiento del déficit adquirido de FXIII en nuestra población de estudio.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

1452. ANÁLISIS DE USO Y EFECTIVIDAD DEL CONCENTRADO DE COMPLEJO PROTROMBÍNICO

AUTORES

PACHECO LÓPEZ P, CARVAJAL SÁNCHEZ MÁ, IBAÑEZ CATURLA J, CLAVIJOS BAUTISTA S, MEROÑO SAURA MA, FERNÁNDEZ ZAMORA C, VENTURA LÓPEZ M

HOSPITAL MORALES MESEGUER. C/MARQUEZ DE LOS VÉLEZ. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la utilización del concentrado de complejo protrombínico (CCP) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de un año (01-04-19 – 01/04/20) que incluye todos los pacientes a los que se les administró CCP. Se recogieron las variables: edad, sexo, peso, motivo de solicitud, tratamiento anticoagulante previo, dosis de CCP administrada, INR antes y después de la administración de CCP y otros tratamientos empleados para revertir

la anticoagulación. Se analizó también el cumplimiento de nuestro protocolo de uso (para déficit adquiridos de factores de coagulación, CCP debe dosificarse según peso tal que; si $INR \geq 5$: 30 UI/Kg y si $INR < 5$: 15 UI/Kg) y la mortalidad asociada al proceso.

Los datos se recogieron de manera anonimizada; las dispensaciones de SAVAC® y la información clínica de Selene®.

RESULTADOS

Se revisan 51 pacientes; 53% (27) mujeres y 47% (24) hombres. La mediana de edad es de 80 años (IQR 15-95).

El 80,4% (41) estaban previamente anticoagulados. De ellos, el 82,9% (34) con antagonistas de la vitamina K (AVK) y el 17,1% (7) con anticoagulantes orales de acción directa (ACOD).

El 51% (26) de las solicitudes del CCP fueron para cirugía urgente y el 49% (25) restante por hemorragia, siendo la causa hemorrágica más frecuente la intracraneal en un 48% de los casos (12/25) seguido de un 28% (7/25) por sobredosificación de AVK.

La mediana del INR previo a la administración de CCP fue de 2,62 (IQR 1,05-16,9) y el INR posterior fue de 1,5 (IQR 1,04-4,52).

Se utilizó una dosis media de $3 \pm 1,36$ viales de CCP (500 UI/vial).

Para evaluar el cumplimiento del protocolo de dosificación según INR previo y peso, se dividen los pacientes en $INR < 5$: 84,3% (43) e $INR \geq 5$: 13,7% (7). No hay datos en el 2% (1 paciente). De los 43 pacientes con $INR < 5$, 22 (51,16%) cumplieron el protocolo (15 UI/Kg), mientras que 9 (20,93%) excedieron la dosis y otros 9 fueron infradosificados. En 3 pacientes (6,97%) no se pudo obtener el dato del peso. De los 7 pacientes con $INR \geq 5$, sólo 2 (28,57%) cumplieron el protocolo (30 UI/kg) y los otros 5 (71,42%) recibió menos dosis.

El 43,13% (22) del total de pacientes recibió vitamina K intravenosa previo al CCP.

En relación con la mortalidad, 8 pacientes (15,68%) fallecieron antes de una semana tras la administración del CCP.

CONCLUSIONES

- Su condición de medicamento de alto riesgo y el elevado coste económico justifican que el CCP esté sometido a un control estricto, tanto en prescripción como en dispensación, así como una estrecha monitorización en los pacientes que lo reciban.

- En nuestro estudio todos los usos estaban indicados, recibiendo prácticamente el mismo número de solicitudes para indicación de cirugía urgente que para revertir la anticoagulación en hemorragia.

- Sólo se respetó el protocolo asistencial de uso en un 48% de los casos, lo que indica que este debería revisarse y difundirse para asegurar un uso adecuado del CCP.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

1548. GLICOPIRROLATO SUSPENSION ORAL: USO EN SIALORREA PEDIÁTRICA

AUTORES

FERNÁNDEZ MARTÍN JM, IAÑEZ ASPIZUA AJ, CHINCHILLA ALARCÓN T, GALLEGO FERNÁNDEZ C
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO MALAGA-HOSPITAL MATERNO-INFANTIL. AVENIDA DEL ARROYO DE LOS ANGELES S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Evaluar efectividad y seguridad de glicopirrolato suspensión oral en el tratamiento de la sialorrea en pacientes pediátricos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyó la población pediátrica tratada con glicopirrolato suspensión oral hasta Enero 2020 en un hospital de tercer nivel. La fórmula magistral se elaboró dispersando glicopirrolato polvo en vehículo comercializado "listo para usar" a una concentración de 0.5 mg/ml con una estabilidad de 90 días en frío y de 30 días una vez abierto el frasco. Variables recogidas desde historia clínica y software de historia farmacoterapéutica: demográficas, servicio médico, patología de base, severidad de sialorrea, tratamientos previos, dosis inicial, cambios de dosis, duración de tratamiento y efectos adversos. La efectividad se evaluó mediante testimonio de familiares y la seguridad según las reacciones adversas registradas. La escala de gravedad de la sialorrea se basó en frecuencia de babeo, intensidad de babeo (máximo 5 puntos, mínimo 1 punto) y nº de cambios de baberos/ropaje diarios.

RESULTADOS

Se incluyeron 5 pacientes (3 niñas), con edades comprendidas entre 1 y 5 años (media: 3.9 años). El 80% (4) pertenecían a Cuidados Paliativos Pediátricos y el 20% (1) a Infectología pediátrica. Patologías de base: un 40% (2) presentó parálisis cerebrales de origen hipoxico isquémica y malformativa, un 20% (1) enfermedad granulomatosa crónica tipo AR (p22), otro 20% (1) Miopatía Nematínica y el 20% restante (1) un síndrome polimalformativo con estenosis laríngea e hipoplasia pulmonar. Severidad sialorrea: Solo se evaluó a 2 (40%) pacientes, presentando ambos una disminución de 2 puntos en frecuencia, 3 en Intensidad y una disminución de 3-4 cambios de babero diarios a 1 diario. Tratamientos previos: Un 40% (2) utilizó escopolamina transdérmica, atropina y trihexifenidilo y el 60% restante (3) ninguno. Un 80% (4) comenzaron con dosis de 100 mcg (0.2 ml) cada 8 horas, y un 20% (1) inició con 250 mcg (0.5 ml) cada doce horas. Sólo en uno de los pacientes que inició con dosis de 100 mcg cada 8 horas se pudo desescalar la dosis a 100 mcg c/24 h con buen control de la sialorrea. Duración tratamiento media: 4,4 (1-7 meses) El tratamiento fue bien tolerado en todos los pacientes excepto en una que presentó episodios de alteraciones de la frecuencia cardíaca (bradicardia) durante su primer mes y se decidió suspenderlo.

CONCLUSIONES

Glicopirrolato se ha usado en más de la mitad de los pacientes como primera línea de tratamiento en la sialorrea severa, presentando un perfil de seguridad aceptable en población pediátrica. Dado que solo tenemos experiencia a corto plazo (hasta el momento 7 meses) sería necesario hacer más estudios para conocer sus efectos a medio-largo plazo.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

1806. PRUEBAS DE PROVOCACIÓN ORAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOSPECHA DE ALERGIA A MEDICAMENTOS

AUTORES

APARICIO CARREÑO C, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B, RODRÍGUEZ DE CASTRO B, GÁNDARA ANDE A, DURÁN ROMÁN C, MODROÑO RIAÑO G, RODRÍGUEZ NEBREDAS, AYASTUY RUIZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CABUEÑES. CALLE LOS PRADOS, 395. ASTURIAS

OBJETIVOS

Analizar la alergia a medicamentos en pacientes pediátricos con sospecha a las mismas tras la realización de pruebas provocación oral (PPO). Centralizar la elaboración de las preparaciones en el Servicio de Farmacia (SF) como estrategia de prevención de errores de medicamentos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo llevado a cabo de enero-diciembre de 2019 en pacientes pediátricos con sospecha de alergia a fármacos a los que se realizaron PPO. Previo a la PPO las pruebas cutáneas (Prick Test) y de radioalergoabsorbancia (RAST) debían ser negativas y se debía firmar el consentimiento informado.

Todas las prescripciones fueron validadas por el farmacéutico previo a la elaboración de las jeringas individualizadas por parte de enfermería del SF. Por cada fármaco sospecha a estudio, se elaboraron 4 jeringas orales a dosis crecientes, que se identificaban por paciente, fármaco, dosis y orden de administración. El farmacéutico realizaba el doble chequeo previo a la dispensación a las unidades clínicas.

Durante la realización de las PPO se dispuso siempre de adrenalina, dexclorfeniramina y metilprednisolona para tratar eventuales reacciones alérgicas (RA). Estas RA se definieron según su gravedad como leves (cuadro autolimitado sin necesidad de tratamiento) moderadas (tratamiento necesario con adecuada respuesta sin requerir hospitalización) o graves (con necesidad de hospitalización viéndose amenazada la integridad o la vida del sujeto) y según el retardo de aparición entre toma y sintomatología como inmediatas (< 1 hora) o no inmediatas (> 1 hora). Los pacientes sin RA inmediatas continuaron con el tratamiento de forma ambulatoria durante 5 días más para identificar una posible hipersensibilidad retardada.

RESULTADOS

De las 72 PPO previstas se realizaron un total de 67, correspondientes a 62 pacientes con una edad media de 5 años y 9 meses (10 meses – 12 años) correspondientes a antibióticos(57) y AINES(10): amoxicilina(37), amoxicilina/clavulánico(12), ibuprofeno(8), fenoximetilpenicilina(2), claritromicina(2), paracetamol(1), ácido acetilsalicílico(1), cloxacilina(1), clindamicina(1), cefixima(1), cefuroxima(1).

La realización de las PPO se justificó porque los pacientes mostraron los siguientes síntomas tras la toma del fármaco en domicilio: exantema(37), urticaria(14), angioedema(7), náuseas-vómitos(4), rash(1) y otros no especificados(4). No se realizaron 5 pruebas por los siguientes motivos: 4 por fiebre el día previo y 1 por no acudir en ayunas.

60 de las pruebas realizadas (89.5% del total) fueron negativas, por tanto se descartó la alergia al fármaco en cuestión. Los pacientes con prueba positivas (7 pacientes, 10,5 %) fueron catalogados como alérgicos/intolerantes presentando las siguientes RA: edema palpebral(2), exantema(2), intolerancia digestiva(2) y rash(1). De las 7 RA sufridas, 5 fueron clasificadas como no inmediatas de carácter leve (3 por amoxicilina y 2 por amoxicilina/clavulánico) y 2 como inmediatas de carácter moderado. Estas 2 últimas RA las presentó el mismo paciente para 2 diferentes fármacos (ibuprofeno y ácido acetilsalicílico), provocándole siempre edema palpebral, que se resolvió con la administración de antihistamínico y corticoterapia oral. Ningún paciente sufrió RA de carácter grave.

CONCLUSIONES

La realización de PPO es fundamental para confirmar o descartar casos de alergia y evitar en su caso restricciones innecesarias del fármaco. Centralizar los procesos de elaboración en el SF es una estrategia útil que mejora la seguridad general del proceso.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

1890. RETINOPATÍA DEL PREMATURO Y GANANCIA DE PESO POSTNATAL

AUTORES

CABAÑAS POY MJ, CLEMENTE BAUTISTA S, MARTÍN BEGUÉ N, CASTILLO SALINAS F, MONTORO RONSANO B, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. Pº VALLE HEBRON 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

La escasa ganancia de peso en el periodo postnatal inmediato es uno de los factores que se ha asociado a una evolución desfavorable de la retinopatía del prematuro (ROP) y por lo tanto, a mayor riesgo que la retinopatía requiera tratamiento con láser o con bevacizumab intravítreo.

El objetivo de este estudio es identificar si existe relación entre la ganancia de peso postnatal y la necesidad de tratamiento tras el diagnóstico de ROP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluye los neonatos prematuros de menos de 31 semanas de edad gestacional (SG) nacidos en 2017 y 2018, alimentados inicialmente con nutrición parenteral total (NPT) con lípidos ricos en omega-3 y a continuación con leche materna (siguiendo el protocolo aprobado en el hospital), a los que se les realizó una exploración de fondo de ojo para diagnosticar la ROP, y que fueron tratados con láser o con bevacizumab intravítreo según el criterio clínico de la oftalmóloga.

Se recogieron los siguientes parámetros: sexo, semanas de gestación y peso al nacimiento y peso semanal hasta las 6 semanas de vida, días de NPT, diagnóstico de ROP y su tratamiento en el caso que se prescribiera.

RESULTADOS

Se incluyeron 90 prematuros, 45 hombres. Dos de 23 SG, 11 de 24 SG, 6 de 25 SG, 24 de 26 SG, 12 de 27 SG, 15 de 28 SG, 10 de 29 SG y 10 de 30 SG. El peso medio al nacimiento fue 884 g (mín 380 g, máx 1250 g). La ganancia de peso promedio respecto al nacimiento fue en la primera semana del 4,8%, en la segunda del 15,8%, en la tercera del 29,6%, en la cuarta del 45,7%, en la quinta del 66,5% y en la sexta del 89%.

El promedio de días con NPT fue de 9 (mín 5 d y máx 30 d). Treinta y siete prematuros desarrollaron una ROP y sólo 9 necesitaron tratamiento (4 láser y 5 bevacizumab).

Se realizó un análisis de regresión logística multivariante y se observó relación estadísticamente significativa entre el desarrollo de la ROP y la edad gestacional ($p=0,05$), el peso al nacimiento ($p=0,04$) y el peso a las 6 semanas de vida ($p < 0,001$). La necesidad de tratamiento de la ROP se relacionó con la ganancia de peso a la semana 6 de vida ($p=0,004$) y la edad gestacional ($p=0,024$), pero no con el peso al nacimiento ($p=0,946$). El sexo y el número de días que recibieron NPT no se relacionaron con el diagnóstico de ROP ni con la necesidad de tratamiento.

CONCLUSIONES

La necesidad de tratamiento de la ROP, es decir, de la severidad de la retinopatía, está relacionada con una menor edad gestacional al nacimiento y con una menor velocidad de ganancia de peso postnatal a la semana 6 de vida pero no se relaciona con el peso al nacimiento.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

1893. MEJORA FARMACOCINÉTICA Y CLÍNICA TRAS SWITCH GUIADO POR FARMACOCINÉTICA DE FACTORES VIII DE SEMIVIDA ESTÁNDAR A FACTORES DE SEMIVIDA EXTENDIDA

AUTORES

MEGIÁS VERICAT JE, BONANAD BOIX S, PALOMERO MASSANET A, LARRODE LECIÑENA I, FERRADA GASCÓ A, HAYA GUAITA N, CID HARO AR, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE DE VALENCIA. AVDA FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. 46026. VALENCIA

OBJETIVOS

Los factores VIII (FVIII) de semivida extendida (EHL) han mostrado en los ensayos clínicos mejoras de al menos 1,3 veces la semivida plasmática ($t_{1/2}$) y 1,25 veces el área bajo la curva (AUC) respecto a los FVIII estándar (SHL). El objetivo de este estudio es analizar el switch guiado por farmacocinética (PK) de SHL a EHL en pacientes con hemofilia A (HA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico comparativo, cruzado, prospectivo que analiza las diferencias PK y clínicas tras el cambio de factores SHL a EHL (efmoroctocog-alfa [rFVIII-Fc] and ruriococog-alfa pegol [PEG-rFVIII]) en pacientes con HA grave/moderada en profilaxis. Se ha empleado el PopPK WAPPS-Hemo® con 2-3 muestras para realizar un perfil PK individualizado de los valores de FVIII. Los parámetros PK y clínicos analizados son: $t_{1/2}$, AUC, nivel pico (NP), nivel valle a las 24, 48 y/o 72 h (NV24/NV48/NV72) y tiempo para alcanzar niveles de FVIII del 5%, 2% y 1% (T5%/T2%/T1%), ratio $t_{1/2}$, ratio AUC, nº dosis semanales, dosis/kg/semana, tasa anual de sangrados totales (ABR) y articulares (AJBR). Para comparar las variables entre ambos periodos empleamos los test de Wilcoxon y Kruskal-Wallis (SPSS®). Los resultados se expresaron con la mediana y el rango o rango intercuartílico (RIC).

RESULTADOS

Se han analizado 87 pacientes procedentes de 8 hospitales españoles (62 rFVIII-Fc; 25 PEG-rFVIII), 83 con HA grave y 4 con HA moderada, con una mediana de edad de 30 años (rango:3-64) y sin diferencias en el peso entre periodos [70,0 (RIC:55-84) vs 70,0 (RIC:57-87) kg; $p=0,055$].

Se redujo la frecuencia de dosis [3,0 (RIC:2,0-3,0) vs 2,0 (RIC:1,8-2,3); $p < 0,0001$] y la dosis/kg/semana [74,5 (RIC:58-105,2) vs 65,7 (RIC:44,8-96,5) UI/kg/semana; $p < 0,0001$]. Las medianas de reducción fueron 30% en frecuencia (RIC:0-33,3%) y 16,9% en dosis/kg/semana (RIC:8,7-32,8%), con la excepción de 14 pacientes jóvenes que aumentaron la dosis/kg/semana una mediana del 28,6%.

Se obtuvieron mejoras significativas ($p < 0,0001$) en todos los parámetros PK (mediana y RIC): $t_{1/2}$ [12,5 (9,5-15,8) vs 18,3 (13,3-23,5) h]; AUC [9166 (7082-12349) vs 15805 (12184-21930)]; NP [70,5 (56,8-81,0) vs 80,0 (68,0-97,5)]; NV24 [13,1 (9,2-18,8) vs 24,6 (19,9-34,6)]; NV48 [3,9 (2,0-7,1) vs 9,9 (5,9-17,4)]; NV72 [1,5 (0,9-3,0) vs 4,1 (2,1-8,5)]; T5% [43,3 (33,0-58,8) vs 66,0 (51,5-91,0)]; T2% [63,4 (48,5-80,3) vs 93,0 (72,3-126,0)]; T1% [84,0 (67,9-109,8) vs 122,5 (92,6-160,3)].

Tras el switch a EHL se obtuvieron medianas en los ratios $t_{1/2}$ y AUC de 1,4 (RIC:1,3-1,6) y 1,7 (RIC=1,3-2,2), y se redujeron significativamente ABR [2,0 (0,0-4,0) vs 0,0 (0,0-2,0); $p=0,001$] y AJBR [1,0 (0,0-4,0) vs 0,0 (0,0-1,0); $p=0,007$]. Los ratios $t_{1/2}$ y AUC fueron 1,4 (RIC:1,3-1,7) y 1,8 (RIC:1,3-2,3) en ≥ 12 años, 1,3 (RIC:0,9-1,5) y 1,4 (RIC:1,1-2,1) en < 12 años tratados con rFVIII-Fc (aprobado en pediatría). No se observaron diferencias en PK y variables clínicas al comparar rFVIII-Fc y PEG-rFVIII en pacientes ≥ 12 años.

CONCLUSIONES

Los EHL de FVIII han demostrado mejorar significativamente PK y reducir ABR, AJBR, frecuencia semanal y dosis/kg/semana. Las mejoras en los ratios de t1/2 y AUC que definen a los EHL se cumplen en nuestra cohorte. El switch PK-guiado permite individualizar la profilaxis, mejorando la eficacia y comodidad del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

1905. IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN PEDIATRÍA Y SU IMPACTO SOBRE LA SEGURIDAD

AUTORES

MARTINEZ ROCA C, FERNÁNDEZ OLIVEIRA C, YÁÑEZ GÓMEZ P, GIMÉNEZ ARUFE V, CALLEJA CHUCLÁ T, MATEOS SALVADOR M, BUSTO FENÁNDEZ F, MARTÍN HERRANZ MI
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

- 1.-Implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en pediatría. La población pediátrica es un colectivo con alto riesgo de sufrir errores de medicación (EM), tres veces mayor que en adultos y la implantación de la PEA se encuentra dentro de las recomendaciones de distintas organizaciones para aumentar la seguridad en el uso de medicamentos.
- 2.-Evaluar el impacto de la implantación de la PEA sobre la seguridad.

MEJORAS ESPERADAS

Aumentar la calidad de la prescripción y la seguridad.

DISEÑO

Se formó un grupo multidisciplinar (pediatras, enfermeros y farmacéuticos) que trabajó en adecuar el programa corporativo de prescripción electrónica Silicon® a las particularidades de este grupo de pacientes de especial complejidad.

CIRCUITO Y ETAPAS

- 1.-Adaptación del programa corporativo Silicon® (12 meses).
 - Definir listado de especialidades sobre las que trabajar.
 - Consensuar información que debía aparecer.
 - Consensuar fuentes bibliográficas (en muchos casos ficha técnica no dispone de datos en pediatría).
 - Incorporar información validada a Silicon®.
- 2.-Programación de sesiones formativas para médicos y personal de enfermería (1 mes).
- 3.-Fijación del día para implantar la PEA en toda el Área Pediátrica (de forma que no conviviesen órdenes médicas en papel y en forma electrónica para evitar errores).
- 4.-Canal de comunicación de incidencias y propuestas de mejora anónimo (3 meses).
- 5.-Evaluación del impacto sobre seguridad. Un año después de la implantación, se diseñó un estudio cuasiexperimental comparativo de los EM detectados antes (retrospectivo) y después (prospectivo) de la implantación de la PEA con la aprobación del Comité de Ética de Investigación. Posteriormente, se graduó la importancia de los EM detectados a través de un método de consulta Delphi. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS v.24.0.

IMPLANTACIÓN

2017-2018

RESULTADOS

Respecto a adaptación/implantación: Se actualizaron 496 fichas de principios activos con sus diferentes especialidades, dotándolas de contenido (pauta posológica por grupo de edad e indicación en mg/kg; dosis por defecto; equivalencias entre gotas, volumen y miligramos; conversión automática de dosis a volumen; ajuste posológico en insuficiencia renal y/o hepática; dosis máxima por grupo de edad; recomendaciones específicas en embarazo y lactancia; alergias e interacciones; protocolos; vías de administración; recomendaciones de administración; conservación).

Respecto a la evaluación del impacto sobre seguridad: Se incluyeron 166 pacientes (83 en cada etapa). Se detectó algún error en el 92,0% pacientes (2,8±2,1 errores/paciente) en la etapa preimplantacional y en el 7,2% (0,1±0,4 errores/paciente) en la etapa postimplantacional ($p < 0,001$). La PEA supuso una reducción absoluta del riesgo de error de un 40% (95% intervalo de confianza = 35,6-44,4%). En la etapa preimplantacional se consideraron graves el 9,5% de los errores, moderados el 53,7% y leves el 36,8%; mientras que en la etapa postimplantacional, todos los errores se consideraron moderados (37,5%) o leves (62,5%).

LIMITACIONES

Diferentes programas de prescripción electrónica según hospitales.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La implantación de la prescripción electrónica en pediatría, con sistemas de ayuda a la prescripción, validación y administración de medicamentos, ha demostrado reducir de forma significativa los errores de medicación y ha permitido eliminar la totalidad de aquellos considerados graves por el personal sanitario. Circuito aplicable a todos los servicios de farmacia que presten atención a pacientes pediátricos.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

1957. IMPLANTACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

AUTORES

RODRIGUEZ REYES M, ROURA TURET J, CASTELLA KASTNER M, SOTUCA MOMBLONA JM, LOPEZ CABEZAS C, SOY MUNER D
HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. C/ VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Los pacientes neonatos suponen una población de riesgo en la aparición de errores de medicación debido a diversos motivos, como son la necesidad de calcular las dosis de forma individualizada, la ausencia de medicamentos comercializados adaptados a las necesidades pediátricas, el uso de medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas o las diferencias farmacocinéticas en función de la edad gestacional y días de vida.

Nuestro objetivo es describir las medidas implementadas para optimizar la terapia neonatal tras la instauración de un programa de prescripción electrónica (PPE) en la unidad.

MEJORAS ESPERADAS

Mediante la incorporación de una atención farmacéutica (AF) especializada en el servicio de neonatología se pretende minimizar los posibles errores de medicación y mejorar la calidad asistencial en la atención neonatal.

DISEÑO

Se diseñó un programa de AF neonatal dirigida a los siguientes ámbitos: prescripción, validación, elaboración de fórmulas magistrales y administración por enfermería.

CIRCUITO Y ETAPAS

Consistió en cinco etapas:

1. Se identificaron todos los fármacos utilizados en neonatología y se introdujeron en el PPE. También se crearon perfusiones continuas estandarizadas según intervalo de peso para introducirlas en el PPE y para programar bombas inteligentes.
2. Se integró un farmacéutico en el equipo multidisciplinar de neonatología para resolución de consultas, colaboración en la elaboración de protocolos clínicos y revisión diaria de los planes de medicación.
3. Se instauró un servicio de monitorización farmacocinética de aminoglucósidos y vancomicina.
4. Se incorporaron nuevas fórmulas magistrales para aquellos casos en los que los medicamentos comercializados no son adecuados.
5. En colaboración con el equipo médico y de enfermería, se elaboró una guía de administración de fármacos parenterales con instrucciones sobre reconstitución, dilución, administración, conservación, compatibilidad con otros fármacos, principales efectos adversos y precauciones.

IMPLANTACIÓN

Con el fin de mejorar la AF ofrecida a los pacientes de la unidad de neonatología, se acordó la incorporación de un farmacéutico hospitalario al equipo asistencial.

RESULTADOS

Un total de 271 fármacos fueron incluidos en el PPE: 162 fármacos de administración parenteral (siendo 19 de ellos perfusiones continuas estandarizadas según intervalo de peso), 62 fármacos de administración oral o bucal, 20 fármacos tópicos, 10 preparados oftálmicos, 8 de administración rectal, 6 fármacos en inhalación o nebulización y 3 medicamentos de administración intratraqueal.

En un periodo de 4 meses se analizaron 1600 planes de medicación (aproximadamente 20 pacientes diarios) y se detectaron 400 posibles puntos de mejora en el tratamiento (5 diarios de media) que fueron transmitidos al equipo de neonatología.

Se realizaron 10 monitorizaciones farmacocinéticas (2,5 mensuales de media) y se incorporaron 25 fórmulas magistrales de elaboración en la unidad centralizada de farmacotecnia del hospital.

Por último, se incluyeron 84 medicamentos en la guía de administración parenteral y se incorporó la información de cada fármaco en el PPE.

LIMITACIONES

Actualmente el PPE no permite introducir la dosis por kg de peso, requiere el cálculo manual de la dosis total.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este programa de AF neonatal es aplicable a otros Servicios de Farmacia que prioricen la integración del farmacéutico en el Área de Neonatología. Ello permite mejorar la comunicación con el equipo médico y de enfermería y un mejor cuidado del paciente neonato.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

2039. USO DE INDOMETACINA COMO PROFILAXIS DE HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR GRAVE EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS MENORES DE 27 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL

AUTORES

FONT BARCELÓ A, LÓPEZ RAMOS MG, DEL RÍO FLORENTINO R, COMES ESCODA A, IRIONDO SANZ M, FARRÉ RIBA MR
HOSPITAL MATERNOINFANTIL SANT JOAN DE DÉU. PASSEIG SANT JOAN DE DÉU, 2. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad del uso de indometacina profiláctica en los primeros días de vida (ddv) como parte de un proyecto de mejora para disminuir la incidencia de hemorragia intraventricular (HIV) grave en una unidad neonatal de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

En marzo 2018 se implementó en la unidad neonatal una serie de medidas para reducir las cifras de HIV grave, que incluían homogeneización de cuidados (monitorización, termorregulación), un protocolo predefinido en el programa de prescripción electrónica para recién nacidos menores de 1000g, y administración de 3 dosis de indometacina 100microgramos/kg/dosis cada 24 horas en casos seleccionados (menores de 27 semanas de edad gestacional (EG) + ausencia de maduración prenatal con corticoides o intubación/ventilación mecánica en las primeras 6 horas de vida (hdv); contraindicaciones: trombocitopenia, cardiopatía ductus-dependiente, sangrado intestinal activo). Estudio observacional retrospectivo en que se revisaron las historias clínicas de todos los prematuros menores de 27 semanas nacidos entre marzo 2018 y diciembre del 2019. Variables recogidas: EG, maduración prenatal con corticoides, intubación en las primeras 6hdv, dosis de indometacina, efectos adversos (afectación renal, perforación intestinal, enterocolitis), y desarrollo de HIV grave (grado III-IV).

RESULTADOS

Se revisó la historia clínica de 18 neonatos menores de 27 semanas de EG nacidos en nuestro centro o trasladados en las primeras hdv durante el periodo de estudio. Siete pacientes cumplían criterios para recibir indometacina, seis de ellos por intubación precoz, uno además por ausencia de maduración con corticoides. Seis de los siete pacientes con criterios recibieron al menos 1 dosis de indometacina en las primeras 12hdv; dos pacientes recibieron sólo 1 dosis (uno por exitus en primeras 24h, otro por contraindicación por cardiopatía), un paciente recibió 2 dosis (por trombocitopenia) y los otros tres recibieron 3 dosis. En 4 de los 6 pacientes las dosis fueron bien toleradas, sin afectación de diuresis u otros efectos adversos importantes; en los otros 2 pacientes no se considera valorable la tolerancia, por exitus en las primeras 24hdv en un caso, y por gravedad extrema en el otro. De los 18 pacientes revisados, 5 fueron exitus. Tres de los pacientes fallecieron en los 3 primeros ddv (2 recibieron 1 dosis de indometacina), en ninguno de ellos se observó HIV en las pruebas de imagen. Un paciente falleció a los 18 ddv, por causa no hemorrágica y sin haber desarrollado HIV, y un paciente falleció a los 10 ddv, tras adecuación del esfuerzo terapéutico en contexto de HIV grave. De los 18 pacientes revisados, sólo uno desarrolló HIV grave (grado III), habiendo recibido 3 dosis de indometacina. Tras la puesta en marcha del proyecto de mejora, la incidencia de HIV grave descendió desde un 12,5% previo hasta un 3,6% en 2018 -2019.

CONCLUSIONES

- El uso de indometacina en el periodo de estudio se ajustó a los criterios establecidos.
- La administración de indometacina fue bien tolerada, sin asociarse efectos adversos importantes.
- La incidencia de HIV grave se redujo de forma notable con el proyecto de mejora asistencial, no pudiendo inferirse el papel de la indometacina en esta reducción.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

2058. PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

AUTORES

GANFORNINA ANDRADES A, BULO CONCELLON R, CORRALES PAZ M, RODRIGUEZ MORETA C, JIMENEZ DE-JUAN MC, LOMARES MANZANO I
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. AVD, ANA DE VIYA, 21. CÁDIZ

OBJETIVOS

Analizar la necesidad de implantar un programa de conciliación de la medicación (CM) al ingreso en la unidad de hospitalización de Pediatría (UP) de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo que incluyó a los pacientes que ingresaron en la UP entre diciembre 2018 y marzo 2020. Se diseñó una base de datos para registrar los siguientes datos: identificación del paciente (nombre y apellidos), número de historia, fecha de nacimiento, fecha de ingreso, motivo del ingreso, patología de base si la tuviera, medicación domiciliaria, necesidad de conciliación y las intervenciones realizadas en caso necesario. Los datos de salud se obtuvieron del módulo de atención especializada, revisando el módulo de prescripción electrónica en receta externa, hoja de anamnesis, curso clínico y los informes de ingresos y altas recientes. A continuación, se revisaba la medicación indicada durante el ingreso en el programa de prescripción Athos-Prisma®. En caso necesario, se comentaban con el facultativo responsable las discrepancias no justificadas halladas entre la prescripción al ingreso y la medicación habitual, y se realizaban las intervenciones necesarias.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se produjeron 1100 ingresos (correspondientes a 972 pacientes), 375 (34%) ingresos precisaban conciliación de la medicación por tomar al menos un medicamento de manera habitual. La edad media de los ingresos candidatos a conciliación fue de 4,2 años (mediana: 1,9 años). De estos ingresos, 269 (71,7%) fueron conciliados por el facultativo responsable y 51 (13,6%) no requirieron conciliación por ser su estancia en el hospital inferior a 24 horas. Sin embargo, 55 (14,7%) pacientes con un ingreso superior a 24 horas y medicación domiciliaria no fueron conciliados, por lo que requirieron la intervención del farmacéutico. Las patologías de base más frecuentes en los ingresos que precisaban conciliación fueron: respiratorias 154 (41,1%), neurológicas 71 (18,9%), metabólicas 18 (4,8%), cardíacas 16 (4,3%), gastrointestinales 13 (3,5%), dermatológicas 9 (2,4%), síndrome nefrótico 6 (1,5%), trasplante 4 (1,1%), otras 84 (22,4%). En cuanto a la causa de los ingresos, las más habituales fueron: ingreso para pruebas complementarias/valoración multidisciplinar 43 (11,5%), crisis asmáticas 36 (9,6%), bronquiolitis 28 (7,5%), neumonía 23 (6,1%), disnea 23 (6,1%), crisis convulsivas 19 (5,1%), síndrome febril 17 (4,5%), bronquitis 12 (3,2%), estudios del sueño

11 (2,9%), otras 163 (43,5%). Se registraron 970 medicamentos, lo que supuso una media de 2,6 fármacos/paciente. El farmacéutico responsable registró 52 discrepancias no justificadas en los ingresos candidatos a conciliación: omisión de medicación domiciliaria 29 (55,8%), error dosis prescrita 20 (38,5%) y error medicamento prescrito 3 (5,8%).

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes que ingresan en la UP carecen de tratamiento domiciliario, sin embargo, en un porcentaje importante de los que si lo tienen no se realiza una adecuada conciliación. Las afecciones respiratorias fueron la principal patología de base de los pacientes que requirieron conciliación, del mismo modo que las causas de ingreso más frecuentes fueron realización de estudios complementarios y crisis asmáticas. Un programa de conciliación con la presencia del farmacéutico en el equipo multidisciplinar mejoraría la continuidad asistencial y aumentaría la seguridad de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

2086. ANÁLISIS DE ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE PROCESOS INFECCIOSOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

AUTORES

GARCÍA MORENO FJ, ESCOBAR CASTELLANOS M, MARTÍNEZ FERNÁNDEZ-LLAMAZARES C, MANRIQUE RODRÍGUEZ S, TALADRIZ SENDER I, MARAÑÓN PARDILLO R, MORA CAPÍN A, RIVAS GARCÍA A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

La protocolización del manejo antimicrobiano es fundamental para garantizar su uso adecuado. La Comunidad de Madrid publicó en 2019 una Guía de uso de antimicrobianos en procesos infecciosos de carácter ambulatorio en pacientes pediátricos.

Nuestro objetivo ha sido evaluar la adecuación de la prescripción de tratamiento antimicrobiano al alta en un Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) respecto a la Guía regional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado entre Marzo 2018 y Febrero 2019. Se incluyeron pacientes de 0-16 años con diagnóstico incluido en la Guía regional, atendidos en un SUP los días 13 de cada mes durante el periodo de estudio. Se excluyeron pacientes con tratamiento antimicrobiano previo, inmunodeprimidos y con necesidad de ingreso. La prescripción se consideró adecuada cuando lo era la indicación, y en caso de precisarse, si lo eran el fármaco seleccionado, la posología (dosis, intervalo y duración) y vía.

Las variables de distribución asimétrica se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC).

RESULTADOS

En el periodo de estudio se atendieron 875 procesos infecciosos, representando el 45,6% de los procesos atendidos. Finalmente, se incluyeron 648 procesos, correspondientes a 593 pacientes. El 55,3% eran varones, y la mediana de edad fue 2 años (RIC: 0-4). El 25,5% de los procesos infecciosos (165 de 648) fueron tratados con antimicrobiano. La infección respiratoria de vías altas fue el proceso más prevalente (36,7%), y la amoxicilina el antimicrobiano más prescrito (60,6%). La adecuación global en base a la Guía fue del 88,0% (570/648). La indicación fue correcta en el 94,8% (612 de 648); se encontraron 31 discrepancias por pauta de antimicrobiano innecesario, y 3 procesos que habían quedado sin tratar precisando pauta de antimicrobiano. Entre los 165 procesos tratados, se encontraron discrepancias fundamentalmente en los aspectos posológicos (23,7%), seguido de indicación (18,8%) y selección de antimicrobiano (11,9%). Dentro de la posología, se encontraron dosis incorrectas en el 12,4% de los casos en los que se pudo valorar (13/105). Uno de los motivos de inadecuación en la dosis fue el empleo de presentaciones de amoxicilina/clavulánico con una proporción de clavulánico distinta a la recomendada en la Guía, suponiendo un 20% de las prescripciones de este antimicrobiano (4/20). Dentro de los procesos con una prevalencia > 5%, la otitis media aguda (OMA) fue el proceso en el que se encontró menor adecuación (34/77; 55,8%). Entre los 68 procesos tratados (88,3%), el aspecto analizado con más discrepancias fue indicación (19/68; 27,9%), seguido de posología (9/43; 20,9%) y selección (6/49; 12,2%).

En la faringoamigdalitis aguda la adecuación fue del 89,9% (62/69). Entre los 25 procesos tratados (36,2%), se encontró un 18,2% de discrepancias en posología (4/22), un 8,0% en indicación (2/25) y un 4,3% en selección (1/23).

El resto de procesos de prevalencia > 5% (infección respiratoria de vías altas, gastroenteritis aguda, laringitis y bronquiolitis) no requerían tratamiento antimicrobiano, existiendo una concordancia total con la Guía.

CONCLUSIONES

La adecuación del manejo de procesos infecciosos ambulatorios fue muy elevada, con una ligera tendencia a la sobreprescripción de antimicrobiano. La OMA fue el proceso en el que se encontraron más prescripciones de antibiótico innecesarias.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

2117. DESARROLLO DE UN FACTOR DE CONVERSIÓN ENTRE DOSIS DIARIA DEFINIDAS DE ADULTOS Y NEONATOS.

AUTORES

VILLANUEVA BUENO C, GIL NAVARRO MV, MONTECATINE ALONSO E, JIMENEZ PARRILLA F, CABAÑAS POY MJ, GONZALEZ LOPEZ M, MARTINEZ FERNANDEZ-LLAMAZARES C, NETH OW
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. AV. MANUEL SUIROT, S/N/. SEVILLA

OBJETIVOS

Establecer un factor de conversión que permita relacionar las dosis diaria definidas (DDD) entre población adulta y las DDD de la población neonatal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio nacional, multicéntrico y retrospectivo. Cuenta con la participación de 10 centros hospitalarios de tercer-segundo nivel y un equipo de expertos multidisciplinar formado por profesionales sanitarios de las especialidades de farmacia hospitalaria, pediatría y neonatología.

En primer lugar, tras seleccionar los antimicrobianos a estudio en base a la literatura y práctica clínica habitual, se empleó la metodología Delphi para consensuar la dosis recomendada en su indicación más habitual en la población neonatal. Se realizaron dos rondas de consulta al grupo de expertos. Para aquellos antimicrobianos cuya dosis no se consensuó se seleccionó la dosis establecida en Pediamecum.

A continuación se recogieron peso y edad gestacional de los neonatos (< 1mes) ingresados en 6 hospitales durante el 2018 a través de los registros de admisión o registros propios de los servicio de farmacia o neonatología de dichos hospitales. Se calcularon la media, la mediana, la desviación estándar y el máximo y mínimo de cada una de las variables. Posteriormente, se calcularon las DDD en gramos de cada antimicrobiano utilizando la dosis consensuada de cada uno de ellos y la media de peso obtenido.

Finalmente el factor de conversión se obtuvo al comparar las DDD diseñadas con las DDD validadas por la OMS para adultos.

Para el análisis de los resultados se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 19

RESULTADOS

Se seleccionaron 4820 neonatos. La media de peso al nacer fue 2687g, con una desviación estándar de +/- 887, y un máximo y mínimo de 6080g y 440g, respectivamente.

El factor de conversión de los antimicrobianos de administración parenteral obtenidos fueron: amikacina(0,04), amoxicilina(0,081), amoxicilina-clavulánico(0,090), ampicilina(0,134), anfotericina B liposomal(0,384), azitromicina(0,054), aztreonam(0,060), cefazolina(0,045), cefepime(0,134), cefotaxima(0,067), ceftazidima(0,067), ceftriaxona(0,067), cefuroxima (0,090), ciprofloxacino(0,081), clindamicina(0,022), cloxacilina(0,067), eritromicina(0,134), fluconazol(0,081), fosfomicina(0,034), gentamicina(0,045), imipenem-cilastatina(0,067), linezolid (0,067), meropenem(0,054), metronidazol(0,027), micafungina(0,054), penicilina G sódica(0,034), piperacilina-tazobactam(0,038), teicoplanina(0,040), tobramicina(0,045) y vancomicina(0,040)

Los obtenidos de los antimicrobianos de administración oral fueron: amoxicilina(0,081), amoxicilina-clavulánico(0,081), azitromicina(0,090), cefadrozilo(0,04), cefixima(0,054), ciprofloxacino(0,054), claritromicina(0,081), clindamicina(0,034), cloxacilina(0,067), eritromicina(0,134), fluconazol(0,081), fosfomicina(0,090), itraconazol(0,040), linezolid (0,067), metronidazol(0,040) y vancomicina(0,054).

CONCLUSIONES

Analizando las características demográficas de la población neonatal se pueden estandarizar las DDD del grupo de antimicrobianos, permitiendo establecer un factor de conversión con respecto a las DDD de adultos. Un nuevo estudio para confirmar la validez de las DDD neonatales diseñadas y por tanto, el factor de conversión entre las DDD neonatales y las DDD adultos se está llevando a cabo.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS**2195. DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL EN NEONATOLOGÍA.****AUTORES**

DEL ESTAL JIMÉNEZ J, MARTÍN MARQUÉS M, ALBÚJAR FONT M, SANJUÁN BELDA A, LÓPEZ BROSETA PA, ESTEVE PITARCH E, VUELTA ARCE M, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Desarrollar un protocolo normalizado de trabajo (PNT) para definir que pacientes neonatales son tributarios de beneficiarse de nutrición parenteral y de su seguimiento, así como definir las características que ha de presentar la nutrición parenteral.

MATERIALES Y MÉTODOS

El protocolo surgió de la necesidad de estandarizar el procedimiento de prescripción de nutrición artificial. Para ello, primero se realizó una búsqueda bibliográfica en el Servicio de Farmacia, que incluía las recomendaciones adecuadas y actualizadas de la nutrición artificial en recién nacidos a término y pretérmino. El siguiente paso fue la creación de un grupo multidisciplinar formado por el equipo de neonatología, servicio de farmacia y la unidad de enfermería neonatal. Se estudiaron las indicaciones, vías y forma de administración, aporte de energía, composición de la nutrición parenteral, monitorización y seguimiento, circuito de prescripción y preparación, así como posibles complicaciones de la nutrición parenteral. La redacción del procedimiento normalizado de trabajo fue realizada por el Servicio de Pediatría junto con el Servicio de Farmacia.

RESULTADOS

Según los resultados encontrados en la búsqueda bibliográfica, se realizó un PNT que contemplaba las diferentes consideraciones de la nutrición parenteral en función de si el recién nacido es pretérmino o a término, así como si la nutrición artificial es exclusiva parenteral o combinada parenteral y enteral. Se definieron las indicaciones de la nutrición parenteral, vía de administración, requerimientos, monitorización, circuitos de petición, validación y complicaciones. Se

han recogido también las contraindicaciones y situaciones especiales a tener en cuenta en cada uno de los nutrientes. En el apartado requerimientos se diseñaron tablas visuales de nutrientes que contienen las cantidades necesarias de hidratos de carbono, lípidos, proteínas, electrolitos, minerales, oligoelementos y vitaminas que aseguren un aporte adecuado de los nutrientes previniendo así la posible desnutrición. El objetivo de las tablas es facilitar la prescripción de la NP y el seguimiento por parte del equipo médico. Contienen información clara y concisa de las cantidades necesarias expresadas en unidades del Sistema Internacional y el producto comercial que se utiliza en la preparación de la nutrición. Además, se diseñó una tabla que indica la transición nutritiva entre la nutrición parenteral y enteral, teniendo en cuenta los días de tratamiento con nutrición parenteral.

La implantación del protocolo fue en julio de 2019. Desde su creación, el protocolo se ha utilizado en 672 nutriciones parenterales, disminuyendo en un 60% el porcentaje de error en la prescripción de la NP. Las intervenciones farmacéuticas asociadas el año previo al protocolo fueron 224 versus 52 después de su aprobación. La mayoría de intervenciones estaban relacionadas con la precipitación calcio-fosforo y volumen requerido para la preparación de todos los componentes.

CONCLUSIONES

La protocolización de la prescripción de NP favorece el trato estandarizado de los pacientes, así, así como la toma de decisiones. El diseño de material visual que apoye estos protocolos, asegura su conocimiento por parte de todo el equipo asistencial, su correcta utilización, facilita la toma de decisiones y disminuye la probabilidad de errores. La coordinación de diferentes servicios hospitalarios en la toma de decisiones es positiva para el paciente.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

2254. USO DE IDARUCIZUMAB PARA LA REVERSIÓN DE DABIGATRAN EN TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO

AUTORES

CENTELLES ORIA M, MEGÍAS VERICAT JE, BORRÁS ALMENAR C, BELTRÁN GARCÍA I, PALANQUES PASTOR T, FERRADA GASCÓ A, FONT NOGUERA I, POVEDA ANDRÉS JL

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA. FDO ABRIL MATORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Idarucizumab es un anticuerpo monoclonal con actividad neutralizante de dabigatran, un inhibidor directo de la trombina empleado como anticoagulante oral. En el trasplante de órgano sólido (TOS) urgente de pacientes tratados con dabigatran, se requiere una normalización inmediata de la coagulación debido al alto riesgo de complicaciones hemorrágicas graves.

Objetivo: Analizar el uso de idarucizumab para la reversión de la actividad de dabigatran en pacientes sometidos a TOS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, multidisciplinar y unicéntrico en pacientes tratados con dabigatran que han requerido reversión con idarucizumab previa al TOS.

El periodo de estudio comprendió desde julio de 2016 a abril de 2020. Los parámetros clínicos analizados incluyeron: sexo, edad, peso, diagnóstico, dosis de dabigatran e idarucizumab, tiempo de estancia hospitalaria (TEH), supervivencia, tiempo de cirugía y niveles pre y postoperatorios de hemoglobina (Hb), fibrinógeno, tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPA), tiempo de protrombina (TP). Los resultados están expresados con la mediana y rango intercuartílico (RIQ) y se compararon con la prueba de Wilcoxon mediante el programa estadístico SPSS®.

RESULTADOS

Se incluyeron 26 pacientes, de los cuales 20 fueron hombres (77%). La mediana de edad y peso fue 56,0 años (RIQ: 47,5-61,3) y 71,0 kg (RIQ: 60,7-77,5). Los diagnósticos previos al TOS fueron: 69% miocardiopatía dilatada (n=18), 15% miocardiopatía hipertrófica (n=4), 4% miocardiopatía arritmogénica (n=1), 4% miocardiopatía restrictiva (n=1), 4% transposición de grandes vasos (n=1) y 4% hepatocarcinoma (n=1). La dosis de dabigatran fue de 150 mg c/12 h (n=18), 150mg c/24h (n=1) y 110 mg c/12 h (n=7). Todos los pacientes recibieron 5 g de idarucizumab.

Hubo 24 trasplantes cardíacos, 1 trasplante de corazón y pulmón y 1 trasplante hepático, con una mediana de tiempo de cirugía de 282,5 min (RIQ: 240,0-316,2). Al comparar los valores clínicos preoperatorios y postoperatorios, observamos: Hb (g/dL) 15,1 (RIQ: 13,8-15,5) y 10,9 (RIQ: 10,4-12,2) ($p < 0.0001$); fibrinógeno (mg/dL) 472,0 (RIQ: 403,5-565,5) y 362,5 (RIQ: 291,2-391,7) ($p < 0.0001$); TTPA (seg) 46,0 (RIQ: 40,9-56,8) y 29,7 (RIQ: 25,7-34,4) ($p < 0.0001$); TP (seg) 15,3 (RIQ: 13,9-20,7) y 14,6 (RIQ: 12,6-17,1) ($p=0.008$), respectivamente. Ningún paciente requirió dosis adicionales de idarucizumab para el control del sangrado. La mediana de TEH fue de 17,0 días (RIQ: 14,5-31,0). Todos los pacientes están vivos después de una mediana de tiempo de seguimiento de 453,5 días (RIQ: 261,75-744,5). No se detectaron reacciones adversas ni complicaciones tromboticas relacionadas con idarucizumab.

CONCLUSIONES

Idarucizumab demostró, en nuestros pacientes, ser un tratamiento efectivo y seguro para la reversión urgente del efecto anticoagulante de dabigatran en TOS, empleando, en todos los pacientes, 5 g de idarucizumab independientemente del tiempo de cirugía. No se observaron complicaciones hemorrágicas intraoperatorias/postoperatorias relacionadas con el uso de idarucizumab.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

2336. BIOMARCADORES DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA QUE AFECTAN LA FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB EN NIÑOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTestinal

AUTORES

SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, MIARONS FONT M, PÉREZ BLANCO JS, CLEMENTE BAUTISTA S, SEGARRA CANTON O, TORRES PERAL R, GORGAS TORNER MQ, OTERO LÓPEZ MJ
COMPLEJO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº DE SAN VICENTE, 258-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

Desarrollar un modelo farmacocinético poblacional (PopPK) que describa el comportamiento de adalimumab en pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y evaluar posibles biomarcadores de actividad inflamatoria que afecten a su dosificación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, multicéntrico y multidisciplinar de 4 años de duración en el que se incluyeron niños y adolescentes (< 18 años) con EII moderada-grave tratados con adalimumab. Se excluyeron pacientes con baja adherencia confirmada. Se recogieron datos demográficos, de tratamiento, clínicos y biomarcadores de actividad [albúmina sérica (ALB), proteína C reactiva (PCR) y calprotectina fecal (CF)]. Las concentraciones séricas de adalimumab, tanto en fase de inducción como de mantenimiento, así como de los posibles anticuerpos anti-adalimumab (AAA) fueron determinados principalmente justo antes de la administración y analizadas mediante ensayo inmunoenzimático (ELISA).

El análisis PopPK se realizó aplicando una metodología fármaco-estadística basada en modelos de efectos mixtos no lineales. El modelo se desarrolló utilizando NONMEM v7.3. y el método de estimación condicional de primer orden con iteración (FOCEI). El peso corporal (PC) se incluyó en los parámetros PopPK siguiendo una relación alométrica. Los resultados, incluyendo test estadísticos adicionales y representaciones gráficas, fueron procesados, mediante el software R v3.5.1. Se realizaron simulaciones determinísticas para evaluar el efecto de los biomarcadores identificados sobre la exposición al fármaco y su posible repercusión en la dosificación de adalimumab.

RESULTADOS

Se incluyeron 30 pacientes (14 niñas), 23 (76,7%) diagnosticados de enfermedad de Crohn y 7 (23,3%) de colitis ulcerosa. La mediana (rango) de edad fue 13 (5-17) años y el PC medio (desviación estándar) de 4,8 (16,2) kg. Se analizaron un total de 105 muestras, con una concentración de adalimumab media de 11,1 (5,3) µg/mL.

La farmacocinética de adalimumab se caracterizó mediante un modelo de un compartimento con absorción (subcutánea) y eliminación de orden uno. La constante de absorción se fijó en 0,008 1/h (según Sharma et al. 2015). El volumen aparente de distribución fue estimado en 12,4*PC(Kg)/70Kg L y el aclaramiento aparente (CL/F) según la siguiente ecuación:

$$CL/F (L/h) = 0,016 * ((CF/81,7)^{0,069}) * ((ALB/4,3)^{-1,9}) * ((1+3,84)^{AAA}) * ((PC/70)^{0,75})$$

Donde AAA es 1 si sospecha de anticuerpos y 0 en caso contrario; CF se expresa en mg/Kg; ALB en g/dL y PC en Kg. La variabilidad interindividual del CL/F (coeficiente de variación) fue del 21,9% y la variabilidad residual (aditiva) del modelo fue 2 µg/mL.

Las simulaciones mostraron que los pacientes pediátricos con ALB < 3,5 g/dL, o con CF > 200 mg/Kg y PC > 70 Kg, precisan dosis intensificadas de 40 mg/semana para alcanzar el margen terapéutico (8-12 µg/mL).

CONCLUSIONES

El modelo PopPK desarrollado para pacientes pediátricos caracteriza adecuadamente el comportamiento cinético de adalimumab e incluye los biomarcadores ALB y CF que afectan a su aclaramiento. Los niños con ALB < 3,5 g/dL o con CF > 200 mg/Kg y PC > 70 Kg podrían beneficiarse de dosis intensificadas para alcanzar niveles terapéuticos.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

2547. VALORACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL BUROSUMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPOFOSFATEMIA LIGADA AL CROMOSOMA X

AUTORES

BUSTO IGLESIAS M, GIRÁLDEZ MONTERO JM, GIL CALVO M, GONZÁLEZ BARCIA M, VARELA REY I, CASTRO BALADO A, GARCÍA QUINTANILLA L, ZARRA FERRO I
COMPLEJO HOSPITALARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Burosumab es un anticuerpo monoclonal aprobado para el tratamiento de la hipofosfatemia ligada al cromosoma X. Este fármaco inhibe específicamente factor de crecimiento de fibroblastos 23 (FGF23), cuyos niveles están incrementados en esta enfermedad produciendo hipofosfatemia crónica, raquitismo y otras alteraciones a nivel óseo características de estos pacientes. El objetivo de este estudio es el de valorar el efecto del burosumab en cuanto a parámetros clínicos, analíticos y de seguridad en los pacientes pediátricos con hipofosfatemia ligada al cromosoma X de nuestra área sanitaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el cuál se seleccionaron pacientes pediátricos con diagnóstico de hipofosfatemia ligada al cromosoma X y a tratamiento con burosumab. Las variables de eficacia evaluadas fueron los niveles de fosfato inorgánico (Pi) en suero, la reabsorción tubular de fosfato (RTP) y la escala WOMAC (0-96 puntos). Esta escala nos permite valorar desde el punto de vista clínico la mejoría de actividad física, rigidez y dolor osteoarticular, una mayor puntuación indica peor capacidad funcional. Se compararon los valores obtenidos para estas variables desde 2 años antes del

comienzo del tratamiento, con los obtenidos durante las 72 semanas posteriores al inicio del burosumab. Adicionalmente se recogieron datos sobre posibles efectos adversos relacionados con la administración del fármaco. Los datos de los pacientes fueron extraídos del programa de prescripción electrónica (SILICON) y de la historia clínica electrónica (IANUS). Se obtuvieron consentimientos informados para todos los pacientes incluidos en el estudio.

RESULTADOS

Se incluyeron 3 pacientes (n=3) de edad entre 15 y 17 años. En los dos años previos al inicio del burosumab, ninguno de los pacientes presentó valores normales de Pi ($\geq 2,7$ mg/dl). En la visita de inicio los valores de Pi fueron de 1,7; 2,1 y 2,6 mg/dl respectivamente para los tres pacientes, aumentando tras 8 semanas de tratamiento hasta 3,0; 3,2 y 3,3 mg/dl, alcanzándose valores normales de Pi, y se mantuvieron hasta la semana 72 (2,9; 3,2 y 3,2 mg/dl). En cuanto la RTP (%) se observó un incremento de un 13,2%; 47,2% y 1,8% respectivamente en los tres pacientes tras el tratamiento, con respecto a los valores obtenidos en los dos años previos al inicio del burosumab. Los tres pacientes mostraron mejoría clínica según la escala WOMAC, reduciendo su puntuación tras el tratamiento en 10, 23 y 26 puntos respectivamente. Con respecto a la seguridad del medicamento, no se han identificado reacciones adversas graves durante el seguimiento; los pacientes manifestaron episodios de cefaleas, reacciones locales en la zona de inyección, sensación de mareo y náuseas.

CONCLUSIONES

El burosumab ha mostrado incrementos clínicamente significativos en los niveles de Pi y de RTP, así como una mejoría en términos de actividad física, rigidez y dolor osteoarticular de los pacientes estudiados, mostrando además ser seguro durante el periodo de seguimiento. Aunque el número de pacientes incluido es reducido, este estudio aporta información útil sobre el empleo del burosumab en la práctica clínica diaria.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

2578. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INESPECÍFICAS INTRAVENOSAS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

LÓPEZ PÉREZ A, CASAJÚS NAVASAL A, MAGALLÓN MARTÍNEZ A, PERALES PASCUAL J, SERRANO VICENTE MC, PÉREZ MORENO M, ESCOLANO PUEYO Á, ABAD SAZATORNIL MR
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Evaluar el perfil de utilización de las inmunoglobulinas inespecíficas intravenosas (IgIV) en un hospital de tercer nivel y su adecuación a las Guías de Práctica Clínica y a las Fichas Técnicas (FT).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, que incluyó a todos los pacientes tratados con IgIV, tanto ambulatorios como hospitalizados, en el periodo de enero de 2018 a octubre de 2019.

Los pacientes se clasificaron según servicio prescriptor, indicación y dosis. Las indicaciones se categorizaron en cuatro grupos según su nivel de evidencia: indicaciones aprobadas en FT, fuera de indicación (FI) avalada con sólida evidencia científica, FI con evidencia limitada y FI con uso no recomendado. Para llevar a cabo esta clasificación se utilizaron los documentos desarrollados por "Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (Off-Label Use of Intravenous Immunoglobulin)" y la adaptación española de la "Clinical Guidelines for Immunoglobulin Use" del "British Health Department". De aquellas indicaciones no incluidas en estos documentos se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos. La fuente de datos utilizada fue el módulo de pacientes ambulatorios del programa informático Farmatools®. Los datos se recogieron y analizaron estadísticamente en Excel®.

RESULTADOS

Se trataron con IgIV 334 pacientes consumiendo un total de 120.261g. Los servicios prescriptores en orden decreciente de número de pacientes fueron: 37,1% hematología (consumiendo 35.722g), 22,9% medicina interna (34.042g), 22,4% neurología (45.080g), 9,2% pediatría (2.292g), 3,2% neumología (1.930g), 2,2% nefrología (431g), 0,6% reumatología (120g), 0,6% UCI (160g), 0,6% ginecología (216g), 0,6% infecciosos (124g), 0,3% cardiología (110g) y 0,3% neurocirugía (34g).

Las IgIV se prescribieron para 27 indicaciones diferentes. El 70,0% de las indicaciones eran FI, de las que 68,4% se categorizaron como FI con evidencia limitada, 26,3% como FI avalada con sólida evidencia científica y 5,3% FI con uso no recomendado. Dentro de las indicaciones aprobadas en FT las mayoritarias fueron la inmunodeficiencia secundaria con el 25,4% de pacientes (24.864g) y la inmunodeficiencia primaria con el 24,8% (24.394g).

El porcentaje de pacientes tratados con IgIV FI fue del 17,0%, siendo el 64,8% de ellos FI con sólida evidencia científica, el 33,5% de FI con evidencia limitada y sólo 1,7% de pacientes tratados con IgIV FI con uso no recomendado. Destacamos que, dentro de las indicaciones no aprobadas pero con sólida evidencia, la miastenia gravis y las miopatías inflamatorias (polimiositis y dermatomiositis) han sido las más frecuentes, tratándose de un 4,5% de los pacientes y un 4,2% respectivamente y generando un consumo de 6.670 y 13.316g.

CONCLUSIONES

Las IgIV constituyen una importante estrategia terapéutica en el hospital y su uso es muy extendido en múltiples patologías. Los servicios más prescriptores fueron hematología, en número de pacientes, y neurología en consumo. Las IgIV son prescritas en un elevado porcentaje de indicaciones no aprobadas en FT y de ellas, solamente un tercio disponen de sólida evidencia científica, si bien el volumen de pacientes es mayor en las indicaciones aprobadas en FT. Se considera imprescindible la realización de protocolos que racionalicen el uso de las IgIV.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS**2641. ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EXTRAVASACIÓN DE FÁRMACOS NO PELIGROSOS EN LA UNIDAD NEONATAL DE CUIDADOS INTENSIVOS****AUTORES**

SANJUÁN BELDA A, MARTÍN MARQUÉS M, OTERO VACCARELLO OM, ALBUJAR FONT MM, DEL ESTAL JIMENEZ J, ESTEVE PITARCH E, LOPEZ BROSETA PA, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL UNIVERSITARI DE TARRAGONA JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRE GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Establecer las medidas de actuación en casos de extravasación de fármacos no peligrosos en la Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos (UCIN).

MEJORAS ESPERADAS

La creación del protocolo busca actuar de forma más rápida, clara, segura y menos variable ante casos de extravasación en neonatos críticos, adaptando las medidas al fármaco extravasado de manera individualizada por paciente.

DISEÑO

Tras la extravasación de la nutrición parenteral en varios neonatos, el servicio de farmacia con la colaboración de la unidad de neonatología y enfermería, decidió elaborar un protocolo que incluyera: el diagnóstico de una extravasación, valoración de la gravedad, medidas generales de tratamiento, medidas específicas según el agente extravasado y el seguimiento del paciente.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se formó el equipo multidisciplinar junto con pediatría y enfermería que estableció la distribución de tareas, plazos, objetivos y cómo proceder. En farmacia se siguieron las etapas descritas:

- 1.- Revisión bibliográfica y determinación de las medidas generales.
- 2.- Análisis de los fármacos de administración intravenosa utilizados en la UCIN.
- 3.- Elaboración de una tabla con los fármacos intravenosos de la UCIN y un algoritmo de actuación.
- 4.- Puesta en común con el equipo multidisciplinar.
- 5.- Redacción del protocolo.

IMPLANTACIÓN

Para implantar el protocolo y dar a conocer el circuito entre el personal implicado, se realizaron dos sesiones formativas en enero de 2020; una para el personal de enfermería del área y otra para la presentación entre el personal médico del servicio de pediatría.

El protocolo incluye un algoritmo de cómo proceder ante una extravasación y una tabla que se elaboró tras la revisión de 32 fármacos, la cual contiene el tratamiento específico de elección y el alternativo o para casos graves de cada uno de ellos.

Se prepararon dos Kits de extravasación que contenían: 2 ampollas de hialuronidasa 1500UI, 2 viales de fentolamina liofilizada 5mg y el protocolo. En el programa informático de la unidad están introducidos ambos fármacos para ser prescritos con los consejos de preparación, administración y dosis correspondientes.

El protocolo recoge la necesidad de adjuntar una foto de la extravasación en el programa para comprobar su evolución. Además de establecer un formulario que debe cumplimentar enfermería para analizar los datos a posteriori e implementar mejoras.

RESULTADOS

Desde su implantación se ha utilizado en 11 ocasiones con evidentes mejoras en la forma de proceder ante una extravasación, sin generar ninguna consulta a farmacia y con buena evolución en los pacientes. Se observó un descenso en el tiempo transcurrido entre la detección de la extravasación y la aplicación de las medidas necesarias, mayor seguridad por parte del personal de enfermería y médico de cómo actuar; además de facilitar la labor de farmacia hospitalaria y actuar correctamente cuando no esté presente el farmacéutico en el centro. El protocolo evita errores tanto por acción como por omisión.

LIMITACIONES

Dada la falta de datos previos a la implantación del protocolo es difícil evaluar cuantitativamente la mejora del proceso.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este protocolo se puede aplicar y extrapolar a Servicios de UCIN de otros hospitales fácilmente. No requiere de muchos recursos y puede adaptarse a los procedimientos de cada centro.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS**2675. PAPEL DEL SERVICIO DE FARMACIA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL****AUTORES**

GUTIÉRREZ PALOMO S, ROCHINA ASTORGA A, GONZÁLEZ FERNÁNDEZ A, IBAÑEZ CARRILLO M, MATOSES CHIRIVELLA C, MURCIA LÓPEZ AC, JIMÉNEZ PULIDO IP, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CAMI DE L'ALMAZARA 11. ALICANTE

OBJETIVOS

La Unidad de Hospitalización a Domicilio pediátrica (UHDP) tiene como objetivo proporcionar a la población pediátrica la atención hospitalaria que precisan sin necesidad de ingreso hospitalario. El objetivo del estudio es analizar las características de los pacientes pediátricos atendidos por la UHDP durante 2 años, y describir el papel asumido por el servicio de farmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado durante 2 años. Los pacientes incluidos en el estudio, el número de ingresos en UHDP, las líneas de tratamiento (entendiendo como tales cada una de las especialidades farmacológicas recogidas en la orden médica) y la estancia por ingreso se obtuvieron del programa Farmasyst®. La edad de los pacientes y el diagnóstico por ingreso se obtuvieron del programa Mizar®. Se utilizó el sistema de clasificación Clinical Risk Groups (CRG) para categorizar el estado de salud de los pacientes. El papel asumido por el servicio de farmacia se midió a través del número de determinaciones farmacocinéticas realizadas, las fórmulas magistrales elaboradas, la preparación de mezclas intravenosas (IV) y jeringas orales de medicamentos peligrados y el número total de líneas de tratamiento dispensadas.

RESULTADOS

Un total de 66 pacientes fueron incluidos en el estudio (35 varones y 31 mujeres). La mediana de edad por ingreso fue de 2 años y el número medio de ingresos por paciente fue de 2. La mediana de estancia por ingreso se situó en 17 días y el número medio de líneas de tratamiento por ingreso en 4. En referencia a los diagnósticos el 32,2% se debió a alteraciones del sistema nervioso central, el 21,7% a alteraciones cardiorespiratorias, el 19,5% a prematuridad, 12,6% por infecciones, 11,2% a alteraciones del crecimiento y 2,8% a procesos oncológicos. El 70% de los pacientes eran crónicos complejos según los CRG.

Se dispensaron 488 líneas de tratamiento: 63 líneas (13%) precisaron un proceso de elaboración, 46 líneas (9,5%) correspondían a Formulas Magistrales (32,6% micronutrientes, 21,7% antiepilépticos, 21,4% antiulcerosos/diuréticos, 13% antiinflamatorios/antihipertensivos y 11,3% otros) y 17 líneas (3,5%) a jeringas orales/mezclas IV (70,5% antiepilépticos, 17,6% antibióticos y 11,9% otros). El número total de solicitudes de monitorización farmacocinética fue de 10, con una media de 2 determinaciones por paciente (77,8% antiepilépticos y 22,2% antibióticos).

CONCLUSIONES

Los pacientes de la UHDP son en su mayoría pacientes crónicos complejos y presentan gran variedad de patologías, lo cual conlleva ingresos superiores a 2 semanas con un elevado número de medicamentos a dispensar que requieren un proceso de elaboración y/o monitorización por parte del servicio de farmacia para el ajuste a la población pediátrica.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

2796. ANÁLISIS DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS SUBCUTÁNEAS EN 2020 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

PÉREZ MORENO M, NAVARRO AZNAREZ H, CAZORLA PODEROSO L, ABAD BAÑUELOS B, PASCUAL MARTÍNEZ O, MAGALLÓN MARTÍNEZ A, PINILLA RELLO A, ABAD SAZATORNIL MR
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Analizar el tratamiento de pacientes adultos tratados con inmunoglobulinas subcutáneas (IgSC) en un hospital de tercer nivel. Estudiar el impacto en la dosis y el gasto del uso de IgSC en los casos en los que previamente se realizó tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (IgIV).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, que incluye el total de pacientes tratados con IgSC hasta mayo de 2020 en nuestro hospital. Las variables analizadas fueron sexo, edad, indicación y servicio prescriptor. Se evaluó la existencia previa de administración de IgIV, su dosis y se analizó el motivo del cambio a IgSC. Se estudió la dosis de IgSC en el momento del cambio de vía y la dosis de mantenimiento. Se realizó un test para muestras apareadas no paramétricas (test de Wilcoxon) para observar la existencia de diferencias en las medias de dosis. Los datos se recogieron a través de la historia clínica y del software Farmatools®.

RESULTADOS

De los 46 pacientes (54,35% mujeres, media de edad de 54.6 años [20- 78]), un 78,26% había llevado tratamiento previo con IgIV, con una dosis media de 29,15g. La dosis media de IgSC fue de 26,32g en el momento del cambio de vía y de 23g con la dosis de mantenimiento. El test de Wilcoxon mostró una diferencia significativa entre las medias de dosis de las IgIV y las IgSC ($p < 0,001$). La principal indicación fue inmunodeficiencia primaria (97,83%), seguida de neuropatía multifocal (2,17%). Los servicios prescriptores fueron Medicina Interna (67,39%), seguido de Neumología (10,87%), Enfermedades Infecciosas (8,70%), Hematología (6,52%), Neurología (2,17%), Oftalmología (2,17%) y Oncopediatría (2,17%).

El motivo del cambio de IgIV a IgSC se produjo a través de un protocolo autonómico o por evaluación individualizada (fuera del protocolo). Los motivos de cambio según protocolo engloban: mal control de la clínica con la vía intravenosa (41,86%), efectos secundarios a la administración intravenosa (18,60%), dificultad para acudir al hospital (18,60%) y dificultad de acceso venoso junto con mal control de la clínica (9,30%). Un 6,98% de los pacientes recibieron la aprobación del tratamiento de manera individualizada a través de una evaluación por el comité autonómico.

Del total de pacientes, un 15,22% (7) discontinuaron el tratamiento con IgSC, de los cuales 6 lo hicieron por reacciones adversas relacionadas con la administración (flebitis, incomodidad, prurito) y 1 por exitus.

En relación a la variación de dosis en el cambio de vía, con el paso a IgSC se obtuvo un ahorro en dosis total en gramos del 22,68%, lo que supone un ahorro económico de un 14,50% en relación al gasto anterior por vía IV.

CONCLUSIONES

Un elevado número de pacientes con tratamiento endovenoso previo se han beneficiado del cambio a vía subcutánea, evitando así posibles efectos relacionados con la administración intravenosa. Se evidencian diferencias en las dosis administradas en función de la vía de administración, con el consiguiente ahorro que esto puede suponer tanto a nivel de gastos directos como indirectos.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

2799. SEGURIDAD Y EFICACIA DEL ACONDICIONAMIENTO CON TREOSULFAN PREVIO A TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO EN NIÑOS CON ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES.

AUTORES

NARRILLOS MORAZA Á, GONZÁLEZ-HABA PEÑA E, SÁNCHEZ FRESNEDA MN, MARTÍNEZ FERNÁNDEZ-LLAMAZARES C, REVUELTA HERRERO JL, TALADRIZ SENDER I, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

El trasplante alogénico de progenitores hematopoyético (alo-TPH) continúa siendo la única opción curativa en la enfermedad de células falciformes (ECF). La opción de ofrecer alo-TPH está limitado por el riesgo de mortalidad y morbilidad. Los regímenes de acondicionamiento con busulfán asociado a fludarabina y a ciclofosfamida o tiotepa eran tradicionalmente la opción preferente. Treosulfan es un agente alquilante estructuralmente parecido a busulfán que presenta teóricamente ventajas por su importante actividad inmunosupresora, mínima toxicidad extramedular y farmacocinética lineal que disminuye la variabilidad entre los pacientes.

El objetivo de este estudio es evaluar el perfil de seguridad y las complicaciones asociadas al alo-TPH tras un régimen de acondicionamiento mieloablativo basado en treosulfán en pacientes pediátricos con ECF, así como la eficacia a largo plazo del procedimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes pediátricos con diagnóstico de ECF sometidos a alo-TPH en un hospital de tercer nivel entre abril de 2015 y febrero de 2020.

El régimen de acondicionamiento consistió en tiotepa, treosulfan, fludarabina e inmunoglobulina antitimocito.

Las variables registradas fueron: sexo, edad, fecha de diagnóstico, fecha de trasplante, profilaxis de enfermedad de injerto contra huésped (EICH), profilaxis anticonvulsiva y de enfermedad venooclusiva hepática (EVO), incidencia acumulada de EICH, toxicidades no hematológicas (probablemente asociadas al régimen de acondicionamiento) durante los 30 primeros días del trasplante, fallo del injerto, quimerismo en sangre periférica (SP) en el último seguimiento y muerte relacionada con el trasplante y por cualquier causa.

RESULTADOS

Se incluyeron 30 pacientes en el estudio, 16 niñas y 14 niños. En 20/30 niños se diagnosticó la ECF en el cribado neonatal. La mediana de edad del diagnóstico de ECF fue de 2 meses (RIC 2,0-6,0) y la edad en el momento del alo-TPH de 5,5 años (RIC 2,9-9,5). La mediana de tiempo entre el diagnóstico y el trasplante fue de 4 años (RIC 2,6-7,4). En todos los pacientes fue el primer trasplante, menos 1 paciente que había tenido un fallo de injerto de alo-TPH previo con acondicionamiento de busulfan y ciclofosfamida.

Se utilizó doble inmunosupresión como profilaxis de EICH, 21/30 ciclosporina y micofenolato de mofetilo y en 9/30 tacrolimus y micofenolato de mofetilo. Todos llevaron levetiracetam y ácido ursodesoxicólico como profilaxis anticonvulsiva y de EVO.

11/30 sufrieron EICH cutáneo (10 grado I-II; 1 grado III-IV) y 2/30 EICH hepático grado I-II. Todos se manejaron adecuadamente.

Se registraron 4/30 casos de mucositis grado I-II y 4/30 mucositis grado III-IV, 2/30 diarreas I-II, 5/30 toxicidades neurológicas (crisis epilépticas y encefalopatías) y 1/30 hepatomegalia sin signos de EVO.

Al final del seguimiento, 27/30 pacientes presentaban quimerismo completo en SP. En los pacientes en los que de forma precoz se detectó quimerismo mixto se les aumentó la inmunosupresión como medida para evitar el fallo de injerto.

Con una mediana de seguimiento de 27 meses (RIC 14,6-42,1), el 100 % de los pacientes están vivos y libres de enfermedad sin que se haya producido ningún fallo del injerto.

CONCLUSIONES

El esquema de acondicionamiento con treosulfan presenta un perfil de toxicidad muy manejable, y la morbi-mortalidad del procedimiento es baja.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

2801. ESTUDIO DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS SUBCUTÁNEAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

AUTORES

PÉREZ MORENO M, NAVARRO AZNAREZ H, CAZORLA PODEROSO L, ABAD BAÑUELOS B, PASCUAL MARTÍNEZ O, PINILLA RELLO A, PERALES PASCUAL J, ABAD SAZATORNIL MR
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Estudio del uso de las inmunoglobulinas subcutáneas (IgSC) en pediatría en un hospital de tercer nivel. Análisis de las indicaciones por las que se inicia el tratamiento, la dosis recibida y las causas de discontinuación. Estudio del impacto del tratamiento en los niveles de IgG.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal en el que se analizaron todos los pacientes pediátricos tratados con IgSC hasta mayo de 2020 en nuestro hospital.

Las variables consideradas fueron demográficas (sexo, edad), clínicas (diagóstico) y farmacológicas (existencia o no de administración previa IV y dosis de IgSC). Se analizaron los niveles de IgG en el momento previo al inicio del tratamiento subcutáneo y en el momento actual.

Los datos se obtuvieron a través de la historia clínica electrónica y del software Farmatools®.

RESULTADOS

De los 9 pacientes, 5 mujeres, con media de edad 11,1 años [3-18], 8/9 pacientes habían recibido con anterioridad tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (IgIV). Los servicios prescriptores fueron Oncopediatría (44.5%), Pediatría (22.2%), Endocrinología Infantil (11.1%), Enfermedades Infecciosas (11.1%) y Digestivo (11.1%).

La indicación principal para la que se prescribió el tratamiento fue en inmunodeficiencias primarias (55,6%, 5/9), donde en 4 de los casos se debió a agamaglobulinemia ligada al cromosoma X. Las demás indicaciones incluyeron enteropatía pierde-proteínas grave (22,2%), síndrome de Mirage (11,1%) y síndrome ICF (inestabilidad de la región centromérica y anomalías faciales) (11,1%).

De los 9 pacientes, 2 no reciben tratamiento en la actualidad (22,2%). En un paciente se resolvió la enteropatía a través de cirugía y otro paciente discontinuó el tratamiento por reacciones infusionales relacionadas con la administración subcutánea, volviendo a la administración intravenosa. En los pacientes en tratamiento actual, (7/9), la dosis media es de 0,4g/kg/semana (calculado ajustado), ya que en 4/7 casos se han podido realizar ajustes en la posología de administración para distanciar las administraciones pues los pacientes presentaban un adecuado control de la patología.

Los niveles de IgG, comparando los valores analíticos más recientes de los pacientes en tratamiento con los valores de IgG previos al tratamiento subcutáneo, aumentaron en un 10,1%.

CONCLUSIONES

El tratamiento con IgSC se ha implantado satisfactoriamente en nuestro centro, demostrando ser eficaz y reduciendo diversos efectos negativos de la hospitalización, suponiendo una ventaja al poder realizar la administración en el domicilio evitando ausencias escolares y estancias hospitalarias en pacientes en ocasiones con mayor riesgo de padecer infecciones. A pesar de esto son necesarios estudios con muestras más grandes para obtener una validez externa mayor.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

2803. RUXOLITINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL INJERTO CONTRA HUÉSPED CORTICORRESISTENTE EN PEDIATRÍA.

AUTORES

ALONSO MARTINEZ C, SERRAMONTMANY MORANTE E, RENEDO MIRÓ B, BENITEZ CARABANTE MI, OLIVERAS ARENAS M, FERNANDEZ POLO A, CARRERAS SOLER MJ, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. PASEO DE LA VALL D'HEBRON, 119-19. BARCELONA

OBJETIVOS

La enfermedad del injerto contra el huésped (EICH) corticorresistente (CR) es una complicación significativa del Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) y una de las causas principales de morbi-mortalidad. Ruxolitinib presenta resultados prometedores en población adulta pero los datos en pediatría son escasos.

El objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de ruxolitinib en pacientes pediátricos con EICH CR.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes pediátricos (≤ 18 años) con EICH CR tratados con ruxolitinib entre enero 2017-mayo 2020.

A partir de la histórica clínica y software de farmacia se obtuvieron los datos biodemográficos y clínicos: patología de base, indicación, tipo, localización y gravedad del EICH, tratamientos previos, posología y duración de ruxolitinib, respuesta completa (RC), parcial (RP) y toxicidades.

Todos los pacientes fueron aprobados por la dirección como uso excepcional y se solicitó consentimiento informado al paciente/cuidador.

RESULTADOS

Se incluyeron 15 pacientes (10 niños), edad mediana 11 años [6-18], afectos de EICH CR post-TPH (6 de donante emparentado y 9 no emparentado, 12 de médula ósea y 3 de sangre de cordón umbilical).

Las patologías de base fueron: leucemias agudas (n=7), leucemia mieloide crónica (n=1), linfoma anaplásico de células grandes (n=1), enfermedad granulomatosa crónica (n=2) y otras enfermedades genéticas (n=4).

Nueve pacientes desarrollaron EICH agudo (EICHa) grado-II (n=3), grado-III (n=3) y grado-IV (n=3). Seis pacientes desarrollaron EICH crónico (EICHc) moderado. El número mediano de órganos afectados por paciente fue 2 [1-4]: cutáneo (n=12), digestivo (n=12), articular (n=2), pulmonar (n=5) y hepático (n=1).

La mediana de tratamientos previos a ruxolitinib fue 4 [1-6], siempre incluyendo corticoesteroides como primera línea. Como segunda o tercera línea: fotoaféresis extracorpórea, células mesenquimales, inmunosupresores e infliximab.

Las dosis iniciales de ruxolitinib se decidieron según peso, tratamiento concomitante con posaconazol y gravedad del EICH aumentando según respuesta y tolerancia hasta un máximo de 10mg/12h. Un paciente (15 kg) comenzó con 1.25mg/12h aumentando hasta 5mg/12h. Cinco iniciaron con 2.5mg/12h (peso medio 18 kg, SD 9.8) de los cuales 3 aumentaron a

5mg/12h. Seis pacientes empezaron con 5mg/12h (peso medio 47.3 kg, SD 16.1) y 2 aumentaron a 10mg/12h. Cuatro comenzaron con 10mg/12h (peso medio 45.5 kg, SD 18.4), 1 tuvo que reducir a 5mg/12h por interacción con posaconazol. La mediana de duración de tratamiento fue de 11 meses [1-39].

En EICHa hubo 6 RC, 9 RP, 1 no respuesta. Todos los pacientes con EICHc presentaron algún tipo de respuesta: 1 RC y 5 RP; por aparatos: cutáneo 4/6 RC y 2/6 progresión; pulmonar 3/5 RC y 2/5 RP; digestivo 4/4 RC y articular 2/2 RP. Las toxicidades asociadas fueron: leucopenia (n=2), anemia (n=1) y plaquetopenia (n=2). Dos pacientes tuvieron que suspender el tratamiento por toxicidad hematológica. Ningún paciente presentó hepatotoxicidad. Como complicaciones infecciosas, dos pacientes presentaron reactivación por citomegalovirus. Un paciente falleció por progresión de su enfermedad de base.

CONCLUSIONES

En nuestros pacientes, ruxolitinib ha demostrado ser una opción de tratamiento eficaz y segura pero son necesarios ensayos clínicos bien diseñados para conocer su beneficio real en pacientes pediátricos con EICH CR.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

2933. BUROSUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPOFOSFATEMIA LIGADA AL CROMOSOMA X

AUTORES

ROTEA SALVO S, MARTINEZ ROCA C, YAÑEZ GOMEZ P, FERNANDEZ OLIVEIRA C, MARTINEZ PRADEDA A, FERNANDEZ BARGIELA N, GIMENEZ ARUFE V, MARTIN HERRANZ MI
CHUAC. AS XUBIAS, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

Burosumab es un anticuerpo monoclonal recombinante indicado en el tratamiento de la hipofosfatemia ligada al cromosoma X (HLCX) en niños a partir de 1 año y adolescentes en crecimiento. El objetivo de este trabajo es evaluar su efectividad y seguridad en el tratamiento de HLCX.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Periodo: agosto 2019-mayo 2020. Criterios de inclusión: pacientes a tratamiento con burosumab. Fuente de datos: historia clínica electrónica. Variables recogidas: edad, peso, talla (percentil -P-), pauta posológica, niveles de fósforo, fosfatasa alcalina (FA), paratohormona (PTH) y 1,25 dihidroxivitamina D (VitD), efectos adversos, calidad de vida. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación estándar (DE).

RESULTADOS

Se incluyeron dos pacientes de 15 y 11 años (hermanas) a tratamiento sustitutivo con fosfato oral y análogos de VitD desde los 4 años y 4 meses respectivamente. Una semana antes de iniciar tratamiento con burosumab subcutáneo se suspendió el tratamiento convencional. Ambas pacientes iniciaron con una dosis de 15 mg (ajustando la dosis de inicio de 0,4 mg/kg recomendada en ficha técnica) por lo que se decidió solicitar el vial de burosumab 30 mg y redosificar en dos jeringas en cabina de flujo laminar (estabilidad: 14 días nevera según Guía Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria). En ambos casos no fue necesario incrementar la dosis manteniéndose un adecuado control de los niveles de fósforo con dosis de 0,4 mg/kg cada 2-3 semanas (dosis de mantenimiento inferior a la recogida como habitual en ficha técnica: 0.8 mg/kg cada 2 semanas).

Al inicio del tratamiento, la primera paciente presenta las siguientes características: 15 años 7 meses, 41.2kg, 153.5cm (P5), fósforo 2.6mg/dL y FA 453UI/L. Tras 9 meses de seguimiento (16 dosis): 16 años 5 meses, 44kg, 155cm (P10), fósforo 3.7mg/dL y FA 188 UI/L. En el periodo intermedio (medias \pm DE): fósforo 3.09 \pm 0.42; FA 195.8 \pm 125.94; VitD 26.3 \pm 11.3; PTH 60.66 \pm 19.73.

En el caso de la segunda paciente, al inicio: 11 años 11 meses, 40 kg, 138.5 cm (P3), fósforo 2.7 mg/dL y FA 796 UI/L.

En el último registro (17 dosis): 12 años 9 meses, 44.5 kg, 140.5 cm (P1), fósforo 3.4 mg/dL y FA 211 UI/L. En el periodo intermedio (medias \pm DE): fósforo 3.47 \pm 0.38; FA 264.27 \pm 199.37; VitD 19.71 \pm 7.59; PTH 73.84 \pm 20.25.

En ambos casos se observó mejoría en las concentraciones anormalmente bajas de fosfato sérico y un incremento de la talla de 1,5 y 2 cm respectivamente. Las dos pacientes refirieron mejor calidad de vida tras cambio a burosumab. El único efecto adverso observado fue la disminución de VitD que requirió suplementación en las dos pacientes.

CONCLUSIONES

Consideramos que burosumab puede ser una alternativa terapéutica efectiva y segura en el tratamiento del HLCX, incluso en adolescentes mayores de 12 años. En nuestro caso, la dosis de mantenimiento necesaria para un adecuado control fue inferior a la recogida como habitual en ficha técnica. La coordinación entre el equipo multidisciplinar permitió la redosificación de burosumab en cabina para el ajuste de dosis constituyendo una importante medida de ahorro al tratarse de un medicamento de alto impacto económico.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1368. IDENTIFICACIÓN DE SUEROTERAPIA ESPECIAL EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL DE PRIM-ER NIVEL

AUTORES

VICO GARCÍA V, RODRÍGUEZ LABRADOR J, NOGALES REY G, SANCHEZ SERRANO L, SANZ MARTIN L, GONZÁLEZ DE LA ROSA C, ESQUINAS PADÍN A, GONZÁLEZ AVILÉS C
HOSPITAL DEL HENARES. AV/MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS

- Reducir los posibles riesgos para los pacientes derivados de la administración intravenosa de soluciones de glucosa hipertónica de concentración \geq al 20%, cloruro sódico (ClNa) hipertónico y agua estéril para inyección, inhalación e irrigación en envases de volumen \geq a 100ml (excluyendo los que no tienen posibilidad de conexión con un sistema de administración intravenosa).

MEJORAS ESPERADAS

Evitar confusiones a la hora de coger un suero y su posterior administración.

DISEÑO

- Elaboración de un protocolo de almacenamiento de suero terapia especial elaborado por un equipo multidisciplinar formado por el jefe de servicio, la farmacia y los técnicos responsables del área de almacén.
- Elaboración de unas etiquetas identificativas de “¡Precaución! NO APTO PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA” O “¡PRECAUCIÓN! SOLUCIÓN CONCENTRADA”, para su colocación según proceda.
- Implantación de una zona dedicada sólo para la colocación de la suero terapia especial, identificada claramente para su almacenamiento.
- Conocimiento por parte del técnico de farmacia de comunicar al farmacéutico las peticiones de éstos sueros por parte de hospitalización o urgencias para confirmar su validación.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Adjudicación de una estantería para el almacenamiento exclusivo de la suero terapia especial, con unas etiquetas identificativas claras y visibles.
- Colocación de etiquetas identificativas de “¡Precaución! NO APTO PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA” O “¡PRECAUCIÓN! SOLUCIÓN CONCENTRADA” en el momento de la recepción de los pedidos en cada uno de los frascos y el exterior de la caja, por el técnico de farmacia.
- Colocación de las cajas de suero una vez etiquetadas en la estantería correspondiente, identificada como SUEROTERAPIA ESPECIAL.

IMPLANTACIÓN

Se instauró el 15 de Julio de 2014, para evitar errores graves de mala administración y/o equivocación de suero pautado, asegurando de esta manera el correcto tratamiento para el paciente.

RESULTADOS

Desde su puesta en marcha, la dispensación de los sueros es más segura, ya que:

- Todos están debidamente identificados y etiquetados avisando de la gravedad por un mal uso.
- Al tener que dispensar un suero de esa estantería, el técnico de farmacia avisa al farmacéutico para que valide la prescripción y autorice la dispensación.
- Al estar toda la suero terapia especial bien identificada, se le facilita al supervisor de guardia del hospital retirar dichos sueros fuera de horario de farmacia.

LIMITACIONES

Desde el Servicio de Farmacia se pone en conocimiento a todo el personal sanitario del hospital por medio de la INTRANET del documento de protocolo de almacenamiento de suero terapia especial, donde se reflejan los pasos a seguir para un buen uso de éstos. No obstante, no es posible realizar un seguimiento estricto del cumplimiento de las indicaciones recomendadas en el protocolo, quedando en manos del supervisor y personal de la unidad la responsabilidad de cumplirlas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Es un método sencillo de implantar y cómodo de utilizar, aplicable a cualquier servicio de farmacia, que aporta seguridad y disminuye errores de medicación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL**1374. ELABORACIÓN DE UN LISTADO DE PAREJAS DE FÁRMACOS DE INTERÉS EN EL NEONATO PARA EL ESTUDIO DE SU COMPATIBILIDAD FÍSICA****AUTORES**

DE BASAGOITI GORORDO A, KATSUMITI A, ABASCAL ELIAS S, CAMPINO VILLEGAS A
HOSPITAL DE CRUCES. PZA. CRUCES S/N. VIZCAYA

OBJETIVOS

El paciente neonato ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es un paciente altamente vulnerable, por su inmadurez fisiológica y los múltiples procedimientos a los que puede ser sometido. Uno de estos procedimientos es la administración simultánea de varios fármacos vía intravenosa. La compatibilidad física de los fármacos determina que fármacos pueden administrarse en Y por la misma vía y cuales requieren la canalización de nuevos accesos venosos. El objetivo principal del estudio es establecer una lista de priorización de parejas de uso frecuente en UCINs, sin datos bibliográficos de compatibilidad física, para su posterior estudio en laboratorio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional multicéntrico en dos fases. En la fase I se recogió información en nueve UCINs de tercer nivel mediante una encuesta referente a fármacos de uso frecuente y su modo de preparación y administración (diluyentes, concentraciones, material del envase y tiempo de administración). Tras la selección de los fármacos a estudio según los criterios establecidos por el equipo multidisciplinar de farmacéuticos, pediatras y enfermeras, se diseñaron tablas bidimensionales para determinar la compatibilidad de los fármacos, en base a la información disponible en tres bases de datos de prestigio (Micromedex®, King Guide to parenteral Admixtures® y Stabilis®). Como resultado de ese análisis y la aplicación de una serie de criterios de priorización establecidos por el equipo multidisciplinar se obtuvo un listado de parejas de fármacos sin información bibliográfica disponible (28 parejas de fármacos). En la fase II se diseñó una encuesta online para establecer una lista de priorización de la información de la fase I según los intereses de los profesionales de las UCINs españolas. También se solicitó a los participantes sugerir parejas de fármacos, no recogidas en el listado, que fuesen útiles para la práctica clínica diaria. Esta encuesta se divulgó a través de la Red de Salud Materno Infantil y del Desarrollo (Red Samid) y el grupo de trabajo Segurneo de la Sociedad Española de Neonatología.

RESULTADOS

Se recibieron un total de 112 encuestas durante el periodo del 24 de octubre al 24 de noviembre de 2019, correspondientes a 55 hospitales diferentes (3 de las encuestas pertenecieron a UCINs no españolas). El 61.6% de los participantes fueron pediatras, el 33% enfermeras, el 4.5% farmacéuticos y un 0.9% no se identificó. En cuanto al tiempo de experiencia en UCINs, el 68.8% declaró una experiencia de más de 10 años. Cada participante pudo seleccionar un máximo de diez parejas de fármacos. Las parejas de fármacos que más interés recabaron fueron: adrenalina-furosemida (95/112), adrenalina-dexametomidina (70/112), milrinona-heparina (65/112) y noradrenalina-ketamina (50/112). Doce participantes (10 UCINs) cumplimentaron el apartado de sugerencias, en 5 de los casos (3 UCINs) se recogió la misma información: estudios de compatibilidad de fármacos y nutriciones parenterales con lípidos

CONCLUSIONES

La falta de información de compatibilidad física de fármacos y fármacos con nutrición parenteral es un punto clave en el que trabajar desde el Servicio de Farmacia para asegurar una administración segura de fármacos. Lo profesionales de las UCINs demandan una información necesaria para mejorar la seguridad de sus pacientes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1385. RELEVANCIA CLÍNICA DE LA INTERACCIÓN ENTRE ACENOCUMAROL E INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

AUTORES

LOZANO ORTIZ R, MARTINEZ CRESPO A, APESTEGUÍA EL BUSTO AF, FRUTOS PÉREZ-SURIO AJ, FRANCO GARCIA ME, SANTACRUZ ABION MJ, MARÍN LACASA R, ALCÁZAR RODRIGUEZ MA
HOSPITAL REAL DE NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. RAMON Y CAJAL 60. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Evaluar la relevancia clínica de la interacción farmacológica (DDI) entre acenocumarol (ACE) y omeprazol (OMP), pantoprazol (PNT) y lansoprazol (LNS).

MATERIALES Y MÉTODOS

Muestra compuesta por todos los pacientes ingresados en nuestro hospital desde 2013 a 2018 y que, estando en tratamiento previo con ACE durante ≥ 7 días completos (ACE, desde día -7 a -1), iniciaron tratamiento concomitante con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) durante al menos otros ≥ 7 días completos (ACE+IBP, desde día $+1$ a $+7$). Todos los pacientes estaban en seguimiento por el servicio de hematología, ajustándose cada 3 días la dosis semanal de ACE (dACE) para alcanzar un valor de INR=2,5.

El cociente entre el INR y la dosis semanal de ACE (INR/dACE) constituyó el variable principal.

Finalmente, para evaluar la intensidad de la DDI, se comparó el factor de exposición (FE), calculado como el valor de INR/dACE en el grupo a estudio dividido por el del grupo control bibliográfico [INR 2.89 (0.44) y dosis diaria de ACE=3.04 (1.19) mg/día; PLoS ONE. 2012;7(5): e37844], de los grupos OMP-iv, OMP-po, LNS y PNT, al 3er y 6º días de tratamiento, con el grupo control. Para la significación estadística, se usó la t de Student. Todos los datos se presentan como media (DS).

RESULTADOS

Grupo OMP-iv (N=13); diagnóstico: 77% fibrilación auricular (FA), 15% tromboembolismo pulmonar (TEP) y 8% desconocido. Edad=87(6) años; índice masa corporal (IMC)=31.3(2.9)kg/m²; índice Barthel=46.3 (22.7); INR/dACE, día+3=0.51(0.31) y día+6=no disponible. Grupo OMP-po (N=60); diagnóstico: 88% FA, 4% TEP, 6% accidente cerebro-vascular ACV y 2% desconocido; edad=88.8 (7.8) años; IMC=29.7(5.1) kg/m²; Barthel=56.1(33.8); INR/dACE, día+3=0.27(0.14) y día+6=0.26(0.16). Grupo LNS (N=20); diagnóstico: 75% FA, 15% TEP y 10% ACV; edad=82.5(7.7) años; IMC=29(4.8) kg/m²; Barthel=57.3(27.6); INR/dACE, día +3=0.26(0.17) y día+6=0.28(0.17). Grupo PNT (N=4); diagnóstico: 100% FA; edad 82.5(4.8) años; IMC=25.6(2.2) kg/m²; Barthel=83(2.9); INR/dACE, día+3=0.13(0.04) y día+6=0.11(0.02).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon los valores medios de INR/dACE del grupo control, al 3er día, con el del grupo OMP-iv (95%IC=0.30766-0.44034), $p < 0,001$ y FE=4, grupo OMP-po (95%IC=0.10327-0.16473; $P < 0.001$) y FE=2, grupo LNS (95%IC=0.08339-0.16461, $p < 0.001$) y FE=2; manteniéndose dichas diferencias en el día + 6. Por último, únicamente PNT (95%IC=-0.05926-0.04726, $P < 0.8326$) y FE=1, se comportó como no interactivo con ACE, con valores análogos a los del grupo control. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de los diferentes IBPs, en cuanto a los valores de índice Barthel, diagnóstico e IMC.

CONCLUSIONES

La interacción entre inhibidores de la bomba de protones y acenocumarol, es de alta intensidad en el caso de omeprazol iv (FE=4) e intermedia para omeprazol oral y lansoprazol (FE=2), siendo nula en el caso de pantoprazol (FE=1).

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1427. ESTUDIO DE IDENTIFICACIÓN DE FÁRMACOS EN QUIRÓFANOS: FOCO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

MELGAREJO ORTUÑO A, RIBED SÁNCHEZ A, DE LORENZO PINTO A, TORROBA SANZ B, GIMÉNEZ MANZORRO Á, GARCÍA GARCÍA A, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DOCTOR ESQUERDO Nº 46. MADRID

OBJETIVOS

La mitad de los eventos adversos en pacientes ingresados están relacionados con la atención quirúrgica, 20% son incidentes relacionados con la medicación y dentro de los mismos el más frecuente es el etiquetado. La resolución 609/2016 de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria abarca este problema y define la implementación de sistemas de identificación que mejoren la seguridad en la administración de medicamentos. El presente estudio tiene como objetivo la evaluación de la identificación de los medicamentos reconstituídos en quirófanos antes y después de implantar un conjunto de medidas para mejorar la seguridad del paciente y adoptar dicha resolución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de intervención prospectivo, unicéntrico y multidisciplinar en un hospital terciario. Consta de una fase pre-intervención: corte de identificación de medicamentos de enero a junio 2019. Fase de intervención en septiembre 2019: se creó un grupo multidisciplinar que adaptó la resolución a nuestro entorno y fue aprobada por la Comisión de Quirófanos (compuesta por Dirección, Farmacia, Cirugía, Anestesia y Enfermería). Se impartieron sesiones formativas a anestesia y enfermería hasta diciembre 2019. Fase post-intervención: se realizaron dos cortes transversales en octubre 2019 y febrero 202. Se formó al personal para la recogida de datos y se elaboró una hoja con las siguientes variables: bolsas (identificación de paciente, identificación del medicamento, cantidad total o concentración, volumen total, vía de administración, número de bolsas por paciente) y en las jeringas (medicamento en etiqueta estandarizada, cantidad total o concentración, número de jeringas por paciente).

RESULTADOS

En la fase preintervención se analizaron 224 bolsas de medicación en las cuales 74% se identificó al paciente. No se analizaban las jeringas ni otras variables.

En la fase post intervención, respecto a la identificación de bolsas, en octubre (N=51 bolsas, 26 pacientes), el 71%(N=36) de las bolsas tenían identificación del paciente, el 94%(N=48) medicamento, 84%(N=43) cantidad total o concentración del medicamento, 82%(N=42) volumen total y 81%(N=41) vía de administración. El 65%(N=33) cumplieron todos los ítems de identificación. En febrero (N=34 bolsas, 19 pacientes), el 80%(N=27) de las bolsas tenían identificación del paciente, el 100%(N=34) medicamento, 88%(N=30) cantidad total o concentración, 88%(N=30) volumen total, 94%(N=32) vía de administración y el 77%(N=26) cumplieron todos los ítems de identificación.

En la identificación de las jeringas, en octubre (N=65 jeringas, 27 pacientes), el 83%(N=54) presentaron la identificación del medicamento, el 25%(N=16) la cantidad total o concentración y 69%(N=45) etiqueta preimpresa normalizada. En febrero (N=82 jeringas, 23 pacientes), el 88%(n=72) tuvieron identificación del medicamento, 24%(N=20) la cantidad total o concentración y 82%(N=67) etiqueta preimpresa. Los distintos principios activos fueron 100% identificados excepto el propofol identificado en el 50% de las ocasiones, fentanilo 75% y midazolam 94%.

CONCLUSIONES

La variable mejor identificada fue la identificación del medicamento. La identificación global fue más completa en febrero mejorando especialmente en la vía de administración en bolsas. Se debe continuar mejorando la identificación de pacientes y la de jeringas de propofol. Este análisis permite conocer nuestro entorno y proponer nuevas medidas para continuar mejorando la identificación de fármacos en quirófanos y con ello la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1446. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TOFACITINIB

AUTORES

GARCIA CAIRÓS J, CALZADO GÓMEZ G, NAVARRO DÁVILA MA, CANTARELLI L, DEL ROSARIO GARCIA B, RAMOS RODRIGUEZ J, DUQUE FERNANDEZ DE VEGA S, NAZCO CASARIEGO GJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

La publicación de nuevas restricciones (18 /2019 - MUH (FV),18 /2019) por recomendaciones del Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo (PRAC) se basaron en el incremento de riesgo de Tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes con factores de riesgo tromboembólicos. A estas restricciones se suman los datos preliminares del ensayo clínico A3921133 con tofacitinib en pacientes con Artritis Reumatoide (AR), de 50 años o mayores y con al menos un factor de riesgo cardiovascular (nota informativa de la AEMPS MUH(FV) 7/2019).

Nuestro objetivo fue analizar la población que recibió tratamiento con tofacitinib e identificar los factores de riesgo (FR) para TEV.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en un hospital de tercer nivel, que incluyó a los pacientes con tofacitinib en activo desde su aprobación hasta marzo 2020. Los datos se obtuvieron de: historias clínicas, dispensaciones y receta electrónica. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, diagnóstico, dosis, FR de TEV: TEV previo, cirugía mayor, inmovilización, infarto, insuficiencia cardíaca, terapia hormonal, trastorno de coagulación y neoplasias. Los FR adicionales: rango de edad > 50 y > 65 años, obesidad, diabetes, hipertensión y tabaquismo. Se registraron los tratamientos concomitantes. Según la bibliografía consultada, se establecieron 4 niveles de riesgo de TEV: bajo, moderado, alto y muy alto.

RESULTADOS

En este periodo 50 pacientes iniciaron el tratamiento con tofacitinib, de los cuales 40 continúan en tratamiento en marzo de 2020.

Características de la población: 13 pacientes < 50 años; 23 pacientes entre 50 y 65 años y 4 pacientes mayores de 65, las indicaciones fueron AR (n=27), Colitis Ulcerosa (n=6), Artritis Psoriásica (n=4), Alopecia Areata (n=2) y Enfermedad de Crohn (n=1). El 47,5% tomaban medicación cardiovascular (CV): estatinas > IECAs > ARA-II > antagonistas calcio y fibratos. El 32% tenían registrado tabaquismo en su historial clínico; 3 pacientes presentaron tratamiento agudo con HBPM. Del total de sujetos, 24 presentaron al menos un FR que no fue la edad: dislipemia, tabaquismo, obesidad e hipertensión. Según criterios aplicados: 15 pacientes se consideran de bajo riesgo (de los cuales 3 tienen dosis de mantenimiento 10 mg/12h), 20 pacientes de riesgo moderado; 5 con riesgo alto (1 paciente dosis 10 mg/12h), ningún paciente presentó riesgo muy elevado en el momento del estudio.

CONCLUSIONES

El 67% de pacientes en tratamiento actual con tofacitinib es mayor de 50 años, además el 42% toma medicación CV. El seguimiento de la adherencia al tratamiento concomitante así como la promoción de hábitos saludables en la consulta de pacientes externos resulta fundamental para la prevención de eventos vasculares adversos. Dado que el 62,5% de nuestros pacientes se considera de riesgo moderado-alto para TEV cualquier situación aguda como una cirugía o neoplasia deben considerarse.

Decidimos que la comparación de nuestros resultados con los datos preliminares del estudio A3921133 no resultan de interés dado que hasta el momento no se ha producido ningún caso de TEV en nuestro pacientes, el objetivo está centrado en la identificación de factores de riesgo que nos seleccione a los pacientes en los cuales debemos focalizar nuestra atención.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1473. CIRCUITO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE FARMACIA PARA MEDICAMENTOS NUEVOS INCLUIDOS EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES

PACHECO LÓPEZ P, CARVAJAL SÁNCHEZ MÁ, IBAÑEZ CATURLA J, MEROÑO SAURA MA, FERNÁNDEZ ZAMORA C, CLAVIJOS BAUTISTA S, NÁJERA PÉREZ MD, LEON VILLAR J
HOSPITAL MORALES MESEGUER. C/MARQUEZ DE LOS VÉLEZ. MURCIA

OBJETIVOS

Elaborar un protocolo claro y sencillo para el alta de nuevos medicamentos y para el cambio de los ya existentes en un área de salud.

MEJORAS ESPERADAS

Garantizar que se minimicen los errores potenciales y mejorar la seguridad del paciente en relación con el uso del medicamento.

DISEÑO

La detección de algunos errores en la conservación, prescripción y dispensación de medicamentos en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) ha motivado la necesidad de elaborar un protocolo de altas y cambios de medicamentos.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Paso 0: se solicita a Base de Datos Centrales (BDC) la creación del nuevo medicamento (estándar, fuera de guía, atención primaria o sociosanitarios) y se completan los parámetros e indicadores que van a definir al medicamento en el programa de gestión (Savac®)

- Paso 1: documento que engloba las revisiones necesarias para la correcta inclusión del medicamento en el SFH. Se recogen las características diferenciales del medicamento: termolabilidad, fotosensibilidad, excipientes de declaración obligatoria, Medicamento de Alto Riesgo o Medicamento Peligroso. Además, se indica si debe reenvasarse, si puede administrarse por sonda y si se acompaña de información adicional (hoja de información al paciente o instrucciones para enfermería)

En el caso de un cambio de código nacional (CN) se deben revisar las características (Paso 1) del medicamento con nuevo CN y modificarlas si fuera necesario.

IMPLANTACIÓN

En junio de 2019 se realiza una revisión completa del circuito vigente y puntos susceptibles de mejora. Se deciden los siguientes cambios:

1. El proceso se centraliza en el Centro de Información del Medicamento (CIM) en colaboración con el área administrativa, para unificar la gestión de los nuevos medicamentos.
2. Se crea una plantilla de solicitud estándar al CIM, para que Administración avise no sólo telefónicamente, sino también por vía mail cuando haya un alta o un cambio de CN que requiera la revisión del farmacéutico.
3. Se añade la clasificación de Medicamento peligroso (1, 2 o 3) en el Paso 1.
4. Se elaborará una hoja de información al paciente o una hoja con instrucciones de administración para enfermería cuando el medicamento lo requiera.
5. El Paso 1 de cada medicamento se guardará en un nuevo archivo compartido llamado "registro medicamentos" con el nombre "primerpasonombremedicamento".

RESULTADOS

El nuevo protocolo de gestión se ha realizado desde Julio de 2019 hasta el momento actual (abril de 2020) en un total de 49 nuevas solicitudes de medicamentos. En todas ellas se realizó el paso 0 y en el 57,14% (28/49) también el paso 1 fue necesario.

Se mejoran los siguientes aspectos:

- Información: Fiable y actualizada por el CIM.
- Calidad: Identificación y conservación que aseguren una custodia y dispensación adecuadas.
- Organización: Información unificada y accesible a todo el equipo.
- Seguridad del paciente: Se garantiza la trazabilidad del medicamento y se le facilita una hoja de información útil sobre su medicación.

LIMITACIONES

- Los continuos cambios de CN que requieren una estrecha supervisión por los administrativos para detectar cuando se modifica alguna característica del medicamento y avisar al CIM.
- Saturación de información en el etiquetado del medicamento o almacén.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

- Este procedimiento es aplicable a otros SFH que quieran implantar un circuito integral para la gestión de altas y cambios de medicamentos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1496. USO DE ERTAPENEM POR VÍA SUBCUTÁNEA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

AUTORES

ALDAVE COBOS P, TIRAPU NICOLÁS B, ULACIA EPELDE L, MARTÍNEZ ITURRIAGA S, CALVO ARBELOA M, TEJADA MARÍN D

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. IRUNLARREA, 3. NAVARRA

OBJETIVOS

La Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) es una alternativa del área de salud que proporciona al paciente una asistencia de rango hospitalario en su propio domicilio. Frente a las muchas ventajas que presenta, existen algunas limitaciones en relación a la administración de fármacos (estabilidad de diluciones, posología) que pueden llegar a condicionar su uso.

El ertapenem es un antibiótico de amplio espectro de uso frecuente en la UHD debido a su cómoda administración. En la ficha técnica únicamente están aprobadas las vías de administración intravenosa e intramuscular. Sin embargo, cada vez son más los pacientes con dificultad para el acceso venoso o en los que se desea evitar la administración intramuscular. La vía subcutánea podría suponer, por tanto, una alternativa para estos pacientes.

El objetivo es describir la experiencia en el uso de ertapenem subcutáneo en la UHD de un hospital comarcal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo que incluye pacientes que han sido tratados con ertapenem por vía subcutánea ingresados en la UHD. Periodo de seguimiento desde enero del 2019 hasta febrero del 2020.

Los datos recogidos fueron: edad, sexo, duración del tratamiento, vía de administración anterior a la vía subcutánea, motivo de elección de la vía subcutánea y evaluación de la seguridad.

Las fuentes de información fueron: programa de validación del Servicio de Farmacia e Historia Clínica Informatizada.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 5 pacientes, 40% mujeres (n=2). La edad media fue de 85 años (67-98). Todos ellos recibieron tratamiento con ertapenem administrado a través de un dispositivo o palomilla fija de inserción subcutánea. El lugar de inyección fue la pared abdominal y el cambio de palomilla se realizó cada 5 días.

Previo al cambio de vía, el 80% (n=4) de los pacientes recibieron ertapenem por vía intravenosa y, en todos los casos, el motivo de cambio/elección de la vía subcutánea fue la dificultad para el acceso venoso (flebitis, extravasación, obstrucción de vía). No se optó por la vía intramuscular debido a la insuficiente masa muscular de los pacientes y por la incomodidad de dicha vía. La duración media del tratamiento completo fue de 12,8 días (7-17) y por vía subcutánea de 7,6 días (5-12). El 100% de los pacientes tuvo una buena tolerancia al tratamiento, sin desarrollar ningún efecto adverso secundario a la vía de administración. La evolución clínica de todos pacientes fue satisfactoria.

CONCLUSIONES

El uso de ertapenem por vía subcutánea supone una alternativa segura en aquellos pacientes con dificultad para el acceso venoso e intramuscular.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1501. UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT EN PACIENTES SOCIOSANITARIOS

AUTORES

GUTIÉRREZ SUELA F, HERNÁNDEZ JEREZ I
HOSPITAL SAGRAT COR. AVDA. CONDE LLOBREGAT, 117. BARCELONA

OBJETIVOS

La prolongación del intervalo QT electrocardiográfico se usa para evaluar el riesgo de ocasionar la taquicardia ventricular Torsade de Pointes (TdP). Este efecto adverso es producido por determinados medicamentos y puede conllevar una relación beneficio riesgo desfavorable.

El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia de utilización de medicamentos que prolongan el intervalo QT (MQT) en pacientes sociosanitarios, así como analizar su uso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal en tres unidades sociosanitarias de media y larga estancia (en febrero del 2020). Se revisaron las prescripciones de todos los pacientes. De los pacientes en tratamiento con MQT se recogieron las siguientes variables: edad y sexo, MQT prescritos y riesgo de TdP y existencia de factores de riesgo clínicos y farmacológicos.

El riesgo de que la prolongación del intervalo QT producida por los MQT se asociara con TdP se evaluó según el listado publicado por el Centro de Arizona para la Educación e Investigación en Terapéutica (AZCERT) (www.crediblemeds.org) que los clasifica en tres categorías según el nivel de evidencia de la asociación: riesgo definido de TdP (RD), riesgo posible de TdP (RP) y riesgo condicionado de TdP a determinadas circunstancias (RC). Se consideraron factores de riesgo clínicos de prolongación del intervalo QT el sexo femenino, la bradicardia, alteraciones electrolíticas, infarto agudo de miocardio, hipertrofia ventricular izquierda y alteraciones del tiroides; factores farmacológicos las interacciones con inhibidores del citocromo P-450 y con medicamentos que reducen los niveles séricos de potasio.

Las fuentes de datos fueron la historia clínica (X-Clinic Portal®) y la prescripción electrónica (SAVAC®). Para describir los resultados se usaron la media±desviación estándar para las variables cuantitativas y el porcentaje para las variables cualitativas.

RESULTADOS

Se analizaron 93 pacientes, 86 tomaban MQT (92,47%): 55 mujeres (63,95%) y 31 hombres (36,05%). La edad media fue de 78,1±11,6 años. Se identificaron 207 prescripciones de MQT con 2,41±1,21 MQT/paciente. Según la clasificación AZCERT, se prescribieron MQT de la categoría de RD a 30 pacientes (34,88%), a 24 de RP (27,91%) y a 80 de RC (93,02%). Los MQT más usados de las distintas categorías fueron: haloperidol (19,77%) del grupo RD, mirtazapina (18,60%) del RP y omeprazol (36,05%), quetiapina (25,58%), trazodona (25,58%), olanzapina (19,77%), risperidona (19,77%) y furosemida (13,95%) del RC. Los grupos terapéuticos más utilizados fueron: antipsicóticos (39,13%), antidepresivos (24,64%), inhibidores de la bomba de protones (14,98%) y diuréticos (8,21%). El número de factores clínicos de riesgo fue de 87, con 1,01±0,76 factores de riesgo/paciente, y el número de pacientes con interacciones de 26 (30,23%).

CONCLUSIONES

La prevalencia de utilización de MQT fue elevada, se usaron de una manera simultánea y en pacientes con algún factor de riesgo de prolongación del intervalo QT. Los grupos terapéuticos más prescritos fueron los antipsicóticos, los antidepresivos y los inhibidores de la bomba de protones.

Con la finalidad de mejorar la seguridad del paciente sociosanitario se debería reevaluar la relación beneficio/riesgo de los tratamientos con MQT.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1509. ESTUDIO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO, SU DISTRIBUCIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD EN SU USO

AUTORES

JUEZ SANTAMARÍA C, PEREZ PEREZ IG, CONESA NICOLAS E, GARCIA MATILLAS CN, MARTINEZ FERNANDEZ I, GONZALEZ PEREZ-CRESPO MC
C.H.UNIVERSITARIO STA. M^A DEL ROSELL - STA. LUCÍA. MEZQUITA, S/N. PARAJE LOS ARCOS. SANTA LUCIA. MURCIA

OBJETIVOS

Estudio de la distribución de Medicamentos de Alto Riesgo (MAR) en los diferentes almacenes periféricos (AP) de las unidades de enfermería de nuestro hospital. Difusión de la información y evaluación para proponer medidas de mejora disminuyendo errores en su uso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de revisión en Julio 2018 de todos los MAR presentes en la Guía Farmacoterapéutica de nuestro hospital según la lista publicada por el ISMP (Institute for Safe Medication Practice) y su distribución en los diferentes

AP de nuestro hospital. Se recogieron los principios activos, las presentaciones y sus diferentes ubicaciones en cada AP (Pyxis, sistema de doble cajón o almacén de fluidoterapia).

Se elaboraron listados específicos para cada AP en forma de póster adhesivo y se presentaron a los supervisores de cada servicio en una sesión informativa.

Se distribuyó una encuesta con preguntas prácticas relacionadas con los MAR a los enfermeros y supervisores de los servicios para que nos ayudasen a mejorar en los aspectos relacionados con los MAR.

RESULTADOS

Se identificaron 60 principios activos con 92 presentaciones diferentes de MAR en 25 AP: 18 plantas de hospitalización, Paritorio, Bloque quirúrgico y de Reanimación, Hemodinámica, Hospital de Día Médico, Diálisis, Urgencias y la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UCI).

Los MAR que más se repiten y el porcentaje en el que se encuentran en esos AP son: morfina ampollas 1mg/mL 1 mL y petidina ampollas 50mg/1mL (100% ambos), isoprenalina ampollas 0,2mg/1mL (96%), glucosa 500mg/mL 20mL ampollas (92%), amiodarona ampollas 150mg/ 3mL (88%), cloruro potásico 1 Molar 10 mL ampollas (84%) y diazepam ampollas 1mg/ 1mL (80%). Las diferentes presentaciones de insulinas se repitieron en un 84%: de acción rápida un 80%, lenta un 56% e intermedia un 4%.

El 17,78% de los principios activos tienen más de una presentación asociada.

De estas 92 presentaciones, los AP con mayor número de MAR fueron: oncología-Hematología (33,70%), digestivo (31,52%) y cardiología (31,52%). Los servicios ajenos a la hospitalización convencional con mayor número de MAR fueron: UCI (58,7%), urgencias (56,52%), bloques quirúrgicos y de reanimación (54,35%) y hemodinámica (36,96%). El AP con menor número de MAR almacenado fue la planta de hospitalización de psiquiatría.

Se elaboraron 25 pósteres específicos por AP con los MAR que contienen.

El 21,43% de las personas encuestadas propusieron sugerencias de mejora.

Un 40% demandaba una correcta identificación de los MAR, un 26,67% envases diferentes en las presentaciones que tuviesen isoapariencia, un 26,67% evitar cercanía entre las presentaciones con isoapariencia y un 6,67% campañas de concienciación con ejemplos prácticos.

CONCLUSIONES

La correcta identificación y conocimiento de los MAR es necesaria para potenciar una segura administración de estos medicamentos.

Este estudio nos ha permitido identificar con exactitud los MAR de cada AP.

La difusión de los pósteres contribuye a mejorar el conocimiento de los MAR por el personal de enfermería.

A raíz de los resultados obtenidos en las encuestas, nos proponemos un posterior estudio de isoapariencias o cercanía entre los MAR, prestando especial atención a los principios activos con varias presentaciones asociadas siguiendo las indicaciones del ISMP.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1558. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO PARA LA ADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA DE AZACITIDINA SUBCUTÁNEA

AUTORES

ULACIA EPELDE L, ASTIZ LIZARRAGA R, ALDAVE COBOS P, PINILLA LEBRERO G, TEJADA MARÍN D, RODRIGUEZ ESQUIROZ A, FERNANDEZ GONZALEZ J, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. CALLE IRUNLARREA 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Describir la experiencia en la implantación de un circuito de administración domiciliar de azacitidina subcutánea.

MEJORAS ESPERADAS

Reducir las visitas a Hospital de Día (HD) y a la planta de hospitalización de los pacientes en tratamiento con azacitidina subcutánea para la administración del tratamiento.

DISEÑO

Formación de un equipo multidisciplinar con representación del servicio de Hematología, Hospitalización a Domicilio (HaD) y Farmacia. En cuanto al servicio de Farmacia, elaboración de un nuevo protocolo de preparación de azacitidina subcutánea con el objetivo de aumentar la estabilidad.

CIRCUITO Y ETAPAS

-El primer día del ciclo los pacientes acuden a HD de hematología donde se les realiza la analítica y, si no hay contraindicación, se les administra la primera dosis de azacitidina.

-Si el Servicio de Hematología considera al paciente candidato a la administración en domicilio (clínicamente débil, dificultad para trasladarse al hospital, historia social complicada) realiza una interconsulta a través de Historia Clínica Digitalizada al servicio de HaD solicitando el ingreso del paciente en su servicio para la administración de azacitidina subcutánea.

-Tras la aceptación del ingreso por parte de HaD, se prescribe el tratamiento por parte del servicio de Hematología y se realiza la preparación en la farmacia.

-Preparación de azacitidina: en campana de seguridad biológica de flujo laminar vertical clase II tipo B, el vial de 100 mg se reconstituye con agua para inyectable fría (4°C) y se trasvasa a una jeringa para su posterior administración. Está mezcla, conservada en nevera (2-8°C) y protegido de la luz, es estable durante 22 horas, lo que permite que la mezcla se pueda administrar al día siguiente.

- A la mañana siguiente, el servicio de HaD recoge el tratamiento y lo traslada al domicilio del paciente. Durante todo el traslado se mantiene la cadena de frío mediante el transporte con neveras y el registro de temperatura.
- Ante la presencia de cualquier síntoma o signo sugestivo de efectos adversos o intolerancia (hematomas, náuseas, dolor, cansancio, cefalea...) el personal de enfermería que acude al domicilio, se pone en contacto con el hematólogo de guardia.
- La administración se realiza con equipos de protección individual (EPI) (bata, guantes, mascarilla y gafas) y la gestión de residuos se realiza de manera adecuada.
- En alguna ocasión es posible que el último día del ciclo el paciente acuda a HD a consulta con el hematólogo y se le administra el tratamiento en el hospital.

IMPLANTACIÓN

Se inició en noviembre de 2018.

RESULTADOS

Desde noviembre de 2018 hasta marzo de 2020, 16 pacientes (8 hombres y 8 mujeres) recibieron azacitidina subcutánea en el domicilio. La media de edad fue de 76 años (63-83) y la media de ciclos recibidos fue de 6 (1-15). En cuanto al número de ciclo en el cual recibieron la primera dosis domiciliaria, la media es de 14 (1-48).

LIMITACIONES

La carga de trabajo que conlleva el proceso, dificulta que HaD pueda asumir todos los pacientes candidatos a recibir el tratamiento en su domicilio.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Circuito aplicable a todos los servicios de Farmacia que atienden a pacientes hematológicos en tratamiento con azacitidina subcutánea y que disponen de un servicio de HaD.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1563. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA SOBRE MEDICAMENTOS PELIGROSOS AL PERSONAL DEL CENTRO

AUTORES

PI SALA N, RAMIÓ MONTERO E, GIRALT DEJUAN A, SARGATAL DEULOFEU M, GARCIA CABALLERO I, CARABELLIDO VIÑAS D
CLINICA GIRONA. JOAN MARAGALL, 26. GIRONA

OBJETIVOS

Ante la publicación del listado de los medicamentos peligrosos (MP) por parte de la NIOSH, surgió la necesidad de crear un protocolo con las recomendaciones de preparación y administración de dichos medicamentos, así como su identificación dentro del centro. Se clasificaron todos los MP disponibles en la guía farmacológica del hospital, se redactó un documento con las medidas de prevención adecuadas para cada uno de ellos, y finalmente se realizaron sesiones formativas a todo el personal del centro.

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el grado de asimilación de los conceptos básicos sobre MP después de realizar una intervención educativa al personal del hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizaron 4 sesiones impartidas por 2 farmacéuticas en las que se explicó la clasificación, el protocolo de preparación y administración de los MP, así como la gestión de los residuos generados.

Se realizó un test de 8 preguntas, pre y post jornada, con el fin de evaluar si había una mejora significativa entre las dos calificaciones. Se registró la categoría profesional y la puntuación pre y post jornada.

Los resultados fueron procesados con el programa informático SPSS. Se realizó un estudio descriptivo de las características de los asistentes y un estudio comparativo de la media de puntuación obtenida en los dos tests mediante el análisis de la variancia con las pruebas paramétricas T-Student y ANOVA.

RESULTADOS

Asistieron 132 profesionales: el 76,5% fueron enfermeras, el 13,6% auxiliares de enfermería, el 3,8% personal de farmacia y el 6,1% restante no lo especificó.

La media de puntuación general del test pre jornada fue de 3,2 (SD 1,4)/8 y la del test post jornada de 7,2 (SD 0,8)/8, observándose diferencias significativas entre ambos ($t=-30,242$ $p < 0,005$). Si lo analizamos por grupos, podemos afirmar que la calificación media de cada uno también mejoró significativamente (Grupo 1 $F=315,32$ $p < 0,005$; Grupo 2 $F=140,59$ $p < 0,005$; Grupo 3 $F=292,10$ $p < 0,005$; Grupo 4 $F=235,99$ $p < 0,005$).

Las notas medias pre y post jornada por profesionales fueron: enfermería 3,2(SD 1,3)/8 y 7,7 (SD 0,7)/8; auxiliares de enfermería 3 (SD 1)/8 y 7,2 (SD 0,9)/8; y personal de farmacia 4,3 (SD 3,8)/8 y 7 (SD 1,3)/8. Se observa una mejora estadísticamente significativa en el personal de enfermería ($F=904,22$ $p < 0,005$) y en los auxiliares de enfermería ($F=154,98$ $p < 0,005$). Respecto al personal de farmacia, no se observan diferencias estadísticamente significativas probablemente porque se parte de una nota media más elevada y de una muestra muy pequeña ($F=2,751$ $p=0,136$).

CONCLUSIONES

La media de puntuación del test post jornada mejoró significativamente respecto al test inicial.

La realización de una intervención formativa es una opción efectiva para hacer difusión de los protocolos y asimilar los conceptos básicos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL**1573. SEGURIDAD EN LA MANIPULACIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS CON ORGANISMOS MODIFICADOS GENÉTICAMENTE: ADAPTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO****AUTORES**

GONZÁLEZ MARTÍN C, PEDROSA PEÑA JA, SÁENZ DE TEJADA LÓPEZ M, PELAEZ ROS B, CIDONCHA MUÑOZ I, RUIZ DE HOYOS M, RUIZ GUTIERREZ J, MARTÍNEZ SESMERO JM
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. CALLE DEL PROF MARTÍN LAGOS, S/N, 28040 MADRID. MADRID

OBJETIVOS

Adaptar los circuitos de trabajo de un hospital de tercer nivel a las recomendaciones internacionales para la realización de ensayos clínicos (EC) con organismos modificados genéticamente (OMG) que requieren preparación en el Servicio de Farmacia (SF).

MEJORAS ESPERADAS

Adecuación de procedimientos para elaborar medicamentos con OMG.

DISEÑO

Se elaboró un circuito de trabajo para EC con OMG entre el SF, Servicio de Medicina Preventiva (SMP) y equipos Investigadores.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Revisión bibliográfica en Pubmed y Google académico con los términos “Handling”, “gene therapy”, “gene medicine”, “biosafety” combinándolos con operadores booleanos.
- Se seleccionaron las monografías: “Guidance on the Pharmacy Handling of Gene Medicines” (GPHGM) European Association of Hospital Pharmacists (EAHP) y la Farmacopea de Estados Unidos (USP) 39ª revisión, reflejada en: Viral-mediated gene therapy and genetically modified therapeutics: A primer on biosafety handling for the health-system pharmacist’.
- Verificación del cumplimiento de las recomendaciones relativas a recepción, almacenamiento, preparación y descontaminación de dispositivos de seguridad, comparando cada recomendación con los protocolos de trabajo vigentes.
- Resolución de discrepancias mediante acciones correctivas, decididas en un grupo de trabajo multidisciplinar, formado por personal de diversas Áreas del SF y SMP.

IMPLANTACIÓN

Se revisaron los 12 ítems de GPHGM, los protocolos de trabajo previos cumplían íntegramente 9. Las discrepancias encontradas en los 3 ítems restantes fueron:

- Ausencia de cartel con símbolo de riesgo biológico en la puerta de entrada a la sala limpia.
- No acondicionamiento de la preparación terminada en bolsa de plástico estéril.
- Ausencia de kit de derrame específico en el contenedor de transporte

Se revisaron los 11 ítems de USP, los protocolos de trabajo previos cumplían íntegramente 8. Las discrepancias encontradas en los 3 restantes fueron:

- Ausencia de cartel con símbolo de riesgo biológico y nivel de bioseguridad en la puerta de entrada a la sala limpia de elaboración y en el lugar de custodia.
- No desactivación de residuos de OMG en el resto de los viales con un agente germicida como paso previo a la eliminación final.
- Ausencia de kit de derrame específico en lugar de almacenamiento.

Se efectuaron 4 acciones correctivas:

- Instalación de cartel con símbolo de riesgo biológico en la puerta de entrada a la sala limpia de elaboración y almacén de custodia.
- Establecimiento como norma la utilización de bolsas aportadas por el promotor, en su defecto, bolsas estériles del Hospital para el acondicionamiento de preparaciones con OMG.
- Definición, junto al equipo investigador de cada EC, de un circuito para dispensación inmediata de las preparaciones con OMG en contenedores estancos con kit de derrames.
- Adquisición de solución germicida (lejía diluida 1:10) y colocación en la zona de elaboración.

RESULTADOS

Los circuitos de trabajo se adaptaron para posibilitar el correcto desarrollo de EC con OMG, adoptando las medidas de bioseguridad recomendadas. La adaptación de los circuitos mejora la calidad, seguridad y aumenta la competitividad de los SF.

LIMITACIONES

Cada EC requiere una revisión individualizada de requerimientos en cuanto a manipulación y seguridad, así como la adaptación constante de los protocolos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Se trata de una metodología aplicable a SF que dispongan de instalaciones para manipular medicamentos peligrosos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1587. EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES CON LOS NUEVOS ANTI-IL5 EN ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE NO CONTROLADA

AUTORES

HERNANDEZ SEGURADO M, TOLEDANO MAYORAL G, CORDERO GUIJARRO A, FERNANDEZ NIETO MDM, BECARES MARTINEZ FJ, LLORENTE HERRERO A, LOREDANA ANDREI A, SANCHEZ MORTE L
FUNDACIÓN JIMENEZ DÍAZ. REYES CATÓLICOS. MADRID

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es evaluar la información reportada por pacientes acerca de su experiencia con la utilización de anticuerpos monoclonales anti-IL-5 en el asma grave no controlado eosinofílica (AGNC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal y unicéntrico llevado a cabo entre el 01/09/2019 y el 31/01/2020 en un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de AGNC y tratamiento con mepolizumab, benralizumab (subcutáneos) o reslizumab (intravenoso) administrados en el hospital de día de Neumología. Los pacientes cumplimentaron un cuestionario anónimo con 7 preguntas: 3 sobre satisfacción, 2 sobre adherencia, 1 sobre calidad de vida y 1 sobre seguridad. A cada pregunta se le asignó unos valores de 0 a 2 puntos, siendo la mayor puntuación el mejor resultado.

RESULTADOS

Se incluyeron 25 pacientes, siendo un 72% mujeres, el 76% no fumadores y con una mediana de edad de 58 años (26-74). La distribución de tratamientos anti-IL-5 fue la siguiente: benralizumab (9,36%), mepolizumab (7,28%), reslizumab (6,24%) y lo desconocían 3 (12%). El tiempo en tratamiento era de más de un año en el 16% de los pacientes, el 40% menos de un año, y el 44% lo desconocían.

Se obtuvo una mediana de 4 puntos (IQT 3-5) en el bloque de satisfacción, siendo la puntuación máxima 6. No se observaron grandes diferencias en cuanto a la preferencia del paciente sobre la administración de su medicamento en el hospital o en el domicilio (32% vs 28%, al resto le resultó indiferente) ya que al 76% de los pacientes no les supone un impedimento acudir al hospital: aunque hay que destacar que ninguno de los pacientes en tratamiento con reslizumab (único fármaco intravenoso) preferiría ponérselo en su domicilio. 7 pacientes (28%) preferirían otra forma de administración (4 de los 7 en tratamiento con benralizumab y 1 con reslizumab).

La adherencia fue del 100%, excepto en 2 pacientes que se olvidaron al menos 1 vez (ninguno de ellos por mejoría de síntomas). El 76% de los pacientes refirieron haber mejorado su calidad de vida desde el inicio del tratamiento (el 24% refieren estar igual). Se realizó un análisis multivariante observándose una correlación positiva no significativa entre la edad y la calidad de vida.

Por último, en términos de seguridad, 7 de los 25 pacientes (28%) han presentado alguna reacción adversa: 4 con benralizumab, 2 con mepolizumab y un paciente desconocía su tratamiento. Todas ellas leves y descritas en ficha técnica.

CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos, la experiencia de los pacientes con los anti-IL-5 parece buena en términos de satisfacción, adherencia, calidad de vida y seguridad. Posteriormente a este estudio, se ha autorizado en ficha técnica la autoadministración de mepolizumab y benralizumab subcutáneos en su domicilio: parece que nuestros pacientes no muestran una preferencia por esta opción. Por ello, incrementaremos la atención farmacéutica en estos pacientes para que no disminuya su excelente adherencia.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1594. PROBABILIDAD DE EXPOSICIÓN EN LA GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

AUTORES

BERNABEU MARTÍNEZ MA, SÁNCHEZ TORMO J, GARCÍA SALOM P, BURGOS SAN JOSÉ A, NAVARRO RUIZ A, SANZ VALERO J, WANDEN-BERGHE LOZANO C
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE. CTRA, N-332, S/N, 03550. ALICANTE

OBJETIVOS

Evaluar la probabilidad de ocurrencia de un suceso adverso en la gestión de un medicamento peligroso (MP) a través de la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó mediante la aplicación Google Forms una encuesta que se difundió a profesionales sanitarios con reconocida experiencia en gestión de los MP a nivel nacional, mediante lista de distribución electrónica de reclutamiento personalizado, que incluía un enlace de la encuesta, a los profesionales pertenecientes al grupo español para el desarrollo de la farmacia oncológica (GEDEFO); al grupo de trabajo de gestión y calidad de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) y a los profesionales adscritos a servicios de prevención de riesgos laborales y medicina preventiva de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). El cuestionario fue consensado por un grupo de expertos formado por 4 farmacéuticos hospitalarios, 1 médico de la UHD y un farmacéutico auditor de salud laboral e incluyó una introducción (profesión), una sección de cierre y 21 preguntas específicas que se puntuaron mediante escala tipo Likert de 0 (probabilidad nula) a 4 (probabilidad muy alta). La consistencia interna y la fiabilidad del cuestionario se calcularon mediante el Alfa de Cronbach y el coeficiente de correlación intraclase, respectivamente. La comparación de las medianas entre grupos profesionales se empleó el test de Kruskal Wallis, estudiando la asociación entre grupos con la prueba de

Wilcoxon con ajuste Benjamini & Hochberg. El nivel de significación utilizado en todos los contrastes de hipótesis fue $\alpha \leq 0,05$. Se empleó el programa informático R versión 3.6.3.

RESULTADOS

Se consiguieron 144 encuestas (tasa de respuesta= 70,2%): 65 (45,1%) enfermeros, 42 (28,9%) médicos y 37 (26,1%) farmacéuticos. Se obtuvo un Alfa de Cronbach=0,93 y un coeficiente de correlación intraclase=0,94 (CI95% 0,91 – 0,97; p-valor < 0,001). La probabilidad media fue $1,95 \pm 1,02$ (Mediana 1,9; Mínimo: 0,05; 1º cuartil 1,1; 3º cuartil 2,6 and máximo 4). Se observaron diferencias en la puntuación entre grupos profesionales (médicos versus enfermeros (1,6/2,1, p = 0,044); farmacéuticos versus enfermeros (1,7/2,1, p = 0,05) y médicos versus farmacéuticos (1,6/1,7, p = 0,785), debidas fundamentalmente a la etapa de administración (p=0,015) y específicamente a la administración intravesical (p= 0,046) y perfusión intravenosa (p=0,013).

CONCLUSIONES

La percepción del riesgo fue moderada, siendo mayor para el grupo de enfermería. Se considera que los MP deben integrarse en un sistema normalizado de gestión con el fin de mejorar la seguridad de los profesionales sanitarios. Sería conveniente que, en lo sucesivo, se siguiese una metodología común para la evaluación de riesgos de los MP que permita no sólo el seguimiento de una planificación preventiva eficaz, sino disponer con el tiempo de una sólida base de datos y de la evolución de las condiciones de trabajo que se vayan produciendo, de manera que se mejore, día a día, la gestión preventiva y su control. En este sentido, disponer de tecnologías aplicadas a los MP que permitan configurar sistemas de gestión específicos en relación a la gestión y la trazabilidad de los MP supondría un enorme valor añadido.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1611. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

AUTORES

TAMAYO BERMEJO R, MUÑOZ CEJUDO BM, CANTUDO CUENCA MR, MORA MORA MA, FERNÁNDEZ MARTÍNEZ G HOSPITAL SAN AGUSTÍN (ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE JAÉN). AVENIDA DE SAN CRISTOBAL S/N.. JAÉN

OBJETIVOS

Cuantificar y analizar las discrepancias y errores de conciliación (EC) producidos en un Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica (COT) a través de un programa de Conciliación de la Medicación al ingreso hospitalario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de un año de duración (enero 2019- diciembre 2019) en el Servicio de COT de un hospital comarcal. El proceso de conciliación de la medicación fue llevado a cabo en todos los pacientes ingresados, durante las primeras 24 horas tras el ingreso hospitalario.

Para realizar el proceso de conciliación se recogieron datos demográficos y clínicos: diagnóstico, tipo de ingreso (urgente o programado), antecedentes de interés, alergias o intolerancias, datos analíticos, así como el tratamiento domiciliario y hospitalario de cada paciente. Se contabilizaron el número de No Discrepancias, nº de Discrepancias Justificadas (DJ), nº Discrepancias No Justificadas (DNJ) y tipo de DNJ. Las discrepancias se clasificaron de acuerdo a los criterios establecidos en el Documento de consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación de la SEFH 2009. Se registraron las DNJ aceptadas, contabilizando así los EC. También se recogieron los principios activos implicados en las discrepancias y su clasificación por grupo ATC.

Como fuente de información se utilizaron el programa de Prescripción Electrónica, la historia clínica electrónica y la entrevista con el paciente y/o familiar/cuidador.

Los datos fueron analizados con Excel®. Para las variables cuantitativas se calcularon la media y desviación estándar, y las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias porcentuales y relativas.

RESULTADOS

De un total de 656 pacientes (edad media $70,3 \pm 13,1$ años; 63,4% mujeres), se completó el proceso de conciliación de la medicación con recomendaciones en 474. El total de medicamentos en domicilio fue 5.247 (media: $8,0 \pm 4,5$ medicamentos/paciente). Se conciliaron un total de 6.494 medicamentos. Se detectaron un total de 2.460 no discrepancias y 4.034 discrepancias (DJ: 3.585; DNJ: 449). Se detectaron discrepancias en el 62,1% de los medicamentos conciliados, siendo un 88,9% DJ y un 11,1% DNJ. El tipo de DNJ más frecuentes fueron la omisión (76,4%), diferente dosis, vía o frecuencia (18,1%) y comisión (2,4%). Del total de las DNJ se aceptaron por el prescriptor el 50,1 % considerándose EC, por lo que los EC representaron un 3,5% respecto del total de medicamentos conciliados. Se produjeron EC en 131 de los pacientes, alcanzando una media de 1,7 EC por paciente. Los grupos ATC más frecuentes en los EC fueron: Aparato cardiovascular (34,2%; código ATC: C), Sistema Nervioso Central (26,2%; código ATC: N), Aparato Digestivo y metabolismo (16,4%; código ATC: A) y Aparato respiratorio (12%; código ATC: R). Los principios activos que con mayor frecuencia presentaron un EC fueron: hidroclorotiazida, metformina, budesonida, enalapril, simvastatina, alprazolam y furosemida.

CONCLUSIONES

La conciliación de la medicación dentro de las primeras 24 h al ingreso ha resultado una herramienta útil a la hora de detectar y solventar los errores en la prescripción.

La identificación de los grupos ATC más frecuentes en los EC, permite identificar sobre qué fármacos es recomendable hacer más hincapié a la hora de validar el tratamiento en el Servicio de COT.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL**1618. POKA-YOKE, HERRAMIENTA LEAN, PARA EVITAR LA ADMINISTRACIÓN INCORRECTA DE DOSIS DE MEDICAMENTOS****AUTORES**

SOLANO ARAMENDIA MD, SINUES JUDEZ M, ROCHE ORDUÑA B
HOSPITAL MAZ. AVDA. ACADEMIA GENERAL MILITAR 74. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Establecer un mecanismo o estrategia, mediante herramientas de Lean, para eliminar los errores de medicación, notificados de manera reiterada, a través del Sistema de Notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SiNASP), que fueron debidos a la administración de dosis incorrectas, en aquellos casos de dosis prescritas no coincidentes con las formas farmacéuticas comercializadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

El Servicio de Farmacia promovió un taller kaizen, para tratar el problema detectado, reflexionar sobre las causas, y promover la generación de ideas que llevasen a la mejora del proceso. El taller se formó con miembros voluntarios del Grupo de Seguridad de Pacientes y se enfocó en identificar acciones de mejora con mayor eficacia de las implantadas hasta el momento, con una inversión económica mínima y que no requiriesen desarrollos informáticos importantes. Otras estrategias anteriormente implantadas y basadas en alertas incluidas en los programas informáticos de prescripción y administración de medicamentos habían necesitado inversión de recursos informáticos importantes y su eficacia percibida, a través de la notificación de errores, se consideró bastante baja. Se planteó la búsqueda de una solución a través de la herramienta de lean, Poka-Yoke (evitar el error inadvertido), se plantearon dos posibilidades u objetivos a lograr con el Poka-Yoke:

1. Imposibilitar de algún modo el error humano.
 2. Resaltar el posible error de tal manera que fuese obvio para la persona realiza la administración del medicamento
- La solución de consenso alcanzada fue el diseño de "pack" de envases indivisible señalizados con etiquetas de color amarillo (color que se identifica con los mensajes atención, precaución, verificación). Se diseñaron 6 modelos de etiquetas con diferentes indicaciones "administrar los dos comprimidos" "administrar los dos viales"..... y se colocaron en bolsas con autocierre creando un pack indivisible de medicamentos.

RESULTADOS

Se contabilizaron durante los tres primeros meses de la implantación, la dispensación de 1.049 "packs". El 47.8% correspondieron a dispensaciones de dos comprimidos, el 19.5% medios comprimidos, el 13.3% dos viales y el 10% dos cápsulas. No se notificó ningún error de administración de dosis en el periodo estudiado. Se revisaron todas las devoluciones correspondientes a las dispensaciones que incluían dichos "pack" y no se encontró ningún error. No ha sido posible medir y cuantificar la satisfacción de la medida implantada pero si ha tenido muy buena acogida la idea y se ha recibido feed-back muy positivo por parte del personal de enfermería.

CONCLUSIONES

Lean es una perfecta herramienta para conseguir la evolución de la cultura de uso seguro de medicamentos en el Hospital.

Se ha comprobado la aplicabilidad e idoneidad de los principios Lean y de algunas de sus técnicas a la adecuada dispensación y administración de medicamentos.

Hay que implantar sistemas con los que sea realmente difícil equivocarse.

El sistema anti error ha resultado extremadamente más eficaz que las alertas en el programa de prescripción.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL**1643. MEDICAMENTOS FOTOSENSIBLES, ¿LOS ALMACENAMOS BIEN?****AUTORES**

LLORET LLORCA A, PÉREZ PÉREZ IG, NÚÑEZ BRACAMONTE S, CONESA NICOLAS E, JUEZ SANTAMARIA C, MIRA SIRVENT MC
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. C/ MEZQUITA, S/N, PARAJE LOS ARCOS. MURCIA

OBJETIVOS

Los principios activos fotosensibles deben protegerse de la luz, ya que la eficacia y seguridad del fármaco puede verse afectada negativamente por la exposición a ésta.

El objetivo primario de este estudio fue identificar y conocer como están almacenados los medicamentos fotosensibles en las diferentes ubicaciones del almacén de farmacia y botiquines de unidades de hospitalización (UH). Como objetivos secundarios se establecieron: modificar la conservación de los medicamentos protegidos de la luz inadecuadamente, establecer nuevas normas de conservación y controles periódicos y difundir esta información entre el personal de farmacia y UH.

MATERIALES Y MÉTODOS

En febrero de 2020 se realizó una revisión de todos los medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica (GFT) con el fin de identificar los que contienen principios activos (p.a.) fotosensibles y deben ser protegidos de la luz (PL).

La información se obtuvo a partir de las fichas técnicas de los medicamentos, los laboratorios fabricantes y fuentes de información secundarias o terciarias.

Se elaboró un listado en el que se ordenaron alfabéticamente los principios activos fotosensibles y medicamentos

que los contienen. Se revisaron sus ubicaciones (Kardex®, Pixys®, salas blancas, almacén general y UH) y se recogió la información en columnas relativa a los medicamentos que contenían dichos principios activos, laboratorio, ubicación, acondicionamiento primario, condiciones de conservación, y si la PL era correcta o incorrecta.

RESULTADOS

- De 837 p.a. incluidos en GFT, 208 (24,85%) eran fotosensibles. Un 13% de éstos estaban mal protegidos.
- De 1453 medicamentos 307 (21,12 %) eran fotosensibles, de los que 33 (10,74%) no estaban protegidos adecuadamente. De ellos, 15 (45,45%) eran medicamentos orales y 18 (54,55%) inyectables. De los orales, 12 venían envasados de la industria en blíster transparente y 3 perdían su acondicionamiento primario al fraccionar los comprimidos y reenvasarlos. Los inyectables se encontraban fuera de su envase original, siendo su acondicionamiento primario de tipo ampolla o vial transparentes.

Tras esta revisión, las acciones correctoras llevadas a cabo han sido:

- Reenvasar con papel fotoprotector todas las formas orales, mantener las formas inyectables en su envase original hasta su utilización en el 50 % de estos medicamentos y proteger con papel fotoprotector el otro 50 % de inyectables fotosensibles.
- Establecer normas de conservaciones generales y específicas para cada medicamento y un circuito de revisión mensual que garantice su correcta conservación.
- Incluir la abreviatura PL junto a p.a.y presentaciones en la GFT identificadas como fotosensibles y un nuevo anexo con el listado de todos ellos.

CONCLUSIONES

Hemos encontrado un alto número de medicamentos fotosensibles conservados sin la adecuada protección de la luz. La necesidad de garantizar una correcta conservación, la información a veces ausente que proporcionan los laboratorios tanto en las fichas técnicas como en el acondicionamiento primario y secundario y el inadecuado acondicionamiento primario que emplean los laboratorios a este respecto, hace necesario que se realicen revisiones periódicas y protocolos de actuación para el personal sanitario sobre estos medicamentos. Asimismo, también se tendrá en cuenta el acondicionamiento primario de los medicamentos fotosensibles en la selección de las marcas a adquirir.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1652. MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL USO DE MEDICAMENTOS EN CENTROS DE ATENCIÓN INTERMEDIA

AUTORES

EL HILALI MASÓ N, PUERTA BRAVO L, AGUSTÍ SASTRE A, LOZANO ORTIZ T, LLAGOSTERA PUJOL B, AMOROS REBOREDO P
MUTUAM M.P.S.. AVDA MA DE DEU DE LA SALUT, 49. BARCELONA

OBJETIVOS

La Seguridad del paciente es un elemento esencial de la calidad asistencial e implica desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria. El objetivo del estudio fue identificar los puntos débiles de seguridad en el uso de los medicamentos en centros de atención intermedia y mejorar los circuitos, así como valorar el impacto de las acciones implementadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo. A partir del Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales, adaptación del Medication Safety Self-Assessment for hospitals, elaborado por el Instituto para el uso seguro de medicamentos (ISMP) España y un grupo de expertos de hospitales, se evaluó la implantación de prácticas seguras del uso de medicamentos por parte del servicio de farmacia (SF) en cuatro centros de atención intermedia (con un total de 512 plazas). Primero, en 2019, se evaluaron dos elementos clave del cuestionario (IV Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos y V Estandarización, almacenamiento y distribución de medicamentos) con implicación directa del SF. A partir del análisis de estos, se implantaron acciones de mejora y se volvieron a evaluar.

RESULTADOS

La puntuación global del primer cuestionario fue 33,6%. Obteniendo 21,6% y 32,4% para los puntos IV y V, respectivamente. Tras analizar los resultados se implementó el uso de las letras mayúsculas resaltadas (Tall Man Letters) para destacar las diferencias entre pares de fármacos y reducir la confusión en su almacenamiento, dosificación, vía de administración y la gravedad de las consecuencias de un error si se produjese. La técnica se aplicó en el área de unidosis y en los almacenes de fármacos del SF. También se identificaron los Medicamentos de Alto Riesgo (MAR) disponibles en el centro, tomando como referencia la lista del ISMP. Se confeccionó un listado de los MAR para mayor difusión. Asimismo, se presentó a la Comisión de Farmacia y se hizo difusión de una lista de antidotos específicos para centros sociosanitarios, incluyendo indicaciones, posología, presentaciones disponibles y las observaciones pertinentes. Para garantizar la correcta conservación de los medicamentos termolábiles, se instalaron termómetros de lectura continua en las neveras del SF. Se actualizó y se hizo difusión del protocolo de conservación de los medicamentos y de producto sanitario. Tras la aplicación de estas acciones, en 2020, se repitió el cuestionario para evaluar su impacto, obteniendo una puntuación global de 35,7% (29,4% el punto IV y 36,8% el punto V). Se planificó revisar los puntos de nuevo e implicar a otros profesionales para mejorar el impacto de las acciones.

CONCLUSIONES

En los centros de atención intermedia se puede mejorar el uso seguro de medicamentos utilizando el cuestionario de seguridad del ISMP. Desde el SF, detectando puntos clave y estableciendo modificaciones eficaces, se mejoró la seguridad en el uso de medicamentos en centros de atención intermedia. Es necesaria la implicación de todos los profesionales para avanzar en la consolidación de prácticas seguras en el uso de medicamentos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1671. CARGA ANTICOLINÉRGICA Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS EN PACIENTES ANCIANOS CON HEPATITIS C CRÓNICA

AUTORES

AMORÓS REBOREDO P, SOY D, HERNANDEZ HERNANDEZ M, LENS S, MESTRES MIRALLES C
HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. C/VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia de carga anticolinérgica en pacientes ancianos con hepatitis C crónica que han recibido antivirales de acción directa (AAD), comparando tres escalas distintas. Relacionar el impacto de la carga anticolinérgica con la seguridad de los tratamientos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes ≥ 65 años que iniciaron tratamiento con AAD durante un período de 11 meses y tomaban al menos un medicamento crónico. Se analizó la seguridad en los tratamientos, teniendo en cuenta la comorbilidad y el riesgo de interacciones farmacológicas. La presencia de comorbilidad se midió mediante la clasificación "Clinical Risk Group" (CRG), las interacciones farmacológicas mediante la página web de la universidad de Liverpool <https://www.hep-druginteractions.org>, y la prevalencia de medicamentos con carga anticolinérgica mediante las escalas "Anticholinergic Cognitive Burden Scale" (ACB), "Anticholinergic Risk Scale" (ARS) y "Anticholinergic Drug Scale" (ADS), a través de la herramienta web <http://www.anticholinergicscales.es>. Se analizaron los efectos anticolinérgicos descritos durante el tratamiento con AAD.

RESULTADOS

Se incluyeron 236 pacientes, con una edad media de 71,7 años (SD: 4,7), 62,3% mujeres y 73,3% cirróticos. El 47% de los pacientes tomaba ≥ 5 medicamentos. El 72,8% presentó riesgo de interacciones farmacológicas clínicamente significativas. Según las escalas ACB, ARS y ADS, el 35,2% (n=83), el 10,6% (n=25) y el 34,3% (n=81) de los pacientes recibían medicación anticolinérgica. Los pacientes con fármacos anticolinérgicos tomaban más medicamentos [promedio (SD); ACB: 5,7(3,0) vs 4(2,5) $p < 0,0001$; ARS: 6,1(2,5) vs 4,4(2,8) $p=0,004$; ADS: 5,8(2,7) vs 4(2,6) $p=0,034$] y presentaban más comorbilidad (ACB $p=0,01$; ARS $p < 0,01$ y ADS $p=0,1$), pero no más interacciones. Los fármacos para el sistema nervioso (N) según la clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC) fueron los mayoritariamente relacionados con riesgo anticolinérgico. El 86% de los pacientes presentó algún evento adverso (EA) (N=206) durante el tratamiento. Según la escala ARS, todos los pacientes con carga anticolinérgica presentaron algún EA (25-100% vs 18-85,8% $p=0,0442$), mostrando relación significativa entre la presencia de medicación anticolinérgica y EAs. No se observó relación entre carga anticolinérgica y hospitalización o muerte. Los efectos asociados a efectos anticolinérgicos se observaron en 99 pacientes (41,9%), atribuyéndose principalmente a sequedad de piel (53; 22,5%), confusión (25; 10,6%) y nerviosismo (20, 8,5%). No se observaron diferencias entre tomar fármacos anticolinérgicos o no sobre los efectos anticolinérgicos, pero el número de efectos por paciente fue significativamente mayor en los pacientes con fármacos anticolinérgicos, independientemente de la escala utilizada.

CONCLUSIONES

Los pacientes ancianos con hepatitis C crónica presentan alta comorbilidad y están expuestos a interacciones farmacológicas, polimedicación potencialmente inapropiada y riesgo anticolinérgico, según las escalas ACB, ARS y ADS. La carga anticolinérgica se asocia a comorbilidad y aumento de número de medicamentos. Las tres escalas anticolinérgicas muestran distintos resultados, obteniendo solo relación con efectos adversos la escala ARS. La incidencia de efectos anticolinérgicos por paciente fue superior en los pacientes tratados con fármacos anticolinérgicos, independientemente de la escala utilizada. Considerar la calidad de la farmacoterapia en el momento de iniciar tratamiento con AAD mediante una valoración multidisciplinar puede mejorar los resultados en salud.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1694. ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE LETRAS MAYÚSCULAS RESALTADAS (TALL-MAN LETTERING) EN LOS SOFTWARES HOSPITALARIOS

AUTORES

IGLESIAS GÓMEZ R, RUIZ CALDES MJ, FONT NOGUERA I, PALANQUES PASTOR T, FERNÁNDEZ SÁNCHEZ M, RIBES ARTERO H, GARCÍA PELLICER J, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL POLITÉCNICO Y POLICLÍNICO LA FÉ. AVDA. DE FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Mejorar la calidad y la seguridad de cualquier etapa del proceso farmacoterapéutico (prescripción, validación, administración...) en la que exista riesgo de identificación incorrecta de medicamentos con nombres similares, mediante la aplicación de letras mayúsculas resaltadas (tall-man lettering).

MEJORAS ESPERADAS

La filosofía tall-man lettering y la estrategia expuesta en presente trabajo ofrecen la secuencia de pasos y acciones para facilitar la identificación inequívoca de medicamentos en cualquier hospital, beneficiando a los pacientes atendidos y a los profesionales implicados en el proceso.

DISEÑO

Estudio descriptivo de implantación de la terminología tall-man lettering promovida por el Institute for Safe Medication Practices (ISMP) y desarrollado en un servicio de farmacia de un hospital de tercer nivel.

CIRCUITO Y ETAPAS

La presente estrategia se ha estructurado en las siguientes fases. Fase I. Organización: Creación de un grupo tall-man con responsables de cada software o sistema de información del hospital y elaboración del procedimiento normalizado de trabajo. FASE II. Selección de medicamentos similares: Búsqueda bibliográfica y actualización semestral de una base de datos de nombres de medicamentos susceptibles al riesgo de confusión. En nuestro caso el responsable del reenvasado de medicamentos. FASE III. Difusión: Se informó de la estrategia a los gestores del software y a los profesionales sanitarios. FASE IV. Ejecución del procedimiento: Los cambios en las bases de datos se realizaron de manera automatizada en la mayoría de los casos. También incluyó cartelera/infografía con nombres de medicamentos similares. FASE V: Seguimiento y evaluación de resultados. Se registró la información modificada de cada software para valorar su alcance y establecer mejoras continuas del mismo.

IMPLANTACIÓN

Entre Agosto de 2019 y Abril de 2020.

RESULTADOS

Actualmente la modificación se ha aplicado a 5 softwares de práctica clínica habitual en el hospital y ha afectado a 113 nombres de medicamentos similares que se prestan a confusión (66% nombres de principios activos (PA) y 33% nombres comerciales (C)), correspondiéndose con 659 especialidades (E) combinando todas las especialidades de los software analizados.

Desglosado por sistema de información: Acondicionamiento y reenvasado de medicamentos (20PA, 20C, 130E), elaboración de medicamentos (27PA, 0C, 66E), sistemas automatizados de dispensación (54PA, 0C, 191E) y softwares de prescripción y validación farmacéutica hospitalarios y ambulatorios correspondientes a las áreas de farmacoterapia general (50PA, 22C, 194E) y quimioterapia (17PA, 0C, 78E).

Entre las dificultades encontradas, destacaron la baja interoperabilidad de los sistemas de información y la necesidad de modificación manual de los nombres en el software por imposibilidad de la vía automatizada. Así mismo, dificultad de hacer llegar la estrategia tall-man lettering al sistema de gestión de medicamentos autonómico, gestionado y dirigido por los Servicios Centrales, el cual abastece al resto softwares del hospital.

LIMITACIONES

Se desconoce el momento en que existirá una única base de datos regida por criterios de calidad asistencial y seguridad de paciente, interconectada al resto de aplicaciones de hospital y actualizada de manera continua y permanente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La aplicabilidad es transversal, dependiendo de los softwares de los que disponga cada hospital y de la interoperabilidad entre ellos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1712. ELABORACIÓN DE UN LISTADO DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES CON INSTRUCCIONES DE ACTUACIÓN PRIORIZADAS POR TIEMPOS DE ESTABILIDAD

AUTORES

GARCÍA MUÑOZ C, SERRANO GARROTE O, ORTIZ PEREZ S, HERRAIZ ROBLES P, SANCHEZ SANZ B, BRUNI MONTERO MA, FERRARI PIQUERO JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVDA DE CÓRDOBA S/N. MADRID

OBJETIVOS

Elaborar un listado de medicamentos termolábiles con datos de estabilidad de los mismos ante desviación de la temperatura, actuaciones concretas ante la desviación y categorización de la priorización de éstas en función del tiempo de estabilidad. Esto permite una actuación rápida en caso de avería de una nevera o congelador, priorizando el rescate de los medicamentos de menor estabilidad.

MEJORAS ESPERADAS

Optimizar el tiempo dedicado a resolver desviaciones de temperatura y priorizar la actuación en los medicamentos que son menos estables, evitando pérdidas económicas y materiales.

DISEÑO

Se diseñó un algoritmo de actuación basado en el tiempo en que el medicamento es estable fuera del rango de conservación recomendado:

Categoría A: estabilidad < 8 h

Categoría B: estabilidad de 8-24 h

Categoría C: Estabilidad 24-48 h

Categoría D: Estabilidad 48-72 h

Categoría E: Estabilidad > 72H

Se documentó en el listado si el medicamento se podía volver a refrigerar o bien había que conservarlo a temperatura ambiente y durante cuánto tiempo era válido.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se localizaron todos los medicamentos conservados en nevera o congelador disponibles en el Servicio de Farmacia, identificados por DCP (denominación común de producto) y código DCP. Se buscó en la ficha técnica información respecto a conservación y estabilidad fuera de nevera/congelador. De no disponerse de esta información, se hizo una consulta al laboratorio fabricante, solicitando de ser posible la respuesta por escrito. Se preguntó específicamente sobre la posibilidad de volver a refrigerar o congelar. Se categorizó al medicamento en categoría A-E en función de la estabilidad y se incluyó una columna de recomendaciones para el personal encargado de gestionar la desviación de temperatura.

IMPLANTACIÓN

El listado se puso a disposición de todos los profesionales del hospital. Se ha decidido realizar una revisión anual del listado.

RESULTADOS

Actualmente el listado contiene 260 medicamentos: 7 categoría A, 14 categoría B, 16 categoría C, 26 categoría D, 122 categoría E. En 74 medicamentos el laboratorio exige comunicar la desviación de temperatura en el momento en el que ocurre, sin aportar directrices estándar de cómo actuar ante el incidente. En 46 casos el medicamento no puede volver a refrigerarse tras la desviación.

El listado permite identificar de forma rápida aquellos medicamentos que exigen una actuación prioritaria para evitar desecharlos (categorías A y B)

LIMITACIONES

No todos los laboratorios ofrecen información sobre cómo actuar en caso de desviación, exigiendo llamada al mismo lo que ralentiza la actuación y aumenta el riesgo de desechar el medicamento.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Fácilmente exportable a otros servicios.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1714. CIRCUITO DE USO SEGURO DE FÁRMACOS DE ADMINISTRACIÓN INTRAVÍTEA

AUTORES

IBARRA GARCIA E, IBARRA BARRUETA O, PEREZ DIEZ E, GARAY ISASTI MA
HOSPITAL DE URDULIZ. GOIETA KALEA, 32. VIZCAYA

OBJETIVOS

Describir el circuito de prescripción, validación y dispensación de los fármacos de administración intravítrea preparados en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH).

Analizar las discrepancias detectadas tras la implantación de este procedimiento.

MEJORAS ESPERADAS

Incrementar la seguridad en el circuito de uso de fármacos de administración intravítrea.

DISEÑO

Se desarrolló, junto con el Servicio de Oftalmología, un procedimiento de uso seguro de fármacos antiangiogénicos (afibercept, ranibizumab) y antiinflamatorios (dexametasona) de administración intravítrea. Se establecieron y consensuaron protocolos de uso de estos fármacos, que fueron aprobados en la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) y por la Dirección del centro. Se estableció la obligatoriedad de prescripción electrónica, por parte del oftalmólogo, del fármaco de administración intravítrea indicado en cada paciente a través de protocolos de prescripción predefinidos en el programa de prescripción electrónica (PPE).

CIRCUITO Y ETAPAS

-Diseño por parte del SFH del circuito en todas sus etapas: prescripción médica, validación farmacéutica, preparación aséptica y dispensación.

-Creación de protocolos de prescripción predefinidos en el PPE por parte del SFH.

-Consenso con el Servicio de Oftalmología.

-Aprobación del procedimiento y los protocolos de prescripción en la CFT.

IMPLANTACIÓN

Desde enero de 2018 se trabaja con este nuevo procedimiento.

Semanalmente, el farmacéutico recibe por correo electrónico la programación de intravítreas con los datos de paciente, el fármaco indicado y el ojo a tratar, y contrasta esta programación con la prescripción y el evolutivo médico, accesibles a través de la historia clínica electrónica. De esta forma, comprueba la indicación y la coincidencia del fármaco prescrito y programado, de la frecuencia de administración (mensual/semestral) y de la lateralidad (ojo derecho o izquierdo). Si detecta discrepancias, las registra y las comunica al Servicio de Oftalmología, resolviéndose con antelación a la administración. Por último, se prepara cada dosis (realizando fraccionamiento de viales multidosis, en caso necesario) en

condiciones asépticas en cabina de flujo laminar vertical y se dispensan etiquetadas por paciente, registrando el lote para favorecer la trazabilidad.

RESULTADOS

Se han analizado las intervenciones farmacéuticas realizadas desde la implantación del procedimiento.

De las 1313 intravítreas revisadas en el período de estudio (febrero 2018-mayo 2020), se han detectado 97 discrepancias (7,4%). De ellas 94 eran no justificadas (97%). Se han clasificado las discrepancias por motivos, siendo 54 (55,7%) por ausencia de prescripción, 16 (16,5%) por ser incorrecta la programación, 12 (12,4%) por ser incorrecto el evolutivo, 10 (10,31%) por ser incorrecta la prescripción y 5 (5,15%) por ser errónea la frecuencia de administración. En 7 (7,21%) casos ha habido confusión con la lateralidad. En todos los casos se evitó un potencial error de medicación.

LIMITACIONES

El listado de programación manejado por el Servicio de Oftalmología es en formato papel, lo cual induce errores de transcripción.

No disponemos de la posibilidad de comunicar las incidencias detectadas al Servicio de Oftalmología a través de interconsultas en la propia historia clínica electrónica, lo cual enlentece el proceso.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a todos los hospitales que cuenten con PPE.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1717. IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS DE SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE POTASIO INTRAVENOSO

AUTORES

SASTRE HERES AJ, ARRIBAS RUIZ A, LIZAMA GOMEZ NG, BONAFONTE MARTELES JL, ORTIZ DOMINGO C, LAPUERTA FERRER M, MOLINA MORALES AR, MONFORTE GASQUE MP
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ZARAGOZA. PASEO COLÓN, 14. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Establecer y promover un procedimiento de uso seguro de potasio intravenoso

MEJORAS ESPERADAS

Establecer y unificar unas prácticas seguras de uso de potasio intravenoso a nivel multidisciplinar para prevenir PRM (problemas relacionados con medicamentos). Disminuir el uso de ampollas de cloruro potásico y aumentar el consumo de potasio prediluido.

DISEÑO

Desde la Comisión de Seguridad del hospital, se formó un grupo de trabajo multidisciplinar con facultativos prescriptores, farmacéuticos especialistas y personal de enfermería para el desarrollo de un protocolo de uso seguro de potasio intravenoso que tuviera en cuenta las recomendaciones del Instituto de uso seguro de Medicamentos y Productos Sanitarios (ISMP) y su aplicabilidad en la práctica diaria.

CIRCUITO Y ETAPAS

En el seno de este grupo multidisciplinar de las medidas recomendadas en el documento del ISMP se detectó que ya se llevaban a cabo como parte de la práctica habitual las siguientes: no añadir soluciones concentradas de potasio a soluciones premezcladas y el etiquetado de la mezcla con la dosis y velocidad de administración. A raíz del análisis de las recomendaciones se añadieron al protocolo elaborado varias medidas y recomendaciones adicionales (ampliación de las presentaciones de potasio prediluido y almacenar las soluciones concentradas de potasio de forma separada). Así mismo, otras quedaron a estudio (ej. uso de sistemas de regulación de flujo e implantar un aviso en la prescripción promoviendo el uso del potasio prediluido) y otras medidas se desecharon por la dificultad que implican en la práctica diaria (usar formatos de etiquetas preestablecidas y realizar doble checking en la preparación en planta). Con todo ello se llevó a cabo un protocolo de uso seguro de potasio intravenoso y recomendaciones que se trasladaron a la Comisión de Farmacia y terapéutica del hospital.

El protocolo elaborado se revisó y aprobó en la Comisión de Farmacia y terapéutica así como también la recomendación de ampliar las presentaciones disponibles de potasio prediluido.

Dicho protocolo fue trasladado al Comité de Dirección del Hospital y una vez aprobado fue difundido entre los diferentes profesionales y se realizaron sesiones informativas del mismo.

IMPLANTACIÓN

Julio 2019

RESULTADOS

Antes de la implantación del protocolo de uso seguro de potasio, la proporción de potasio prediluido en relación al uso de soluciones concentradas de potasio el año anterior a la elaboración y difusión del protocolo fue de 4,3:1 y des de la implantación a abril de 2020 fue de 9,8:1.

LIMITACIONES

El consumo de soluciones concentradas en nuestro hospital todavía es relevante. Para el análisis del impacto del protocolo, sería necesario además hacer una revisión in situ de su cumplimiento y valorar las otras propuestas de mejora que quedaron a estudio.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Dentro de un proceso de mejora continua, las recomendaciones del ISMP son altamente aplicables a todos los hospitales teniendo en cuenta siempre las particularidades de cada centro.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1733. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EFECTUADAS POR EL TÉCNICO DE FARMACIA EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA: ¿SUMAN VALOR?

AUTORES

GONZÁLEZ AVILÉS C, CAMPOS FERNÁNDEZ DE SEVILLA MA, GONZÁLEZ DE LA ROSA C, ESQUINAS PADÍN A, RODRIGUEZ LABRADOR J, NOGALES REY G, CASTRO FIUZA MJ, VICO GARCÍA V
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES. CAMINO LABOR S/N. MADRID

OBJETIVOS

Describir y evaluar el impacto y significación clínica de las intervenciones efectuadas en un Servicio de Farmacia (SF) por el técnico de farmacia (TEF).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 24 meses de duración, en el que se registraron las intervenciones efectuadas por TEFs en el SF, y su grado de aceptación por el farmacéutico. Todas las intervenciones fueron codificadas según clasificación propuesta por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. El impacto clínico de las intervenciones fue evaluado por un farmacéutico, siguiendo un código de impacto y significación clínica validado en el SF. El código de impacto pretendía indicar los posibles beneficios de la intervención sobre la efectividad, seguridad y eficiencia en el uso de los medicamentos. El código de significación, estaba diseñado para medir la calidad de la atención prestada al paciente con la intervención, mediante una escala de 5 ítems (impacto muy alto, alto, medio, bajo o nulo). Los errores de medicación detectados por el TEF fueron clasificados según clasificación propuesta por el Grupo Ruiz-Jarabo-2000.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio los TEFs efectuaron 27 intervenciones sobre 27 medicamentos. El 59,26% de las intervenciones fueron aceptadas por el farmacéutico. 16 de las intervenciones estaban dirigidas a evitar algún error de medicación, no detectados por el farmacéutico. Según la clasificación utilizada, los tipos de errores detectados por el TEF fueron: dosis incorrecta (81,25%), medicamento erróneo (6,25%), paciente equivocado (6,25%) y errores en la información técnica del medicamento (6,25%). El 18,52% de las intervenciones realizadas evitaron un error de medicación en un medicamento de alto riesgo. 25 de las intervenciones efectuadas estaban dirigidas a modificar la dosis, frecuencia o duración del tratamiento y 2 a proponer la retirada o sustitución del medicamento. Según el código de significación e impacto utilizado, el 100% de las intervenciones realizadas tuvo alguna repercusión sobre la seguridad en el uso de los medicamentos y un 3,7% sobre la eficiencia de los tratamientos. El 59,85% de las intervenciones se consideraron que incrementaban de forma muy significativa o significativa la calidad de la atención prestada al paciente y la eficiencia en el uso de los medicamentos. Solo 11 de las intervenciones realizadas se consideraron que tenían un bajo impacto sobre la calidad de la atención prestada al paciente, y ninguna intervención se consideró que tuviera impacto medio o nulo.

CONCLUSIONES

A la vista de nuestros resultados podemos concluir que, el TEF puede tener un papel relevante en la mejora de la seguridad del uso de los medicamentos y en la calidad de la atención prestada. Por tanto, el TEF suma valor al equipo multidisciplinar que atiende al paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1745. EVALUACIÓN DE LA PAUTA ANTIEMÉTICA EN LA QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

SALOM GARRIGUES C, GALCERAN GONZÁLEZ MDLE, RETAMERO DELGADO A, SERRAIS BENAVENTE J, MEDINA VARGAS M, SÁNCHEZ FRESQUET X, PARÉS MARIMON RM, FERRÁNDEZ MARTÍ D
HOSPITAL D'IGUALADA. AVDA CATALUNYA. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación de la pauta antiemética a las guías internacionales según el grado de emetogenicidad de la quimioterapia antineoplásica, así como su efectividad en el control de la emesis inducida por la quimioterapia (CINV) en un hospital comarcal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo longitudinal de caracterización y no intervención de la población. Se incluyeron los pacientes en tratamiento quimioterapéutico intravenoso de abril a julio de 2018.

Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), indicación de quimioterapia, esquema, ciclo, otros factores de riesgo de emesis relacionados con el paciente, administración de antagonistas de 5-HT₃, antagonistas de NK1R, dexametasona y otros antieméticos, adecuación del tratamiento antiemético a las guías, CIN (nauseas inducidas por quimioterapia) y CIV (vómitos inducidos por la quimioterapia), cuantificados sumando las puntuaciones obtenidas mediante un cuestionario autoadministrado basado en la escala CTCAE, para las tres fases (anticipada + aguda + retardada).

Los datos se expresaron como media (DE) para variables continuas y como frecuencia absoluta y relativa para variables categóricas. Se utilizaron modelos de regresión logística multivariable para estudiar la asociación de adecuación,

efectividad y factores de riesgo. Los efectos estimados se expresaron junto con los intervalos de confianza al 95%. El análisis estadístico se realizó con el software estadístico R (versión 3.4.3). Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 133 pacientes de 62,26 (11,13) años, 70 (52,63%) mujeres, con 12 indicaciones de quimioterapia diferentes, 45 esquemas diferentes, 66,92% sometidos al primer ciclo y 33,08% al segundo o posterior. No se incluyó ningún paciente en diferentes ciclos de su tratamiento. El día de la quimioterapia, 121 (90,98%) pacientes recibieron monoterapia o politerapia antiemética. Ciento doce (84,21%) pacientes recibieron un antagonista 5-HT₃, 69 (51,88%) antagonista de NK1R y 112 (84,21%) dexametasona. Los días siguientes, 58 (43,61%) pacientes recibieron monoterapia o politerapia. Principalmente, 34 (25,56%) dexametasona, 10 (7,52%) metoclopramida pauta fija, 5 (3,76%) metoclopramida a demanda y 5 (3,76%) antagonista 5-HT₃.

La adecuación fue suficiente en 75 (56,39%) pacientes, mientras que 38 (28,57%) presentaron una pauta excesiva según las recomendaciones de las guías y 20 (15,04%) insuficiente. Se estima que la proporción de adecuación suficiente poblacional en este hospital es 0,56 [0,47 - 0,64].

Las desviaciones por exceso (OR=0,311 [0,038, 1,535], $p=0,197$) o las inadecuaciones por defecto (OR=0,388 [0,057, 1,878], $p=0,278$) no fueron predictoras de náuseas, pero el consumo de tabaco (OR=1,026 [1,01, 1,043], $p=0,001$) y la experiencia de CINV previos (OR=8,795 [2,046, 38,422], $p=0,003$) sí se asociaron positivamente. Por otro lado, la adecuación insuficiente fue predictora de vómitos (OR=17,907 [2,078, 290,042], $p=0,015$), así como el consumo de alcohol (OR=1,207 [1,018, 1,487], $p=0,031$).

CONCLUSIONES

Solamente algo más de la mitad de los pacientes reciben profilaxis antiemética acorde con las guías clínicas. Una pauta antiemética insuficiente y factores de riesgo propios del paciente se asocian con peor control de la emesis.

En otros estudios el consumo de alcohol se asocia con menos CINV, a diferencia del nuestro, por lo que sería interesante estudiar más los factores de riesgo propios del paciente e incluirlos en la guías.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1765. ANÁLISIS DE ERRORES EN UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIA: UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN EN PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA VS PRESCRIPCIÓN MANUAL

AUTORES

GARZÓN GAGO MJ, ROMERO ALONSO A, CRESPO BARAJAS MDM, COSME HUERTAS T, SANTOS GARCIA ML, JIMENEZ CASAUS J, GONZALEZ SANZ A, GIL VALIÑO C
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVDA/REQUEJO Nº35. ZAMORA

OBJETIVOS

Describir los errores asociados a los diferentes procesos de dispensación de un sistema de dosis unitaria (SDMU), en el que coexisten unidades de hospitalización con prescripción electrónica y manual (transcripción farmacéutica), para analizar si existen diferencias entre ambos sistemas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional de una semana de duración, donde se revisaron los cajetines de medicación, alternando las plantas con prescripción electrónica y manual.

- Los errores/incidencias se anotaron sobre los listados de medicación, y al finalizar la jornada de trabajo se registraron en una hoja de recogida de datos.
- Se analizaron también los errores/reclamaciones una vez que habían enviado los carros de medicación a las unidades de hospitalización y se registraron en una hoja de recogida de datos.
- Los errores se agruparon en: medicamento erróneo, dosis y/o unidades incorrectas, forma farmacéutica errónea, ausencia en el cajetín de medicamentos incluidos en el listado de llenado, presencia en el cajetín de medicación no incluido en listado de llenado, medicamento en cajetín erróneo y otros (medicamentos no incluidos en guía, nevera).
- Las reclamaciones se clasificaron de acuerdo a: errores de transcripción, errores de la planta o errores en la medicación enviada fuera de turno y por órdenes médicas no enviadas.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 10203 líneas durante el estudio. La fase en el que se detectó un mayor número de errores fue en el llenado de carros ($n=91$), y la tasa de error fue mayor en las unidades de hospitalización sin prescripción electrónica frente a prescripción electrónica (62 versus 29 errores).

El total de errores detectados/analizados en el período de estudio fue de 150 líneas. Según el tipo de error: $n=91$ (0,89%) correspondieron a errores en el llenado y $n=59$ (0,57%) a reclamaciones.

La distribución de los errores fue: 1) Ausencia en el cajetín de medicación incluido en listado de llenado ($n=67$).

2) Presencia en el cajetín de medicación no incluida en el listado de llenado ($n=9$), 3) Dosis y unidades incorrectas ($N=7$), 4) Medicamento erróneo ($n=3$), 5) Medicamento en cajetín erróneo y otros ($n=4$) y 6) Forma farmacéutica errónea ($n=1$).

La distribución de las reclamaciones fue: 1) Orden médica no enviada ($N=33$), 2) Errores de la planta o errores en la medicación enviada fuera de turno ($N=16$) y 3) Errores de transcripción ($n=7$).

CONCLUSIONES

- La fase en la que se detectó un mayor número de errores fue en el llenado de carros seguido de la reclamación de medicación por parte de enfermería.
- Las mayores tasas de error en el llenado se observaron en aquellas unidades sin prescripción electrónica, siendo

también mayor el número de reclamaciones en estas por no enviar la orden médica al servicio de farmacia. Estos resultados se podrían mejorar con el paso de la prescripción manual a electrónica.

- El número de reclamaciones corresponden a carros revisados, lo que nos hace plantearnos analizar el circuito de SDMDU, para mejorar la comunicación con las plantas y el envío de medicación enviada fuera de hora.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1766. HIPERPROLACTINEMIA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO

AUTORES

RODRÍGUEZ GARCÍA E, GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO C, MONFORT CERVERA M, LÓPEZ DE TORRE QUEREJAZU A, CLAVERO IBARRA P

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DONOSTIA. CAMINO SAN JUAN DE DIOS, 12. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

Los niveles de prolactina (PRL) pueden elevarse patológicamente por diferentes causas, siendo la exposición a fármacos la causa más frecuente de hiperprolactinemia (HPRL) no fisiológica, y entre estos, son los antipsicóticos (APS) el grupo que en mayor medida puede influir. El aumento sérico de los niveles de PRL puede producir consecuencias clínicas a corto plazo (disfunción sexual y ginecomastia) y largo plazo (aumento de riesgo cardiovascular, posible incremento del cáncer de mama y endometrio e hipoestrogenismo y osteoporosis). Por ello, el objetivo de este estudio es calcular la prevalencia de HPRL en pacientes tratados con APS y porcentaje de pacientes con HPRL sintomática, asintomática o sin monitorización de síntomas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico de datos recogidos del 13 de abril al 3 de mayo de 2020 incluyendo pacientes hospitalizados con una o varias prescripciones de APS a dosis estable durante un mínimo de 3 meses, excluyendo aquellos con tratamientos farmacológicos o patologías que pudieran interferir en el valor de PRL. Se recogieron datos de la historia clínica: Sexo, edad, diagnóstico, tratamiento APS, dosis, medición de PRL y síntomas físicos de HPRL (amenorrea, galactorrea, disfunción sexual). Se procedió al análisis estadístico de los datos con el programa SPSS®.

RESULTADOS

Se incluyen 59 pacientes de 4 centros con una edad media de 42,47 años (DE: 13,6) mínimo 19 y máximo 70. La distribución por sexos fue 43 hombres (72,9%) y 16 mujeres (27,1%). El total de pacientes con HPRL fue de 40 (67,8%), 20 (33,9%) HPRL leve (25-50 ng/ml), 14 (23,7%) moderada (50-100 ng/ml) y 6 (10,2%) severa (> 100 ng/ml). No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de PRL y edad o sexo. Se comparó el porcentaje de pacientes con HPRL y sin ella dentro de cada antipsicótico. Se encontró que los pacientes en tratamiento con aripiprazol y clozapina tenían menos HPRL que los que no lo tomaban, siendo esta diferencia estadísticamente significativa y que los pacientes en tratamiento con paliperidona, tenían mayor HPRL que los que no lo tomaban, siendo también esta diferencia estadísticamente significativa. En el resto de los antipsicóticos comparados, las diferencias en los niveles de PRL entre los que tomaban y no, no alcanzó significación estadística. En cuanto a la sintomatología, sólo pudo recogerse en 6 pacientes (5 amenorrea, uno de ellos además lo asoció con galactorrea y 1 disfunción sexual) en 32 se desconocía la presencia de síntomas y en 2 se sabía que no los tenían. De los 6 que tenían síntomas 3 tenían HPRL severa y 3 moderada.

CONCLUSIONES

Los pacientes en tratamiento con APS pueden presentar cifras elevadas de PRL. Algunos APS como la paliperidona pueden aumentarla con mayor frecuencia. Sin embargo, sería necesario realizar más estudios que nos permitieran conocer las consecuencias clínicas de la HPRL y su repercusión a largo plazo. Así mismo, sería interesante estandarizar estrategias terapéuticas en el tratamiento de la HPRL en función de la situación clínica del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1792. MEJORA DE LA CALIDAD DE LA FARMACIA AMBULATORIA MEDIANTE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y METODOLOGIA LEAN

AUTORES

MARTIN CONDE MT, DEL CACHO DEL CACHO E, CALVO CIDONCHA E, ROURA TURET J, MORALES JEREZ A, PEREZ BALDOYRA T, TORRES SOLDADO E, SOY MUNER D
FARMACIA HOSPITAL CLINIC BARCELONA. VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Mejorar la calidad del proceso de dispensación y atención farmacéutica en la Farmacia Ambulatoria mediante participación del paciente y metodología LEAN.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para conocer la experiencia del paciente se utilizó la técnica del grupo focal y el envío masivo de encuestas a través del mail.

Paralelamente se organizó un grupo de trabajo con los diferentes trabajadores implicados en la atención del paciente ambulatorio siguiendo la metodología LEAN.

RESULTADOS

En el grupo focal se entrevistaron 6 pacientes con diferentes patologías. Los temas que se exploraron fueron la información, accesibilidad, trato, espera y espacio físico.

Teniendo en cuenta los aspectos que surgieron en el grupo focal se diseñó una encuesta para enviar de forma masiva a los pacientes.

Se enviaron encuestas a 4749 pacientes que habían recogido medicación el año anterior solicitando que valoraran diferentes aspectos en una escala del 0 al 5. Respondieron 1723 pacientes. La puntuación más alta fue para la atención y trato recibidos (4,7). Las peores puntuaciones fueron para las condiciones de la sala de espera, tiempo de espera, localización y privacidad (< 4).

661 pacientes realizaron comentarios o sugerencias para mejorar el servicio, aproximadamente 25% fueron agradecimientos por la atención recibida, 25% solicitaron mejoras en las condiciones de la sala de espera y 25% disminuir el tiempo de espera. Otros comentarios que se repitieron más de 4 veces fueron: dispensar más medicación, mejorar la ubicación, mejorar la privacidad, agradecimientos por el horario de tarde, ampliar el horario de tarde, arreglar el gestor de citas, problemas para contactar y solicitar cita previa y poder solicitar cita a través de internet.

Teniendo en cuenta la perspectiva de los pacientes (grupo focal y encuestas masivas) y de los profesionales sanitarios (LEAN) se decidieron realizar las siguientes intervenciones:

Mejorar la señalización de la Farmacia Ambulatoria para facilitar la llegada del paciente.

Editar información escrita sobre ubicación y funcionamiento general para proporcionar a los pacientes en consultas externas.

Ampliar el horario de atención para descongestionar los horarios de máxima afluencia.

Establecer un circuito alternativo de dispensación a hospitales de día fuera del circuito de atención al paciente externo.

Reorganizar la gestión de citas con un gestor de colas que utiliza un algoritmo de decisión para asignar a los pacientes. Colocar el gestor de tickets fuera de la zona de atención para mejorar la confidencialidad y evitar interrupciones a las personas que están atendiendo.

Poner una mampara de separación entre los puntos de atención con menor privacidad.

Habilitar una parte del pasillo central como sala de espera hasta conseguir una sala de espera más adecuada con las obras generales de rediseño de la Farmacia.

CONCLUSIONES

La participación del paciente, a través del grupo focal y encuestas masivas, unido con la participación de los trabajadores sanitarios implicados en el proceso, a través de la metodología LEAN, nos ha permitido analizar la realidad de nuestro servicio y diseñar las acciones de mejora más adecuadas en función de los recursos disponibles.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1810. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EXTRAVASACIONES DE CITOSTÁTICOS CENTRALIZADO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

CAVADA CARRANZA I, HERRANZ MUÑOZ N, MORENO GARCIA M, CARRASCO GOMARIZ M, DIEZ FERNANDEZ R, MOLINA GARCIA T

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM.12'5. MADRID

OBJETIVOS

Las extravasaciones de citostáticos se definen como la salida de estos al espacio extravascular durante su administración intravenosa. Las consecuencias de las extravasaciones dependerán principalmente de las propiedades irritantes y/o vesicantes de los diferentes fármacos. La incidencia de las extravasaciones no está clara debido a la infrutilización de sistemas de notificación centralizados en los centros.

El objetivo del estudio es calcular la incidencia de extravasaciones de citostáticos y evaluar los episodios acontecidos en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron todas las extravasaciones de citostáticos producidas y notificadas desde febrero de 2001 hasta julio de 2019.

Se recogieron: sexo, edad, fármaco y volumen extravasado, dispositivo de administración, orden de administración de los fármacos, factores de riesgo de los pacientes (Síndrome de Raynaud, enfermedad vascular periférica, diabetes, linfedema, tratamiento con radioterapia previa, terapia intravenosa previa y/o que el citostático a administrar fuese vesicante) y los signos y síntomas (dolor, hormigueo, hinchazón, eritema, prurito y sensación de ardor) derivados de la extravasación.

RESULTADOS

Se recogieron 107 extravasaciones representando el 0,06% de todas las administraciones de citostáticos intravenosos durante el periodo de estudio. La edad media de los pacientes en los que ocurrió el evento fue de 61,2 (IQR=19,1) años y el 43,9% eran hombres.

Los taxanos fue el grupo de fármacos más frecuente (paclitaxel (29,9%), docetaxel (10,2%)), seguidos por las antraciclinas (doxorubicina (17,8%), epirubicina (3,7%)) y los platinos (oxaliplatino (13,1%), carboplatino (4,7%), cisplatino (2,8%)). El volumen medio extravasado fue de 4,5 (IQR=8,9) mililitros. Todas las administraciones se realizaron mediante bombas de infusión.

La presencia de factores de riesgo se identificó en un 47,7% de los pacientes y 12 de ellos tenían más de uno. Los factores de riesgo más comunes fueron la administración de un fármaco vesicante (22,4%), la administración de otros fármacos citostáticos en el mismo día (16,8%) y la diabetes (13,1%). Otros fueron linfedema, síndrome de Raynaud, enfermedad

vascular periférica y obesidad.

Los signos y síntomas derivados de las extravasaciones fueron hinchazón (58,9%), dolor (42,1%), eritema (25,2%), prurito (16,8%), hormigueo (11,2%) y ardor (7,5%).

CONCLUSIONES

La incidencia de extravasación observada durante la administración de citostáticos por vía intravenosa es baja, al igual que en otros estudios publicados. No obstante, la falta de notificaciones de extravasaciones podría ser una limitación del estudio por lo que sería necesario confirmarlo.

Los farmacéuticos deben ser conscientes de la presencia de factores de riesgo de los pacientes con el fin de reducir aún más la incidencia de las extravasaciones durante la administración de quimioterapia por vía intravenosa.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1813. ANÁLISIS DE LAS DISPENSACIONES A ENFERMERÍA DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA: ¿TENEMOS AÚN MARGEN DE MEJORA?

AUTORES

BARRANTES GONZÁLEZ M, QUETGLAS FLORIT AM, LORENTE CRISTÓBAL L, RIVAS ESPEJO C, CANTURIENSE VILLALONGA P, ORTEGA FERNÁNDEZ R, MIGUEL CARRASCO MI, SOY MUNER D
HOSPITAL PLATÓ. PLATÓ 21 08006. BARCELONA

OBJETIVOS

Se detectó un exceso en las dispensaciones de medicación al personal de enfermería, fuera del circuito habitual de dispensación de unidosis. El objetivo fue:

- Registrar y analizar los motivos de las dispensaciones de medicación entregadas al personal de enfermería.
- Detectar diferencias en los motivos de dispensación en función del turno de enfermería.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional de 15 días de duración (12-26 de febrero de 2020) en un hospital secundario (161 camas). Se realizó el seguimiento y registro de todas las dispensaciones al personal de enfermería, de 08 a 20h. Datos recogidos: fecha, hora, medicamento, servicio y motivo de dispensación.

Se clasificaron los motivos de dispensación: nueva prescripción de medicación no disponible en estoc; error de dispensación; error informático en la emisión de listados de unidosis; ingreso de pacientes; disfunción en los horarios establecidos de preparación de unidosis y/o cambios de medicación; error de enfermería; dispensación de estupefacientes; reposición de estoc y alta de pacientes.

Se realizó el registro y análisis de cada situación según la distribución horaria de los turnos de enfermería y horarios del Servicio de Farmacia: turno de mañana (08 a 14h) y de tarde (14 a 20h).

Se detectaron las diferencias de los motivos de dispensación en cada turno.

Estadística: prueba de chi cuadrado o prueba exacta de Fisher. Significación estadística ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Total dispensaciones: 266(18 dispensaciones/día). Servicio implicado: hospitalización: 227 (85,3%); UCI: 14 (5,3%); urgencias: 14 (5,3%) y otros: 11 (4,1%). Distribución horaria de las dispensaciones: mañana: 226(85%) y tarde: 40(15%). Motivo de recogida de medicación [n (%]): nueva prescripción de medicación no disponible en estoc: 118(44,4); error informático en la emisión de listados de medicación: 38(14,3); error de dispensación: 37(13,9); ingreso de pacientes: 27(10,2); disfunción en los horarios establecidos de preparación de unidosis y/o cambios de medicación: 17 (6,4); error de enfermería: 13(4,9); dispensación de estupefacientes: 11(4,1); reposición de estoc: 3(1,1) y alta de pacientes: 2(0,75). Diferencias de los motivos de dispensación en cada turno, que mostraron significación estadística [turno mañana vs tarde; (%)(p)]: nueva prescripción de medicación no disponible en el estoc (47,8 vs 25)(0,009), error de dispensación (16,4 vs 0)(0,006) y disfunción de los horarios establecidos de preparación de unidosis y/o cambios de medicación (3,1 vs 25)($< 0,001$).

CONCLUSIONES

El 85% de las dispensaciones se realizaron en el turno de mañana y a pacientes ingresados en planta. Más del 50% de las dispensaciones fueron motivadas por nuevas prescripciones de medicación no disponible en estoc y a errores informáticos en la emisión de listados de medicación.

En el turno de mañana, se detectó que las nuevas prescripciones de medicación no disponible en el estoc y los errores de dispensación tuvieron un impacto significativo en las reclamaciones de medicación. Por otro lado, en el turno de tarde, se observó un mayor número de reclamaciones motivadas por la disfunción en los horarios establecidos de preparación de unidosis y/o cambios de medicación.

Se propuso mejorar el circuito de dispensación mediante la revisión de los estocs de planta, la parametrización informática y recordando los horarios de preparación de unidosis y/o cambios de medicación al personal de enfermería.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1837. INSTITUCIONALIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN INTERDISCIPLINAR E INTERNIVELES

AUTORES

CARO TELLER JM, IBARRA MIRA ML, GARCÍA MUÑOZ C, RODRIGUEZ QUESADA PP, AZCUTIA GOMEZ MR, RIVAS CLEMENTE FDPJ, POSE BECERRA C, FERRARI PIQUERO JM

HOSPITAL UNIV. DOCE DE OCTUBRE. AVDA. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

La conciliación de la medicación garantiza que el paciente reciba el tratamiento correcto a lo largo de toda su asistencia. Pese a que la conciliación está reconocida como práctica segura, el Ministerio de Sanidad, dentro de su Estrategia de Seguridad del Paciente, destaca que tan solo el 50% de los hospitales disponen de protocolos de conciliación de la medicación, dificultando la permanencia y conciencia de uso de estos programas en las instituciones.

Ante este escenario se presenta la iniciativa coordinada desde el Servicio de Farmacia de constituir un programa institucional e interdisciplinar sobre conciliación de la medicación, abarcando todos los niveles asistenciales.

MEJORAS ESPERADAS

- Extender y normalizar el proceso de conciliación a la mayoría de los pacientes atendidos, garantizando la equidad en cuanto a su seguridad y la calidad de la asistencia ofrecida.
- Adaptar los estándares y buenas prácticas sobre conciliación de la medicación a nuestro entorno.
- Documentar las competencias y responsabilidades de cada profesional implicado. Seleccionar los indicadores que evaluarán el proceso de mejora.

DISEÑO

El equipo de trabajo está compuesto por 2 coordinadores (farmacéuticos de hospital) y 18 miembros (médicos, cirujanos, enfermeras, farmacéuticos de hospital y Atención Primaria, directivos y referente de Calidad).

CIRCUITO Y ETAPAS

- Elaboración de un Documento Consenso de Conciliación: redactado por integrantes del equipo y consensado con 24 especialidades revisoras. Abarca todos los puntos de la asistencia hospitalaria (Urgencias, Hospitalización, Consultas Externas y Hospital de Día) y ambos niveles asistenciales. El documento se estructuró según procesos clínicos, de manera que cada profesional sanitario pueda reconocer fácilmente cuáles son sus competencias y responsabilidades.
- Elaboración de Anexos: con el objetivo de capacitar al personal, se elaboró el siguiente material de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y principales Sociedades Científicas: “manejo perioperatorio”, “conciliación precoz en Urgencias”, “recomendaciones de Plan Terapéutico al alta hospitalaria” y “fármacos de alto riesgo y actuaciones prioritarias desde el Servicio de Farmacia”.
- Elaboración de cuadro de mandos sobre indicadores de seguimiento.

IMPLANTACIÓN

En enero de 2019, la Comisión de Coordinación Asistencial en Farmacoterapia acordó la elaboración de un Documento Consenso de Conciliación. En julio, la Dirección aprobó el documento y se difundió a los profesionales. En enero de 2020 se realizó la presentación del documento en Sesión General del hospital de referencia. Se estableció la realización de una sesión anual para comunicar las actualizaciones y los resultados de los indicadores del período anterior.

RESULTADOS

Los indicadores de 2019 se calcularon a partir de los datos del paciente crónico complejo (PCC), obteniéndose: 22% de pacientes con error de conciliación, 0,3 errores de conciliación/paciente, 21,5% discrepancias sin resolver y 51,4% de aceptaciones de las intervenciones farmacéuticas.

Los elementos de mejora incorporados para 2020 son: ampliación del cálculo de indicadores al global de pacientes ingresados y la incorporación del indicador “porcentaje de pacientes con Plan Terapéutico al Alta adecuado” a los objetivos de los Servicios médicos.

LIMITACIONES

Dificultad en establecer consenso sobre los procedimientos a implementar en ciertos momentos del proceso asistencial.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Iniciativa exportable a otros Hospitales.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1847. SATISFACCIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO BIOSIMILAR EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

CHARQUES TRALLERO V, RETAMERO DELGADO A, CAMPS FERRER M, MENDIOLA GARCIA S, SERRAIS BENAVENTE J, PARES MARIMON RM, FERRANDEZ MARTI D
HOSPITAL D'IGUALADA. AVENIDA DE CATALUNYA, 11. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar el grado de satisfacción de los pacientes con enfermedades inmunomediadas en tratamiento biosimilar a través de un cuestionario validado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en un hospital comarcal con un área de influencia de 110000 habitantes y un total de 230 tratamientos biológicos. Se incluyeron todos los pacientes con alguna enfermedad inmunomediada en tratamiento activo con un fármaco biosimilar de infliximab, etanercept o adalimumab. El cuestionario se realizó telefónicamente en mayo 2020 a los pacientes que dieron su consentimiento verbal, excluyéndose los que no respondieron a la llamada o no quisieron participar en el estudio.

Se utilizó el cuestionario de satisfacción con el tratamiento con medicinas® (SATMED-Q®), cuestionario validado en castellano compuesto por 17 ítems incluidos en 6 dimensiones: eficacia, comodidad, efectos indeseables, impacto,

seguimiento médico y opinión global. Las preguntas tienen una puntuación en una escala tipo Likert que va de 0 a 4 puntos. La puntuación global puede variar entre 0-68 puntos.

RESULTADOS

Se incluyeron 33 pacientes: 16 (48,5%) hombres con edad 38,3 años.

Distribución por fármaco biosimilar: 15 (45,5%) con infliximab, 9 (27,3%) con adalimumab, y 9 (27,3%) con etanercept.

Distribución por diagnóstico: 19 (57,5%) enfermedad de Crohn (EC), 5 (15,2%) artritis reumatoide (AR), 4 (12,1%) espondilitis anquilosante (EA), 2 (6,1%) psoriasis (P), 2 (6,1%) colitis ulcerosa (CU), 1 (3,0%) hidrosadenitis supurativa (HS).

El cuestionario fue contestado por 29 (87,8%) pacientes. La puntuación media fue de 58/68 puntos.

Un 80,5% de pacientes refiere que el biosimilar no interfiere para nada en su actividad física, de ocio y tiempo libre o tareas cotidianas.

En cuanto a eficacia, solo un 6,9% de pacientes no han notado bastante o mucha mejoría en la enfermedad ni alivio de los síntomas.

Un 71,3% de pacientes está bastante o muy cómodo y le resulta bastante o muy fácil la toma y el horario de la medicación.

Si nos referimos al impacto del biosimilar en los pacientes, un 90,1% confirman que ha mejorado mucho o bastante la realización de actividades de ocio y tiempo libre, las tareas de aseo personal y las tareas cotidianas.

Un 22,4% de pacientes aseguran que no tienen una información detallada acerca de la enfermedad o el tratamiento por parte del médico.

Por último, un 97,7% de pacientes manifiestan querer continuar con el biosimilar, mostrándose a gusto y satisfechos con éste.

CONCLUSIONES

- Los cuestionarios de satisfacción de medicación validados son una herramienta muy útil para conocer la opinión de los pacientes.
- La mayoría de los pacientes encuestados tuvieron un alto grado de satisfacción.
- Los puntos peor valorados fueron la comodidad de administración y el seguimiento del tratamiento por parte del médico.
- Las dimensiones mejor puntuadas fueron la eficacia del biosimilar y la satisfacción global.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1853. DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN EN CASCADA EN PACIENTES POLIMEDICADOS.

AUTORES

SALGUERO OLID A, RUEDA NAHARRO A, GARCÍA MARCO D
HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS. FINCA DE LA PERADELA, S/N. TOLEDO

OBJETIVOS

La prescripción en cascada se produce cuando se prescribe un nuevo medicamento para tratar una reacción adversa producida por otro fármaco, basándose en la creencia errónea de que se trata de una nueva condición médica. En este fenómeno están involucrados medicamentos para la demencia, ansiolíticos, antidepresivos, antiepilépticos, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs), antieméticos y algunos antibióticos, entre otros. Los ancianos, pacientes polimedicados y aquellos en tratamiento con medicamentos de alto riesgo presentan mayor riesgo de sufrir eventos adversos y, con ello, la prescripción de fármacos en cascada. El objetivo es detectar y analizar las posibles cascadas terapéuticas de los pacientes ingresados en el hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado en mayo de 2020 en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en nuestro hospital. Tanto de la historia clínica digital como del programa de prescripción electrónica se extrajeron las variables demográficas y farmacoterapéuticas de todos los pacientes (sexo, edad, fármacos prescritos, dosis y pauta posológica), siendo después integradas en el programa Geridrugs®, un sistema informático capaz de analizar en muy poco tiempo las posibles cascadas terapéuticas de cada uno de los pacientes incluidos. El análisis estadístico se ejecutó con fórmulas de Microsoft Excel®.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 114 pacientes, de los cuales 78 hombres (68,42%) y 36 mujeres (31,58%), con edades comprendidas entre los 17 y 84 años (52,57±19,19). La mediana de fármacos prescritos por paciente fue 13 (rango: 1-26). Se halló el posible efecto cascada en 16 (14,04%); la edad de estos pacientes fue superior (65,55±13,53), así como la mediana de fármacos, 18,5 (rango: 9-26), y en 4 de ellos (25%) se detectó más de una cascada terapéutica. Las cascadas de prescripción identificadas con mayor frecuencia fueron los medicamentos para controlar la tensión arterial por eventos hipertensivos que se generaron a partir del consumo prolongado de AINEs (31,82%), seguidas por los diuréticos del asa para el tratamiento de los edemas periféricos provocados por la toma de antiepilépticos como pregabalina (22,73%) y gabapentina (9,09%), y calcioantagonistas como amlodipino (18,18%). También fue significativo el grupo de pacientes que recibió tratamiento con sales de magnesio (18,18%) al identificarse un déficit analítico, hecho que habitualmente se relaciona con el consumo prolongado de los inhibidores de la bomba de protones, ya que pueden reducir su absorción a nivel del tracto gastrointestinal. Todas las cascadas terapéuticas detectadas fueron notificadas al servicio de Medicina Interna.

CONCLUSIONES

Identificar la prescripción en cascada y sus consecuencias es un paso importante para evitar la polifarmacia inadecuada. Según nuestros resultados, se halló el posible efecto cascada en un 14,04% de los pacientes analizados. La clave para prevenir las cascadas terapéuticas consiste en la detección temprana de las reacciones adversas a medicamentos y/o evitar su aparición. La práctica profesional centrada en el paciente, promoviendo un uso seguro de los fármacos, colabora a implementar medidas para prevenir este fenómeno.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1856. DESCRIPCIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA

AUTORES

PASCUAL RAMIREZ L

HOSPITAL SAN VICENTE DEL RASPEIG. LILLO JUAN 137. ALICANTE

OBJETIVOS

Describir el proceso de identificación de los medicamentos peligrosos (MP) incluidos en la guía farmacoterapéutica (GFT) del hospital definiendo en el programa de prescripción electrónica las precauciones generales para la manipulación segura de los mismos según los documentos de referencia publicados por el Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo (INSS) y el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH).

MEJORAS ESPERADAS

Incrementar la seguridad en la manipulación de medicamentos peligrosos en un hospital de atención a crónicos y larga estancia (HACLE).

DISEÑO

Antes de la implantación de la prescripción electrónica un equipo multidisciplinar identificó los MP incluidos en la GFT del centro y desarrolló los protocolos de manipulación segura para adaptar los procesos a las recomendaciones publicadas. Posteriormente en las fichas del programa de prescripción electrónica se definieron los MP y las recomendaciones estándar de manipulación según el tipo de MP.

CIRCUITO Y ETAPAS

Equipo multidisciplinar: IDENTIFICACIÓN DE MP INCLUIDOS EN GFT --> ANÁLISIS DEL RIESGO --> REDACCIÓN PROTOCOLOS --> FORMACIÓN TRABAJADORES

Farmacia (dentro del programa de prescripción electrónica): Definición del tipo de MP en cada ficha --> Descripción de recomendaciones de manipulación segura

IMPLANTACIÓN

- Previo a implantación de prescripción electrónica (2018): Equipo multidisciplinar: Farmacia + Enfermería + Prevención Riesgos laborales

- } Identificación de los medicamentos peligrosos incluidos en GFT (tipos 1 y 2 pegatina círculo color rojo; tipo 3: pegatina círculo color amarillo),
- } análisis del riesgo de manipulación de los MP incluidos en GFT;
- } adquisición de formas farmacéuticas que suponen menor manipulación (por ejemplo: formas orales bucodispersables)
- } redacción protocolo de manipulación de MP en el centro y
- } sesiones de formación a los trabajadores del hospital.

- Tras implantación prescripción electrónica (2019): Farmacia

} identificación del tipo de medicamento peligroso (MP1, MP 2, MP 3) dentro de cada ficha del programa y descripción de las recomendaciones estándar de manipulación para su preparación y administración.

♣ MP tipo 1 y 2: utilizar doble guante, bata, mascarilla y protección ocular si existe riesgo de salpicadura.

♣ MP tipo 3: protección en caso que el manipulador esté en riesgo reproductivo.

RESULTADOS

Se han revisado 48 fichas de medicamentos peligrosos correspondientes a 40 principios activos considerados peligrosos de un total de 720 medicamentos incluidos en GFT (5,5%). Los 40 principios activos se clasifican en: 25% tipo MP 1, 37,5% tipo MP 2 y 37,5% tipo MP 3. Casi todas las formas farmacéuticas revisadas (89,6%) son de administración oral excepto las presentaciones parenterales de fenitoina (MP 2), clonazepam, fluconazol, ácido valproico y ácido zoledrónico (todos MP 3).

Dentro de la GFT del programa de prescripción electrónica y en cada ficha de MP, en los campos disponibles para la descripción, se han identificado y clasificado como MP de tipos 1,2 y 3. A continuación se han detallado las precauciones generales de manipulación para cada uno de ellos en la Información complementaria de la ficha del medicamento.

LIMITACIONES

El programa debería permitir resaltar los MP prescritos para diferenciarlos del resto de la prescripción de forma rápida, así como incorporar un filtro, previsto en versiones posteriores, que permitiese listar todos los MP prescritos en el hospital en un determinado momento.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

En pequeños hospitales.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL**1881. ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES DE MEDICACIÓN RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS EN EL ÁREA DE ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS****AUTORES**

ARRANZ PASQUAL N, ROMA MORA JR, MARÍN ROMERO AM, LÓPEZ CABEZAS MC, CLIMENT BOLTA C, SOY MUNER D
HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA. CTRA. DE VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar los incidentes de medicación notificados en el área de elaboración de medicamentos. Evaluar los puntos más débiles de los procesos y las medidas preventivas propuestas.

MATERIALES Y MÉTODOS

El hospital utiliza la plataforma TPSC Cloud® como sistema de notificación voluntaria de incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes. Los incidentes que tienen su causa en los procesos de Farmacia son analizados mensualmente por el núcleo de seguridad del Área del Medicamento (AM), que propone medidas de mejora y realiza seguimiento de su implementación, dando feed-back a los notificadores. Además, el servicio de Farmacia dispone de una base de datos para el registro interno de incidentes.

Se han analizado los incidentes considerados errores de medicación (EM) notificados durante el periodo 2018-2019 en TPSC Cloud® y en el registro interno, filtrando aquellos relacionados con la elaboración de medicamentos. Se han clasificado los incidentes según el proceso implicado, su causa y la gravedad (clasificación Ruiz-Jarabo).

RESULTADOS

Se analizaron 196 incidentes de medicación registrados en TPSC Cloud® y 74 notificados en el registro interno. Un total de 67 EM estuvieron relacionados con la preparación de medicamentos (24 TPSCCloud®, 43 registro interno de Farmacia). Teniendo en cuenta ambos registros, el proceso con mayor número de incidentes fue la elaboración de nutriciones parenterales (40,2%), seguida de la elaboración de citostáticos (23,9%), reenvasado (22,4%) y formulación magistral (13,5%).

Los EM detectados tuvieron su origen mayoritariamente en la transcripción manual de datos (20,9%) a otros programas informáticos, seguido de errores en la elaboración de nutriciones (13,4%), errores relacionados con la dispensación (13,4%) y etiquetado (8,9%), y de forma puntual con otras fases de los procesos del área. En cuanto a la gravedad, aunque ninguno de los incidentes llegó a causar daño al paciente (23,9% categoría A, 32,8% categoría B, 22,4% categoría C), en un 20,9% de las notificaciones (categoría D) se produjeron retrasos en la administración de medicación, que en algún caso requirió monitorización del paciente.

Entre las medidas correctoras implantadas destacan la eliminación de la transcripción manual en la nutrición parenteral, con la incorporación de una interfase entre los dos programas implicados, y mejoras en el almacenamiento de producto acabado para evitar derrames eventuales. Para solventar los errores organizativos se ha propuesto la implantación de un sistema de trazabilidad en la dispensación.

CONCLUSIONES

El sistema de notificación voluntaria y el análisis periódico de los incidentes en el núcleo de seguridad del AM permite identificar los puntos débiles de los procesos; por otra parte, la necesidad de comunicar el análisis y sus posibles medidas correctoras a los notificadores, agiliza la mejora continua de los mismos.

El área de elaboración no está exenta de errores, aunque la mayoría son detectados antes de llegar al paciente. En nuestro caso, la eliminación de transcripciones, la implementación de sistemas informatizados de control en proceso, y la trazabilidad en la dispensación se perfilan como las medidas más óptimas para aumentar la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL**1899. ESTANDARIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA TERAPIA ENDOVENOSA EN PACIENTES ADULTOS: UN PASO ADELANTE EN SEGURIDAD****AUTORES**

MANRIQUE RODRÍGUEZ S, HERAS HIDALGO I, PERNIA LOPEZ MS, PELLIN ARIÑO I, CUBERO PÉREZ MA, DEL RÍO PISABARRO MC, SUÁREZ MIER MB, HERRANZ ALONSO A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/DOCTOR ESQUERDO 46, 28007. MADRID

OBJETIVOS

La administración de la terapia intravenosa es una práctica esencial no exenta de riesgos. La selección correcta del acceso vascular (central o periférico) es clave para minimizar complicaciones en la vía. La osmolaridad y pH extremos de los fármacos, así como su naturaleza vesicante, pueden aumentar el riesgo de flebitis si se usa la vía periférica.

El objetivo del presente trabajo es estandarizar las concentraciones de los fármacos intravenosos de uso más habitual en pacientes adultos hospitalizados para caracterizar su naturaleza y propiedades fisicoquímicas, de modo que sirva de orientación a los profesionales sanitarios en la selección adecuada del acceso vascular.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se desarrolló en dos fases: 1ª) Estandarización de la terapia: un panel de 29 expertos (5 médicos, 13 enfermeras y 11 farmacéuticos) participó en una encuesta que contenía una propuesta de los fármacos intravenosos más habituales en pacientes hospitalizados y sus posibles concentraciones. Se excluyeron fármacos de administración directa o de áreas específicas (oncología, radiología y pediatría). Mediante un método Delphi modificado de doble ronda se consensaron las votaciones de las concentraciones más útiles en la práctica clínica. El umbral de consenso se estableció en el 70%, de modo que todas las concentraciones que no lo alcanzaron en primera instancia, fueron sometidas a una

segunda ronda. 2ª) De cada concentración consensuada, se determinaron osmolaridad y pH en suero fisiológico 0,9% y en suero glucosado 5%. Se utilizó un osmómetro semiautomático (Fiske Model 210 Micro Osmometer) para medir la osmolalidad de cada disolución (mOsm/Kg). La osmolaridad correspondiente (mOsm/L), se obtuvo multiplicando la osmolalidad por la densidad obtenida de cada mezcla (g/mL) según el método del picnómetro calibrado a 25°C con agua bidestilada. De cada concentración se realizaron tres determinaciones de osmolalidad (tres alícuotas de 20 mL) y de pH (pH metro Crision Model 2006). Los resultados se expresaron como la media de las tres determinaciones \pm desviación estándar. Asimismo, cada fármaco se clasificó como vesicante o no, en función de la información disponible en la literatura.

RESULTADOS

Se partió de una lista de 117 fármacos y 222 posibles concentraciones (383 mezclas diferentes). Tras la primera ronda, se consensuaron directamente 99 concentraciones de 112 fármacos y en la segunda ronda, 84 concentraciones (4 de ellas propuestas por algún miembro del panel); en total, 307 mezclas diferentes. Finalmente, solo 5 fármacos y sus 25 concentraciones quedaron excluidos por no haberse alcanzado consenso.

Tras la caracterización de la naturaleza y propiedades de cada fármaco, 123 mezclas (40%), presentaron osmolaridad $>$ 600 mOsm/L, pH $<$ 4 o $>$ 9, o pertenecían a fármacos vesicantes. En estos casos, la selección adecuada de la vía es crucial para minimizar el riesgo de complicaciones tipo flebitis.

CONCLUSIONES

Aumentar la seguridad en el manejo de la terapia intravenosa debe ser una prioridad en el ámbito sanitario. Conocer las características de los fármacos para evaluar el riesgo que entraña su administración, además de otros posibles factores, puede ser de utilidad para orientar la toma de decisiones respecto al tipo de acceso vascular más adecuado y dispositivo de elección en cada caso.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1906. DETERMINACIÓN DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES QUE INGRESAN EN UN HOSPITAL GENERAL COMO CONSECUENCIA DE UNA CAÍDA

AUTORES

CONESA NICOLÁS E, FERNÁNDEZ-LOBATO B, NUÑEZ BRACAMONTE S, GARCÍA MATILLAS CN, FERNÁNDEZ MARTÍNEZ I, GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO MC
HOSPITAL SANTA LUCÍA CARTAGENA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Una de las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente es prevenir el daño por caídas. El uso de medicamentos anticolinérgicos es uno de los factores de riesgo intrínseco asociados.

El objetivo es determinar la carga anticolinérgica (CA), definida como el efecto anticolinérgico acumulado de los fármacos administrados, de los pacientes que ingresaron por traumatismo craneoencefálico (TCE), fracturas o contusiones como consecuencia de caída.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en pacientes mayores de 65 años que ingresaron en un hospital terciario desde junio 2018 hasta mayo 2019 por TCE, fracturas o contusiones como consecuencia de caída.

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, tratamiento farmacológico, diagnóstico al ingreso y duración del mismo, servicio hospitalario de ingreso y destino al alta. Para el cálculo de la CA se utilizaron dos escalas diferentes "Anticholinergic 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. Los pacientes se agruparon en función del riesgo anticolinérgico (RA): riesgo bajo (valor= 1), riesgo medio (valor= 2) y riesgo alto (valores \geq 3).

Los datos se obtuvieron del programa de historia clínica electrónica (Selene®), el programa de receta electrónica (REC®) y el programa de prescripción electrónica asistida (MIRA®).

RESULTADOS

Se incluyeron 71 pacientes. 39,4% hombres con una mediana de edad de 86 años (rango: 68-101). Se analizaron un total de 478 fármacos. La media de fármacos prescritos por paciente fue $7,70 \pm 3,72$. Los diagnósticos al ingreso fueron: TCE (26,76%), contusiones (21,13%) y el resto fracturas; cadera (19,71%), costillas (14,08%), húmero (7,04%), vertebras (4,22%), tibia (2,81%), cráneo (2,81%) y clavícula (1,41%). La mediana de duración del ingreso fue 7 días. Los pacientes ingresaron a cargo de medicina interna (59,15%), cirugía (9,86%), medicina intensiva (1,41%), neurología (1,41%) y traumatología (28,17%). El 69,01% de los pacientes fueron dados de alta a domicilio, 22,53% se trasladaron a un centro de cuidados medios y 8,45% fallecieron durante el ingreso.

Según las escalas ACB y ARS, el 53,52% y el 33,80% de los pacientes, respectivamente, tenían prescrito al menos un fármaco con propiedades anticolinérgicas.

Según la escala ACB, 16 (22,54%) presentaban bajo riesgo, 7 (9,86%) riesgo medio y 14 (19,72 %) riesgo alto. Según la escala ARS, 14 (19,72%) presentaban bajo riesgo, 7 (9,86%) riesgo medio y 3 (4,22 %) riesgo alto.

Los fármacos más frecuentemente implicados fueron: furosemida (16,9% de los pacientes), quetiapina (12,68 %), trazodona (9,86%), prednisona (5,63%), ranitidina (5,63%) paroxetina (4,23%), levodopa/carbidopa (2,82%) captopril (2,82%), fentanilo (2,82%), atenolol (2,82%).

CONCLUSIONES

Los datos evidencian que los fármacos con efecto anticolinérgico son utilizados con regularidad en los pacientes mayores de 65 años que ingresan por presentar TCE, fractura o contusiones como consecuencia de una caída. Nuestro estudio muestra que existen diferencias según la escala aplicada en el porcentaje de pacientes con riesgo anticolinérgico debido a su tratamiento.

Este estudio es una primera aproximación para definir el alcance de un programa de desprescripción de fármacos con efecto anticolinérgico en pacientes mayores en nuestra área de salud.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1913. IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE DISCAPACITADOS FÍSICOS Y/O PSÍQUICOS

AUTORES

CONESA NICOLÁS E, FERNÁNDEZ-LOBATO B, CABALLERO MARTINEZ FJ, NUÑEZ BRACAMONTE S, FERNÁNDEZ MARTÍNEZ I, PÉREZ PÉREZ IG
HOSPITAL SANTA LUCÍA CARTAGENA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

La integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar de los centros sociosanitarios permite monitorizar la farmacoterapia y realizar intervenciones farmacoterapéuticas periódicas para adecuar el tratamiento de los residentes. El objetivo es cuantificar el impacto económico asociado a la implantación de la prestación farmacéutica en un centro sociosanitario para personas con discapacidad física y/o psíquica (CPD) y evaluar el impacto de la integración del farmacéutico analizando las intervenciones farmacoterapéuticas (IF).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional realizado en el CPD de 80 camas desde mayo 2018 hasta abril 2020. Las variables demográficas analizadas fueron: edad y sexo de los residentes. Se analizó el número de carros enviados y el número de unidades de medicamentos. Se analizó el consumo de medicamentos y se comparó el consumo del año anterior a la implantación de la atención farmacéutica en el CPD (mayo 2017- abril 2018, periodo sin intervención) y de los dos años posteriores a la misma (mayo 2018-abril 2019 y mayo 2019-abril 2020, periodo con intervención). Se evaluó el número y el tipo de intervenciones IF realizadas así como el grado de aceptación.

RESULTADOS

80 residentes con una media de edad de 49,43 años (rango: 26-84). 50 son hombres y 30 mujeres.

Durante el periodo de estudio se han enviado 432 carros con 403542 unidades de medicamento.

El gasto hospitalario destinado al CPD tras la implantación ha sido de 77151€ el primer año y 75445€ el segundo año mientras que el gasto del periodo sin intervención ha sido de 101948€. Esto supone un ahorro mensual de 2066€ el primer año y 2208€ el segundo año.

Desde el inicio de la implantación de la prestación farmacéutica en el CPD el farmacéutico responsable ha realizado 212 IF. 43 han sido de equivalentes terapéuticos adaptados a la GFT del CPD, 18 de adaptación de dosis, 35 sobre recomendaciones sobre la administración, 20 de adecuación a presentación disponible en la GFT del CPD, 52 sobre duración del tratamiento, y 10 de desprescripción de medicamentos de utilidad terapéutica baja. En cuanto a conciliación de medicamentos entre niveles asistenciales se han realizado 34 IF.

El grado de aceptación ha sido del 99%.

CONCLUSIONES

La implantación de la atención farmacéutica de medicamentos vinculada al hospital de referencia, ha resultado en un ahorro final superior al 25% en gasto en medicamentos. Este ahorro económico repercute en las sostenibilidad del sistema sanitario.

La participación del farmacéutico en la adecuación de la prescripción de los residentes del CPD ha permitido optimizar la farmacoterapia, mediante intervenciones con un alto grado de aceptación.

La implicación activa y colaboración del farmacéutico hospitalario en el equipo multidisciplinar del CPD, el seguimiento farmacoterapéutico continuado y la integración de los sistemas de información, permiten mejorar la adecuación de los tratamientos y por tanto, la calidad de la prescripción y asegurar la continuidad asistencial de estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

1955. SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE ALEMTUZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECIDIVANTE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

PEDREIRA VAZQUEZ MI, MONTERO HERNANDEZ AM, RODRIGUEZ PENIN I
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. AVENIDA DE LA RESIDENCIA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad a largo plazo de alemtuzumab en pacientes adultos con esclerosis múltiple (EM) remitente recidivante muy activa, basándose en las últimas recomendaciones de seguridad a nivel de reacciones adversas cardiovasculares y de mecanismo inmunológico publicadas en noviembre 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo descriptivo de todos los pacientes que iniciaron tratamiento con alemtuzumab, desde su aprobación en mayo 2015 y que recibieron al menos dos ciclos de alemtuzumab.

VARIABLES ANALIZADAS: características demográficas, historial de tratamientos previos, tiempo de tratamiento con alemtuzumab, número de brotes, efectos adversos a corto plazo (durante la administración), a medio plazo (reacciones adversas en los 6 meses posteriores a la infusión incluyendo el desarrollo de isquemia/infarto de miocardio, accidente cerebrovascular hemorrágico, disección de arterias cervicocefálicas, hemorragia alveolopulmonar, trombocitopenia, descritas en la nota de seguridad) y a largo plazo revisando la aparición de reacciones inmunomediadas descritas en dicha nota como púrpura trombocitopénica idiopática, nefropatías, alteraciones tiroideas, linfocitosis hemofagocítica y hepatitis autoinmune comprobando niveles de plaquetas, neutrófilos, creatinina, urea, transaminasas y TSH.

Fuentes de datos: curso clínico y analíticas de la historia clínica, programa informático de preparación de mezclas intravenosas y programa de prescripción electrónica asistida.

RESULTADOS

Se incluyeron 9 pacientes, 5 mujeres (55%) y 4 hombres (45%), de edad media 42 años (22-51) y con Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS) ≤4. Todos recibieron 2 ciclos de alemtuzumab y el tiempo medio desde el inicio de tratamiento con alemtuzumab fue 30,33 meses (16-51).

Los pacientes no presentaron ningún brote hasta la fecha y solo un paciente desarrolló un deterioro funcional grave progresando a EM secundaria progresiva con un aumento de incapacidad (EDSS > 7,5).

En cuanto a la seguridad, no se suspendió ningún tratamiento. La mayoría de reacciones adversas tuvieron lugar a corto plazo: 7 pacientes presentaron fiebre, 5 rash cutáneo pruriginoso, 3 eritema facial, 4 hipertensión y 1 diarrea.

A medio plazo se detectaron 4 síndromes catarrales con fiebre, 2 infecciones de orina y 1 lesión herpética, sin desarrollarse ninguna reacción grave descrita en la nota de seguridad.

A largo plazo (tras los dos ciclos de tratamiento), se mantuvieron en rango el valor medio de plaquetas ($234 \pm 52 \times 10^9/L$) y neutrófilos ($3.444 \pm 740/L$) desde el punto de vista inmunológico; el valor medio de creatinina ($0,73 \pm 0,08 \text{ mg/dL}$) y urea ($36,25 \pm 8,68 \text{ mg/dL}$) a nivel renal y los valores medios de GOT ($21 \pm 4,81 \text{ U/L}$), GPT ($22 \pm 10 \text{ U/L}$) y GGT ($24 \pm 16 \text{ U/L}$) a nivel hepático. Con respecto a las alteraciones tiroideas, solo un paciente desarrolló hipertiroidismo tras 29 meses del inicio de tratamiento con alemtuzumab (TSH: $82,92 \mu\text{UI/mL}$, T4 libre: $0,5 \text{ ng/dL}$) y los otros 8 pacientes mantienen niveles medios estables de TSH ($2,08 \pm 0,13 \mu\text{UI/mL}$).

CONCLUSIONES

Los principales efectos adversos observados con alemtuzumab son post-infusionales. Las infecciones se detectaron de manera aislada. Con respecto a la nota informativa de seguridad, nuestros pacientes no han desarrollado efectos adversos graves a largo plazo; aún así es necesario continuar realizando un seguimiento exhaustivo y diferido en el tiempo, principalmente a nivel inmunológico, para cumplir las recomendaciones de seguridad publicadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2008. INCIDENCIA DE FLEBITIS ASOCIADO A LA ADMINISTRACIÓN DE HIERRO SACAROSA

AUTORES

TAMAYO ORBEGOZO E, ALVAREZ LAVIN M, REVUELTA AMALLO A, VILA GALLEGO C, VARA URRUCHUA M, ALLENDE GERRIKABEITIA J, AGUIRREZABAL ARREDONDO A

HOSPITAL UNIVERSITARIO BARUSTO. MONTEVIDEO ETORB, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS

Actualmente el hierro sacarosa es el hierro intravenoso priorizado durante el ingreso en nuestra organización sanitaria, reservando el hierro carboximaltosa para su administración en hospital de día. A pesar de ello, para un número elevado de pacientes solicitan hierro carboximaltosa, por la aparición de flebitis con el hierro sacarosa. Dado que esta reacción adversa medicamentosa (RAM) se describe como poco frecuente en su ficha técnica ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$), el objetivo de este trabajo fue describir la incidencia de flebitis como RAM asociada a la administración de hierro sacarosa en una cohorte de pacientes

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo de todos los pacientes con al menos 1 administración intravenosa de hierro sacarosa durante el periodo del 1 de enero al 29 de febrero de 2020. Como fuente de información se utilizó el programa de historia clínica y prescripción electrónica. Posteriormente, todas las RAM detectadas se notificaron a la Unidad de Farmacovigilancia vía mail

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se administró hierro sacarosa a 116 pacientes (78 mujeres y 38 hombres), con una media de edad de 69 (21-98) años. En todos los casos, la posología fue según ficha técnica: 100 mg en 25 minutos o 200 mg en 40 minutos, ambos en 100 ml de suero fisiológico 1, 2 o 3 veces por semana. A 35 pacientes (30,17%) se les administró una única dosis (100 mg a 5 pacientes y 200 mg a 30 pacientes), a 55 pacientes (47,41%) se les administraron 2 dosis (de 100 mg a 2 pacientes y de 200 mg a 53 pacientes), a 18 pacientes (15,52%) se les administraron 3 dosis (de 100 mg a 1 paciente y de 200 mg a 17 pacientes) y a 7 (6,03%) y 2 (1,72%) pacientes se les administraron 4 y 5 dosis de 200 mg respectivamente. En 25 pacientes (21,55%) se registró en la historia clínica la aparición de flebitis como RAM lo que supuso la retirada de la vía venosa periférica en todos los casos. De estos casos en 5 pacientes la RAM apareció tras una única dosis de 200 mg, en 15 pacientes después de 2 dosis (de 100 mg en 1 paciente y de 200 mg en 14 pacientes) y en los 5 pacientes restantes después de administrar 3 dosis de 200 mg.

Los 25 casos de RAM se notificaron a la unidad de farmacovigilancia de nuestra Comunidad Autónoma registrándose posteriormente en la aplicación de farmacovigilancia española datos de las sospechas de reacciones adversas (FEDRA)

CONCLUSIONES

En un 21,55% de los casos en los que se administró hierro sacarosa apareció flebitis como RAM. Esta incidencia es muy superior a lo descrito en ficha técnica ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$). En la mayoría ocurrió después de dos administraciones y en todos los casos supuso la retirada de la vía venosa periférica. Este trabajo es un ejemplo de la importancia de notificar las RAM, y parecen necesarios más estudios al respecto que podrían conducir, si son concordantes con nuestros resultados, a la modificación de la ficha técnica.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2018. COOPERACIÓN FARMACÉUTICO-NEFRÓLOGO: TRATAMIENTOS OPTIMIZADOS CON REDUCCIÓN DE RIESGOS

AUTORES

DUQUE AGUILAR JJ, BARRIGA RODRÍGUEZ P, CABA HERNÁNDEZ C, TENA ALEJANDRE P, GONZÁLEZ SANCHIDRIÁN S, DOBRITO PALLÉS A, FERNÁNDEZ LISÓN LC

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES. AVD. PABLO NARANJO, S/N. CÁCERES

OBJETIVOS

Optimización del tratamiento farmacológico en pacientes que experimentan deterioro en la función renal durante su estancia hospitalaria mediante colaboración interdisciplinar entre los servicios de Nefrología y Farmacia Hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Mediante herramientas de cribado renal, el servicio de Nefrología comunica a Farmacia el total diario de alertas correspondientes a pacientes con deterioro de la tasa de filtrado glomerular. El farmacéutico realiza un análisis exhaustivo del tratamiento farmacológico de éstos a través de la base de datos del complejo hospitalario y elabora recomendaciones basadas en distintas especificaciones recogidas en guías terapéuticas y/o ficha técnica de las presentaciones. El tratamiento de datos se acota al intervalo comprendido entre mayo (2018) y abril (2020).

RESULTADOS

El total de pacientes notificados durante el periodo considerado asciende a 1079. Del total, 60 pacientes (5,56%) precisan técnicas de depuración extracorpórea durante su estancia.

El número de intervenciones efectuadas por parte de Farmacia se sitúa en 205, de las cuales 158 (77,07%) corresponden a modificaciones posológicas (reducción de dosis y/o ampliación del intervalo de administración) y las 47 (22,93%) restantes aconsejan la retirada o cese del tratamiento en cuestión.

La acogida de las recomendaciones es positiva y aceptada por parte del facultativo a cargo del paciente en 160 (78,05%) ocasiones. No obstante, se ignora en otras 21 (10,24%) ocasiones. Por último, las restantes 24 (11,71%) sugerencias corresponden a cese de tratamientos por alta hospitalaria.

Del total de recomendaciones efectuadas, 139 (67,80%) se corresponden con especialidades antimicrobianas. Otras 46 (22,44%) afectan al grupo de los analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y, finalmente, las 20 (9,76%) restantes engloban otros grupos terapéuticos.

CONCLUSIONES

Las estrategias de optimización permiten el ajuste posológico de especialidades cuya errónea dosificación en pacientes con función renal alterada conlleva un incremento innecesario del riesgo toxicológico, especialmente alarmante en grupos terapéuticos como los antiinflamatorios no esteroideos y antimicrobianos de toxicidad renal distinguida.

La comunicación interprofesional entre los distintos servicios facilita y enriquece la atención depositada en el paciente, derivando en una asistencia de mayor calidad.

El papel del farmacéutico como experto en medicamentos queda reflejado al involucrarse y participar activamente en la toma de decisiones, siendo éste valorado por otros profesionales en el momento en que se acepta y respeta su opinión como tal.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2066. IDENTIFICACIÓN Y SEÑALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS FOTOSENSIBLES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES

GONZÁLEZ FURELOS T, RODRÍGUEZ LEGAZPI I, TABOADA LÓPEZ RJ, RODRÍGUEZ PENÍN I

HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. AVDA. RESIDENCIA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Los medicamentos fotosensibles (MF) necesitan conservarse protegidos de la luz, por lo que se deben mantener en condiciones apropiadas, tanto en el Servicio de Farmacia como en los centros sociosanitarios (CCSS). En la legislación actual no existe obligatoriedad por parte de los laboratorios de incluir el símbolo de fotosensibilidad en el embalaje.

Objetivo: Identificar y señalar los MF incluidos en los botiquines de 6 CCSS de más de 100 camas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Entre junio y agosto de 2019 se revisaron todos los MF incluidos en la guía farmacoterapéutica (GFT) de CCSS de la comunidad autónoma. La búsqueda de información sobre estabilidad frente a la luz se obtuvo de los datos disponibles en la propia guía y/o de la ficha técnica disponible en <https://cima.aemps.es/cima>.

Se elaboró un listado enumerando todos MF incluidos en GFT. Se revisó el número total de principios activos (PA) y especialidades farmacéuticas fotosensibles disponibles en la guía, número de PA y especialidades fotosensibles disponibles en el botiquín de cada centro, número de medicamentos acondicionados por la industria farmacéutica. A partir del listado se señalaron los MF disponibles en los botiquines de 6 CCSS, adoptando las medidas necesarias para la protección de la luz cuando el fármaco lo requiriese. Se consideró que estaban protegidos de la luz aquellos medicamentos termolábiles (almacenados en nevera) así como aquellos que se almacenaban en caja fuerte o armarios/ cajones cerrados.

RESULTADOS

De los 263 PA incluidos en la GFT, se encontraron 70 fotosensibles (85 especialidades farmacéuticas). Once PA no estaban presentes en ningún botiquín de los 6 centros, por lo que se identificaron un total de 59 PA (70 especialidades). El 60% de las especialidades (n=42) estaban acondicionadas por la industria farmacéutica en blíster opaco, cartonaje unitario o en presentaciones de color topacio.

A partir del listado se señalaron todos los MF en los 6 CCSS con una pegatina amarilla identificativa. Para proteger a los fármacos incorrectamente acondicionados se colocó material opaco en los cajetines necesarios.

Cada centro dispone de distintas condiciones de almacenamiento en su botiquín adaptado al espacio disponible. Número de medicamentos señalizados: 52 en el 1º centro (8 requirieron medidas para el acondicionamiento), 44 en el 2º centro (12 requirieron medidas), 46 en el 3º centro (13 requirieron medidas), 54 en el 4º centro (8 requirieron medidas), 54 en el 5º centro (10 requirieron medidas) y 59 en el 6º centro (ninguno requirió medidas)

En total se señalaron 309 cajetines, acondicionando con material opaco 51 (16,5%). En uno de los CCSS no fue necesario tomar medidas de acondicionamiento debido a que su medicación se almacena en un armario cerrado.

CONCLUSIONES

-La elaboración de un listado de MF en CCSS y su identificación en los botiquines ha permitido una mejora de las condiciones de conservación y un correcto almacenamiento.

-Fue necesario adoptar medidas de acondicionamiento en los cajetines solamente en el 16,5% de los MF.

-Creemos necesario que los laboratorios incluyan el símbolo de fotosensibilidad en el etiquetado de los medicamentos facilitando de esta manera su identificación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2100. IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS DE SEGURIDAD PARA EL USO DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

SOLLANO SANCHO I, RUBIO CEBRIÁN B, BERTRÁN DE LIS BARTOLOMÉ B, SOTO BASELGA I, MORONA MINGUEZ I, SOLIS OLIVARES J, GOMEZ CABALLERO EP, MORIEL SANCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES. RÍO JUCAR, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Implantar las medidas adecuadas para la correcta identificación, almacenamiento, preparación y dispensación de los Medicamentos de Alto Riesgo (MAR).

MEJORAS ESPERADAS

Disminuir los posibles errores potencialmente graves asociados a la utilización de los MAR.

DISEÑO

A raíz de los Sentinel Events de The Joint Commission, las recomendaciones del Institute for Safe Medication Practices (ISMP) y la Estrategia de Seguridad del Paciente publicada por el Ministerio de Sanidad y la Consejería, se detecta la necesidad de implantar medidas para el correcto manejo de los MAR.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se realizó una fase pre-intervención en la que se revisó el maestro de artículos para elaborar un listado de MAR basado en el publicado por el ISMP. Se definieron los indicadores para conocer la situación pre-intervención: MAR incluidos o no en la guía farmacoterapéutica (GFT), MAR que necesitan modificaciones en la nomenclatura y MAR con alertas en la prescripción, dispensación y administración. También se realizó el cuestionario de autoevaluación publicado por el ISMP-España y un análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO). Posteriormente, en la fase de intervención, se analizaron los indicadores y el cuestionario de autoevaluación, de esta manera se detectaron las deficiencias y las posibles medidas a implantar. Se seleccionó un grupo piloto de medicamentos en los que iniciar la implantación de prácticas seguras: metotrexato oral y anticoagulantes orales.

IMPLANTACIÓN

En octubre de 2019 se recopiló bibliografía sobre los MAR para conocer la situación inicial y comenzar la fase pre-intervención. En febrero de 2020 se realizaron sesiones formativas y los primeros cambios en el área de dispensación a pacientes hospitalizados.

RESULTADOS

En la fase de intervención los resultados obtenidos fueron: 169 MAR incluidos en la GFT (11.60% respecto al total de medicamentos incluidos) y 25 no incluidos en la GFT (6.85% respecto al total de no incluidos); 87 MAR en los que se incluyeron modificaciones en la nomenclatura (44.8% del total de MAR) y 96 (49.48%) en los que se recomienda disminuir el número de presentaciones disponibles, cambiar de proveedor o de ubicación en el almacén; los MAR con alertas en la prescripción, dispensación y administración fueron 0 y tras colocar carteles identificativos las alertas en la dispensación fueron 194 (100%). Se analizaron 39 ítems relacionados con los MAR del cuestionario de autoevaluación, se obtuvieron

25 A (no se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem), 4 C (se ha implantado parcialmente) y 10 E (se ha implantado completamente). En el análisis DAFO se identificaron como puntos de mejora: la ausencia de protocolos, necesidad de cambios estructurales e identificación correcta para el uso seguro de los MAR.

LIMITACIONES

Se detectó un gran volumen de MAR, por lo que los grupos de Nutrición Parenteral y Citostáticos no se incluyeron en el análisis dado que siguen otros circuitos de preparación y dispensación. Es necesario, tras la implantación en el Servicio de Farmacia, realizar las mismas fases en los botiquines de las unidades de hospitalización.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este circuito es aplicable a otros Servicios de Farmacia que quieran poner en marcha la implantación de un método seguro para la manipulación de los MAR.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2104. CONTROL GRAVIMÉTRICO EN LA ELABORACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES

AUTORES

PASTOR MONDÉJAR C, QUESADA ASENCIO A, RENTERO REDONDO L, SALAR VALVERDE I, MARTINEZ SOTO AM, GIL CANDEL M, CABALLERO REQUEJO C, URBIETA SANZ E

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVENIDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS

La nutrición parenteral (NP) es considerada un medicamento de alto riesgo, por lo que la mejora en la calidad de su elaboración, se traduce en un mayor porcentaje de seguridad. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad del control gravimétrico en la elaboración de las NP de libre composición tras la implantación del registro de su peso en el Servicio de Farmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo a lo largo de 4 meses (septiembre-diciembre) tras la implantación del registro del control gravimétrico de las nutriciones parenterales de libre composición elaboradas en el Servicio de Farmacia en 2019. Se estableció un error permitido del $\pm 10\%$ del peso teórico, ya que el modo principal de elaboración de las NP que se realizan en nuestro Servicio es mediante caída libre de los macronutrientes. Se registraron los pesos reales tras cada elaboración de la NP con la balanza Gram Serie CM-3 con una precisión de 0,1 gramos. Los datos del peso teórico se obtuvieron adicionando el peso estándar de la bolsa multicapa al peso teórico de la hoja de elaboración de la NP del programa Kabisoft®, el cual calcula el peso de la misma en función de las densidades y volumen de los macronutrientes y micronutrientes. Los datos se analizaron con el programa Excel®, calculándose el error máximo permitido para cada NP, expresado en porcentaje como el $[(\text{peso real} - \text{peso teórico}) \times 100] / \text{peso teórico}$.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se elaboraron un total de 855 NP, de las cuales 508 eran de libre composición, registrándose el peso de la mismas tras cada elaboración. Un total de 73 NP (14,37%) presentaron una desviación $\geq 5\%$ y solo 19 NP (3,74%) se desviaron $\geq 10\%$, siendo desechadas y repitiéndose su elaboración.

CONCLUSIONES

El control gravimétrico de las NP es una herramienta útil para mejorar la calidad de la elaboración de las NP, permitiendo detectar los errores cuantitativos del proceso de elaboración, evitando así su transcendencia y mejorando por tanto la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2136. REVISIÓN DE CADUCIDADES EN SISTEMA AUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN PYXIS® POR TÉCNICOS DE FARMACIA: MUCHO MÁS QUE UNA COMPROBACIÓN

AUTORES

RODRÍGUEZ LABRADOR J, CASTRO FIUZA MJ, NOGALES REY G, VICO GARCIA V, GONZÁLEZ DE LA ROSA C, ESQUINAS PADIN A, GONZÁLEZ AVILÉS C, GALLEGRO ÚBEDA M

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES. AVENIDA MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS

Describir y evaluar la implantación de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT), para gestionar las caducidades de las distintas especialidades farmacéuticas incluidas en los sistemas automatizados de dispensación (SAD-PYXIS®) del hospital para mejorar la gestión y optimizar la ubicación de los mismos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elabora un PNT para la revisión de las caducidades de los medicamentos incluidos en el SAD-PYXIS® que contempla los siguientes aspectos:

- 1- Obtención de un informe trimestral de caducidades, con las distintas especialidades farmacéuticas que caducan en el trimestre. Dicho informe se obtiene con la ayuda de la aplicación informática Farmatools®.
- 2- Con este informe el técnico de farmacia (TEF):
 - a. Revisa, reubica o retira todos los fármacos que caducan ese trimestre de los 17 SAD-PYXIS® presentes en el hospital.

b. Anota en el informe las incidencias detectadas en SAD-PYXIS® de las distintas especialidades farmacéuticas acordando con el farmacéutico:

b1.- Etiquetar con una pegatina de color amarillo fluorescente con la frase “USAR PRIMERO, PRÓXIMO A CADUCAR” las formas farmacéuticas revisadas y que caduquen en el año en curso, consiguiendo de esta forma poder utilizar los fármacos con antelación a su caducidad.

b2.- La descarga o reajuste de stock de dichos fármacos del SAD-PYXIS® en función de los consumos.

b3.- Gestionar un pedido urgente si fuera necesario.

3- Con los datos anteriores se calcula el indicador trimestral de los fármacos caducados en SAD-PYXIS® (Nº especialidades distintas caducadas en pyxis en cada unidad de hospitalización / Nº especialidades distintas incluidas en pyxis en esa unidad de hospitalización X 100). Durante los años 2016, 2017, 2018 y 2019 se establece un valor objetivo promedio anual de < 7.5% durante 2016 y < 6.5% del 2017 al 2019.

RESULTADOS

Resultados de seguimiento del objetivo:

- 2016: El valor objetivo trimestral fue < 7,5% en todos los SAD-PYXIS®, siendo el promedio anual del indicador 4,8%.

- 2017: El valor objetivo trimestral fue < 6,5% en todos los SAD-PYXIS®, siendo el promedio anual del indicador 4,9%.

- 2018: El valor objetivo trimestral fue < 6,5% en todos los SAD-PYXIS®, siendo el promedio anual del indicador 4,7%.

- 2019: El valor objetivo trimestral fue < 6,5% en todos los SAD-PYXIS®, siendo el promedio anual del indicador 4,1%.

CONCLUSIONES

1- La colaboración del TEF y farmacéutico es un proceso clave para garantizar que la gestión de las caducidades no sea una mera comprobación si no un proceso eficiente.

2- La revisión periódica de la caducidad de los distintos fármacos ubicados en los SAD-PYXIS® es un punto crítico para el uso seguro de los mismo.

3- Se cumple el valor objetivo del indicador incluso tras el descenso de dicho valor objetivo de 2016 a años posteriores, experimentando un descenso de 2017 a 2019.

4- El establecimiento de un indicador con valor objetivo sirve como herramienta de ayuda a la mejora continua.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2142. USO CONCOMITANTE DE RIVAROXABAN E INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA: ANALISIS COMPARATIVO DEL RIESGO DE SANGRADO.

AUTORES

BRUNI MONTERO MÁ, CARO TELLER JM, HERNÁNDEZ RAMOS JA, ROSAS ESPINOZA C, CANALES SIGUERO MD, MARTINEZ DE LA TORRE F, SANCHEZ SANZ B, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AV. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

El uso conjunto de rivaroxabán e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) conlleva el riesgo de una interacción farmacodinámica de grupo (disfunción de la agregación plaquetaria, depleción de los niveles de serotonina plaquetar) y adicionalmente una interacción farmacocinética presente solamente en los ISRS inhibidores del CYP3A4. El objetivo del estudio es comparar el riesgo de sangrado en pacientes que reciben ISRS de forma concomitante a rivaroxabán en función de la capacidad inhibitoria del CYP3A4 de aquellos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de cohortes que incluye a pacientes que recibieron concomitantemente rivaroxabán e ISRS en un hospital general de tercer nivel. Se incluyeron pacientes que recibieron tratamiento con rivaroxabán para indicaciones autorizadas en ficha técnica. Se realizó un seguimiento de dos años tras inicio del uso conjunto o hasta finalización de este. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, ISRS pautado, aparición de sangrado, gravedad del sangrado, número de eventos hemorrágicos, dosis de rivaroxabán y medicación concomitante.

Se dividieron los pacientes en dos cohortes, una cohorte (grupo 1) formada por pacientes que recibieron ISRS inhibidores del CYP3A4 y otra (grupo 2) formada por pacientes que recibieron ISRS no inhibidores del CYP3A4.

Se excluyeron pacientes: oncológicos, con plaquetopenia previa al inicio de rivaroxabán o con coagulopatías. El análisis estadístico se realizó usando chi cuadrado o t de student según naturaleza de las variables empleando el programa estadístico SPSS®.

RESULTADOS

Se incluyeron 126 pacientes, 73,8% mujeres, con una mediana de edad de 86 años (45-97). El grupo 1 estuvo formado por 72 pacientes (51 con sertralina, 18 con paroxetina y 3 con fluoxetina) y el grupo 2 por 54 pacientes (34 en tratamiento con citalopram y 20 con escitalopram). Ambas cohortes fueron homogéneas en cuanto a edad y sexo.

En total hubo 29 eventos hemorrágicos (72.4% leves y 27.6% graves) que conllevaron 16 visitas a urgencias (55.2%) y 13 ingresos (44.8%).

Un 41,4% (IC95% 23.4%-59.3%) de los eventos hemorrágicos ocurrieron con el grupo 2 (un 27.6% con la dosis de 20mg y un 13.8% con la de 15mg) y un 58.6% (IC95% 40.7%-76.5%) con el grupo 1 (un 20.7% con la dosis de 20mg y un 37.9% con la dosis de 15mg) ($p > 0.05$). Un 27.2% de los pacientes en el grupo 2 sufrió eventos hemorrágicos graves por un 31.25% del grupo 1 ($p > 0.05$).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se observa una mayor gravedad y frecuencia de sangrado (aunque sin significación estadística) en la cohorte de pacientes en tratamiento con ISRS inhibidores del CYP3A4.

Globalmente se observa mayor riesgo de sangrado con la dosis de 20mg. En el subgrupo de ISRS inhibidores del CYP3A4 la tendencia se invierte siendo mayor el riesgo de sangrado con la dosis de 15mg.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2155. PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA TOXICIDAD EN INMUNOTERAPIA

AUTORES

SOTO BASELGA I, VÁZQUEZ CASTILLO MJ, MAÑES SEVILLA M, SOLIS OLIVARES J, BERTRAN DE LIS BARTOLOME B, GOMEZ CABALLERO EP, SOLLANO SANCHO I, MORIEL SANCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. CALLE LUIS MONTES S/N. MADRID

OBJETIVOS

Garantizar la seguridad de los pacientes en tratamiento con inmunoterapia facilitando la detección precoz de las reacciones adversas producidas por el mismo.

MEJORAS ESPERADAS

Empoderar al paciente de su enfermedad y tratamiento; consiguiendo así, que él mismo, o su cuidador, detecten de manera precoz posibles reacciones adversas, y tomen medidas para evitar el retraso o la suspensión del tratamiento. A su vez, facilitar al profesional sanitario que atienda al paciente, su detección y manejo.

DISEÑO

Se identificó la necesidad de aumentar la seguridad de los pacientes en tratamiento con inmunoterapia, para ello se creó un equipo de trabajo que analizó la importancia en el manejo y la detección precoz de sus toxicidades, diseñando así un modelo de actuación farmacéutica en inmunoterapia.

CIRCUITO Y ETAPAS

En Octubre de 2019 tras una revisión bibliográfica se optó por un soporte escrito, que incluyó un código QR que dirige a las guías European Society for Medical Oncology (ESMO) diseñadas para el paciente. Así mismo, se diseñó una tarjeta individualizada, cuyo código QR da acceso al manejo de efectos adversos de las guías ESMO, orientado al profesional sanitario. Ambos documentos fueron aprobados por la Comisión Técnica de Coordinación de la Información en Diciembre de 2019.

Posteriormente, se describieron las actuaciones del farmacéutico a realizar en las entrevistas.

En la entrevista inicial se entregó al paciente la hoja de información y su tarjeta identificativa. Se revisaron sus antecedentes personales y familiares, especialmente de tipo autoinmune, se revisó con el paciente la medicación que toma de manera habitual, se le explicó al paciente la pauta posológica de su tratamiento así como la aparición de posibles efectos adversos, explicándole detalladamente las características de estos; así mismo, se les hicieron recomendaciones para prevenir/paliar estos efectos adversos mientras no sean graves.

En las visitas de seguimiento se repasó con ellos la medicación que toman, recordando las toxicidades para afianzar conocimientos y en caso de que hubieran aparecido, se revisó si el médico tomó medidas (suspensión, retraso o tratamiento para paliar la toxicidad)

Se decidió que las entrevistas fueran realizadas en hospital de día mientras el paciente recibiera su tratamiento, con el fin de reducir su estancia en el hospital.

IMPLANTACIÓN

Diciembre 2019.

RESULTADOS

En el periodo de estudio, se llevaron a cabo 20 entrevistas de inicio de tratamiento y 12 sucesivas, en las entrevistas se detectó toxicidad en un 55,55% de los pacientes: hipotiroidismo (44,44%), prurito (44,44%) y neumonitis (11,11%). En aquellos pacientes que presentaron hipotiroidismo se llevo a cabo terapia sustitutiva con levotiroxina, mientras que los pacientes que presentaron prurito, fueron tratados con corticoides tópicos. El paciente que presentó neumonitis fue tratado con corticoides, broncodilatadores y antibióticos. Un paciente presentó antecedentes personales de psoriasis, con empeoramiento de las placas; los dermatólogos le prescribieron fototerapia, logrando así la implicación de diferentes servicios en el manejo de la toxicidad.

LIMITACIONES

Con el fin de obtener una detección precoz de la toxicidad, es necesario que el paciente o cuidador tenga la capacidad suficiente de entendimiento.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Esta herramienta es aplicable a otros servicios de Farmacia Hospitalaria

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2170. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL.

AUTORES

GARCÍA BELOSO N, GAYOSO REY M, LORENZO LORENZO K, MARTÍNEZ REGLERO C, ROBLES TORRES D, LOPEZ LOPEZ A, LÓPEZ-GIL OTERO M, PIÑEIRO CORRALES G

ÁREA SANITARIA DE VIGO. ESTRADA DE CLARA CAMPOAMOR, 341, 36213 VIGO, PONTEVEDRA. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad del tratamiento con los hipolipemiantes inhibidores de la lipoproteína convertasa subilisina kexina 9 (iPCSK9) en la práctica clínica real.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, realizado entre enero de 2017 y diciembre de 2019 en un hospital universitario de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron un iPCSK9 con un período de tratamiento mínimo de 3 meses. Se recogieron las siguientes variables de la historia clínica electrónica: demográficas; factores de riesgo: hábito tabáquico, hipertensión arterial, diabetes mellitus (DM), y obesidad; tipo de iPCSK9, dosis, fecha de inicio, duración del tratamiento y fármacos concomitantes hipolipemiantes; variables de eficacia: niveles de c-LDL y presencia de acontecimientos cardiovasculares; reacciones adversas (RA) estudiadas: reacciones en el lugar de administración, síntomas en tracto respiratorio superior (TRS), infecciones, eventos oftalmológicos, elevación de CPK por encima de 3 veces el valor normal, y trastornos musculoesqueléticos, gastrointestinales (TGI) y neurocognitivos.

RESULTADOS

Un total de 78 pacientes iniciaron tratamiento con iPCSK9 (47,4% mujeres), con una edad media de 59,5±12,1 años. En relación a los factores de riesgo al inicio del tratamiento: el 51,9% (n=40) eran hipertensos, el 24,7% (n=19) obesos, el 11,7% (n=9) fumadores y el 9,1% (n=7) presentaban DM.

Respecto al tipo de iPCSK9, un 43,6% (n=34) inició alirocumab y un 56,4% (n=44) evolocumab. Las dosis iniciales de alirocumab fueron: 75mg/14d (79,4%) y 150mg/14d (20,6%). El 100% de los pacientes inició con evolocumab 140 mg/14d. Del total de pacientes, un 6,4% precisaron aumento de dosis y un 7,7% reducción.

El uso de hipolipemiantes concomitantes fue del 27,3% (n=21) con ezetimiba, del 15,6% (n=12) con una estatina de alta intensidad y del 14,3% (n=11) con una estatina de intensidad moderada-baja.

El valor medio de c-LDL basal fue de 150,7±47,4 (n=77), a los 3 meses de 83,9±41,1 (n=68), a los 6 meses de 79,7±48,2 (n=57), a los 12 meses de: 71,6±33,9 (n=45), y a los 24 meses de 77,5±47,6 (n=36). El porcentaje medio de reducción de c-LDL fue de 44,4 ± 26,7% a los 3 meses y de 46,5 ± 35,3 % a los 24 meses. Apareció algún evento cardiovascular durante el tratamiento en un 3,9% (n=3) de los pacientes.

En cuanto a la seguridad, apareció alguna reacción adversa en el 35,9% de los pacientes. Destacando: infecciones (11,5%), trastornos musculoesqueléticos (10,3%), síntomas del TRS (9,0%), TGI (6,4%), eventos oftalmológicos (5,1%), reacciones en el lugar de inyección (3,8%), intolerancia (2,6%), trastornos neurocognitivos (2,6%), elevación de CPK (2,6%) y otras (9,0%). Se suspendió el tratamiento en el 10,4% (n=8) de los pacientes, siendo en el 6,5% (n=5) por una RA.

CONCLUSIONES

Los fármacos iPCSK9 han demostrado alta eficacia en cuanto a la disminución de los niveles de c-LDL, consiguiendo respuesta a los 3 meses y manteniéndose a los 24.

Respecto a la seguridad, menos del 40% de los pacientes sufrieron alguna reacción adversa durante el tratamiento, siendo necesaria la suspensión de este en < 7%.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2171. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE ALERGIA A ANTIBIÓTICOS BETA-LACTÁMICOS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN CORPORATIVOS DURANTE INGRESOS HOSPITALARIOS

AUTORES

COLOMER AGUILAR C, CLIMENT GRANA E, RIERA SENDRA G, GARCÍA SALOM P, FERNÁNDEZ SÁNCHEZ FJ, MARTÍNEZ-CABALLERO MARTÍNEZ D, RAMÍREZ LÓPEZ AM, LÓPEZ-NIETO SEMPERE J

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. CALLE PINTOR BAEZA. ALICANTE

OBJETIVOS

Los resultados de algunos estudios permiten predecir que tan sólo una proporción del 25% de pacientes con registro de alergia a beta-lactámicos en su historia de salud han sido evaluados y diagnosticados mediante pruebas alergológicas. Conocer este dato en nuestra población permitirá abordar colaboraciones con el servicio de Alergología para llevar a cabo un proceso de desetiquetado seguro. El objetivo del estudio es estimar la proporción de pacientes con etiqueta de alergia a antibióticos beta-lactámicos que no disponen de registros clínicos de evaluación alergológica a partir de la proporción

p0 en una muestra consecutiva de 75 pacientes hospitalizados en un hospital terciario durante un periodo de 3 meses. También se estimaron las no concordancias entre los registros de historia clínica y los registros de prescripción electrónica en la codificación de la alergia a estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha seleccionado un diseño transversal descriptivo cuya finalidad es estimar la prevalencia puntual (proporción) del problema (alergia no evaluada) en una población atendida (hospitalización) en el hospital durante los meses de febrero a abril de 2020. La precisión se ha fijado en 10% y el riesgo $\alpha = 0,05$; el tamaño n de la muestra se ha calculado en 75 pacientes. Se han calculado las proporciones y la estimación por intervalo de confianza del 95%. Los registros consultados fueron digitales, siendo la historia clínica electrónica, el Sistema de información ambulatorio (SIA) y la prescripción electrónica (PE) las principales fuentes consultadas. Además de la etiqueta de alergia, estudio alergológico si lo había y tipo de prueba, se registraron variables de interés como son edad, sexo, motivo del ingreso, y antibiótico alternativo, entre otras. Las variables principales se analizaron mediante el paquete estadístico Epidat 4.2 y la tabulación y control de calidad de los datos se ejecutó en hoja de cálculo Excel.

RESULTADOS

La muestra seleccionada incluyó a un total de 75 pacientes (58% hombres) con una edad media de 63,8 años ($ds=18,5$) todos ellos con un registro de alergia a beta-lactámicos en el sistema de prescripción electrónica. El resultado del análisis sitúa en el 73,3% (IC95%: 61,9-82,9) de los pacientes que ingresaron con etiqueta de alergia a beta-lactámicos y que no disponían de evaluación y diagnóstico alergológico. Por inferencia con los datos de la población (25%) no encontramos diferencias estadísticamente significativas, siendo el estadístico $P=0,79$. Paradójicamente un 26,7% (IC95% 17,1-38,1) de las alergias registradas en ambos sistemas de información (SIA y PE) no fueron concordantes, y a su vez, una proporción estimada de 16% (IC95%: 8,6-26,3) de alergias fueron erróneamente etiquetadas en el sistema de PE y modificadas por el farmacéutico tras la revisión de la historia clínica de cada paciente.

CONCLUSIONES

Las estimaciones obtenidas en el estudio son similares a los resultados publicados en la literatura científica. Hay que destacar la magnitud del problema y la necesidad de protocolizar actuaciones de desetiquetado mediante evaluaciones y diagnósticos alergológicos en esta población; el trabajo colaborativo con el servicio de Alergología será fundamental. Se debe seguir trabajando en la implementación de conexiones informáticas entre sistemas de información.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2176. UTILIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

AUTORES

LARÍA CAMPAÑA C, SÁNCHEZ GREGORIO ML, CANDENAS TORRES Y, MORENO SAÍZ A, VIGIL MUÑOZ DE MORALES MA, PÉREZ LÓPEZ MÁ, MAROTO GOZALO MJ
HOSPITAL GUADARRAMA. MOLINO DEL REY, 2. MADRID

OBJETIVOS

Clasificar y cuantificar los Medicamentos Biopeligrosos (MB) incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) del hospital, así como identificarlos adecuadamente desde su almacenamiento en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SF) hasta su dispensación. Determinar el grado de prescripción de estos fármacos en el hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio realizado en un Hospital de Media Estancia de 144 camas. El listado de MB incluidos en la GFT se obtuvo a partir del programa de gestión farmacéutica. La clasificación de los MB se realizó según el documento del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) y la lista del National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH).

Para la adecuada identificación de los MB, desde marzo de 2019 se implantó un sistema de reenvasado/re Etiquetado basado en un código de colores. Se incluyeron los datos: principio activo, nombre comercial, excipientes de declaración obligatoria, código nacional, fecha de caducidad, fecha de envasado, lote y grupo de riesgo.

Se incluyeron recomendaciones de administración en el programa de prescripción médica electrónica y administración de enfermería (PIPM) -empleo de guantes, bata y protección ocular y/o respiratoria- según la base de datos InfoMep (Ministerio de Empleo y Seguridad Social)

Los datos sobre la prescripción de MB se obtuvieron a partir del PIPM.

RESULTADOS

De los 355 principios activos de la GFT del hospital, 39 (11%) eran MB: 9 (23,1%) pertenecían al grupo 1 (G1), 13 (33,3%) al grupo 2 (G2) y 17 (43,6%) al grupo 3 (G3), siendo estos últimos los mayoritarios. Según la vía de administración, el 100% de los MB del G1 eran de administración oral (OR), en el G2 el 92,3% (12) eran de administración OR y 7,7% (1) de administración intravenosa (IV), mientras que en el G3 el 70,6% (12) eran de administración OR y 29,4% (5) de administración IV.

Durante el periodo de estudio (marzo 2019-abril 2020) se reenvasaron 13.203 unidades de MB: 4,2% (560) pertenecían al G1, 27,4% (3617) al G2 y 68,4% (9026) al G3. Se empleó un código de colores: azul para comprimidos/cápsulas de G1 y G2, y verde para G3. Los MB acondicionados en forma de viales, ampollas o sobres, fueron también identificados con un adhesivo del color correspondiente en cada caso.

En cuanto a las prescripciones médicas, hubo un total de 16.660 líneas de prescripción (10,7 líneas/paciente), de las cuales 678 (4,1%) correspondieron a biopeligrosos. Los MB del G1 y G2 tal solo representaron el 29,9% (203), mientras que los del G3 el 70,1% (475).

De entre los 100 medicamentos mayoritariamente prescritos en el periodo de estudio, el 2% eran MB, siendo los principales: acenocumarol y espironolactona.

CONCLUSIONES

- La mayor parte de MB presentes en el hospital, así como el mayor porcentaje de MB prescritos, pertenecieron al G3, predominando las formas de administración OR.
- En hospitales de media estancia también es fundamental una adecuada gestión de los MB para garantizar la seguridad de pacientes y profesionales sanitarios.
- La implicación de todo el equipo del SF es básica para asegurar una adecuada identificación y trazabilidad de estos medicamentos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2197. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN LA FARMACIA AMBULATORIA DE UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

PRIEGUE GONZALEZ M, DOMÍNGUEZ TORDERA P, FRANCO GONZÁLEZ R
HOSPITAL DE MOLLET. AV. DELS PINETONS Nº8. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios atendidos en la farmacia ambulatoria de un hospital y valorar el impacto de los cambios producidos en la política de gestión y el cambio de farmacéutico referente entre 2018 y 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el periodo (01/01-31/01) del 2019 y (01/01-31/03) del 2020 se entregó, a todos los usuarios de farmacia ambulatoria, una encuesta anónima. La encuesta validada constaba de tres bloques, con 5 respuestas (escala tipo-Likert) siendo 1 muy deficiente y 5 excelentes y un apartado de sugerencias:

- un primer bloque (B1) con los datos socio-demográficos.
- un segundo bloque (B2) de 5 preguntas relacionadas con las instalaciones/servicio de farmacia.
- un tercer bloque (B3) con 10 preguntas relacionadas con la atención farmacéutica.

RESULTADOS

Se recibieron un total de 110 encuestas en el 2020 y 39 en el 2019. Los datos demográficos de la población son similares sin diferencias significativas ni en distribución de sexo y ni edad (50% mujeres y edad media 52 años).

No existen diferencias en la valoración del B2: un 77% puntúa como "bueno/excelente" la localización y facilidad de acceso (69% en 2019; $p=0,242$) y el 64% considera que el confort de la sala de espera es "bueno/excelente" (66%; $p=0,483$). El horario de atención al público continua siendo el ítem peor valorado, solo el 46% considera que el horario es "bueno/excelente" (54%; $p=0,469$), sugiriendo la necesidad de ampliación del horario de atención en un 62% de los usuarios (28,2% en 2019)

En B3 las puntuaciones se mantienen sin diferencias significativas. El 74% de los pacientes considera que la implicación del farmacéutico con su problema de salud es entre "buena/muy buena" (76%; $p=0,974$) y el 75% de los pacientes considera de "bueno/excelente" el conocimiento de sus medicamentos (77%; $p=0,735$).

Por otro lado el 69% (66%; $p=0,725$) puntúan entre "bueno/excelente" su conocimiento sobre reacciones adversas (RA) tras la visita con el farmacéutico. No obstante, la puntuación en el ítem relacionado con el manejo de estas RA no es bueno, sólo el 64% indica un manejo "bueno/excelente" (65%; $p=0,760$).

El 84% de los pacientes valora su conciencia de cumplir adecuadamente con el tratamiento como "bueno/excelente" (81%; $p=0,433$) y el 72% puntúa como "bueno/excelente" la consulta del farmacéutico dentro del programa de seguimiento farmacoterapéutico (84%; $p=0,157$).

Un 87% (92%; $p=0,201$) de los pacientes mantiene una satisfacción general del servicio de "bueno/excelente".

CONCLUSIONES

- El nivel de satisfacción de los usuarios no se ha visto condicionado por los cambios restrictivos en la política de dispensación ni con el cambio de referente del área, teniendo el 87% de las opiniones un nivel de "muy bueno/excelente" (92%; $p=0,201$).
- Se mantiene que un punto de mejora clave para el usuario sería la ampliación horaria.
- Deberíamos buscar estrategias para facilitar la comprensión y manejo de reacciones adversas. Actualmente las instrucciones están limitadas a consejos higiénico-dietéticos, pero valoraremos la inclusión de indicaciones farmacológicas desde farmacia, basadas en medicamentos OTC como soporte para el manejo de las mismas.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2209. ANÁLISIS Y GESTIÓN DE NOTIFICACIONES POR ERRORES DE MEDICACIÓN

AUTORES

GRANERO LÓPEZ M, BARDÁN GARCÍA B, FRAGA BUENO E, MILLOR SANESTEBAN B, RODRÍGUEZ PENÍN I
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. AVDA. DE RESISTENCIA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

El Servicio de Farmacia (SF) tiene un papel clave en la seguridad del paciente participando como miembro del Núcleo de Seguridad y del Grupo SINASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente), donde se estudian y gestionan las notificaciones recogidas en este portal.

El objetivo del trabajo es analizar las notificaciones relacionadas con errores de medicación (EM) en la plataforma SINASP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en un hospital de segundo nivel de los EM notificados durante 2018 y 2019. Se recogieron: origen y proceso de la cadena terapéutica donde se produjeron los EM, medicamento implicado (según clasificación ATC), tipo y causa del EM (según la clasificación del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP)), consecuencias en el paciente y medidas para evitar el incidente.

RESULTADOS

Se notificaron 48 EM, 47 desde hospitalización y uno desde urgencias. Veinticinco EM (52,1%) se originaron en la prescripción, 15 (31,2%) en la administración, 6 (12,5%) en la dispensación y 2 (4,2%) en la validación. Medicamentos implicados: B01AB-Grupo de la heparina, 8 (16,7%); A10-Insulinas y análogos, 4 (8,3%); J01C-Antibacterianos betalactámicos, penicilinas, 4 (8,3%); J01D-Otros antibacterianos betalactámicos, 4 (8,3%); B01AF-Inhibidores directos del factor Xa, 3 (6,2%); C01CA-Agentes adrenérgicos y dopaminérgicos, 2 (4,2%); N02AA-Alcaloides naturales del opio, 2 (4,2%) y otros (43,8%).

Tipo de EM: 25 (52,1%) se relacionaron con "medicamento erróneo": transcripción/dispensación/administración de un medicamento diferente al prescrito (8), alergia previa (4), no indicado (4), duplicidad terapéutica (4), innecesario (3), contraindicado (2); 9 (18,7%) se relacionaron con "dosis incorrecta"; 5 (10,4%) con "frecuencia de administración errónea"; 5 (10,4%) con "omisión de dosis o de medicamento"; 2 (4,2%) con "error de preparación/manipulación/acondicionamiento"; 1 (2,1%) con "técnica de administración incorrecta" y 1 (2,1%) con "vía de administración incorrecta".

Causa del EM: 12 (25%) estaban asociadas a "falta de conocimiento/formación sobre el medicamento", 10 (20,8%) a "problemas de comunicación/interpretación" (comunicación escrita incorrecta/incompleta/ambigua o interpretación incorrecta de la prescripción médica), 9 (18,7%) a "falta de seguimiento de procedimientos de trabajo establecidos", 9 (18,7%) a "problemas de etiquetado/envasado o información del medicamento" y 8 (16,8%) a "falta de conocimiento/información sobre el paciente".

Consecuencias sobre el paciente: el 52,1% de los EM no llegaron al paciente, el 39,6% llegaron al paciente pero no le causaron daño y un 8,3% le produjeron daño al paciente, desde monitorización hasta comprometer su vida precisando de intervención para mantenerla.

Medidas tomadas para evitar nuevos EM: mejoras en el programa de prescripción electrónica asistida (PEA): 23 (47,9%) (cruce de alergias con medicamentos de la guía hospitalaria, creación /modificación de protocolos, modificación en las fichas de los medicamentos, entre otras), formación del personal: 9 (18,7%), cambios de especialidades farmacéuticas para evitar la confusión por isoapariencia: 8 (16,7%) y otros: 8 (16,7%).

CONCLUSIONES

La mayoría de los EM tienen origen en la prescripción y en la administración.

Casi la mitad de los EM llegaron al paciente con lo que resulta imprescindible descender este valor.

La mayoría de las medidas para evitar EM corresponden al SF mediante la mejora continua del programa de PEA.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2277. EXTRAVASACIÓN DE FÁRMACOS NO CITOTÓXICOS: SEGUIMIENTO IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO Y ADECUACIÓN DEL ALGORITMO PARA PACIENTE PEDIÁTRICO Y SERVICIO DE RADIOLOGÍA

AUTORES

SANMARTIN SUÑER M, VAL PRAT L, COLLADO CABEZAS R, GORINA YSERN N, JOAQUI LÓPEZ N, CALERO BETETA JA, OLIVA BRAÑAS E, GARCIA DEL VALLE IA
HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA. JOSEP TRUETA S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Seguimiento de la implantación del protocolo de extravasación de fármacos no citotóxicos (FNC).

Adecuación del mismo para implementar medidas específicas en pacientes pediátricos y pacientes que reciben contrastes radiológicos (CR).

MEJORAS ESPERADAS

Identificación precoz de pacientes que sufren una extravasación de FNC y aplicación de las medidas descritas en el procedimiento.

Implementación de las medidas específicas consensuadas tanto en pacientes pediátricos como en pacientes que reciben CR.

DISEÑO

Revisión de casos notificados en la intranet de farmacia.

Revisión de publicaciones de extravasaciones de FNC en pediatría.

Estudio CR utilizados en nuestro centro, con datos de pH, osmolaridad, volumen utilizado y tipo administración (bomba o manual).

CIRCUITO Y ETAPAS

Envío de la información obtenida en el punto anterior al Servicio de Pediatría y Radiología.

Estudio de las diferentes opciones y especificaciones en el caso de tratar una extravasación en pediatría y pacientes que reciben contrastes.

Reunión monográfica con el Servicio de Pediatría y Servicio de Rayos para consensuar medidas específicas.

Difusión del protocolo: sesiones formativas, intranet y material divulgativo.

IMPLANTACIÓN

Pediatría: la decisión de administrar o no antídoto dependerá de dos factores: fármaco de riesgo de daño tisular en caso de extravasación (alto= color rojo, medio= naranja, bajo =verde) y volumen extravasado según la fórmula $(X/Y) \times 100 = \text{---} \%$ (X= medida de la inflamación, Y= medida longitud del brazo). Se seguirá el siguiente algoritmo:

- ROJO: Administrar siempre antídoto, independientemente del volumen extravasado
- NARANJA y VERDE: Administrar antídoto según volumen extravasado = > Si $\geq 30\%$: valorar por el médico; Si $< 30\%$: no hace falta administrar antídoto

CR: se administrará el antídoto en función del pH, osmolalidad y volumen extravasado.

- Contraste lodado con volumen extravasado > 50ml = > HIALURONIDASA
- Contraste gadolinio con volumen extravasado > 20ml = > HIALURONIDASA

RESULTADOS

24 casos notificados (periodo 2 años): 17 adultos; 7 pediátricos (2 prematuros).

Edad media 66 años (adultos), 2,75 años (niños) y 22 días (neonatos).

Servicios: 3 Radiología, 7 pediatría, 3 cirugía general, 8 uci, 3 medicina interna.

Fármacos extravasados: Nutrición parenteral periférica (6), drogas vasoactivas (4), CR (3), antibióticos (3), sueros/ electrolitos (4), resto de fármacos (3) y sangre (1).

Según riesgo de daño tisular en caso de extravasación: alto (13), medio (7), bajo (1), desconocido (3).

Seguimiento del protocolo: 23/24 casos. De éstos se aplica antídoto en 21 pacientes. Se repite dosis en 2 ocasiones.

En todos los casos mejora la zona extravasada en 24-48h.

De los 24 casos, en tres de ellos no disponíamos de información y tras consenso con equipo médico-enfermería, en dos de ellos se administró antídoto.

LIMITACIONES

Escasa bibliografía con clara evidencia científica. Medidas implementadas extrapolando información de fármacos con características fisicoquímicas similares.

No disponibilidad de antídotos comercializados. Disponemos de fórmulas magistrales estériles de corta caducidad. Desabastecimiento temporal de fentolamina.

Dificultad para recoger todos los datos si no sucede el evento en horas de farmacéutico presencial. Faltan datos de las medidas preventivas de administración de fármacos (catéter, vaso a puncionar...) que también se tratan en el procedimiento.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a cualquier hospital (pediatría y adultos). Material muy gráfico, kits accesibles, de manera que enfermería pueda decidir de forma precoz y autónoma las medidas generales, contactar rápidamente con el médico responsable y decidir si procede aplicar medidas específicas.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2328. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS EN BOMBA DE PERFUSIÓN CONTINUA

AUTORES

BALET DUAT A, ALONSO CASTELL P, MORENO GIL Q, PEREZ RECHE C, PLANAS FONT A, SEGARRA PERRAMON T, CERVERA MUDARRA S, SALA VILAJOSANA N
ALTHAIA XARXA ASSISTENCIAL DE MANRESA. C/DR JOAN SOLER 1-3. BARCELONA

OBJETIVOS

Integración de los fármacos de habitual administración mediante bomba de perfusión continua (FBPC) dentro del sistema electrónico de gestión de medicamentos incluyendo prescripción, dispensación, administración y registro en historia clínica.

MEJORAS ESPERADAS

Los FBPC constituyen un grupo de alto riesgo tanto por la heterogeneidad de su composición como por el estrecho margen terapéutico.

Con este proyecto se espera mejorar la seguridad y calidad de todo el circuito de los FBPC.

DISEÑO

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar para estudio, análisis y diseño del módulo específico para la gestión de los FBPC:

Se consensó para cada fármaco las concentraciones, diluyentes y rango de dosificación con los profesionales de cada servicio asistencial.

El módulo integrado en el programa de gestión de medicamentos se diseñó con las siguientes partes:

- ficha de la bomba: composición (número de viales y suero), estabilidad de la mezcla, rango de velocidades/dosificación fijo o en función del peso.
- Prescripción: En FBPC fijas el prescriptor sólo debe indicar el tiempo de la infusión. En FBPC según peso, debe seleccionar dentro de un rango establecido la dosis por Kg/minuto.
- Dispensación: Calcula el número de viales/ampollas a dispensar teniendo en cuenta la hora del cambio de FBPC por enfermería según velocidad y estabilidad.
- Administración y registro: Ofrece información sobre cómo preparar la mezcla, estabilidad, velocidad de infusión prescrita. Así mismo controles/precauciones durante administración. Con la firma de enfermería en el inicio de la

administración, se visualiza coloreada la línea correspondiente del fármaco conforme avanza el tiempo de infusión. Si el médico modifica la velocidad de administración, la enfermera recibe mensaje y las velocidades quedan visualizadas en hoja de administración electrónica de enfermería. Los diferentes volúmenes infundidos del día se registran automáticamente para cómputo del balance de líquidos.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se realizó en siete etapas

1. Creación de un grupo multidisciplinar: farmacéuticos, médicos, enfermería, informática.
2. Consenso de concentraciones, sueros y rangos de dosificación en los servicios implicados.
3. Diseño del módulo de gestión.
4. Implantación en modo pruebas.
5. Modificaciones y ajustes sucesivos.
6. Difusión: Sesiones informativas, Guía de FBPC.
7. Implantación progresiva a unidades de críticos, bloque quirúrgico, urgencias y plantas hospitalización.

IMPLANTACIÓN

Se inició a principios 2016, se implantó progresivamente durante 2017.

RESULTADOS

Un total de 57 medicamentos han sido consensuados para la creación de 121 FBPC. Para algunos fármacos se ha contemplado diferentes concentraciones para adaptarse a situaciones como restricción de líquidos.

Las 121 FBPC se han agrupado por servicios: Generales (36), Críticos (44), Reanimación (27), Obstetricia (6) y se han incluido además: nutriciones parenterales (5), mezclas para sedación paliativa (2), antibióticos (1).

La fluidoterapia no está incluida por disponer de módulo propio.

Desde su puesta en marcha se han prescrito un total de 14.851 FBPC.

Este proyecto ha sido valorado positivamente por todos los profesionales y ha mejorado la seguridad y la calidad de los FBPC de manera integral.

LIMITACIONES

Está diseñado únicamente para perfusiones continuas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La metodología es aplicable a todos los hospitales que tengan la gestión de medicamentos integrada.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2329. REACCIONES INFUSIONALES DE FÁRMACOS ADMINISTRADOS EN HOSPITAL DE DÍA

AUTORES

PÉREZ DE AMEZAGA TOMÁS L, NIGORRA CARO M, RODRÍGUEZ CAMACHO JM, OLIVER NOGUERA A, GONZÁLEZ MORCILLO G, MANDILEGO GARCÍA A, PARERA PASCUAL MM, VILANOVA BOLTÓ M
HOSPITAL UNIVERSITARI SON LLÀTZER. CTRA. DE MANACOR, S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Cuantificar el número y el tipo de Reacciones Infusionales (RI) relacionadas con la administración de tratamientos en el Hospital De Día (HDD). Describir las medidas terapéuticas que se adoptaron tras las RI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo en un hospital de segundo nivel.

Variables: sexo, edad, diagnóstico, fármaco responsable de la RI, ciclo de tratamiento en el que se produjo, tipo de RI y actitud terapéutica posterior. Las RI se categorizaron en: cutáneas, cardíacas, gastrointestinales, generales (fiebre y dolor), neurológicas, oculares, respiratorias y mixtas (combinación de una o más de las anteriores).

Las RI que se produjeron más de una vez en un mismo paciente se contabilizaron como 1 RI.

Los datos se obtuvieron a través del registro de incidencias del programa Farmis_Oncofarm®, que gestiona el control de la prescripción, validación y administración de la medicación utilizada en el HDD. La información fue contrastada con la historia clínica.

RESULTADOS

Durante el año 2019 se administraron un total de 18.234 fármacos en un total de 1.889 pacientes en HDD. Se produjeron RI en 63 (3,3%) pacientes, 55,5% mujeres, edad media 63±11 años.

Los fármacos implicados fueron 19: oxaliplatino (25; 39,7%), rituximab (12; 19%), hierro carboximaltosa (4; 6,3%), paclitaxel (3; 4,8%). Ocrelizumab, cisplatino, daratumumab, cetuximab, carboplatino y adriamicina registraron 2 RI cada uno; y hierro hidróxido sacarosa, trastuzumab, obinutuzumab, irinotecán, infliximab, docetaxel, dexclorfeniramina y algalsidasa beta, 1 RI.

Oxaliplatino provocó RI en el 18% de los pacientes a los que se administró, rituximab en el 11,1%, hierro carboximaltosa en el 0,8% y paclitaxel en el 1,8%. Por otro lado, ocrelizumab provocó una RI en el 50% de los pacientes.

El esquema de quimioterapia con mayor incidencia de RI fue el XELOX (capecitabina-oxaliplatino) (9; 14,3%), y los

diagnósticos con más RI asociadas fueron el de cáncer de colon y de recto (ambos 10; 15,8%).

En cuanto al momento en el que acontecieron las RI, el 50,8% lo hicieron en el primer ciclo, el resto se produjeron entre el ciclo 2 y 10. Destaca una RI a cisplatino que se produjo en el ciclo 18.

Las RI más comunes fueron las cutáneas (19; 30,2%) y las mixtas (12; 19%); seguidas de las neurológicas (11; 17,4%), respiratorias (8; 12,7%), gastrointestinales (8; 12,7%), generales (3; 4,8%), oculares (1; 1,6%) y cardíacas (1; 1,6%).

Se administró medicación de rescate en el 81% de las RI. Los fármacos más administrados en todos los tipos de RI, excepto en las digestivas, fueron la hidrocortisona y la dexclorfeniramina con 33 y 28 administraciones, respectivamente. Seguidos del paracetamol (7), metilprednisolona (6), metoclopramida (6)—exclusivo de las RI digestivas—y ranitidina (5). En siete (11,1%) ocasiones el fármaco que produjo la RI fue suspendido, obligando a un cambio de tratamiento. Una RI cardíaca a carboplatino requirió el ingreso inmediato del paciente.

CONCLUSIONES

Aunque las RI en HDD son mayormente atribuidas a los citostáticos, debemos tener en cuenta también las RI a otros fármacos que, en conjunto, pueden suponer una parte importante del total de RI producidas.

La mayoría de las RI no fueron graves y se resolvieron mediante la administración de medicación de rescate habitual.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2345. ANÁLISIS DEL CONSUMO Y USO DE GABAPENTINA Y PREGABALINA EN PACIENTES CON RIESGO DE DEPRESIÓN RESPIRATORIA

AUTORES

IRIGOYEN RODRIGUEZ I, ALZUETA ISTURIZ N, FONTELA BULNES C, GOÑI ZAMARBIDE O, GARCÍA GONZALEZ P, CELAYA LECEA MC, GARJÓN PARRA J
SUBDIRECCIÓN DE FARMACIA. SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA. PLAZA DE LA PAZ S/N, PLANTA 4ª, 31002 PAMPLONA. NAVARRA

OBJETIVOS

Según la alerta emitida recientemente por la Food and Drug Administration (FDA), un alto porcentaje de pacientes podría tener un riesgo elevado de presentar depresión respiratoria durante el tratamiento con gabapentina o pregabalina. Por ello, el objetivo de este trabajo fue analizar la evolución del consumo de los gabapentinoides (gabapentina y pregabalina) en una comunidad autónoma (CA) durante los últimos años y analizar su uso en pacientes con mayor riesgo de sufrir depresión respiratoria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los datos fueron obtenidos del sistema de facturación de receta electrónica de la CA. El periodo de estudio para evaluar la evolución del consumo de los gabapentinoides fue de seis años (2014-2019) y se analizó su uso en pacientes con mayor riesgo de sufrir depresión respiratoria durante el 2019.

Se seleccionaron los pacientes con una o más dispensaciones de gabapentina o pregabalina en oficina de farmacia durante los periodos de estudio. Las variables recogidas en el año 2019 fueron: sexo, edad, tratamiento con gabapentina (N03AX12) o pregabalina (N03AX16), diagnóstico codificado de patología respiratoria asma (CIAP R96) o EPOC (CIAP R95) y tratamiento concomitante con fármacos con efecto sedante o que pueden producir depresión respiratoria, incluyendo ansiolíticos (N05C), hipnóticos y sedantes (N05B), opioides (N02A) o antihistamínicos para uso sistémico (R06A).

RESULTADOS

En el periodo de 2014 a 2019 un total de 44.420 pacientes recibieron gabapentinoides en algún momento. Se observó un incremento del número de pacientes en tratamiento con gabapentina o pregabalina del 23,6% entre 2014 y 2019. Sin embargo, debido a los precios de referencia, el gasto total disminuyó un 62,5% siendo de 1.298.204,02 € en el año 2019.

Se analizaron los datos de pacientes en tratamiento con gabapentinoides en el año 2019 observándose que 16.954 pacientes recibieron en algún momento dichos fármacos (67,2% pregabalina, 30,3% gabapentina y un 2,5% recibieron por separado los dos principios activos durante el 2019). El 56,9% eran mujeres y la media (desviación estándar) de edad fue de 65,03(±17,04) años. De todos ellos, un 13% de los pacientes tenían además diagnóstico de EPOC o asma y un 41,4% tenían prescrito de forma concomitante algún fármaco con efecto sedante (ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, opioides o antihistamínicos con efecto sistémico) y 775 (4,6%) pacientes cumplían el presentar un diagnóstico de riesgo y estar en tratamiento concomitante con gabapentinoides y otros fármacos sedantes.

CONCLUSIONES

El consumo de los gabapentinoides se ha incrementado durante los últimos años. Considerando el número de pacientes implicados, los problemas de seguridad notificados y que además, en muchas ocasiones reciben el fármaco en indicaciones no autorizadas en ficha técnica, parece adecuado plantearse la posibilidad de llevar a cabo una estrategia de optimización de la farmacoterapia con el objetivo de mejorar la seguridad en el uso de gabapentinoides.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2354. EXPERIENCIA DE UNA ESTRATEGIA DE DEPRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN MAYORES DE 75 AÑOS

AUTORES

FONTELA BULNES C, GOÑI ZAMARBIDE O, GARCIA GONZALEZ P, IRIGOYEN RODRIGUEZ I, ALZUETA ISTURIZ N, CELAYA LECEA MC, RESANO ERAUL M, GARJON PARRA J
SERVICIO NAVARRO DE SALUD- SUBDIRECCIÓN DE FARMACIA. PLAZA DE LA PAZ S/N. NAVARRA

OBJETIVOS

La deprescripción de estatinas y ezetimiba en personas mayores de 75 años en prevención primaria de riesgo cardiovascular, es el objetivo de esta estrategia ya que no existe evidencia que demuestre un beneficio clínico relevante relacionado con su uso en prevención primaria en mayores de 75 años, y la aparición de reacciones adversas es más frecuente en esta población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una optimización de la calidad de la farmacoterapia. Para ello se formó un grupo de trabajo multidisciplinar con geriatras, médicos y farmacéuticos de atención primaria (AP). Primeramente se buscó la evidencia disponible a través de una revisión bibliográfica y se acordaron los criterios de inclusión de pacientes: una edad igual o superior a 75 años y la administración del fármaco para prevención primaria. La intervención se presentó en sesiones formativas en los centros de salud a los equipos de AP de la comunidad autónoma y se acompañó de una campaña de difusión con folletos informativos para el conocimiento de los pacientes. El método para la deprescripción consistió en la comunicación a cada médico, a través de la historia clínica de AP, de los pacientes presentes en su cupo que eran susceptibles de deprescripción de la estatina. La comunicación se estableció mediante un mensaje de texto sobre la línea de prescripción del fármaco recomendando su suspensión. La aceptación de este mensaje suponía la suspensión del fármaco, pudiendo también rechazarse si se quería mantener el fármaco prescrito o posponerse para otro momento más idóneo.

RESULTADOS

En el momento de la implantación de la estrategia, cumplían los criterios de inclusión un total de 8.747 personas. En el análisis realizado 17 meses después se ha observado la aceptación de 3.227 (37 %) propuestas de suspensión del fármaco, con una media (desviación estándar) de edad de los pacientes de 86 años (± 4.9) y el 72% mujeres. El 10% de las propuestas fueron rechazadas y el 53 % se encuentran pendientes de ser atendidas por el médico. Del total de propuestas atendidas por el médico, un 79% fueron aceptadas.

Por principios activos, la deprescripción se distribuyó de la siguiente manera: 43% atorvastatina, 38% simvastatina, 6% pravastatina, 5% rosuvastatina, 3% fluvastatina, 2% pitavastatina, 2% ezetimiba y 1% lovastatina. El ahorro económico estimado a los 17 meses de la suspensión de estos fármacos se estima en 397.596€.

CONCLUSIONES

Se ha conseguido la deprescripción de estatinas en prevención primaria en un grupo considerable de población, cuya administración se acompañaba de un dudoso beneficio y con un riesgo latente de sufrir reacciones adversas. Ésto ha sido posible gracias a la colaboración y coordinación multidisciplinar, a las sesiones formativas en los centros de salud, a los desarrollos informáticos realizados para mostrar propuestas en la hoja de tratamiento y a la distribución de folletos entre la población.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2358. ANALISIS DE LAS INCIDENCIAS EN LA DESCRIPCION DEL REENVASADO DE FORMAS FARMACEUTICAS ORALES SOLIDAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

SANCHEZ MARTINEZ I, MUROS ORTEGA M, SORIANO MOLINA JM, VILLA MARIN CP, RAMOS GUARDIOLA J, ABELLAN GUARDIOLA L, VILLA MORENO E, LUCAS RODRIGUEZ C
HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CRTA.ABARAN S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar número y tipos de incidencias detectadas en la descripción de las formas farmacéuticas orales sólidas reenvasadas para su dispensación a través de un sistema de dosis unitaria. Diseñar opciones de mejora

MATERIALES Y MÉTODOS

El reenvasado de fármacos permite adaptar las presentaciones comercializadas para una dispensación a través de dosis unitaria. La información escrita en el acondicionamiento primario es básica para una correcta identificación, de manera que se eviten posibles errores de medicación. Se analizaron retrospectivamente todos los registros del control de calidad de formas reenvasadas sólidas entre 2018 y 2019 con los siguientes campos: nombre comercial, nº de dosis reenvasadas, lote, caducidad de partida y caducidad final (en casos de fraccionados y/o eliminación del acondicionamiento primario), nº de dosis con incidencia detectada y tipo de incidencia. Se calculó el valor del indicador de calidad en el reenvasado: N° de unidades correctamente reenvasadas/ N° unidades reenvasadas (%) ($\geq 99\%$)

RESULTADOS

Se han analizado un total de 3158 fármacos reenvasados (163892 dosis totales) en el período a estudio, en 63 de los cuales (1227 dosis) se encontraron incidencias (0,75%). Se obtuvo un 99,25% como valor del indicador de calidad en el reenvasado. Hemos analizado los tipos de errores detectados y encontramos en orden descendente de casos: Lote erróneo en 556 dosis (45% del total), caducidad errónea en 324 dosis (27%), excipientes de declaración obligatoria (EDOs) no incluidos en 83 dosis (23%), y código nacional (CN) erróneo en 64 dosis (5%).

CONCLUSIONES

El reenvasado de formas farmacéuticas orales sólidas en nuestro servicio de farmacia se realiza de manera satisfactoria. Aún así, nos planteamos iniciar acciones para corregir las deficiencias detectadas en el proceso: uso de lupa específica para la zona de trabajo del reenvasado que facilite la visualización de los lotes serigrafados en los envases de los distintos

presentaciones comerciales. Informar y formar a todo el equipo para sistematizar el uso del Centro de Información de Medicamentos (CIMA) a través de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) en la actualización de los EDOs. Realizar sesión interna en el servicio sobre el proceso de reenvasado mediante difusión de la instrucción técnica (IT) vigente denominada "IT FAR 21 01 Reenvasado de Medicamentos".

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2361. CICLO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA DISPENSACION DE MEDICACION SEMANAL PARA UN CENTRO SOCIOSANITARIO DESDE UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

MUROS ORTEGA M, SANCHEZ MARTINEZ I, MOROTE PIÑERA G, RODRIGUEZ RUIZ P, LUCAS VILLA N, SARABIA VICENTE A, RAMOS GUARDIOLA J, VALIENTE BORREGO F
HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CARRETERA DE ABARÁN S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir la implantación de un ciclo de mejora de la calidad en el proceso de dispensación de medicamentos en dosis unitarias mediante bandejas semanales de medicación para un centro sociosanitario.

MEJORAS ESPERADAS

Los criterios de calidad "de los 5 correctos" aplicados (paciente, medicamento, dosis, toma, vía), están incluidos en la publicación de los errores de medicación de la beca Ruiz Jarabo 2000 y del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, que certifica una dispensación con las mejores garantías de calidad.

DISEÑO

El llenado manual de bandejas semanales para 40 pacientes sociosanitarios supone, para un hospital comarcal con 124 camas un aumento del trabajo. La metodología en dos tiempos, carga de bolsas individuales y llenado de bandejas semanales en 5 tomas, fue considerado inicialmente como "check list" de la dispensación, por la falta de tiempo. Posteriormente, se plantea la necesidad de evaluar la calidad del proceso de dispensación de la medicación semanal de estos pacientes.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se establecen 5 criterios de calidad en la dispensación (C1: paciente, C2: medicamento, C3: dosis, C4: toma, C5: vía) y se analiza su cumplimiento mediante hoja de recogida de datos.

Primera etapa: durante 5 semanas enfermería del centro sociosanitario realiza la revisión de las bandejas semanales.

Segunda etapa: durante el mismo periodo se realiza la revisión en el hospital previo a la dispensación.

Análisis del porcentaje de cumplimiento de los criterios de calidad e implantación del sistema de revisión del llenado.

IMPLANTACIÓN

Se ha organizado un sistema de revisión cruzada del llenado de bandejas semanales formado por 3 equipos y 3 días de revisión del llenado (farmacéutico-enfermera) en los días previos a la dispensación de los carros con las bandejas semanales de medicación y recogida de resultados en base de datos.

RESULTADOS

Se analizaron 390 bandejas semanales de medicación (195 bandejas semanales/etapa), 2.488 líneas de tratamiento (1.250 líneas de la primera etapa). Se registraron un 12,99% errores/paciente frente a 8,37% en la segunda etapa y 2,87% errores/línea frente a 1,59% en la segunda etapa ($p > 0,05$).

El cumplimiento de los criterios en la primera y segunda etapa fue: C1: 98,97% frente 100%, C2: 96,92% frente 94,36%, C3: 98,46% frente 99,49%, C4: 87,69% frente 96,41% ($p < 0,05$), C5: 100% en ambas etapas. Se han mejorado los 4 criterios, pero solo ha sido estadísticamente significativo el criterio de la toma correcta.

Tras la aplicación de un ciclo de mejora de la calidad en la dispensación a través de la implantación de un sistema de revisión cruzada, se ha mejorado la calidad, disminuyendo los errores en el llenado y subsanando los detectados antes de la dispensación, aumentando, por lo tanto, la seguridad de los pacientes del centro sociosanitario. Las diferencias se han mostrado significativas principalmente en la toma correcta.

LIMITACIONES

No disponer de sistemas automatizados de dispensación.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La calidad en la dispensación es clave para el Servicio de Farmacia, cualquier medida que ayude a mejorarla, debería ser aplicada.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2382. SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES Y PEDIÁTRICOS

AUTORES

LÓPEZ NOGUERA Q, AGUILAR SALMERÓN R, PÉREZ PLASENCIA A, DÍEZ VALLEJO C, DORDÀ BENITO A, AMETLLER MALFAZ E, FABRELLAS FABRELLAS M, SACREST GÜELL R
HOSPITAL UNIVERSITARI DR. JOSEP TRUETA DE GIRONA. AVINGUDA DE FRANÇA S/N. GIRONA

OBJETIVOS

Las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y pediátricos (UCIP) son áreas de especial riesgo para que se produzcan errores de medicación (EM). La implementación de tecnologías relacionadas con la utilización

de medicamentos contribuye a disminuirlo, aunque supone un cambio considerable del modo de trabajo de los profesionales implicados.

En 2017 se formó un equipo multidisciplinar (pediatra, enfermera y farmacéutica) para implantar un sistema de gestión de información clínica que incorporase prescripción y administración electrónica asistida y validación farmacéutica. Se implantó la utilización de bombas de infusión (BI) con bibliotecas propias adaptadas a la población neonatal y pediátrica. Se incorporaron ambas unidades al sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias. El objetivo de este trabajo es evaluar el grado de satisfacción actual de los profesionales que utilizan las tecnologías implementadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un formulario con Google Docs dirigido a los profesionales implicados que se envió por vía electrónica. Se incluyeron 28 preguntas agrupadas en 4 bloques: facilidad de uso (6), seguridad (7), calidad (10) y coordinación del equipo multidisciplinar (5). Para su evaluación se utilizó un baremo tipo Likert del 1 al 10, siendo 1 nada/totalmente en desacuerdo y 10 mucho/totalmente de acuerdo. En dos preguntas la respuesta fue abierta.

RESULTADOS

Participaron 68 profesionales (69% de los encuestados) de los cuales 21 fueron médicos/as, 29 enfermeros/as y 18 farmacéuticas. El 63% trabajaba en el hospital previamente a la informatización.

A nivel del uso de las tecnologías, todos los profesionales consideraron que era fácil con una puntuación media (PM) de 8,6. La visualización del tratamiento al prescribir y administrar fue el ítem mejor valorado por médicos/as (PM 9,0) y enfermeros/as (PM 8,3). Las farmacéuticas consideraron que facilitaban considerablemente el trabajo de validación (PM 9,6).

La seguridad fue el bloque mejor valorado (PM 9,1) siendo las BI la tecnología que más había aportado (PM 9,2).

La percepción de la calidad de prescripción, administración y validación mejoró con respecto al periodo previo (PM 8,8), siendo nuevamente las BI la tecnología mejor valorada (PM 9,3). Todos consideraron que las tecnologías disminuían los EM al prescribir y administrar (PM 8,7) y que la información proporcionada era adecuada (PM 8,6).

A nivel multidisciplinar, se puntuó con 8,8 la mejora de coordinación entre profesionales. A resaltar, el grado de satisfacción de la implicación de la farmacéutica tras la implementación (PM 8,9). La formación inicial recibida fue puntuada con 8,4 y la continuada con 7,9.

El grado de satisfacción global fue de 9,0, siendo los médicos/as los que mejor lo valoraron (PM 9,5) seguido de las farmacéuticas (PM 9,2). Se obtuvieron 19 aportaciones de mejora, entre las que destacan las demandas de formación continuada.

CONCLUSIONES

La satisfacción de los profesionales ha sido muy elevada en todos los bloques y se valora muy positivamente la implementación de las tecnologías en las áreas de UCIN y UCIP.

Las aportaciones recibidas serán valoradas y servirán para priorizar acciones de mejora futuras para mantener el grado de satisfacción de los profesionales y la seguridad y calidad en estas áreas.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2388. INCIDENCIA Y MOTIVOS DE IGNORAR ALERTAS DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS

AUTORES

LURI FERNÁNDEZ DE MANZANOS M, LURI FERNANDEZ DE MANZANOS M, IDOATE GARCIA A, GASTAMINZA LASARTE G, ORTEGA ESLAVA A

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. AVDA. PÍO XII, 36. NAVARRA

OBJETIVOS

Analizar la incidencia de alertas de alergias a medicamentos ignoradas (AAMI) en pacientes hospitalizados, los motivos referidos por los profesionales al ignorarlas y evaluar su justificación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de las alertas de alergia a medicamentos (AAM) generadas en prescripciones electrónicas y en peticiones de medicación de enfermería realizadas en nuestro centro entre enero 2014 y diciembre 2016.

En el sistema de AAM los principios activos de la prescripción/petición se cruzan, mediante algoritmos diseñados en el centro, con las alergias registradas en la historia clínica (HC) del paciente. En caso de cruce positivo, se genera una AAM que el usuario puede aceptar o ignorar. En caso de que la alerta sea ignorada se debe introducir una justificación mediante texto libre.

Del registro de AAM generadas se calculó el porcentaje de AAMI en pacientes hospitalizados y se analizaron los motivos de sobrepaso en una muestra de 194 pacientes. Estos motivos se clasificaron en: 1) tolerancia, 2) no alergia/alergia dudosa, 3) informe a alergología, 4) paciente premedicado, 5) por orden médica, 6) no contraindicado, 7) necesario y 8) motivo de omisión no correcto/sin sentido.

Dos investigadores revisaron independientemente la HC para evaluar si el sobrepaso de la alerta fue adecuado. Se consideró adecuado si existía: administración previa del fármaco con adecuada tolerancia, informe de alergología favorable a la prescripción, beneficio/riesgo favorable, premedicación prescrita, se trataba de una reacción cruzada (ej. furosemida VS alergia a sulfamidas), el paciente no tenía alergia o la alergia era dudosa.

RESULTADOS

Se registraron 2934 AAM en 849 pacientes hospitalizados de las cuales se ignoraron 1220 alertas de 331 pacientes; lo que corresponde a una incidencia de AAMI de 41,6%.

En la muestra analizada los motivos de sobrepaso (no excluyentes) referidos por los profesionales fueron: tolerancia (77, 39,7%), no alergia/alergia dudosa (36, 18,6%), motivo omisión no correcto/ sin sentido (26, 13,4%), informe de alergología (20, 10,3%), paciente premedicado (18, 9,3%), por orden médica (16, 8,2%), no contraindicación (7, 3,6%) y necesario (7, 3,6%).

Tras la revisión de HC, los revisores consideraron que en el 94,8% (184) de AAMI estaba justificado su sobrepaso y fueron ignoradas adecuadamente. En el 5,2% (10) de los casos se consideró que no estaba justificado debido a que era posible realizar una prueba cutánea rápida (6), había informe de alergología contraindicando la administración (2), no había informe de alergología (1) o se recomendó premedicación pero no se prescribió (1). Los fármacos implicados fueron: antibióticos (6), contrastes iodados (3) y un antiséptico.

CONCLUSIONES

Más del 40% de las alertas de alergias a medicamentos son ignoradas por los profesionales por lo que son necesarias estrategias para mejorar el sistema. Los principales motivos de ignorarlas son la tolerancia al fármaco prescrito o que no existe realmente alergia. Es, por tanto, necesario actualizar los registros de alergias a medicamentos y codificar los motivos de sobrepaso para facilitar su análisis, y establecer acciones de mejora para disminuir las alertas innecesarias.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2394. ¿SE HACE BUEN USO A LA HORA DE PRESCRIBIR HIERRO CARBOXIMALTOSA?. EVALUACIÓN DE PRESCRIPCIONES SEGÚN REQUERIMIENTOS DEL PACIENTE.

AUTORES

HERRERA EXPÓSITO M, MARTOS ROSA A, AZNAR GARCÍA M, PASCUAL PEREZ GM, CASTRO VIDA MA
HOSPITAL DE PONIENTE. CTRA. ALMERIMAR SN. ALMERÍA

OBJETIVOS

Evaluación de la adecuación de prescripción y uso de hierro carboximaltosa (HC) en pacientes ingresados y ambulatorios que precisaban hierro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional en un hospital comarcal. Se incluyeron todos los pacientes tratados con HC durante los meses de enero a junio del 2019. Datos demográficos recogidos: sexo, edad y peso (a los pacientes que no tenían registro de peso se les estimó un peso ideal de 70 kg), servicio prescriptor, datos analíticos: hierro previo, hemoglobina pre y post administración, déficit de hierro calculado según la fórmula de Ganzoni (hemoglobina objetivo 15 g/dL), dosis administrada, pacientes infradosificados o sobredosificados, pacientes que fueron suplementados con vitamina B12 y/o ácido fólico, aquellos que recibieron terapia previa con hierro sacarosa (HS), trasfundidos y pacientes quirúrgicos. Toda la información fue obtenida de la historia clínica electrónica y del programa de prescripción electrónica asistida.

RESULTADOS

Se evaluaron 81 pacientes. 49(60,5%) mujeres con una mediana de edad de 67[19-91] años. Sólo 16(19,8%) pacientes tenían registro de peso; peso medio (SD) 70,58 (6,68) kg. Servicio prescriptor: Ginecología 18(22,22%), Medicina Interna 18(22,22%), Traumatología 12(14,81%), Nefrología 9(11,11%), Urgencias 8(9,88%), Cardiología 7(8,64%), Cirugía 7(8,64%), Digestivo 1(1,23%) y Hematología 1(1,23%). Se obtuvieron determinaciones de hierro de 24(29,6%) pacientes antes de la administración, media 33,25 (22,32) µg/dL; hemoglobina inicial 9,60 (1,49) g/dL; la determinación de hemoglobina tras la administración sólo se obtuvo de 60(74%) pacientes; media 10,59 (1,48) g/dL; de acuerdo a la fórmula de Ganzoni, el déficit medio de hierro calculado fue 1410,16 (255,23) mg. 57(70,4%) recibieron dosis de 1000 mg de HC, 24(29,6%) 500mg y 3(3,7%) recibieron una segunda dosis recomendada para completar la reposición. Según los requerimientos estimados, 47(58%) no recibieron la dosis adecuada (todos infradosificados y ningún sobredosificado), 13(16%) fueron suplementados con vitamina B12 y/o ácido fólico. Previamente 12(14,8%) habían sido tratados con HS. 7(8,64%) requirieron transfusión de concentrados de hematíes, 5 (71,42 %) de ellos después de haber recibido tratamiento con HC. 31(38,3%) eran pacientes pre quirúrgicos.

CONCLUSIONES

La dosis de hierro prescrita a los pacientes no siempre se ajusta a sus verdaderos requerimientos, de hecho en la mayoría de las ocasiones no se calculan por falta de datos demográficos y/o analíticos. Esto puede suponer un problema de seguridad en los pacientes. Es necesario hacer un seguimiento más exhaustivo y desarrollar protocolos de prescripción y evaluación del fármaco para optimizar la terapia y mejorar la calidad asistencial.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2395. CONSECUENCIAS CLÍNICAS DE IGNORAR ALERTAS DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS

AUTORES

LURI FERNÁNDEZ DE MANZANOS M, IDOATE GARCIA A, GASTAMINZA LASARTE G, ORTEGA ESLAVA A
CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. AVDA. PÍO XII, 36. NAVARRA

OBJETIVOS

Analizar las consecuencias clínicas de ignorar las alertas de alergias a medicamentos en un sistema de prescripción electrónica asistida.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el sistema actual de alertas de alergias a medicamentos (SAAM) de nuestro hospital los principios activos de la prescripción y/o de peticiones de medicación por enfermería se cruzan, mediante algoritmos diseñados en el centro, con las alergias registradas en la historia clínica (HC). En caso positivo de cruce se genera una alerta de alergia a medicamentos (AAM) que el usuario puede aceptar o ignorar. Se revisó retrospectivamente el registro de AAM ignoradas (AAMI) en nuestro centro entre enero de 2014 y diciembre de 2016. De los 321 pacientes hospitalizados con AAMI en ese periodo, se seleccionó una muestra de 231 para la revisión de las HC con el fin de identificar las reacciones adversas por medicamentos (RAM) de tipo alérgico (RAM-A) en los 30 días tras la administración del fármaco implicado en la AAMI. El tamaño muestral fue calculado con SAMPLE® asumiendo una incidencia del $6\% \pm 3\%$, un alfa de 0,05 y un 35% de pérdida de pacientes por no recibir la medicación.

Un farmacéutico identificó las reacciones con alta/media o baja probabilidad de ser RAM-A y un alergólogo confirmó las RAM-A. Se calculó la incidencia de RAM-A (número de RAM-A x 100/número de pacientes con AAMI), se analizaron las características de la RAM-A y cuántas eran prevenibles por el SAAM.

RESULTADOS

De los 231 pacientes, 37 fueron excluidos por no recibir la medicación prescrita. Entre los 194 pacientes restantes, se identificaron 13 RAM con alta/media probabilidad de ser RAM-A y 6 con baja probabilidad. El alergólogo confirmó 6 RAM-A, resultando una incidencia de RAM-A de 3,09% (IC 95%: 1,14-6,61).

Los fármacos implicados en las RAM-A fueron: contrastes iodados en 4 casos, un antibiótico beta-lactámico y un cistostático. Ninguna RAM fue grave, 5 fueron leves y una moderada.

Cuatro pacientes presentaron cuadros cutáneos (picor y/o eritema), de ellos además uno presentó disnea y otro edema, un paciente presentó temblor y otro edema peribucal. Cuatro RAM aparecieron minutos después de la administración del fármaco y dos en las primeras 24h.

En 3 pacientes se administraron corticoides y antihistamínicos y en uno el tratamiento fue posteriormente suspendido. Todos los síntomas desaparecieron en 24 horas.

Se consideró que dos RAM eran prevenibles por el SAAM ya que las alertas fueron inadecuadamente ignoradas (no se había realizado un estudio de alergología evaluando la alergia registrada ni se había administrado premedicación antes administrar los contrastes iodados).

CONCLUSIONES

Aunque la incidencia de reacciones alérgicas a medicamentos recibidos tras ignorar una alerta de alergia al medicamento administrado no sea muy alta, del 3%, y las consecuencias sean en general leves, es importante mantener la vigilancia, en especial en las primeras 24 horas, establecer protocolos de actuación en caso de reacción e implantar estrategias para reducirlas al mínimo. Entre éstas se proponen reducir las alertas innecesarias y requerir la prescripción de todos los medicamentos, incluidos contrastes y premedicación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2410. IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE RECICLAJE DE PLÁSTICO EN EL ÁREA DE PREPARACIÓN DE ESTÉRILES Y NO ESTÉRILES.

AUTORES

MARTÍNEZ PUJOL G, VEGA HANNA L, PRAT RIERA A, ZAFRA MORALES G, RODRIGUEZ MURPHY E, REY VECINO P, RUIZ RAMOS J, PELEGRIN CRUZ R
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. C/ SANT QUINTIN 89 08091. BARCELONA

OBJETIVOS

Implantar un sistema de reciclaje de plástico y evaluar el impacto de residuos generados procedentes del material de acondicionamiento de productos sanitarios empleados en el área de preparación.

MEJORAS ESPERADAS

- Reducir el impacto que el plástico de un solo uso genera sobre el medioambiente
- Concienciar al personal para así emprender tanto acciones correctivas como preventivas.

DISEÑO

A finales de 2019 se realizó una revisión del procedimiento vigente junto con el servicio general de limpieza. Posteriormente se analizó los materiales que accedían al área para seleccionar aquellos que no entraban en contacto con medicamentos peligrosos. Finalmente se realizó una solicitud para introducir los puntos de reciclaje adaptados a las características de las zonas limpias.

CIRCUITO Y ETAPAS

Área estéril: En el SAS (Safety Access System) de entrada e intermedio ambos clase ISO 7, se situaron sendos contenedores de reciclaje.

1. El plástico procedente de material fungible libre de toxicidad se separaba de otros materiales del embalaje y se clasificaba mayoritariamente en SAS de entrada.
2. Para garantizar las condiciones de esterilidad, en caso de no poder realizarse en esta área, se separaba en el SAS intermedio siguiendo el mismo procedimiento.
3. Al final del día el contenedor del SAS intermedio era vertido al contenedor del SAS de entrada y de allí se sacaba fuera para su posterior reciclaje .

Área no estéril:

1. El plástico reciclado en el laboratorio y en el área de reenvasado se depositaba en el contenedor de la precámara clase

ISO 8 común a ambas salas.

2. Al final del día se sacaba el contenedor de la precámara para su reciclaje.

IMPLANTACIÓN

En enero de 2020 se formó al personal para diferenciar el plástico contaminado del que no lo era y el lugar de vertido de éste último.

En febrero de 2020 se colocaron los contenedores en las áreas correspondientes y durante dos meses se pesó diariamente el plástico recuperado.

RESULTADOS

En la producción de un kg de plástico de novo se emite 3,5 kg de CO₂. Para medir el impacto se comparó con la emisión de CO₂ que realiza un coche gasolina con un consumo de 7L/100 km y la distancia recorrida.

En un día: 1,5 Kg de plástico recuperados. Éstos generan 5,25 Kg de CO₂, la misma cantidad de gases que emite un coche al recorrer 32,5 km .

En un mes: 20,8 Kg plástico recuperados. Éstos generan 72,8 Kg de CO₂, la misma cantidad de gases que emite un coche al recorrer 452 km .

- Para fabricar un kg de plástico reciclado únicamente se emiten 1,7 kg de CO₂. Gracias a la recuperación de 41,6 kg de plástico durante 2 meses en la próxima fabricación se evitará la emisión de 74,88 kg de CO₂.

LIMITACIONES

Una pequeña parte del embalaje proviene del fabricante empaquetado con una combinación entre papel y plástico imposibilitando su recuperación.

Idealmente se debería generar el mínimo plástico posible en vez de reciclarlo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Puede aplicarse en cualquier área del servicio de farmacia exceptuando zonas en las que el material entre en contacto con medicamentos peligrosos

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2412. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DIRIGIDO A LA DETECCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÓNICOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO.

AUTORES

GARCÍA LÓPEZ I, MARTÍN ROMERO I, CHOCARRO GONZÁLEZ L, CUERVAS-MONS VENDRELL M, GONZÁLEZ PEÑA A, POZAS DEL RÍO M, MARTINO ALBA R

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL NIÑO JESÚS. AVDA. MENÉNDEZ PELAYO Nº 65. MADRID

OBJETIVOS

Describir los errores de medicación (EM) detectados mediante un Programa de Atención Farmacéutica (PAF) en pacientes pediátricos con patología crónica que reciben atención paliativa en Hospitalización a Domicilio (HaD).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo realizado entre enero-octubre 2019 en pacientes con patología crónica atendidos en una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP) en HaD. Se excluyeron los pacientes institucionalizados o con una hospitalización inferior a 15 días.

El farmacéutico desarrolló un PAF que incluía: validación de los tratamientos tras la visita domiciliaria, conciliación al ingreso en la UCPP, dispensación individualizada y Entrevista de Seguimiento Farmacoterapéutico (ESFt) con el cuidador principal para valorar la administración/utilización de los medicamentos; para ello se diseñó un modelo de entrevista estructurada que el farmacéutico realizaba programadamente en la consulta de farmacia o domicilio del paciente, al ingreso de éste en la UCPP y posteriormente de forma bimensual.

Los EM detectados en el PAF fueron analizados y clasificados por un equipo evaluador, integrado por un médico, dos enfermeras y un farmacéutico, tomando como referencia el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention.

Se recogieron las siguientes variables: (1) sexo, edad, patología de base y número de tratamientos prescritos; (2) tipo de error, etapa en la que se produce, persona que lo origina, causa y actividad farmacéutica mediante la cual se detecta.

RESULTADOS

Se incluyeron 66 pacientes (36 varones/30 mujeres) con una edad media de 10,2 años (SD=7,1). 59 pacientes tenían una enfermedad neurológica de base y 7 cáncer.

Se detectaron 511 EM. Todos los pacientes tuvieron al menos un EM y el 97% ≥ 3 EM. La mediana del número de EM por paciente fue 7,5 [IQI: 5-10; mínimo: 1–máximo: 19]. Los pacientes con mayor número de fármacos prescritos, experimentaron mayor número de EM, existiendo una relación lineal entre ambas variables (correlación de Pearson: $r = 0,75$; $p < 0,001$).

Los tipos de error detectados con mayor frecuencia fueron: error de dosis (29,4%), omisiones de dosis/medicamento (16,0%), error de preparación/manipulación/acondicionamiento (10,0%), medicamento erróneo (8,4%) y error de almacenamiento (7,6%). Las etapas de la cadena terapéutica donde se produjeron principalmente: 26,6% en la administración del fármaco por el cuidador, 21,5% transcripción, 12,5% prescripción, 10,0% preparación del fármaco, 9,4% dispensación y 8,6% transición asistencial.

La ESFt fue la actividad con la que se detectaron más EM (n=315), seguido de la validación farmacéutica (n=103), dispensación individualizada (n=49) y conciliación (n=44).

Las causas principales asociadas a los EM producidos por los profesionales fueron: falta de seguimiento de

procedimientos de trabajo (41,2%) y lapsus/despistes (17,6%), mientras que en el caso de los cuidadores fueron la falta de conocimientos (47,6%), problemas de comunicación/interpretación (20,3%) y sobrecarga de trabajo (7,9%).

CONCLUSIONES

El PAF detectó una elevada incidencia de EM en pacientes pediátricos crónicos en HaD, especialmente en aquellos con mayor número de medicamentos prescritos. Los EM detectados con mayor frecuencia se produjeron en las etapas de administración, transcripción y prescripción, tratándose mayoritariamente de errores de dosis y omisiones. La principal causa asociada a los EM producidos por el cuidador fue el desconocimiento sobre los medicamentos, haciendo necesaria una adecuada educación sanitaria.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2426. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN

AUTORES

MEJIAS TRUEBA M, PRADO MEL E, ALFARO LARA ER, REYES GONZALEZ I
HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO. AVENIDA MANUEL SIUROT S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

identificar y evitar los posibles riesgos en la utilización de los sistemas automatizados de dispensación (SAD) con el fin de mejorar la seguridad de los procedimientos habituales.

MEJORAS ESPERADAS

se espera identificar aquellos riesgos asociados al empleo de SAD y poder así, priorizar aquellos en los que es más necesario la implantación de medidas correctivas para mejorar la seguridad.

DISEÑO

se utilizó la metodología Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Un equipo multidisciplinar identificó los modos de fallo del proceso a través de tormenta de ideas. Se evaluó el impacto asociado a cada modo de fallo con el Número de Prioridad de Riesgo (NPR), según ocurrencia, gravedad y detectabilidad. Se establecieron medidas de mejora para los modos de fallo identificados considerados críticos, aquellos con un NPR > 100. Se calculó también el NPR final (teórico) que se obtendría con las medidas propuestas.

CIRCUITO Y ETAPAS

Primera fase: se construyó un equipo multidisciplinar encargado de realizar el AMFE. Para ello, la experta en la metodología expuso en la primera reunión una sesión sobre el desarrollo del análisis.
Segunda fase: se definió claramente el proceso a evaluar y se efectuó una descripción de todos y cada uno de los subprocesos que lo integran. A continuación, se llevó a cabo un “brainstorming”, en el que cada miembro del grupo aportó sus ideas sobre los posibles modos de fallo, seguido de una fase de clarificación y de evaluación de cada uno de los modos de fallo identificados, calculando el NPR de todos ellos.
Tercera fase: se establecieron medidas de mejora para todos los modos de fallo identificados con una puntuación superior a 100.

IMPLANTACIÓN

se determinaron los responsables asociados a cada medida de mejora propuesta y se incluyeron responsables del proceso en el equipo multidisciplinar, para garantizar la implantación de las mejoras propuestas.

RESULTADOS

se identificaron 5 subprocesos: envío automático del pedido de reposición, preparación del pedido en el carro piramidal, transporte del carro piramidal desde el servicio de farmacia al armario automatizado de dispensación (AAD), reposición del AAD por parte del técnico de farmacia y dispensación/devolución por parte de enfermería. Se detectaron 22 modos de fallo distintos, con 25 causas asociadas diferentes y con efectos cuya gravedad varió entre 2 y 8. El subproceso con más modos de fallos con NPR > 100 fue el de “dispensación/devolución de medicamentos por parte de enfermería”.

LIMITACIONES

la principal es la relativa al componente de subjetividad, que puede llevar a que el equipo realice una incorrecta identificación de los modos de fallo, así como de sus causas o valores de NPR, muy influenciados por la experiencia de cada componente del grupo de trabajo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

los resultados obtenidos han permitido revisar y mejorar el procedimiento normalizado de trabajo de los SAD. La metodología AMFE es aplicable a cualquier proceso de cualquier servicio sanitario.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2434. CREACIÓN DE UNA UNIDAD CENTRALIZADA DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

LEGIDO PERDICES E, CANDELA BOIX MR, REAL PANISELLO M, HERNÁNDEZ PRATS C, AMAT DÍAZ M, MENDOZA OTERO FJ, BUJALDÓN QUEREJETA N, TALENS BOLÓS A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA. CTRA ELDA-SAX S/N. ALICANTE

OBJETIVOS

Crear de una unidad centralizada de preparación de medicamentos peligrosos (MP) en el Servicio de Farmacia(SF) e implementar un circuito para el manejo seguro de MP en un hospital general universitario.

MEJORAS ESPERADAS

Centralizar la preparación de los MP parenterales y orales. Protocolizar su manipulación en cada una de las etapas de la cadena farmacoterapéutica para minimizar el riesgo de exposición en los profesionales sanitarios.

DISEÑO

Se partió de los documentos publicados por el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) del año 2014, actualización del 2016 y el del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo (INSHT).

CIRCUITO Y ETAPAS

La implementación se realizó en tres etapas: 1.Adecuación de las instalaciones del área de elaboración e informatización. 2.Adecuación de procesos: Identificación de los MP incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital, categorización del riesgo en cada etapa del circuito del MP, evaluación de los diferentes sistemas cerrados de transferencia de medicamentos comercializados(SCTM) y los Equipos de protección Individual (EPI) que venían empleándose. 3.Información y formación del personal: elaboración de Protocolos Normalizados de Trabajo (PNT), difusión de la información a los profesionales sanitarios a través de sesiones de formación conjuntas con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

IMPLANTACIÓN

Se inició en octubre de 2018 y finalizó en septiembre de 2019. En la actualidad se evalúan de forma continua los procedimientos para detectar oportunidades de mejora en cada proceso.

RESULTADOS

Etapas 1: Remodelación del área de medicamentos estériles ampliando las instalaciones y adición de una nueva cabina de seguridad biológica (CSB) clase IIB exclusiva para MP estériles y otra en el área de farmacotecnia para la manipulación no estéril de MP. Se adquirió un nuevo aplicativo informático para la informatización de la unidad.

Etapas 2: Se identificaron un total de 135 principios activos de la lista NIOSH (77 lista 1, 33 lista 2 y 24 de la 3). Se sustituyeron 3 especialidades por alternativas de menor manipulación. Se estableció la identificación de MP a través de un sistema de codificación por colores en envase, reenvasado y etiquetas de preparación (rojo listado 1, naranja listado 2 y amarillo listado 3) y se incluyeron en la preparación centralizada aquellos MP que hasta el momento se manipulaban en las unidades de hospitalización (UH). Se estableció un circuito de transporte seguro de MP desde la recepción hasta la administración. Se evaluaron 7 tipos de SCTM comercializados. Se definió el uso de EPI para cada fase del circuito. La media mensual de preparaciones de MP se incrementó en 1140 unidades respecto a lo que se preparaba previamente (antineoplásicos y otros anticuerpos monoclonales fundamentalmente).

Etapas 3: Se elaboraron un total de 7 PNT y se realizaron 12 sesiones formativas dirigidas a todo el personal del hospital.

LIMITACIONES

La baja estabilidad físico-química de ciertos medicamentos impide su preparación centralizada en el SF Además, el horario del SF no es continuo por lo que debe existir un stock de determinados MP ya preparados en las UH, lo que dificulta su trazabilidad

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Siempre que se disponga de CSB, personal suficiente y un horario adecuado del SF.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2447. SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE LOS FÁRMACOS ANTICOAGULANTES EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRAL

AUTORES

GARCÍA PARICIO R, PÉREZ NAVARRO MC, MURO PEREA N, PASCUAL ARCE B, CORDERI SIERRA A, FENOLLOSA MARTÍNEZ A, DE LA CRUZ UBACH S
HOSPITAL MUNICIPAL DE BADALONA. VIA AUGUSTA, 9-13. BARCELONA

OBJETIVOS

Los anticoagulantes son medicamentos de amplia utilización y estrecho margen terapéutico, implicados con frecuencia en eventos adversos en su mayoría prevenibles. Se consideran de alto riesgo y son prioritarios en la implantación de prácticas seguras. Objetivos:

- Detectar las situaciones de riesgo en la utilización de anticoagulantes en un hospital de agudos (HA) y un centro sociosanitario (CSS) para establecer medidas correctoras.
- Cuantificar y tipificar las intervenciones farmacéuticas destinadas a mejorar la seguridad de los anticoagulantes en la prescripción médica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de las incidencias en la prescripción de anticoagulantes detectadas durante el proceso de validación farmacéutica a los pacientes ingresados en un HA y un CSS de enero-abril 2020. En dicho proceso se detectan, corrigen y registran en el sistema de prescripción electrónica asistida(PEA) las incidencias e intervenciones farmacéuticas.

Fármacos implicados: antivitamina K(AVK), anticoagulantes acción directa(ACOD) y heparinas bajo peso molecular(HBPM).

- Variables recogidas: número de pacientes con alguna incidencia según centro y datos demográficos; número/tipo de intervención por centro.

Intervenciones realizadas: dosis errónea por infra/sobredosificación; falta renovación de prescripción, falta dosis en pauta actual; forma farmacéutica no adecuada; ajuste por función renal; conciliación pauta anticoagulante, duración excesiva y otras (modificación horario para favorecer cumplimiento, no consta anticoagulación, contraindicada anticoagulación por hemostasia, duplicidad terapéutica, error en día de administración, interacción farmacológica, monitorización por seguridad y eficacia, indicación no confirmada).

- Limitación del estudio: falta de registro durante la pandemia SARS-CoV2.

RESULTADOS

-Se intervino sobre 132 pacientes: 69(44,2%) pacientes ingresaron en HA y 63(40,4%) en CSS; 84 (75-88) años; 78 mujeres (59,5%).

-Se realizaron 156 intervenciones: 72(46,2%) en CSS; 84(53,8%) en HA.

-Número intervenciones según grupo terapéutico: AVK 58(37,2%); HBPM 88(56,4%); ACOD: 10(6,4%).

-Intervenciones más prevalentes según grupo terapéutico: Dosis errónea por infra/sobredosificación: 3(5,2%) AVK; 32(36,4%) en HBPM. Falta renovación de la prescripción: 30(51,7%) AVK; 4(4,5%) en HBPM. Falta dosis en pauta actual: 18 (31%) AVK; 4 (4,5%) en HBPM. Forma farmacéutica no adecuada: 1 (1,7%) AVK; 18 (20,5%) en HBPM; 1 (10%) ACOD. Otras incidencias: 5 (8,6 %) AVK; 11 (12,5 %) en HBPM; 3 (30%) ACOD. Ajuste por función renal: 12 (13,6%) en HBPM.

Conciliación pauta anticoagulante: 1(1,7%) AVK; 1(1,1%) en HBPM; 6(60%) ACOD. Duración excesiva: 6(6,8%) en HBPM.

-El acenocumarol estuvo implicado en el 41,6% de incidencias detectadas en el CSS y 25% en HA. Mientras que las HBPM representaron el 48,6% en CSS y un 63,1% en HA.

CONCLUSIONES

-Las intervenciones sobre las HBPM representaron más de la mitad de las incidencias detectadas en los dos centros. Mientras que el acenocumarol estuvo más implicado en las incidencias detectadas en el CSS.

-El tipo de intervención más prevalente según grupo terapéutico fue la detección de la falta de renovación de la prescripción para los AVK, la infra/sobredosificación en las HBPM y la falta de conciliación de los ACOD.

-Se han de definir nuevas ayudas a la PEA de anticoagulantes, realizar difusión de las incidencias más prevalentes y consensuar de manera multidisciplinar medidas correctoras y/o protocolos de actuación en diferentes situaciones clínicas.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2452. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN Y LA CALIDAD PERCIBIDA POR ENFERMERÍA TRAS IMPLANTAR UN CIRCUITO DE MANEJO SEGURO DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS

AUTORES

LEGIDO PERDICES E, PUERTO MUÑOZ MJ, CANDELA BOIX MR, RODRÍGUEZ SAMPER MDC, REAL PANISELLO M, AMAT DÍAZ M, PERPINYÀ GALVAÑ C, TALENS BOLÓS A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA. CTRA ELDA-SAX S/N. ALICANTE

OBJETIVOS

Analizar los resultados de una encuesta de satisfacción dirigida al personal de enfermería como herramienta de detección de oportunidades de mejora en los procesos de un circuito de manejo seguro de medicamentos peligrosos(MP).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo realizado transcurridos 6 meses de la implantación de una unidad centralizada de elaboración de MP en el Servicio de Farmacia (SF). Se elaboró un cuestionario anónimo de 20 preguntas:

-18 tipo Likert con 5 respuestas (1 = "Muy insatisfecho/a" a 5="Muy satisfecho/a") que se describieron con la media y desviación estándar.

-Una pregunta dicotómica sobre categoría profesional.

-Una de respuesta libre y voluntaria para sugerencias.

Se estableció un bloque de preguntas para valorar la formación sobre MP impartida por el SF, otro sobre las medidas adoptadas en la preparación, dispensación y administración de MP en las unidades de hospitalización (UH). Y uno sobre valoración global y del horario de atención.

La encuesta se realizó con la herramienta Google Forms y se difundió mediante dispositivo móvil a través de los Supervisores de Enfermería. Se excluyó del estudio al personal recientemente contratado y a todo aquel perteneciente a servicios que no manipulaban MP.

La fiabilidad se determinó mediante el índice alfa de Cronbach. Se calculó un tamaño de muestra de 260 encuestas para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. El análisis estadístico se realizó con el software RStudio(R).

RESULTADOS

Se respondieron un total de 171 cuestionarios (nivel de confianza 95%, precisión 6,7%), 120(70,2%) por Graduadas en Enfermería y 51(29,8%) por Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. El índice alfa de Cronbach fue de 0,84.

El grado de satisfacción sobre la formación de MP impartida fue de $3,69 \pm 0,81$. La valoración del conocimiento de los riesgos de manipulación y la clasificación de MP fue $3,73 \pm 0,80$ y $3,46 \pm 0,81$ respectivamente. La formación en sistemas cerrados de transferencia de medicamentos(SCTM) fue de $3,15 \pm 0,93$. El nivel de comprensión de los protocolos

normalizados de trabajo (PNT) elaborados y disponibilidad del PNT de extravasaciones en la UH fue $3,37\pm 0,83$ y $4,26\pm 1,04$ respectivamente.

En cuanto a la dispensación de MP, se valoró la correcta identificación de las preparaciones con $4,8\pm 0,5$, transporte separado del resto de medicación con $4,21\pm 1,17$ y con SCTM $4,69\pm 0,64$. No obstante, la peor valoración con $2,7\pm 0,93$ la encontramos en los retrasos de la dispensación cuando el tratamiento es prescrito fuera de horario.

Se consideraron adecuados los stocks de MP ($3,70\pm 0,85$), su almacenamiento ($3,67\pm 1,42$) y la disponibilidad de equipos de protección ($3,70\pm 1,3$) y SCTM ($4,12\pm 1$).

La valoración global del SF respecto a las medidas adoptadas con el manejo de MP es de $3,95\pm 0,75$ y el grado de satisfacción con el horario de atención es $3,64\pm 0,83$.

Únicamente 40 personas respondieron la pregunta de comentarios abiertos: el 55% indicó que se necesitaba más formación y el 30% solicitó ampliación de horario del SF a 24h.

CONCLUSIONES

Enfermería se encuentra satisfecha con las medidas adoptadas por el SF respecto a los MP, sin embargo, detectamos como oportunidad de mejora la necesidad de formación periódica y mejorar los tiempos de dispensación por parte del SF.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2458. REGISTRO ELECTRÓNICO Y VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE LA PRESCRIPCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA DE USO ESTÉTICO

AUTORES

ADÁN TOMÁS C, RAMOS GARCÍA AC

VITHAS VALENCIA CONSUELO. C/CALLOSA D'ENSARRIÀ, 12. VALENCIA

OBJETIVOS

Implantar un registro electrónico de las prescripciones y dispensaciones de toxina botulínica de uso estético (TbAes) que facilite la validación farmacéutica (VF) de la indicación, dosis y periodicidad del tratamiento.

MEJORAS ESPERADAS

Aumentar la seguridad en el paciente y favorecer el uso de TbAes en las indicaciones aprobadas por la AEMPS.

DISEÑO

Mediante un Análisis de Causa Raíz (ACR) se identificaron oportunidades de mejora en las distintas etapas del proceso de gestión y uso de TbAes:

1. Prescripción: Se establece un conjunto mínimo de datos (CMD):

a) Nombre y apellido del médico solicitante, nº de colegiado, servicio clínico y firma.

b) Nombre y apellidos del paciente y número de historia clínica (NHC) o DNI.

c) Presentación y número de viales solicitados.

2. Registro informatizado: la prescripción se transcribe al aplicativo Farmis_Oncofarm®, donde quedará registrado los datos del paciente, datos del médico prescriptor, indicación, dosis prescrita y fecha de administración.

3. Validación farmacéutica: el registro informatizado facilita la validación de la indicación, periodicidad y dosis de TbAes.

4. Dispensación: el registro de la dispensación en Farmis_Oncofarm®, crea un histórico en cada paciente de los viales dispensados con lote y caducidad y la fecha de dispensación/administración.

CIRCUITO Y ETAPAS

Antes de su implantación, se informó del nuevo circuito a los facultativos prescriptores y a los técnicos de farmacia.

Las etapas del nuevo circuito son las siguientes:

1. Comprobación por el técnico de farmacia de las prescripciones de TbAes recibidas: si cumple con los CMD establecidos, selecciona la presentación a dispensar y la entrega al farmacéutico.

2. Validación farmacéutica: el farmacéutico valida la dosis solicitada y la indicación, y transcribe la prescripción al aplicativo Farmis_Oncofarm®, lo que le permite comprobar la periodicidad del tratamiento. Registra a su vez el lote y caducidad de la presentación a dispensar.

3. Dispensación al facultativo solicitante por parte del técnico de farmacia.

IMPLANTACIÓN

El procedimiento se implantó el 1 de Noviembre de 2019.

RESULTADOS

Desde la fecha de implantación del procedimiento se validaron un total de 127 prescripciones de tratamiento de TbAes, de los que se dispensaron el 98,4% (n=125) de los tratamientos solicitados a 112 pacientes. Un 91,2% (n=114) fueron prescritos a mujeres y un 8,8% (n=11) a hombres. La mediana de edad fue de 47 años (IQR 41-56). Se validaron y registraron el 100% (n=127) de las solicitudes. El 45,7% (n=58) de las prescripciones se validaron en turno de mañana y el 54,3% (n=69) en turno de tarde. Se encontraron un 18,9% (n=24) de incidencias. El 66,7% (n=16) se debieron a segundas administraciones con intervalo inferior al aprobado en ficha técnica y el 33,3% (n=8) se debieron a administraciones de TbAes en personas mayores de 65 años. La validación farmacéutica evitó la dispensación del 8,3% (n=2) de las solicitudes por falta de justificación del facultativo solicitante en la reducción del intervalo de dosificación.

LIMITACIONES

La historia clínica de medicina estética no está integrada en la historia clínica electrónica del hospital. Se requiere formación específica del farmacéutico para añadir valor a la cadena farmacoterapéutica de pacientes de medicina estética.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La implantación de este procedimiento es aplicable a todos los hospitales con servicio de medicina estética.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL**2496. ELABORACIÓN DE DOS TARJETAS DE CONSULTA RÁPIDA SOBRE REACCIONES ALÉRGICAS CRUZADAS****AUTORES**

OÑATE MUZÁS E, VILA GALLEGO C, AGUIRREZÁBAL ARREDONDO A, ALONSO DIEZ M, MATALA AHMED B, GARCÍA GONZALEZ F, ELGUEZABAL ORTUZAR I, ARDANZA ARAMBURU E
HOSPITAL BASURTO. MONTEVIDEO ETORB, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS

Elaborar dos tarjetas de consulta rápida de reacciones alérgicas cruzadas: antibióticos (AB) y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para mejorar la seguridad del paciente alérgico cuando el servicio de Alergología no está disponible.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboró una lista de los ABs y AINEs incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital; se revisaron todas las fichas técnicas y se amplió la información buscando en fuentes bibliográficas secundarias cómo Uptodate y Micromedex con las palabras de búsqueda: reacción alérgica cruzada y el nombre del principio activo. Para la tarjeta de ABs se revisaron un total de 45 ABs de los grupos: aminoglucósidos, penicilinas, macrólidos, quinolonas, lincosamidas, glicopéptidos, tetraciclinas, estreptograminas y sulfamidas; construyendo un diagrama con dos columnas de antibióticos (eje X y eje Y) en la que se puede consultar el antibiótico al que el paciente es alérgico y ver el punto de cruce con el antibiótico que se quiere administrar. Los puntos de cruce se marcaron con color rojo: evitar la administración, color verde: se puede administrar con seguridad o color amarillo: leer observación antes de administrar, en función de la probabilidad de reacción cruzada: verde (probabilidad nula), roja (reacción cruzada descrita en ficha técnica), amarillo (discrepancias bibliográficas). Se añadió un recuadro amarillo de observaciones en las que se aclaran las excepciones bibliográficas encontradas y la manera más segura de actuar en cada caso. Ambas tarjetas, una vez elaboradas, fueron revisadas y validadas por el servicio de Alergología.

RESULTADOS

En la tabla de antibióticos todos los puntos de corte fueron de color rojo o verde, excepto 18 puntos de cruce que fueron de color amarillo por existir discrepancias entre lo indicado en ficha técnica y lo descrito en bibliografía clínica. Como ejemplo a destacar la reacción cruzada entre aztreonam-ceftazidima o carbapenems-cefalosporinas. La tabla de los AINEs quedó representada por nueve casillas que los dividía en función de su estructura molecular, aclarando que como norma general un paciente alérgico a un grupo de AINEs puede tolerar AINEs de otro grupo. En ésta tarjeta se indicó en la parte frontal la diferencia entre alergia e intolerancia, explicando que en caso de intolerancia a un AINE se evitarán todos los AINEs, ofreciendo otras alternativas seguras como corticoides o opiodes.

CONCLUSIONES

Tener toda la información bibliográfica respecto a reacciones alérgicas cruzadas de AINE Y ABs recogida en dos tarjetas de bolsillo permite dar una respuesta rápida y segura por parte del farmacéutico hospitalario cuando es consultado por enfermería o el médico de guardia y el servicio de Alergología no está disponible. Por tanto, es una herramienta que nos ayuda a mejorar la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL**2502. IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO PARA EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS****AUTORES**

LÁZARO CEBAS A, ESTEBAN ALBA C, TEJEDOR PRADO P, SUCH DÍAZ A, ÁLVARO ALONSO EA, ESTEBAN CASADO S, CAÑAMARES ORBIS I, ESCOBAR RODRIGUEZ I
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. AVENIDA GRAN VÍA DEL ESTE 80. MADRID

OBJETIVOS

Describir la elaboración y la implantación de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) para favorecer la diferenciación de medicamentos con nombres similares que se prestan a confusión y optimizar el almacenamiento de medicamentos de alto riesgo (MAR) en sistemas automatizados de dispensación de medicamentos (SAD).

MEJORAS ESPERADAS

Implantación de prácticas seguras para evitar errores por similitud en los nombres de los medicamentos y mejorar la seguridad de los MAR:

- Medicamentos con nombres similares: reposición por código de barras e incorporación de letras mayúsculas resaltadas en su descripción y material de reenvasado en dosis unitarias (DU).
- MAR: ubicación en cajón de alta seguridad (tapa) y señalización con etiquetado.

DISEÑO

Estudio de intervención (diseño antes-después).

Intervención de seguridad: implantación del PNT en los 17 SAD del hospital.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Elaboración de listados de medicamentos siguiendo recomendaciones de distintas publicaciones:

o Medicamentos con nombres similares con recomendación de incluir letras mayúsculas resaltadas en su descripción.

o Medicamentos con reposición por escaneo de código de barras.

o MAR.

2. Identificación y revisión de estos medicamentos almacenados en SAD:

3. Redacción del PNT y definición de indicadores:

o % de medicamentos con letras mayúsculas resaltadas incluidas en la descripción.

o % de medicamentos reenvasados en DU con letras mayúsculas resaltadas incluidas en el material de reenvasado.

o % de MAR señalizados en SAD con etiqueta “Medicamento alto riesgo”.

o % de MAR ubicados en cajón de alta seguridad.

o Número de medicamentos con reposición por código de barras.

4. Recogida de indicadores antes del PNT.

5. Implantación PNT.

6. Recogida de indicadores después del PNT.

7. Análisis efectividad de la intervención (% de variación entre indicadores recogidos antes y después).

IMPLANTACIÓN

Para la implantación del PNT se realizaron reuniones entre facultativos y técnicos del Servicio de Farmacia. Los supervisores de las unidades de hospitalización fueron informados por correo electrónico adjuntándose el listado de MAR.

RESULTADOS

Se identificaron 169 medicamentos con recomendación de incorporar letras mayúsculas resaltadas, 56 de ellos, reenvasados en DU. El número de MAR dado de alta en la base de datos de SAD fue 201.

Antes del PNT: las letras mayúsculas estaban incorporadas en la descripción de 60 medicamentos y en el material de reenvasado de 9, 18 medicamentos se reponían por código de barras, ningún MAR estaba señalado y la media de MAR por SAD almacenados en cajón con tapa era de $28,75 \pm 10,73$.

Tras la implantación del PNT: las letras mayúsculas se incorporaron en la descripción y en el material de reenvasado del 100% de los medicamentos para los que estaba recomendado (incrementos del 64,5% y 83,9% respectivamente), la reposición por código de barras aumentó hasta establecerse en 30 medicamentos, se señalaron todas las ubicaciones de los MAR (incremento del 100,0%) y la media de MAR almacenados en cajón con tapa aumentó hasta $37,0 \pm 13,5$ (incremento del 12,6%).

LIMITACIONES

Los indicadores son todos de proceso, no de resultado.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El PNT es aplicable en el hospital en el que se ha realizado y podría ser adaptado a cualquier centro sanitario con sistema de distribución de medicamentos mediante SAD.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2513. ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA CENTRAL: CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA.

AUTORES

VILA CURRIUS M, NOGUÉ PUJADAS E, DIEZ VALLEJO C, DORDÀ BENITO A, LOPEZ NOGUERA Q, PEREZ PLASENCIA A, SACREST GÜELL R

HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSEP TRUETA. C/ AVINGUDA DE FRANÇA S/N. GIRONA

OBJETIVOS

La administración de fármacos intravenosos a través de catéteres requiere una serie de consideraciones para asegurar una correcta seguridad y efectividad del tratamiento. El pH, la osmolaridad del fármaco y/o la capacidad de agresividad tisular condicionan la vía de administración (periférica o central). El objetivo de este estudio es elaborar un protocolo de administración de fármacos intravenosos por vía central para ayudar al equipo médico y de enfermería a una prescripción y administración de medicamentos segura y unificada en todo el hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se creó un equipo multidisciplinar formado por médicos, farmacéuticos y enfermeras que realizó una revisión bibliográfica de los fármacos intravenosos más comúnmente utilizados en las unidades de críticos y urgencias. Se revisaron fichas técnicas y bases de datos (Micromedex®, UpToDate®, Medusa Drug®, etc) para determinar pH, osmolaridad y definir la necesidad de vía periférica o vía central. Además, también se recogió información de su capacidad de agresividad tisular tras extravasación, y consideraciones específicas de administración.

RESULTADOS

Se revisaron 106 especialidades farmacéuticas. Se consideraron aquellos fármacos que tenían un $\text{pH} \leq 5$ o $\text{pH} \geq 9$, una osmolaridad $> 800 \text{ mOsm/L}$ y/o con alta capacidad de agresividad tisular. En total se seleccionaron 37 fármacos que cumplían uno o más de estos criterios: 19 con $\text{pH} \leq 5$, 5 $\text{pH} \geq 9$, 8 con una osmolaridad $> 800 \text{ mOsm/L}$ y 29 con capacidad de agresividad tisular tras extravasación (11 vesicantes y 18 irritantes).

Se encontró que en un 35,1% de los casos ($n=13/37$) era obligatorio el uso de la vía central para administrar estos fármacos; en un 24,3% ($n=9/37$) de los casos se podía utilizar la vía periférica sólo en situación de urgencia a la espera de colocar la vía central; y en el 40,6% ($n= 15/37$) de los casos restantes se podía utilizar un midline (máximo 4 semanas) en caso de imposibilidad de colocar una vía central. Con toda esta información, se elaboró un protocolo informativo y se hizo formación y difusión a los profesionales sanitarios del hospital.

CONCLUSIONES

La elaboración de este protocolo mediante la constitución de un equipo multidisciplinar ha permitido estandarizar los criterios de administración de medicamentos por vía central en el hospital. La formación y la disponibilidad de esta información para los profesionales sanitarios constituyen una herramienta de gran valor para mejorar la seguridad y la calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2536. DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS: ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN CON LA REGIÓN SANITARIA PARA MEJORAR LA GESTIÓN

AUTORES

VILLAMARÍN VALLEJO L, FELIU RIBERA A, PAGÈS PUIGDEMONT N, MASIP TORNE M, COMA FUSTÉ A, RODRÍGUEZ PEÑA T, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CARRER DE SANT QUINTÍ, 89, 08041 BARCELONA. BARCELONA

OBJETIVOS

└ Análisis del circuito de coordinación entre un servicio de farmacia hospitalario(SFH) y Regió Sanitària de Barcelona-àmbit Barcelona ciudad(RSB) para mejorar la gestión de desabastecimientos de medicamentos de dispensación con cupón precinto(MDCP).

└ Implantación de un algoritmo de decisión en el SFH cuando se habilita la importación de un MDCP como medicamento extranjero (ME).

MEJORAS ESPERADAS

- Optimizar la gestión de desabastecimientos por parte del hospital.
- Analizar propuestas de mejora que ayuden a agilizar el circuito.

DISEÑO

Estudio retrospectivo para analizar los resultados de la implantación del nuevo circuito de información y el algoritmo de decisión.

CIRCUITO Y ETAPAS

- La RSB informa sobre las alertas de desabastecimiento con datos del número de pacientes con PA en RE.
- El SFH gestiona la alerta en base al algoritmo de actuación.
- Registro de la actividad para establecer propuesta de mejora en base a los resultados obtenidos.

IMPLANTACIÓN

Desde 07/2019, la RSB envía el número de pacientes con prescripción activa (PA)/pendiente de dispensar (PD) en la receta electrónica (RE) por Área de Gestión Sanitaria (AGA) a los SFH después de recibir una alerta de desabastecimiento de un MDCP y la activación de la importación por parte de la AEMPS.

El SFH diseñó un algoritmo de actuación según si el medicamento afectado estaba incluido o no en la guía farmacoterapéutica (GFT) y si había pacientes con PA/PD en RE:

o Sin pacientes con PA/PD en RE: no es necesaria actuación

o Pacientes con PA/PD en RE:

- ♣ No incluido en GFT: el SFH solicita información adicional de RE (posología y fecha última dispensación) para valorar posible compra
- ♣ Incluido en GFT: valoración individual
 - Estoc insuficiente (< 3-5 cajas): Gestionar compra extra y solicitar información adicional de RE
 - Estoc suficiente: Mantener puntos de pedido.

RESULTADOS

Desde la implantación del nuevo circuito se recibieron 39 correos de desabastecimientos, referentes a 33 principios activos/37 especialidades. El 65% de las especialidades eran MDCP y en 17 de ellas se habilitó la importación como ME.

En 1 caso no se envió información y no acudió ningún paciente a solicitar medicación.

En 3 casos nuestra AGA no tenía pacientes con PA.

En 13 casos, nuestra AGA tenía pacientes con PA:

└ 3 casos se solicitó información adicional, en 2 se decidió no comprar y en 1 el número de pacientes fue inferior al esperado

└ 10 casos se solicitó medicación a medida que vinieron pacientes. No obstante, la previsión de pacientes no se ajustó a la realidad.

LIMITACIONES

El nuevo circuito ha mejorado la información disponible para los hospitales, no obstante, aún es incompleta: el número de pacientes previsto difiere del real, en nuestro AGA hay 3 hospitales y es difícil prever cuándo y en cuál de ellos recogerán la medicación.

Los protocolos de actuación deberían contemplar la participación de todos los agentes implicados en la dispensación para manejar de forma activa los problemas de suministro.

La comunicación activa de la resolución de los desabastecimientos por parte de la AEMPS no es uniforme (8/12 casos sin notificar resolución), y el hospital no es ágil en desplanificar las compras en caso de resolución.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El circuito informativo es extrapolable a otras regiones sanitarias/provincias/comunidades. El algoritmo de decisión diseñado es aplicable a otros servicios de farmacia.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL**2541. INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN EL ACONDICIONAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN****AUTORES**

SÁNCHEZ CALLE M, SOLÍS MORALES A, GÓMEZ BONE K, RODRÍGUEZ PÉREZ E, OLIVER SINTES C, AYESTARÁN ALTUNA A
 SCIAS-HOSPITAL DE BARCELONA. DIAGONAL, 656. BARCELONA

OBJETIVOS

La forma farmacéutica y la identificación de un medicamento son algunas de las causas por las que tienen lugar los errores de medicación (EM). El papel de la industria farmacéutica es fundamental en este tipo de errores puesto que, principalmente, de ello depende que el diseño de los medicamentos sea el adecuado y se evite de esta manera al máximo la aparición de este tipo de EM.

Prevenir EM causados por similitud de envases (isoapariencia), sistemas de administración multidosis diseñados para ser administrados en un paciente, etiquetado/envasado no adecuado para uso en dosis unitarias, confusión de dosis/concentración de un mismo principio activo y condiciones especiales de conservación (protegido de la luz, etc.).

MATERIALES Y MÉTODOS

Identificación de los medicamentos con alto índice de error comunicados, a través del sistema voluntario de notificación de incidencias, en un hospital privado de 273 camas.

De acuerdo a los tipos de EM registrados, se proponen medidas de mejora que se agrupan en las siguientes:

- Etiquetas identificativas, llamativas, sobre las especialidades farmacéuticas: adhesivas que unen viales (administración conjunta), “uso exclusivo un paciente”.
- Diferenciar envases similares (isoapariencia): “no inyectar”, desinfectantes con instrucciones de uso diferentes.
- Adecuación de acondicionamiento primario a formato en dosis unitaria: apósitos medicamentosos, jeringas de administración oral para jarabes/fórmulas magistrales (FM) orales líquidas y citostáticos de administración por vía oral.
- Señales de alarma: identificación por colores de especialidades con diferentes dosis/concentraciones.

Se evalúa el impacto de estas medidas en las funciones del técnico de farmacia en el periodo comprendido entre enero 2019-mayo 2020.

RESULTADOS

Se identifican 15 medicamentos (14 principios activos), 13 especialidades farmacéuticas y 2 fórmulas magistrales orales líquidas. La distribución según las medidas de mejora aplicadas ha sido:

- Etiquetas identificativas (2 principios activos): 825 cotrimoxazol inyectable y 4.730 insulinas pluma = 5.555 unidades.
- Isoapariencia (3 principios activos): 2.380 CINA 3% alveolo inh, 18 isopropanol 70% spray y 28 amonio-cuaternario spray= 2.426 unidades.
- Adecuación acondicionamiento primario (7 principios activos): 70 apreptant comprimidos, 210 lidocaína apósito, 800 nistatina suspensión oral, 400 omeprazol solución oral (FM), 67 espirolactona suspensión oral (FM), 200 melfalan comprimidos y 150 clorambucilo comprimidos= 1.897 unidades.
- Señales de alarma (2 principios activos): 6.140 levodopa-carbidopa comprimidos, 1.150 digoxina ampolla= 7.290 unidades.

Total periodo estudiado: 17.168 unidades.

CONCLUSIONES

Las medidas de mejora aplicadas han supuesto un aumento en las cargas de trabajo del personal técnico en la farmacia. Por otro lado se ha conseguido disminuir el registro de incidencias atribuidos a estos medicamentos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL**2543. ANÁLISIS DE LA ESTIMULACIÓN OVÁRICA CONTROLADA CON GONADOTROFINAS EN TÉCNICAS DE RE-PRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA.****AUTORES**

FORTANET GARCÍA M, VICENTE ESCRIG E, GARCÍA MUÑOZ S, SANTOS SAN SEGUNDO M, BOSÓ RIBELLES V, PUPLÁ BARTOLL A, CEBOLLA BELTRÁN T, FERRANDO PIQUERES R
 HOSPITAL GENERAL DE CASTELLON. AVD. BENICASSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y la seguridad de la estimulación ovárica controlada (EOC) con gonadotrofinas (Gn) en parejas con problemas de fertilidad o mujeres solas/homosexuales con deseo gestacional sometidas a inseminación artificial (IA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en un hospital de tercer nivel que incluyó a las pacientes que acudieron a la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos a recoger el tratamiento para la EOC entre junio y diciembre de 2019.

Las variables demográficas, de eficacia y seguridad se obtuvieron de la historia clínica informatizada y la información

sobre los tratamientos se obtuvo de la prescripción electrónica. Se recogieron las siguientes variables:

- Fecha de nacimiento de la mujer.
- Causa de infertilidad de la pareja.
- Ciclo de EOC: fecha de inicio, hormona folículo estimulante(FSH) utilizada, dosis total de FSH utilizada (hasta embarazo o finalizar intentos), uso de hormona luteinizante(LH), uso de análogos de GnRH, uso de anticonceptivos orales(ACO),duración del ciclo de EOC, números de ciclos de EOC y números de ciclos de IA.
- Eficacia: embarazo clínico, embarazo finalizado y número de embriones por embarazo (embarazo único o embarazo múltiple).
- Seguridad: reacciones adversas, síndrome de hiperestimulación ovárica(SHO),cancelaciones de ciclo y motivo de cancelación.

La eficacia se calculó como tasa de gestación(embarazo finalizado/ciclos de EOC),tasa de gestación acumulada(embarazos finalizados/número de pacientes) y tasa de aborto(embarazos no finalizados/embarazo clínico). Las variables categóricas se describen con porcentaje y las variables cuantitativas se describen como media y rango.

RESULTADOS

Se reclutaron un total de 40 mujeres con una media de edad al inicio del primer ciclo de EOC de 33.30años (26-38).El 45% de los problemas de fertilidad fueron debidos a la mujer (36% síndrome de ovario poliquístico, 20% endometriosis, 20% mujer sola, 12% baja reserva ovárica y 12% otras causas),el 25% al hombre (65.67% astenozoospermia y 36.36% azoospermia),el 20% idiopática y el 10% causa mixta.

Las pacientes recibieron una dosis media diaria de FSH de 55.72 UI (12.5-150),durante 9.61días (3-59) y 2.54ciclos (1-6) de EOC por paciente. En el 65% de los casos se utilizo FSH recombinante y en el resto gonadotropina menopáusica humana (FSH+LH urinaria).En el 47,50% de los ciclos se añadieron antagonistas de la GnRH. En el 17,50% de los casos se utilizó ACO para controlar el inicio del ciclo. En todos los ciclos el desencadenante de la ovulación fue la gonadotropina coriónica humana.

La tasa de gestación fue de 14.88% y la tasa de gestación acumulada fue del 45%. Todos fueron embarazos únicos. La tasa de aborto fue de 18.18%.

Se produjo la cancelación en el 9.09% de los ciclos (54.54% por desarrollo multifolicular y elevado riesgo de SHO y el resto por ovulación espontanea),dos pacientes sufrieron un SHO leve. En el 6.61% de los ciclos iniciados aparecieron quistes funcionales que retrasaron el inicio del siguiente ciclo.

CONCLUSIONES

Existe una gran variabilidad de dosis(12.5-150 UI/día) y duración(3-59días) en los ciclos de EOC, lo que implica la necesidad de individualización de la terapia con Gn en AI. La tasa de gestación aumenta con el número de ciclos. Es importante la monitorización de la paciente para prevenir las complicaciones graves(SHO y embarazo múltiple).

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2570. DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS POR LA COMISIÓN DE SEGURIDAD TRAS EL ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN

AUTORES

OTERINO MOREIRA I, SANZ MÁRQUEZ S, LORENZO MARTINEZ S, ZHAN ZHOU E, DOMINGUEZ BACHILLER M, PLO SECO I, ROLDÁN NAVARRO P, PÉREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. C/ BUDAPEST 1. MADRID

OBJETIVOS

Descripción de las acciones de mejora propuestas tras el análisis por la comisión de seguridad (CS) de los errores de medicación (EM) notificados en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo que clasifica las acciones de mejora propuestas en el período febrero 2018-febrero 2020 por la CS tras el análisis de los EM notificados por los profesionales a través de la plataforma de comunicación de incidentes de seguridad y errores de medicación de la Comunidad.

El farmacéutico, integrado en el equipo multidisciplinar de la CS, revisa los EM notificados y tras una primera valoración asigna el análisis a uno o varios integrantes de la CS o al responsable de seguridad de las distintas áreas. La persona asignada analiza el EM y propone las acciones de mejora oportunas. La CS implantará las acciones factibles.

RESULTADOS

Se analizaron 82 EM para los que se propusieron 190 acciones de mejora, las cuales se repitieron en los EM notificados con una mediana de 4 (IC95% 3-8). Se llevaron a la práctica el 66,3% [27,3% no realizadas; 6,4% desconocido]. El 34,7% de los medicamentos implicados estaban clasificados como alto riesgo por el Institute for Safe Medication Practices [32,1% heparina y otros anticoagulantes parenterales; 17,9% opiáceos IV, transdérmicos y orales; 14,3% anticoagulantes orales; 14,3% citostáticos parenterales y orales;] y el 24.7% pertenecían al listado de Medicamentos de Alto Riesgo para los pacientes Crónicos [53.8% inmunosupresores]

En función del eslabón de la cadena terapéutica a la que iba destinada la corrección, se obtuvo:

- 53,7% mejoras en la prescripción, siendo 54/102 fueron ayudas asistidas a la prescripción [61,1% definición de parámetros en la ficha electrónica del fármaco; 38,9% alertas antes de la prescripción;]; 19/102 formación a prescriptores [57,9% creación/difusión de protocolos, 31,6% uso correcto de programa de prescripción, 10,5% otros]; 13/102 conciliación en urgencias; 7/102 comunicación médico-enfermera; 5/102 integración del tratamiento anticoagulante oral en prescripción electrónica; 4/102 otras.

- 13,2% mejoras en la administración, con distribución 10/25 revisión de la hoja de tratamiento antes de administrar; 4/25 formación a enfermería [25,0% difusión de protocolos, 75,0% otra formación inespecífica]; 4/25 seguridad en administración [50% supervisión de alumnos, 50,0% otros]; 4/25 comunicación médico-enfermera; 3/25 alarmas previas a la administración [66,7% por dosis máxima, 33,6% otros].
- 12,6% mejoras en la dispensación, representando 9/24 comunicación entre profesionales [87,5% farmacia-enfermería, 12,5% entre áreas de la farmacia]; 8/24 formación en dispensación [7,0% farmacéutico-técnico, 25,0% farmacéutico-farmacéutico]; 7/24 seguridad en dispensación [57,1% no confundir especialidades, 42,9% cumplimiento de los protocolos establecidos]
- 8,4% mejoras en la validación farmacéutica [50% validación semiautomática, 43,8% asistencia 24h, 5,2% otros]
- 5,8% mejoras en el almacenamiento [90% incorporación a almacén informatizado, 10% otros]
- 3,2% mejoras en selección y adquisición [66,7% medicamentos, 33,3% material sanitario]
- 3,2% mejoras en la preparación en farmacia [50% asistencia 24h, 50% seguridad en elaboración]

CONCLUSIONES

El análisis de los EM y la implantación de acciones de mejora permite realizar cambios en los procedimientos de trabajo para garantizar la máxima seguridad al paciente. Para ello es necesaria la cooperación de los distintos profesionales implicados en el complejo proceso de la cadena terapéutica.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2599. EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO Y EFECTIVIDAD DEL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA DE SALAS BLANCAS POR PARTE DEL PERSONAL TÉCNICO

AUTORES

FERNANDEZ PEREZ AI, CAMPELLO CASTRILLÓN E, BENITO FERNANDEZ M, MENDEZ ESCRIBANO R, MUÑOZ MARTÍN A, CESPEDES PEREZ MDR, AGUILAR GUIADO C, BARCIA MARTÍN MI
HOSPITAL DEL ESCORIAL. CTRA. GUADARRAMA KM 6,200. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el grado de cumplimiento (GC) y efectividad del procedimiento de limpieza de las salas blancas a cargo del personal técnico del servicio de farmacia en un hospital comarcal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Las salas blancas están diseñadas para garantizar bajos niveles de contaminación durante la elaboración de medicamentos. En nuestro hospital se dividen en: una presala y dos salas. En una se ubica la cabina de flujo laminar vertical (CFLV) y en otra la cabina de flujo laminar horizontal (CFLH).

Estudio observacional retrospectivo de tres meses de duración (diciembre 2018 a febrero 2019). El protocolo de limpieza establecido se ejecutó por el personal técnico de farmacia, y fue el siguiente: 1) Limpieza diaria (LD): antes de comenzar la tarea, se aplicó sobre superficie horizontal alcohol de 70°. Tras finalizar cada tarea y/o al finalizar la jornada se limpiaron con toallitas de peróxido de hidrógeno los paneles laterales y superficie de trabajo. La limpieza del mobiliario del interior de las salas se efectuó al finalizar cada jornada con una compresa impregnada con espuma detergente desinfectante, sin posterior aclarado. 2) Limpieza semanal (LS): se limpió la parte frontal, lateral y superficie de trabajo semanalmente y siempre que se produjeron derrames y otros accidentes. Se utilizó una compresa estéril humedecida en detergente enzimático, posteriormente se aclararon las zonas mencionadas con agua estéril y se secaron. El mismo proceso se llevó a cabo en esclusas y mobiliario. Finalmente se aplicó espuma detergente desinfectante. Al finalizar las tareas de LD y LS se registraron en el impreso correspondiente.

Medicina Preventiva efectuó mensualmente controles microbiológicos (CM) de las áreas estériles (ambiente y superficies).

Para evaluar el GC del procedimiento de LD y LS se compararon los registros mencionados con el protocolo establecido. Para evaluar la efectividad se revisaron los resultados de los CM.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se utilizaron las cabinas 90 veces (59 CFLH y 31 CFLV), se cumplimentaron 82 registros diarios (82/90). Se efectuaron y registraron 12 LS.

El grado de cumplimiento del protocolo de LD fue del 91,11% y el de LS del 100%. El 8,89% considerado no cumplimiento en la LD se debió a la falta de registros en febrero.

Se realizaron 29 CM; el 75,86% del total fueron negativos.

El 77,78% de los CM de ambiente fueron negativos. El 22,22% restante, corresponde a un control realizado en Febrero en la CFLH y a otro en la présala.

El 75% de los CM realizados en las superficies del área estéril fueron negativos. El 25% restante, corresponde a un control realizado en Febrero en la CFLV y a cuatro en la présala.

En todos los CM con resultado positivo crecieron microorganismos no patógenos.

CONCLUSIONES

El GC del procedimiento de limpieza es adecuado. La efectividad del procedimiento es mejorable. Es importante cumplir el procedimiento de limpieza establecido para garantizar unas condiciones de esterilidad adecuadas dentro de las salas

blancas, aumentando la seguridad del proceso de elaboración. Es necesario realizar un registro y un control adecuados del procedimiento que permita detectar y corregir posibles desviaciones al protocolo.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2635. DESARROLLO DE NEOPLASIAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE TRATADOS CON FINGOLIMOD

AUTORES

ANTÓN MÉNDEZ X, FERNÁNDEZ PEÑA A, CALLEJA BUENO A, BARROSO CASTRO J, LIGROS TORRES M, LURI FERNÁNDEZ DE MANZANOS M, LÓPEZ GIMÉNEZ LR, GIL LEMUS MÁ
HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. CRUCES PLAZA, S/N. VIZCAYA

OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue describir la aparición de neoplasias benignas, malignas, y no especificadas en pacientes con diagnóstico de Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (EMRR) que habían recibido tratamiento con fingolimod.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se revisó la historia clínica de todos los pacientes con diagnóstico de EMRR en seguimiento por el Servicio de Neurología de nuestro hospital que habían iniciado tratamiento con fingolimod entre marzo de 2011 y mayo de 2020. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad al diagnóstico, edad al inicio de tratamiento con fingolimod, duración del tratamiento hasta suspensión o fecha del estudio, número y tipo de neoplasias benignas, malignas y no especificadas observadas, tiempo transcurrido desde inicio de tratamiento hasta neoplasia, y factores de riesgo de enfermedad neoplásica.

RESULTADOS

Se estudiaron 48 pacientes, 19 hombres y 29 mujeres, con una media de edad de 29 años (± 8) al diagnóstico de EMRR, y de 37 años (± 8) al inicio de tratamiento con fingolimod. La mediana de tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio con fingolimod fue de 72 meses [5-207]. El 69% de los pacientes continuaba en tratamiento en mayo de 2020, con una duración media de tratamiento desde el inicio de 68 meses (± 19). El resto (15) había suspendido el tratamiento antes de esta fecha; 10 por ineficacia, 3 por toxicidad y 1 por abandono voluntario, con una duración media de tratamiento desde el inicio de 29 meses (± 23).

Se observaron 13 neoplasias en 11 pacientes; 8 Carcinomas Basocelulares (CBCs), 2 linfomas (1 Linfoma Difuso de Células Grandes B (LDCGB) y 1 Linfoma Linfoblástico de células T (LTL)), 1 Carcinoma de Células Escamosas (CCE) de cabeza y cuello, 1 mioma intracavitario uterino y 1 lesión intraepitelial provocada por el Virus del Papiloma Humano (VPH). La distribución fue la siguiente: 6 pacientes desarrollaron únicamente un CBC, 1 paciente desarrolló un CBC y un LDCGB, 1 paciente un CBC y un CCE de cabeza y cuello, 1 paciente un LTL, 1 paciente un mioma intracavitario uterino, y 1 paciente una lesión por VPH. Todas las neoplasias malignas se dieron en hombres. Todos los pacientes estaban en tratamiento con fingolimod en el momento de aparición de la neoplasia, siendo el tiempo medio transcurrido desde el inicio hasta aparición de neoplasia de 43 meses (± 21); 45 meses (± 21) hasta neoplasia benigna y 35 meses (± 26) hasta neoplasia maligna.

Se detectaron los siguientes factores de riesgo asociados al desarrollo de neoplasia maligna: exposición a una dosis acumulada de 160 mg/m² de mitoxantrone como tratamiento de la EMRR 10 años antes del diagnóstico de LTL, enfermedad de Hodgkin tratada con quimioterapia 13 años antes del nuevo diagnóstico de LDCGB, y exposición a tabaco durante 14 años finalizada 20 años antes del diagnóstico de CCE de cabeza y cuello.

CONCLUSIONES

El 17% de los pacientes desarrollaron un carcinoma basocelular durante el tratamiento con fingolimod, valor superior al indicado en Ficha Técnica (1% - 10%).

Se identificaron factores de riesgo adicionales al tratamiento con fingolimod en los 3 pacientes con neoplasia maligna.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2653. ESTUDIO DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

AUTORES

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ I, FERNÁNDEZ-LOBATO B, NÚÑEZ BRACAMONTE S, JUEZ SANTAMARÍA C, LLORET LLORCA A, GARCÍA LAGUNAR MH
HOSPITAL SANTA LUCÍA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

La prescripción de fármacos anticolinérgicos es frecuente en pacientes ancianos, población especialmente susceptible de desarrollar riesgos asociados a su exposición, tales como mareos, confusión, deterioro cognitivo y caídas.

Primario: estimar el riesgo anticolinérgico (RAC) en función de la carga anticolinérgica (CA) en pacientes crónicos complejos utilizando dos escalas validadas.

Secundario: Determinar los fármacos más frecuentemente implicados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo y observacional realizado en pacientes mayores de 65 años, polimedificados (> 5 fármacos) e ingresados en la Unidad de Pacientes Crónicos Complejos de un hospital de tercer nivel durante febrero de 2020. Las prescripciones médicas fueron revisadas a través del programa de prescripción electrónica asistida MIRA®. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, fármacos prescritos y RAC total. Para evaluar el RAC se utilizó la calculadora online "Anticholinergic Burden Calculator" registrándose el resultado de dos de las escalas validadas más utilizadas:

Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB) y Anticholinergic Risk Scale (ARS), no siendo ninguna de referencia. Ambas escalas usan distintos métodos para calcular la CA obteniendo una puntuación y clasificando a los pacientes según el riesgo de efectos adversos en: riesgo alto (RA), riesgo moderado (RM), riesgo bajo (RB), y sin riesgo (SR). Por último, se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante el programa SPSS® v.20, presentando las variables continuas como media y desviación estándar y las variables categóricas como número y frecuencia. Se utilizó el índice Kappa para valorar la concordancia entre ambas escalas.

RESULTADOS

Se incluyeron 50 pacientes (43,1% hombres), con una edad media de $88 \pm 4,86$ años. Estos pacientes tenían prescritos una media de $11,9 \pm 3,44$ fármacos, de los cuales, una media de $4,08 \pm 1,55$ eran fármacos con CA, siendo los más frecuentemente implicados, por orden decreciente: quetiapina: $n=28$ (14 %); furosemida: $n=21$ (10,5%); bromuro de ipratropio: $n=17$ (8,5%); morfina: $n=11$ (5,5%); trazodona: $n=11$ (5,5%); lorazepam: $n=10$ (5%); metoclopramida: $n=9$ (4,5%); midazolam: $n=9$ (4,5%), tamsulosina: $n=9$ (4,5%); amoxicilina: $n=8$ (4%); haloperidol: $n=8$ (4%) y sertralina: $n=8$ (4%). Según la escala ACB (puntuación media de $3,30 \pm 1,9$), el 94% de los pacientes tomaba al menos un fármaco con CA: el RAC fue de RA en un 62,7%; de RM en un 17,6%; de RB en el 13% de los pacientes; y SR en el resto de los pacientes. Según la escala ARS (puntuación media $1,53 \pm 0,73$), el 92% de los pacientes tomaba al menos un fármaco con CA: el RAC fue de RA en un 7,8%; de RM en un 29,4%; de RB en el 51% de los pacientes; y SR en el resto de los pacientes. El resultado del índice de kappa entre ambas escalas fue de 0,102.

CONCLUSIONES

1. Se observa una alta CA en la población estudiada, existiendo gran variabilidad del RAC en función de la escala utilizada acorde con la bibliografía existente. El RAC es mayor con la escala ACB que con la escala ARS, lo que supone una limitación a la hora de escoger una u otra.
2. Como proyecto futuro, se propone evaluar el RAC como una estrategia adicional para optimizar la seguridad del paciente vulnerable, considerando, en la medida de lo posible, alternativas terapéuticas y/o valorando de forma multidisciplinar el beneficio/riesgo de los fármacos anticolinérgicos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2657. EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES ESPECIALIZADOS POR ÁREAS DE CONOCIMIENTO: UN NUEVO ENFOQUE EN LA GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD

AUTORES

SOLER-RODENAS . A, PARTERA MC, NAVARRO G, GONZALEZ-MUÑIZ V, BARRAGAN A, GOMEZ-VALENT M
 CONSORCI CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAULÍ. PARC DEL TAULÍ, 1. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir la creación de equipos multidisciplinarios especializados por áreas de conocimientos para la gestión de incidentes de seguridad.

MEJORAS ESPERADAS

Reducción del elevado tiempo de respuesta actual secundario a la acumulación de casos.

Mayor implicación de profesionales de distintas especialidades en la seguridad del paciente.

Mejora de la difusión de incidentes más frecuentes.

Aumento de la confianza entre compañeros de trabajo y mejora de la percepción de equipo respecto a la seguridad del paciente.

Agilidad en la implementación de medidas correctoras por implicación del personal del área en la toma de decisiones.

DISEÑO

El hospital dispone de un sistema de notificación accesible vía intranet. Las notificaciones son voluntarias, confidenciales, anónimas y no punitivas.

La Unidad Funcional de Seguridad del Paciente (UFSP) está compuesta por 1 médica, 1 enfermera y 1 farmacéutica, responsables de la gestión de incidentes notificados.

Se propone la creación de equipos de trabajo multidisciplinarios especializados por áreas, en los que participe la UFSP y, al menos, 2 médicas/os, 2 enfermeras/os y supervisión de enfermería del área.

El objetivo principal de los equipos será el análisis de incidentes de seguridad y la propuesta de acciones de mejora (AAMM). De forma secundaria se pretende mejorar la difusión de incidentes y la implicación de los profesionales en la seguridad del paciente.

CIRCUITO Y ETAPAS

1- Determinación de los ámbitos para los que se crean equipos específicos: área médica, sociosanitario, paciente crítico, paciente hospitalizado quirúrgico (QUIR) y urgencias.

2- Primera reunión: Presentación de participantes y definición de objetivos. Exposición de la metodología de análisis (protocolo London) y resolución de 2 casos con finalidad formativa. Para finalizar, reparto de incidentes notificados para discusión en siguientes reuniones.

3- Convocatoria de reuniones: se establecen reuniones con cadencia mensual, de 2h de duración.

IMPLANTACIÓN

En marzo de 2018 se creó el primer equipo para el área médica. Posteriormente se crearon los equipos de: críticos (abril 2018), sociosanitario (octubre 2018), QUIR (junio 2019) y urgencias (noviembre 2019).

RESULTADOS

En 2018 se realizaron 21 reuniones: 10 equipo área médica, 8 críticos y 3 sociosanitario. Se analizaron 46 casos, lo que supone un 17% del total de casos cerrados en 2018. La media de casos analizados por reunión fue 2. De las reuniones surgieron 3 AAMM. Se elaboraron 13 informes para la Dirección.

En 2019 se realizaron 30 reuniones: 8 área médica, 8 críticos, 8 sociosanitario, 5 QUIR y 1 urgencias (reunión inicial sin análisis de casos). Se analizaron 89 casos, lo que supone un 36% de los casos cerrados en 2019. La media de casos analizados por reunión fue 3. De las reuniones surgieron 23 AAMM y 24 informes para la Dirección.

La formación de equipos por áreas ha mejorado la difusión de incidentes, la comunicación entre profesionales y ha reducido la carga de trabajo de la UFSP.

LIMITACIONES

Dificultad para reunir a un equipo estable debido a los diferentes horarios/turnos de los miembros.

Aumento de la carga de trabajo del personal implicado externo a la UFSP.

Los incidentes más graves requieren un análisis urgente y no pueden admitir demora mensual.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Modelo fácilmente exportable a otros centros.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2694. EL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA ADECUACIÓN DE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A LA PRESCRIPCIÓN MEDIANTE EL FRACCIONAMIENTO DE COMPRIMIDOS

AUTORES

LAZARO GALLARDO EM, LACASA GRACIA MA, MORENO CAMPO R, GARCIA LABARIAS MDLA, GABARRE GRASA N, AMADOR RODRIGUEZ P

HOSPITAL SAN JORGE. AVENIDA MARTINEZ DE VELASCO,36, CP: 22004. HUESCA

OBJETIVOS

El fraccionamiento de comprimidos es una práctica habitual en los hospitales, que se realiza para obtener la dosis adecuada e individualizada a las necesidades del paciente.

El objetivo del estudio es analizar de forma cuantitativa y cualitativa el consumo de comprimidos fraccionados en un hospital general, que cuenta con el sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria en todas las plantas de hospitalización.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo sobre el consumo de comprimidos fraccionados durante el periodo de Octubre 2019 a Marzo 2020. El farmacéutico realiza un listado diario con los medicamentos que deben fraccionarse para su dispensación en el sistema de dosis unitaria. El Técnico de Farmacia (TF) es el encargado de realizar el fraccionamiento de los comprimidos, siguiendo el protocolo normalizado de trabajo realizado a tal efecto. Cada comprimido que se fracciona cuenta con una ficha de registro (principio activo, nombre comercial, código nacional, fecha de reenvasado, fecha original del medicamento, lote, cantidad a fraccionar, cantidad fraccionada, TF que realiza el reenvasado y personal de enfermería encargado de la revisión) y su etiqueta correspondiente (principio activo, dosis, nombre comercial, lote y caducidad de reenvasado).

Los datos de consumo se obtuvieron desde el programa de Gestión de Pacientes Unidosis Farmatools®, obteniendo el número de comprimidos fraccionados de cada principio activo y el grupo terapéutico correspondiente.

RESULTADOS

El TF llevó a cabo el fraccionamiento de 8216 comprimidos durante el periodo de estudio. Se fraccionaron 81 principios activos. Los medicamentos que requirieron mayor cantidad de fraccionamientos según su grupo terapéutico fueron: 18,4% (n=1512) ansiolíticos, 16,7% (n=1372) diuréticos, 12,6% (n=1034) antidepresivos, 10,3% (n=849) antipsicóticos, 9,9% (n=815) hormonas tiroideas, 5,2% (n=431) corticosteroides, 4,3% (n=354) antiepilépticos, 3,1% (n=260) antigotosos, 2,7% (n=222) antiarrítmico y 2,4% (n= 198) beta bloqueantes.

De los medicamentos fraccionados el 18,6% (n=18) tiene una presentación comercializada con la dosis fraccionada, pero no está incluida en la guía farmacoterapéutica del hospital.

CONCLUSIONES

El fraccionamiento de las formas farmacéuticas sólidas facilita la administración de la dosis prescrita, y por lo tanto mejora la eficacia en el uso de medicamentos en el ámbito hospitalario. Además, la dispensación en dosis unitarias de las dosis individualizadas supone una menor manipulación del fármaco en las unidades de enfermería y la mejora en la seguridad del proceso farmacoterapéutico. En definitiva, esta actividad contribuye a que el sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias tenga una mayor calidad y seguridad para el paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2697. PAPEL DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA RESOLUCIÓN DE CONSULTAS TELEFÓNICAS EN EL HORARIO DE TARDE

AUTORES

LAZARO GALLARDO EM, MORENO CAMPO R, LACASA GRACIA MA, HERNANDEZ PRIETO C, MARTINEZ MECA B, LOPEZ MARCO B, AMADOR RODRIGUEZ P

HOSPITAL SAN JORGE. AVENIDA MARTINEZ DE VELASCO, 36, CP: 22004. HUESCA

OBJETIVOS

Conocer el perfil de preguntas realizadas desde las plantas de hospitalización, al Servicio de Farmacia (SF), en horario de tarde y analizar el nivel de resolución de las mismas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de la labor del Técnico de Farmacia (TF) en la resolución de consultas telefónicas, en el área de dispensación, durante el horario de tarde. El periodo de recogida de datos fue de Marzo a Abril 2020.

En nuestro hospital, durante el horario de tarde, se da servicio a la dispensación hospitalaria de la medicación, así como a la atención de consultas telefónicas desde las distintas unidades clínicas. Para ello, durante este horario (15:00-22:00 horas) hay dos TF, sin la presencia del farmacéutico.

Se elaboró una base de datos Excel® para recoger la información relativa a las consultas telefónicas. Las variables recogidas fueron: Unidad de hospitalización, categoría profesional del interlocutor y motivo de la consulta.

Se evaluó el nivel de resolución de la consulta en base a la necesidad de trasladar la misma al farmacéutico responsable.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio el TF atendió 316 consultas telefónicas. Los servicios clínicos implicados fueron: 27% Unidad Cuidados Intensivos, 24% Urgencias, 18% Neumología, 12% Medicina Interna, 8% Psiquiatría y el resto otros servicios. En el 96% de los casos el interlocutor fue enfermero/a y el 4% facultativo especialista de área.

Los motivos de las consultas fueron: 37% (n=117) existencia de medicación en guía farmacoterapéutica, 22% (n=69) dispensación de nuevo tratamiento o modificación del mismo, 16% (n=51) condiciones especiales de dispensación, 13% (n=41) discrepancia de medicación en sistema unidosis, 9% (n=29) preparación de la medicación al alta y 3% (n=9) posibilidad de administración del medicamento en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica.

El 94% de las consultas fueron resueltas por el TF, siendo el resto trasladadas al farmacéutico responsable.

CONCLUSIONES

La labor del TF en la gestión de las consultas telefónicas permite la resolución de un elevado porcentaje de las mismas, lo que es fundamental para la correcta dispensación de la medicación. Esto adquiere una mayor importancia teniendo en cuenta que en nuestro hospital hay exclusivamente dos técnicos de farmacia en el horario de tarde.

La resolución de las consultas farmacéuticas requiere que el TF domine las herramientas informáticas de dispensación y bases de datos de medicamentos, así como tener la formación y conocimientos previos específicos en el ámbito farmacéutico.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2707. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS MEDIANTE UNA TERMINAL DIGITAL

AUTORES

VENTAYOL BOSCH P, SERRANO LÓPEZ DE LAS HAZAS J, MERCADAL ORFILA G, GÓMEZ LOBÓN A, MAESTRE FULLANA MA, FERNÁNDEZ CORTES F, ANOZ JIMÉNEZ L
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. C/CRA VALLDEMOSSA N 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Conocer el índice de satisfacción global (ISG) del paciente que acude a la Unidad de Pacientes Externos (UPE) de los Servicios de Farmacia (SF) de los hospitales públicos de una Comunidad autónoma (CCAA). Comparar los resultados de las consultas de cada hospital y detectar posibles áreas de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo realizado en las UPEs de 6 hospitales públicos de una CCAA entre octubre 2019 y febrero 2020.

Se utilizaron 7 terminales Smiley® (Tablets PC) autónomos que permiten la valoración in situ presionando uno de los 4 botones con emoticonos, con la pregunta ¿Cómo se le ha atendido en la farmacia del hospital?. Tras pulsar el emoticono se pregunta el motivo de la valoración: tiempo de espera, atención recibida, confidencialidad, cantidad de medicación dispensada, idoneidad instalaciones u “otros” (permite escritura libre indicando el motivo).

Se ubicó un terminal en cada hospital y 2 en el hospital de referencia (1 en la farmacia general y 1 en la consulta de onco-hematología). Se situaron en la zona de salida de la UPE sin visibilidad por parte del personal sanitario, para garantizar la confidencialidad.

Los resultados se consultaron en una plataforma informática, que permite generar informes diarios, semanales y mensuales, conocer el ISG y comparar con datos propios, de otros hospitales o del sector sanitario europeo (ISG 87%).

RESULTADOS

Se obtuvieron 8.746 registros de 36.630 dispensaciones (participación 23,9%), con ISG 84%. Media dispensaciones/día: 373,6.

La distribución por hospitales fue la siguiente: Hospital 1 (Farmacia general): 2.697 respuestas (participación 19,3%, ISG 77%); Hospital 1 (consulta Onco-hematología): 447 respuestas (participación 20,1%, ISG 91%); Hospital 2: 1.241 respuestas (participación 15,7%, ISG 94%); Hospital 3: 618 respuestas (participación 11,9%, ISG 95%); Hospital 4: 1.605 respuestas (participación 34,5%, ISG 85%); Hospital 5: 1.172 respuestas (participación 45,3%, ISG 80%); y Hospital 6: 983 respuestas (participación 41,9%, ISG 87%). No se determinó la existencia de diferencias estadísticamente significativa de participación entre hospitales o de ISG entre hospitales.

El motivo principal de valoración positiva fue la atención recibida (76,7%, 3.382 respuestas) y el motivo principal de valoración negativa fue el tiempo de espera (46,5%, 308 respuestas). Se obtuvieron en la atención recibida y en el tiempo de espera (diferencias estadísticamente significativas con respecto al resto de motivos).

CONCLUSIONES

El ISG de los pacientes atendidos en los SF de la CCAA es superior al 80%, y del mismo orden en general que la obtenida en otros hospitales así como en el sector sanitario europeo (no se establecieron diferencias estadísticamente significativas.).

Las diferencias observadas pueden ser debidas al número de pacientes atendidos, características de los mismos en el caso de consultas específicas, y variabilidad en la atención recibida (horario, número de personas y categoría profesional). El seguimiento diario de la satisfacción de los pacientes permite detectar áreas de mejora así como momentos de máxima afluencia para adecuar mejor las necesidades.

La valoración de los pacientes es una herramienta imprescindible para un proceso de mejora continua de los Servicios de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2708. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA DE ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES

CAZORLA PODEROSO L, NAVARRO AZNAREZ H, PEREZ MORENO M, PASCUAL MARTINEZ O, ABAD BAÑUELOS B, PINILLA RELLO A, MAGALLÓN MARTINEZ A, ABAD MR
HOSPITAL MIGUEL SERVET. Pº ISABEL LA CATOLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad, seguridad y adherencia de los pacientes con hipercolesterolemia tratados con inhibidores de la ProproteínaConvertasaSubtilisina/Kexina Tipo 9 (iPCSK9) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con hipercolesterolemia tratados con Alirocumab o Evolocumab desde mayo de 2018 hasta septiembre de 2019, durante mínimo 24 semanas. Variables estudiadas: edad, sexo, diagnóstico (hipercolesterolemia familiar (HF), dislipemia mixta (DM) o enfermedad cardiovascular (ECV) establecida), comorbilidades (diabetes mellitus, hipertensión arterial (HTA), obesidad y tabaquismo), posología iPCSK9, tiempo en tratamiento, nivel basal de colesterol LDL (cLDL), colesterol HDL (cHDL) y colesterol total (cT). La efectividad se evaluó mediante el porcentaje de reducción de los niveles de cLDL y cT, y porcentaje de aumento de niveles de cHDL a las 12 y 24 semanas de tratamiento respecto al valor basal. La seguridad se analizó mediante los efectos adversos (EA) detectados. La adherencia se midió mediante las dispensaciones registradas en el módulo de pacientes externos (FarmaTools®). Fuente de datos: historia clínica y FarmaTools®. Análisis estadístico: SPSS versión 22.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 53 pacientes, 71,7% hombres, de edad media 60 años [43-78]. Veintinueve (54,7%) pacientes tenían diagnóstico de ECV, 18 (34%) HF y 6 (11,3%) DM. El 54,7% tenían HTA, el 22,6% diabetes, el 17% obesidad (IMC > 30) y el 17% fumaban. Veintidós (41,5%) pacientes se trataron con Evolocumab, 31 (58,5%) con Alirocumab (30,2% con Alirocumab 150mg y 28,3% con Alirocumab 75mg). El tiempo medio en tratamiento fue de 56 semanas [27-98]. El 100% de los pacientes recibieron tratamiento previo con estatinas y de ellos, el 73,5% llevaban asociada ezetimiba. De los tratados con Evolocumab, las medianas de cHDL, cLDL, y cT basales fueron: 44mg/dL [34-72]; 112mg/dL [101-201] y 189mg/dL [160-328], respectivamente. Y las medianas de reducción a las 12 y 24 semanas: cHDL12:0%; cLDL12:-66% y cT12:-34,4%; cHDL24:+16%; cLDL24:-59% y cT24:-35%. De los tratados con Alirocumab, las medianas de cHDL, cLDL, y cT basales fueron: 48mg/dL [19-101]; 142mg/dL [103-262] y 217mg/dL [124-338], respectivamente. Y las medianas de reducción a las 12 y 24 semanas: cHDL12:-4,2%; cLDL12:-60,6% y cT12:-41%; cHDL24:+5,2%; cLDL24:-56,7% y cT24:-35%. La reducción del cLDL, a las 12 y 24 semanas, con ambos tratamientos fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$), observándose un mayor porcentaje de reducción de cLDL en los pacientes tratados con Evolocumab, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$). De los 26 (49%) pacientes en los que estaba recogido en la historia clínica si tuvieron o no EA, ninguno presentó efectos adversos. Y el 100% continúa en tratamiento. El 62,3% de los pacientes (n=33) presentaban un 100% de adherencia, el 18,8% entre 90-98% (n=10) y el 19,8% de entre 74-86% (n=10).

CONCLUSIONES

Alirocumab y Evolocumab parecen ser efectivos al mostrar una reducción significativa de los niveles de cLDL y cT tras 24 semanas de tratamiento. Respecto al perfil de seguridad, ningún paciente ha precisado la suspensión del tratamiento. Son necesarios estudios posteriores que confirmen resultados y evalúen los EA a largo plazo. El grado de adherencia fue elevado en la mayoría de los pacientes siendo la media del 94%.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2714. ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES DE FRACTURAS VERTEBRALES TRAS LA SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO CON DENOSUMAB

AUTORES

IBÁÑEZ CARRILLO M, GONZÁLEZ FERNÁNDEZ A, MARTÍN GOMIS R, MARTÍNEZ PÉREZ S, MATOSES CHIRIVELLA C, JIMÉNEZ PULIDO IP, PERAL BALLESTER L, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. C/CAMINO DE LA ALMAZARA. ALICANTE

OBJETIVOS

Analizar la relación de causalidad entre la aparición de eventos adversos de tipo fracturas óseas vertebrales y la suspensión del tratamiento con denosumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tras la publicación de una nota informativa del 5/06/2019 de la AEMPS en la que se advierte del posible riesgo de fracturas vertebrales tras la suspensión del tratamiento con denosumab, se realiza un análisis de los casos de fracturas vertebrales notificados al Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano (SEFV-H) en nuestro departamento en el año 2019.

Se analizan los datos demográficos y clínicos de la historia clínica digitalizada de los pacientes: edad, sexo, última dosis de denosumab administrada y fecha de aparición del evento adverso.

Para el análisis de causalidad se utilizó el Algoritmo de Naranjo, que consiste en 10 preguntas para establecer el grado de causalidad entre un fármaco y la aparición de una reacción adversa (RA), de modo que permite clasificar un RA en Definida (≥ 9 p), Probable (5-8 p), Posible (1-4 p) o Dudosa (≤ 0 p).

RESULTADOS

Se analizaron 6 casos de fracturas vertebrales múltiples descritos en el año 2019. Los pacientes en tratamiento con denosumab en nuestro departamento durante 2019 fueron 1348 pacientes (104 hombres y 1244 mujeres).

De entre los casos notificados, 2 eran hombres y 4 mujeres con una media de edad entre 65 ± 5 años. El tiempo transcurrido entre la suspensión del tratamiento y la aparición de la reacción adversa fue de 10 ± 6 meses.

El análisis mediante el Algoritmo de Naranjo mostró una relación causal posible para todos los casos notificados, con una puntuación de 4 puntos.

CONCLUSIONES

Todos los casos de fracturas vertebrales notificados en nuestro departamento durante el año 2019 tuvieron una relación causal posible con la suspensión del tratamiento con denosumab.

Por tanto, es importante contemplar la posibilidad de fracturas vertebrales tras la suspensión del tratamiento con denosumab y realizar una monitorización estrecha del paciente en caso de suspender o discontinuar dicho fármaco.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2715. EVALUACIÓN DE RECLAMACIONES AL SERVICIO DE FARMACIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA ASISTIDA

AUTORES

IBÁÑEZ CARRILLO M, GONZÁLEZ FERNÁNDEZ A, MIRALLES ANDREU G, ROCHINA ASTORGA A, MATOSES CHIRIVELLA C, MURCIA LÓPEZ AC, JIMÉNEZ PULIDO IP, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. C/CAMINO DE LA ALMAZARA. ALICANTE

OBJETIVOS

Con la implantación de un sistema de Prescripción Electrónica Asistida (PEA) se evitan las transcripciones posteriores de los órdenes médicos en el Servicio de Farmacia, y con ello posibles errores y retrasos en la actualización de los tratamientos.

El objetivo de este estudio fue analizar las causas de reclamaciones por falta de medicación y como han evolucionado antes y después de la implantación de un programa de PEA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de reclamaciones de medicación al Servicio de Farmacia desde Enero de 2017 a Diciembre de 2019.

La implantación del sistema de PEA ADP-ATHOS-Prisma® fue desde Enero a Mayo de 2018. Por tanto, se analizaron los datos recogidos durante el año 2017 (previo a la implantación de la PEA) y el año 2019 (posterior a la implantación).

Las reclamaciones se dividieron según las causas en:

- Reclamaciones sin causa conocida.
- Errores de Farmacia (prescripciones mal transcritas o no correctamente dispensadas).
- Orden médica posterior al horario de dispensación.
- Reclamaciones de la Unidad de Hospitalización (UH) no justificada.

De esta forma obtuvimos el porcentaje de reclamaciones totales por cada cien dosis dispensadas (R/100d) y el porcentaje de reclamaciones debidas a errores de Farmacia por cada cien dosis dispensadas (RF/100d).

RESULTADOS

El número de reclamaciones anuales antes y después de la implantación del PEA fue: reclamaciones sin causa conocida (7608 vs 6278); errores de Farmacia (2410 vs 207); orden médica posterior al horario de dispensación (19416 vs 9303); y reclamaciones de la UH no justificada (5600 vs 661). El número total de incidencias fue menor tras el cambio (35034 vs 25186), observándose una distribución de las causas de estas reclamaciones distinta.

Se observó una reducción del 1.2% en las reclamaciones sin causa conocida; 11.6% en las reclamaciones por errores de farmacia; 2.1% en las reclamaciones por órdenes médicas posteriores al horario de Dispensación; y un 8.5% en reclamaciones de la UH.

El R/100d antes y después de la implantación del PEA fue: 3,29 vs 2.12. Mientras que el RF/100d antes y después de la implantación fue: 0,23 vs 0,06. Por tanto, los errores debidos al Servicio de Farmacia se ven reducidos tras la implantación de un PEA consiguiendo un circuito prescripción-dispensación mucho más eficiente.

CONCLUSIONES

Con la implantación de un PEA se reducen en número las reclamaciones asociadas al retraso en la cadena de actualización de tratamientos por parte del médico y posterior transcripción en el Servicio de Farmacia, siendo debidas en mayor medida a órdenes médicas posteriores al horario de dispensación de la medicación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL**2755. IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO ELECTRÓNICO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA****AUTORES**

CANO MOLINA JA, MARTÍNEZ GÓMEZ G, PAREJA RODRÍGUEZ DE VERA A, DÍAZ RAMÓN M, LAORDEN CARRASCO A, SÁEZ GARRIDO M, RUIZ GÓMEZ A, MARTÍNEZ IBÁÑEZ MÁ
HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N, 30120. MURCIA

OBJETIVOS

Las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) son aquellas que se producen en los 30 días siguientes a la intervención y representan un 20 % de las infecciones en pacientes hospitalizados, consecuentemente aumentan los costes y mortalidad. De este hecho surge la necesidad de protocolizar el proceso de profilaxis antibiótica quirúrgica (PAQ), usando para ello un programa de prescripción electrónica asistido (PEA). La profilaxis antibiótica consiste en la administración de una dosis de antibiótico, 30-60 minutos antes de la cirugía, que cubra la mayoría de microorganismos involucrados en la ISQ.

El objetivo de nuestro trabajo es analizar los resultados del primer mes de implantación del registro de profilaxis quirúrgica mediante PEA en quirófano de urología, evaluando la correcta prescripción, administración, duración y existencia de infección postquirúrgica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía del Servicio de Urología durante el primer mes tras la implantación de los protocolos y el registro electrónico. El programa de prescripción electrónica (Silicon®) proporcionó los protocolos prescritos a cada paciente así como los datos demográficos (sexo, edad), mientras que a través del programa de historia clínica electrónica (Selene®) se comprobó su adecuación, correcta administración, y si se produjo infección postquirúrgica junto con reingresos.

RESULTADOS

Se realizaron 53 intervenciones, la media de edad de los pacientes fue de 62 años (27-85), el 28 % fueron mujeres y el 72 % hombres. Solo 2 de las intervenciones no precisaron profilaxis quirúrgica. De las 51 restantes, 6 de los pacientes estaban en tratamiento antibiótico previo a la intervención evitando la PAQ, mientras que en 8 pacientes la administración se realizó en el momento inadecuado, considerado tiempos inferiores a 30 minutos previos a la cirugía. En 4 de las intervenciones la duración de la profilaxis fue incorrecta, alargándose durante más de 24 horas.

En el escenario postquirúrgico se produjeron 7 ISQ. De estas, se identificó falta de profilaxis en 2 por motivos desconocidos, y administración errónea de otro antibiótico en otras 2 intervenciones. En las 3 restantes el proceso de prescripción y administración se realizó correctamente.

En relación con los reingresos, 5 de los 7 pacientes precisaron reingreso durante los 30 días siguientes para tratar la infección postquirúrgica.

CONCLUSIONES

La implantación de la prescripción electrónica asistida en el ámbito de la profilaxis antibiótica quirúrgica parece mejorar la adecuación y calidad de la misma, y de esta forma poder tener registro electrónico de la administración en quirófano, hasta ahora inexistente puesto que solo se recogía la información en papel. Se siguen requiriendo nuevas acciones, principalmente en cuanto a formación, para mejorar la administración en el momento correcto, además de que el antibiótico administrado sea el adecuado al tipo de cirugía según las guías regionales de profilaxis quirúrgica.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL**2778. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO, ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOSIMILARES.****AUTORES**

ÁLVAREZ MARTÍN T, CUESTA LÓPEZ I, PÉREZ BLANCO AI, OLIER MARTINEZ P, CASTAÑEDA MACÍAS I, RUANO DE LA TORRE R, ALONSO DE PABLO V, FERNANDEZ GARCIA ME
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA. Pº DE SANTA BÁRBARA, S/N, 42005 SORIA. SORIA

OBJETIVOS

Evaluar el conocimiento de los pacientes sobre su tratamiento y sobre fármacos biosimilares (BS), así como la aceptación del tratamiento con BS y su satisfacción después del cambio de un biológico original por su BS.

MATERIALES Y MÉTODOS

El Servicio de Farmacia acordó con los diferentes servicios implicados el intercambio o switch de todos los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos, bajo la supervisión y visto bueno de la Comisión de Farmacia y Terapéutica y la Dirección Médica del centro.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal (abril-julio 2019) en pacientes en tratamiento con uno de los siguientes biológicos de referencia: adalimumab (Humira®) o etanercept (Enbrel®), en los que se realizó switch al BS correspondiente.

Se determinó el conocimiento de los pacientes sobre su tratamiento mediante una entrevista con el farmacéutico utilizando un cuestionario diseñado para la realización de este estudio (11 preguntas). La primera parte evaluó el conocimiento sobre el fármaco dispensado (4) y si el paciente deseaba recibir información sobre BS (3). Transcurridas al menos 8 semanas desde el cambio, se evaluó mediante la segunda parte del mismo cuestionario la aceptación del

cambio al BS y la satisfacción de los pacientes (4). Se proporcionó información (oral y/o escrita) en el momento del switch.

Otras variables recogidas fueron: sexo, edad, nivel de estudios, indicación del fármaco y tiempo en tratamiento previamente al switch (meses).

Se recogieron los datos en una hoja Excel y se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas. Se obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación con Medicamentos del área.

RESULTADOS

Se incluyeron 67 pacientes, un 65,7% tratados con adalimumab. El 46,3% fueron mujeres. La mediana de edad fue de 58 (47-66) años. La distribución según nivel de estudios fue: 32,8% sin estudios/estudios primarios, 37,4% estudios secundarios y 29,8% estudios superiores. La distribución según la indicación del fármaco fue: 50,8% artritis reumatoide, 13,4% artritis psoriásica, 10,4% espondiloartritis, 9% enfermedad de Crohn y 16,4% otras patologías (psoriasis, uveítis, hidradenitis entre otras). La mediana de tiempo en tratamiento antes del switch fue de 49 (29-88) meses.

El 47,8% de los pacientes conocían qué es un medicamento biológico y el 41,8% qué es un BS. El 58,2% sabían que recibían tratamiento con un fármaco biológico y el 64,2% deseó recibir información sobre BS. El 65,6% fueron informados del switch por el farmacéutico. Se entregó información al 79,1% de los pacientes. La mediana de puntuación obtenida en cuanto a la aceptación del cambio por el BS y la manera en que éste fue explicado fue de 3 y 5 (sobre 5), respectivamente. El 29,8% notó diferencias en la administración (65% mayor dificultad). Se realizó un switch back para reintroducir el fármaco original en un 8,9%.

CONCLUSIONES

El número de pacientes que desconoce información sobre su tratamiento y/o el tipo de medicamentos que recibe es elevado. En general, la aceptación tras el cambio es satisfactoria, aunque mejorable. Es necesario continuar trabajando para mejorar la información y formación que reciben los pacientes, generar confianza y de esta manera aumentar su satisfacción.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2780. MANEJO DE LOS DISPOSITIVOS PARA EL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO

AUTORES

FRESQUET MOLINA R, GIMENO GRACIA M, GRACIA PIQUER R, PARDO JAIRO MDP, VINUESA HERNANDO JM, GOMEZ RIVAS P, APESTEGUÍA EL BUSTO A, BONAGA SERRANO B
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES. AVENIDA SAN JUAN BOSCO Nº15. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Evaluar el conocimiento y la percepción de los pacientes sobre el dispositivo empleado para el tratamiento con hormona de crecimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en un hospital de tercer nivel. Se diseñó una encuesta para los padres/tutores de pacientes en tratamiento con hormona de crecimiento que incluía: marca comercial, tipo de dispositivo, responsable de la formación para la administración, administración completa de los cartuchos (incluso empleando dos cartuchos para completar una dosis), facilidad de contacto con el laboratorio y satisfacción general. Las encuestas fueron realizadas en el acto de la dispensación hospitalaria durante el periodo de agosto 2018 a noviembre 2018.

Los datos fueron tratados con Excel.

RESULTADOS

De un total de 28 encuestas la frecuencia de pacientes en tratamiento con cada uno de los dispositivos fue 28,5% Humatrope®, 21,3% Saizen®, 17,8% Omnitrope®, 14,1% Genotonorm®, 10,7% Norditropin®, 3,8% Zomacton® y 3,8% Nutropin®. Zomacton® y Nutropin® se excluyeron del estudio ya que solo había un paciente en cada una de ellas.

Todos los dispositivos emplean plumas (multidosis) excepto Genotonorm® que utiliza jeringa precargada (unidosis). La formación para la correcta administración del fármaco fue llevada a cabo por el laboratorio en el 100% de los casos con Humatrope® y Saizen®, 80% Omnitrope®, 66% Norditropin® y 50% Genotonorm®.

Administración completa de los cartuchos fue del 35% de los pacientes con Humatrope®, 50% Saizen®, 66% Norditropin®, 80% Omnitrope® y 100% Genotonorm®. En el purgado del dispositivo el paciente pierde fármaco en el 87% de los pacientes con Humatrope®, 66% Saizen®, 33% Norditropin®, 20% Omnitrope® y Genotonorm® en el 0%.

La facilidad de contacto del paciente con el laboratorio para suministro de agujas y resolución de dudas/incidencias con el dispositivo fue fácil en el 17% de los pacientes con Saizen®, 25% Humatrope®, 40% Omnitrope®, 66% Norditropin® y en Genotonorm® no hubo necesidad de contacto.

La satisfacción global con el dispositivo fue del 100% en Omnitrope®, Norditropin® y Genotonorm®, 87,5% con Humatrope® y 83,3% con Saizen®.

CONCLUSIONES

Los dispositivos con formato unidosis aprovechan la totalidad de la dosis del cartucho, mientras que las especialidades multidosis solo se aprovecha cuando la dosis prescrita es múltiplo de la dosis total del cartucho o mediante dos inyecciones.

Las especialidades multidosis presentaron una mayor complejidad en la manipulación, por tanto, es necesario un contacto sencillo con el laboratorio para garantizar un tratamiento continuo y seguro. La falta de conocimiento sobre el dispositivo renúnda en una pérdida de fármaco y, por tanto, una disminución de eficiencia.

Este estudio nos ha servido para ver los puntos débiles en el manejo del dispositivo y como punto de partida de nuevas estrategias de atención farmacéutica en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2785. IMPLICACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN LA CONSECUCCIÓN DE RESULTADOS EN SALUD DE PACIENTES HEPATITIS C: HOSPITAL VS.CENTRO PENITENCIARIO.

AUTORES

GARCÍA RODICIO S, CASTELLÓ NORIA Á, VIÑAS SAGUÉ L, SACREST GÜELL R
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR JOSEP TRUETA. AVENIDA FRANÇA S/N. GIRONA

OBJETIVOS

1/Analizar el impacto de la implicación del farmacéutico en el seguimiento del indicador de salud del hospital referente a pacientes tratados de hepatitis C (VHC). 2/ Comparar los datos con una serie de pacientes tratados en un Centro Penitenciario (CP) durante el mismo periodo. 3/ Detectar oportunidades de mejora en el seguimiento de pacientes en el CP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes VHC tratados durante 2019 en un hospital que, como objetivo institucional, tiene alcanzar un % de pacientes con respuesta viral sostenida a las 12 semanas. Se cuantificó los pacientes que no acudieron a su analítica post 12 y requirieron intervención (llamadas telefónicas) de Farmacia y/o Digestivo para realizar su control. Se analizó la repercusión que esta intervención había tenido en el resultado global del hospital.

De forma paralela se revisó la serie tratada en un CP durante el mismo periodo, y se compararon los datos con la serie hospitalaria. En esta serie no se realizó ninguna intervención.

RESULTADOS

Durante 2019 se trataron en el hospital 46 pacientes, de los que 44 ya han alcanzado la semana post12 del tratamiento en el momento de la revisión.

La respuesta global del hospital fue de un 86% [IC95%:76-96] de pacientes con Respuesta viral sostenida (RVS) a las 12 semanas. De los 38/44 pacientes con RVS, 6 acudieron a realizarse la analítica gracias a la intervención realizada, por lo que sin ésta el resultado global hubiera sido de un 72% [IC95%: 59-86].

Además, en 3/44 pacientes no se pudo hacer seguimiento por vivir en el extranjero, 2/44 no tienen analítica posiblemente retrasada por periodo COVID y en 1/44 se objetivo una recidiva.

En el CP se trataron 29 pacientes, con una respuesta global del 62% [IC95%: 44-79]. En un 38% (11/29) no se disponía de CV- post12. Al revisar la serie se vio que 2/11 pacientes eran exitus por causas ajenas a la VHC, 4/11 ya no estaban internados en el CP y no tenían seguimiento, en 1/11 no se había realizado el análisis y 4/11 posible retraso por ser la analítica en periodo COVID.

CONCLUSIONES

1/La implicación del farmacéutico permite optimizar la calidad de los resultados en salud de los tratamientos de VHC evitando la pérdida de datos. 2/ La pérdida de seguimiento parece mayor en la serie penitenciaria, en especial en los internos en libertad. 3/ La existencia de indicadores institucionales de resultados en salud con implicación del farmacéutico, permitiría optimizar la información referente a los resultados globales y potenciar la continuidad asistencial en pacientes en libertad.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2792. EVALUACIÓN DE LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ADMINISTRACIÓN VÍA PARENTERAL A LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS

AUTORES

SORIANO IRIGARAY L, MURCIA LÓPEZ AC, MATOSES CHIRIVELLA C, JIMENEZ PULIDO I, GARCIA MONSALVE A, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CAMINO DE LA ALMAZARA Nº 11. ALICANTE

OBJETIVOS

La Guía de Buenas Prácticas de Preparación (GBPP) propone una matriz de riesgo para la valoración de las preparaciones estériles con el fin de determinar el nivel de calidad en el proceso de preparación.

El objetivo es evaluar el nivel de riesgo de las preparaciones de mezclas intravenosas realizadas en el servicio de farmacia (SF) de un de tercer nivel aplicando la matriz de riesgo propuesta por la GBPP y analizar las preparaciones estériles que precisan un cambio de lugar de elaboración y las medidas a tomar en cada caso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo de un mes de duración en el área de preparación de estériles del SF, en el que se analizó el nivel de riesgo de las preparaciones estériles en base a la GBPP. El nivel de riesgo obtenido según la matriz teniendo en cuenta el proceso de preparación, vía de administración, perfil de seguridad, unidades

preparadas, distribución de la preparación y susceptibilidad de contaminación microbiológica permitiendo la clasificación en preparaciones de riesgo alto, medio o bajo. La GBPP establece que las preparaciones de riesgo medio y alto siempre se deben elaborar en el servicio de farmacia bajo cabina de flujo laminar con entorno controlado. Las preparaciones de riesgo bajo son las únicas aceptadas para su elaboración en la unidad de enfermería en planta. Para la preparación de mezclas parenterales, el SF dispone de una sala blanca con presión positiva con cabina de flujo laminar horizontal.

RESULTADOS

Se analizaron 86 preparados estériles diferentes, 74 (85%) fueron preparaciones de riesgo medio y 12 (15%) preparaciones de riesgo bajo. Ninguna preparación resultó clasificada como de riesgo alto. Las preparaciones obtenidas de riesgo bajo y elaboradas en el SF fueron: Anidulafungina, Caspofungina, Dalbavancina, Tigeciclina, Ceftazidima/Avibactam, Ceftolozano/Tazobactam, Aztreonam, Linezolid, Lacosamida, Ig Antihepatitis B Cloruro sódico hipertónico al 3% y Eculizumab^[1,2,3]. Anidulafungina, Caspofungina, Dalbavancina, Tigeciclina Ceftazidima/Avibactam y Ceftolozano/Tazobactam, justificaron la continuidad de su preparación SF por ser antibióticos/antifúngicos de uso controlado/ restringido y por razones de control de stock. Además la preparación de Ceftazidima/Avibactam permitía la optimización de viales en pacientes con insuficiencia renal. Aztreonam, Linezolid y Lacosamida justificaron su preparación en el SF por optimización de viales. En el caso de la Ig Antihepatitis B, se recomendó transferir su preparación a las unidades de hospitalización junto con las instrucciones necesarias. Por último, Eculizumab justificó su preparación en el SF para un mayor control del stock y utilización del fármaco dado el elevado coste.

CONCLUSIONES

Existe un alto porcentaje de mezclas intravenosas prescritas y preparadas en el SF consideradas de riesgo medio y que por tanto, justifica su preparación en sala blanca en el SF. Sin embargo, la limitada capacidad de los SF para preparar todos los medicamentos, obliga a una gestión eficiente de los recursos y del tiempo para seleccionar qué productos de mayor riesgo deben ser preparados en las unidades centralizadas de forma prioritaria.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2797. ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE LAS HERRAMIENTAS DE PRESCRIPCIÓN Y DE ADMINISTRACIÓN EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS DE DOS HOSPITALES

AUTORES

VILA CURRIUS M, TORO BLANCH C, ORTIZ BALLUJERA P, BARÓ SERRA A, ABOAL VIÑAS J, ARTIME RODRIGUEZ-HERMIDA F, LOPEZ NOGUERA Q, SACREST GÜELL R
HOSPITAL UNIVERSITARI DR. JOSEP TRUETA. AVINGUDA DE FRANÇA, S/N. GIRONA

OBJETIVOS

Mejorar y unificar las herramientas de prescripción y de administración en el programa de gestión clínica de tres unidades de críticos de dos hospitales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se identificó la necesidad de crear las recomendaciones de prescripción y administración del programa de gestión clínica Centricity Critical Care[®] para mejorar y estandarizar la información de los medicamentos de mayor prescripción de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y de la Unidad Coronaria (UCO). Para ello, se constituyó un grupo multidisciplinar formado por dos médicos intensivistas, un cardiólogo y dos farmacéuticas. Se consultaron diferentes fuentes de información como fichas técnicas, UpToDate[®], Micromedex[®], Mensa[®], Stabilis[®], entre otras. Una vez definida la base de datos en el programa de gestión clínica, se hizo formación a los profesionales y se implementó en 3 unidades de críticos: UCI (18 camas) y UCO (8 camas) de un hospital de referencia provincial y UCI (8 camas) de un hospital comarcal. Ambos hospitales comparten una alianza estratégica.

RESULTADOS

Se realizaron 478 fichas de medicamentos: 245 de administración oral y/o por sonda, 181 de uso parenteral y 52 por otras vías de administración.

Por cada medicamento se indicó: presentación farmacéutica, unidades de medida permitidas, vías de administración, interacciones farmacológicas relevantes, efectos adversos frecuentes o de mayor gravedad, precauciones, contraindicaciones, ajuste posológico en insuficiencia renal y/o hepática y condiciones de conservación. Se identificaron los fármacos de alto riesgo así como los medicamentos peligrosos y sus recomendaciones de manipulación según forma farmacéutica y vía de administración.

También se crearon 799 protocolos de prescripción con las pautas posológicas ya definidas según cada indicación y vía de administración. En los protocolos de medicamentos orales y/o por sonda (n=442), se informó de la compatibilidad con los alimentos y la nutrición enteral así como las técnicas de trituración o dispersión específicas de cada medicamento.

En las pautas de medicamentos de uso parenteral (n=299) se definieron las recomendaciones de reconstitución y dilución del fármaco ajustando al mínimo volumen para reducir la entrada de líquidos, fluidos compatibles, recomendaciones de administración, estabilidad de la mezcla y administración por vía única si procedía. Se indicaron los antibióticos que se administraban en perfusión extendida.

En las perfusiones continuas, también se estandarizaron las concentraciones de la preparación, el diluyente, las unidades de prescripción, los rangos posológicos y las dosis máximas permitidas.

El resto de protocolos de prescripción (n=58) eran fármacos por otras vías de administración.

CONCLUSIONES

La estandarización de las recomendaciones para el uso de los medicamentos de las unidades de críticos mediante la constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar ha permitido unificar la prescripción y la administración de medicamentos, con la finalidad de mejorar la seguridad del paciente y facilitar el trabajo de los profesionales implicados.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2840. PROYECTO HUMANIZACIÓN RINGFARMA, LA LLAMADA DE FARMACIA.

AUTORES

URDA ROMACHO J, HIERRO PEDROSA CM, RUBIO CALVO D, VELA ENRIQUE F, AZNAR RODRIGUEZ M, TORRES RODRIGUEZ MDC, PASCUAL PEREZ GM, CASTRO VIDA MA
HOSPITAL DE PONIENTE. CTRA. ALMERIMAR S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS

La Consulta Externa de Farmacia (CEF) suele ser el último lugar al que el paciente acude dentro del circuito hospitalario. En muchas ocasiones llega sobrecargado de información y muy preocupado por su nueva enfermedad, no siendo capaz de asimilar toda la información que se le ofrece sobre el nuevo tratamiento que ha de iniciar. El objetivo del estudio es desarrollar un proyecto de comunicación entre paciente y profesionales de CEF para ayudar a los pacientes a comprender, recordar y cumplir el tratamiento que se le ha prescrito, detectar posibles problemas relacionados con la medicación (PRM) e incrementar el grado de satisfacción con la atención recibida en la CEF.

MATERIALES Y MÉTODOS

Proyecto iniciado en abril 2019, en la CEF de un hospital comarcal. Se incluyeron 3 tipos de pacientes; Tipo 1: aquellos que, tras un diagnóstico reciente, pueden presentar mayor impacto psicológico; Tipo 2: los que inician tratamiento con dispositivos que requieren manipulación específica y Tipo 3: los que por sus condiciones especiales (idioma, edad...) se considere que necesitan un refuerzo de la información recibida en la primera visita a Farmacia (PVF). Cuando el paciente acude por primera vez a la CEF se le ofrece toda la información necesaria para iniciar su tratamiento y se le incluye en un programa de seguimiento, realizándole una llamada telefónica a los 3 – 5 días tras el inicio de la nueva medicación. En caso de no contactar con el paciente, se realizan 2 nuevos intentos en horarios diferentes. Durante la llamada telefónica se comprueba que el paciente toma la medicación siguiendo lo indicado en la prescripción médica y según las recomendaciones del farmacéutico. Además, se pregunta por posibles efectos adversos (EA) y se resuelven posibles dudas acerca del nuevo tratamiento. En la segunda visita a la CEF se le entrega una encuesta de satisfacción. Este trabajo se engloba dentro del Proyecto de Humanización llevado a cabo en nuestro hospital.

RESULTADOS

Datos recogidos entre abril 2019- enero 2020. Pacientes incluidos: 76. Llamadas realizadas al 100% de los pacientes, 51 pacientes (67,1%) contestaron a la llamada. El 46,1 % de los pacientes se clasificaron como Tipo 1, el 34,2 % Tipo 2 y el resto se clasificaron como Tipo 3. 21 pacientes (27,6%) reportaron algún EA a la medicación, de los cuales, 18 evolucionaron favorablemente y tres cambiaron tratamiento por mala tolerancia (tras contacto con médico responsable). En cuanto a las encuestas de satisfacción, el 88,1% de los pacientes reportaron que la llamada les resultó de utilidad y el 100% señalaron estar satisfechos o muy satisfechos tanto con la atención recibida en la PVF como con la llamada telefónica.

CONCLUSIONES

La llamada telefónica tras inicio de tratamiento refuerza la información dada en CEF durante la PVF y permite intervenir precozmente en la detección y resolución de PRM. Un elevado porcentaje de pacientes consideran útil el proyecto, mostrando un alto grado de satisfacción tanto con la llamada telefónica como con la atención recibida en la CEF.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2880. ANÁLISIS MODAL DE FALLO Y EFECTO APLICADO A LA GESTIÓN DE LOS DESABASTECIMIENTOS DE ANTI-BIÓTICOS

AUTORES

GARCÍA YUBERO C, PORTILLO HORCAJADA L, MILJKOVIC N, MALMIERCA CORRAL E, SAWERS PINEDA A, MARQUEZ DATU C, GARCÍA FERNÁNDEZ C, MARTÍNEZ HERNÁNDEZ A
HOSPITAL INFANTA SOFIA. Pº. DE EUROPA, 34. MADRID

OBJETIVOS

Aplicar la herramienta basada en análisis modal de fallo y efecto (AMFE) adaptada al entorno sanitario (HFMEA: Healthcare Failure Mode and Effect Analysis), en la gestión de los desabastecimientos de antibióticos. Desarrollar un plan de acciones preventivas para evitar sus riesgos.

MATERIALES Y MÉTODOS

En un hospital universitario de 300 camas, y con la supervisión de un experto internacional perteneciente a la Red de Investigación sobre Escasez de Medicamentos englobado en el Programa de Cooperación Europea en Ciencia y Tecnología (COST), se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por 4 farmacéuticos, dos técnicos de farmacia, el responsable de enfermedades infecciosas y el responsable de calidad. El experto realizó una sesión formativa inicial y en total se establecieron 3 reuniones de trabajo de dos horas de duración en un periodo de 5 días. Se elaboró un diagrama de flujo correspondiente al proceso de sustitución de un antibiótico ante un desabastecimiento, se identificaron los modos de fallos (FM), sus posibles causas (FMC) y eventos adversos derivados de estos. Los FM y FMC se puntuaban en función de la gravedad (1-4), frecuencia (1-4). En aquellas FMC > 8 se propusieron acciones destinadas a controlarlas, eliminarlas o bien se aceptaban. Posteriormente, se evaluó la efectividad de las medidas.

RESULTADOS

Se realizó un mapa de riesgo donde se identificaron 5 subprocesos con 10 FM y 16 FMC asociados, cuantificados como (x;y): selección de la alternativa más adecuada según espectro de actividad (2;4), revisión de las características del paciente previo a la realización de la sustitución automática (2;3), revisión de las características del antibiótico (2;3), comunicación sobre el cambio al personal sanitario (2;3) y monitorización del paciente tras cambio de antibiótico (2;3). Se obtuvo una puntuación > 8 en 9 FM y en 15 FMC. Los FM con puntuación más alta fueron: alternativa no disponible a tiempo para ser prescrita en el sistema de prescripción electrónica (SPE), información del cambio no llega a todos los profesionales sanitarios y seguimiento del paciente no realizado correctamente después de la sustitución automática. La falta de tiempo demostró ser la FMC principal en más de la mitad de los subprocesos (3/5). Se excluyeron 3 FMC > 8 del análisis puesto que ya existían medidas correctoras efectivas para su control. Se propusieron 13 acciones para eliminar 11 FMC, se acepta una FMC y se propone una única medida para controlar una FMC. Esta medida fue el establecimiento de un sistema automático de cruce de datos de laboratorio con la historia clínica y sistema de alerta automático en el SPE. Tras su implementación se obtuvo una disminución en un 62.5% en la probabilidad de ocurrencia de un fallo en la monitorización adecuada del paciente.

CONCLUSIONES

La aplicación de la metodología AMFE adaptada al entorno sanitario permitió identificar los puntos críticos del proceso de sustitución de antibióticos ante un desabastecimiento e implementar medidas efectivas para prevenir fallos. Sería deseable aplicar de forma habitual en todos los ámbitos de atención médica la evaluación de riesgos prospectiva como un medio para mitigar los efectos de los cada vez más frecuentes desabastecimientos de medicamentos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2893. SELECCIÓN DE INTERACCIONES GRAVES PARA DISMINUIR LA FATIGA DE ALERTAS EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA

AUTORES

MARTÍNEZ SOTO AM, CABALLERO REQUEJO C, AGUILAR MOÑINO E, GIL CANDEL M, SALAR VALVERDE I, PASTOR MONDÉJAR C, ONTENIENTE CANDELA M, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS

Optimizar las alertas sobre interacciones fármaco-fármaco según el criterio de tres bases de datos de interacciones medicamentosas (BDIM) que cumplen los criterios mínimos de calidad estructural establecidos por Rodríguez-Terol et al1.

MEJORAS ESPERADAS

Agilizar el proceso de prescripción y validación en un programa de prescripción electrónica asistida (PEA), aumentando la calidad del mismo, así como evitar errores relacionados con la medicación.

DISEÑO

Por parte del Servicio de Farmacia se consultaron las BDIM BotPlus®, Lexicomp® y Micromedex®, tras la constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Se obtuvieron las interacciones relevantes entre productos en guía hospitalaria recogidas en la PEA. Éstas procedían de la BDIM BotPlus®.
2. Dichas interacciones se clasificaron por principio activo, analizando su efecto, mecanismo de acción y observaciones relevantes.
3. Tras esto, se compararon con la BDIM Lexicomp®. Se seleccionaron únicamente las interacciones descritas como nivel riesgo D (considerar modificación) o X (evitar asociación) analizando su gravedad, fiabilidad, efecto y recomendación o alternativa.
4. Cuando se encontraron discordancias entre ambas BDIM, se analizaron en una tercera (Micromedex®).
5. Se seleccionaron aquellas interacciones que aparecieron en al menos 2 de las 3 BDIM estudiadas y cumplían los criterios de selección.
6. Finalmente, en el grupo de trabajo se seleccionaron las interacciones clínicamente relevantes así como el mensaje que debía aparecer en la PEA.

IMPLANTACIÓN

El estudio se realizó durante los meses de enero-febrero del 2020.

RESULTADOS

De la BDIM BotPlus® se obtuvieron: 3450 interacciones fármaco-fármaco entre los diferentes productos en guía hospitalaria. Tras seleccionarlas por principio activo se encontraron un total de 513 interacciones, estando descritas como GRAVES 203.

Al compararlas con la BDIM Lexicomp®, 193 de las 513 interacciones totales fueron clasificadas como riesgo D o X independientemente de la gravedad, de evidencia y de documentación. De ellas, 136 fueron graves y 56 moderadas. Comparando ambas BDIM encontramos que de las 193 interacciones comunes, sólo 51 interacciones fueron consideradas graves en ambas bases de datos. Además se encontraron 208 discordancias entre las dos BDIM, con respecto a las 513 interacciones iniciales, de las cuales 97 fueron clasificadas como graves en Micromedex®.

Se obtuvieron un total de 199 interacciones descritas, tanto graves como moderadas en al menos 2 de las 3 BDIM estudiadas. Finalmente se seleccionaron 143 interacciones que aparecían como graves en al menos 2 de las 3 BDIM.

LIMITACIONES

1. Alta discordancia entre BDIM
2. Diferente criterios de gravedad entre BDIM
3. El perfil de interacciones puede variar en diversos ámbitos en función de las prácticas habituales de prescripción.
4. La incidencia de interacciones, su gravedad y las estrategias de reducción de riesgos están poco definidas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La notificación de interacciones farmacológicas facilita tanto la labor del clínico en la prescripción farmacológica como la del farmacéutico en la validación, evitando potenciales problemas relacionados con la medicación. La elevada aparición de notificaciones en los programas PEA puede causar una fatiga de alertas, dejando éstas de ser útiles. Por tanto, la selección de las notificaciones de interacciones farmacológicas según su relevancia clínica y gravedad, así como su comparación en diferentes BDIM, es una herramienta aplicable a todos los hospitales en los que se disponga de un programa PEA.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2954. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TOLVAPTAN EN EL TRATAMIENTO DE LA POLIQUISTOSIS AUTOSÓMICA DOMINANTE: SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MANEJO DE RIESGOS.

AUTORES

MARTINEZ NIETO C, SERRA LÓPEZ-MATENCIO JM, QUIROGA GILI B, AGUILAR ROS A, RAMÍREZ HERRAIZ E, RUÍZ LÓPEZ M, MORELL BALADRÓN A
HOSPITAL U. DE LA PRINCESA. DIEGO DE LEON 62. MADRID

OBJETIVOS

A través del bloqueo del receptor V2 renal de la vasopresina, el tolvaptán ha sido capaz de demostrar un enlentecimiento de la progresión de poliquistosis renal autosómica dominante (PQAD)(1,2).

Debido a los posibles efectos hepatotóxicos, existe un plan de manejo de riesgos que exige una monitorización mensual de las enzimas hepáticas durante los primeros 18 meses desde el inicio de tratamiento y posteriormente de forma trimestral.

El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad y seguridad de tolvaptán en un hospital terciario, revisando las variables de seguimiento del plan de riesgos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, del tratamiento con tolvaptán desde su inclusión en la guía en marzo 2018 hasta mayo 2020.

Se recogieron variables demográficas (sexo y edad), variables analíticas (glucosa, bilirrubina, ácido úrico, creatinina, filtrado glomerular estimado (FGe) por CKD-EPI, transaminasas hepáticas; y pruebas de imagen para estimar el volumen total renal (VTR) mediante RMN y estadiaje de la Clínica Mayo. Durante el seguimiento, se evaluó la eficacia del tratamiento mediante FGe y cambio en el volumen renal con RMN seriadas. Las dosis de fármaco utilizadas, se recogieron del programa de gestión de pacientes externos.

La dispensación del fármaco se adaptó a las visitas clínicas según programa de riesgos.

RESULTADOS

Se analizaron 14 pacientes, 11 mujeres y 3 hombres, mediana de edad 51 (RIQ: 31-58) años.

Efectividad: Basalmente, los pacientes presentaban un FGe de $67 \pm 24,8$ ml/min/1,73 m² (CKP-EPI), la mayoría presentaba hipertensión y un VRT medio de $1850 + 666$ ml. La distribución por estadiaje de la Clínica Mayo fue C (n=6), D (n= 5), E (n=3). Durante el seguimiento (mediana 740 días [RIQ: 83-839]), se perdió 1 paciente a los 6 meses, y en tres de ellos el seguimiento fue menor de 18 meses. Al finalizar el estudio, los valores de presión arterial, glucosa, ácido úrico y perfil hepatopancreático se mantuvieron estables.

A los 12 meses, el FGe en los 10 pacientes fue $54 + 22,4$ ml/min/1,73 m² lo que supone 20 % menos que al inicio del tratamiento

En los pacientes a los que se repitió el VRT al año de seguimiento, fue $1461 \pm 505,3$ ml supone una mejora del 21 %.

Seguridad: Once de los 14 pacientes (78%) se encuentran con el tratamiento a dosis plenas sin haber demostrado alteración del perfil hepatopancreático. Dos de ellos (14%) presentaron alteraciones de transaminasas por lo que precisaron de suspensión temporal del fármaco. Actualmente, uno de ellos mantiene dosis de 15+45 y el otro 30+60 mg.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, se demuestra una mejoría del VRT con el uso de tolvaptán en pacientes con PQAD en comparación con los ensayos clínicos pivotales realizados con el fármaco. Las reacciones adversas en cuanto a la alteración del perfil hepatopancreático son anecdóticas en nuestra serie. Precisamos de datos en vida real con estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento para confirmar nuestros hallazgos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

2956. FORTALECIENDO LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL HOSPITAL: IMPACTO TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE ACTIVIDADES INTERDISCIPLINARES

AUTORES

SÁNCHEZ ORTIZ M, GUTIERREZ RUIZ C, CUESTA ARENAS R, MOLINA VILLASEÑOR B, CALDERÓN PEÑARANDA S, MONTES MORENO R

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA. AV. DE LOS REYES CATOLICOS, 21. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de distintas actividades interdisciplinarias en materia de seguridad de medicamentos, coordinadas desde la Unidad funcional de gestión de riesgos sanitarios del hospital (UFGRS), en la implicación de los profesionales en la seguridad del paciente en el hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo y prospectivo de las notificaciones de errores de medicación (EM) realizadas durante el 2018 frente a las del mismo periodo de 2018 en un hospital de 150 camas.

La notificación de EM se efectúa con una aplicación informática del Servicio de Salud autonómico a la que tienen acceso los profesionales del hospital en la intranet. Esta aplicación tiene implementada la clasificación actualizada de EM del Grupo Ruíz-Jarabo 2000 para el análisis de los mismos por el farmacéutico miembro de la UFGRS junto con el responsable de seguridad del servicio (RSS) implicado.

Con el objetivo de fortalecer la cultura de seguridad, se consensó en la UFGRS la realización de las siguientes actividades en el primer cuatrimestre de 2019: sesiones generales para médicos y enfermeros sobre EM notificados y medidas adoptadas en el hospital en 2018, y una sesión específica para el servicio de Urgencias, todas impartidas por el Servicio de Farmacia (SF); sesiones formativas para los RSS sobre la notificación de EM; y reuniones de la UFGRS con los RSS.

En el SF, en enero de 2018, se designó un técnico como RSS junto con el farmacéutico y se acordó el análisis conjunto de las reclamaciones y devoluciones de medicación para detectar posibles EM.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado de 2018 se notificaron y analizaron un total de 68 EM mientras que en 2019 fueron 47. En cuanto a la participación por servicios en 2018 el 70,58% (48) fueron notificados por el SF, mientras que en 2019, fueron el 59%

En ambos periodos, el TIPO de EM por "error en dosis: omisión/incorrecta" fue de los más frecuentes, junto con "frecuencia de administración incorrecta" (51.47%, n=35) en 2018 y 50%, n=22 en 2019. Atendiendo a la CAUSA, en 2019 el más prevalente fue "falta de cumplimiento procedimientos de trabajo establecidos" (43.18% n=19) y en 2018 "falta de cumplimiento procedimientos de trabajo establecidos" (47.06% n=32)

Por CATEGORÍA DE GRAVEDAD, en ambos periodos la mayoría fueron EM sin daño, un 16,18% (11) en 2018 y 34,09% (15) errores potenciales, un EM con daño (16,17% vs 4,54%, en 2018. La asistencia a las sesiones y reuniones fue superior al 85%, con una participación muy activa.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que las actividades realizadas han impactado positivamente en el fortalecimiento de la cultura de seguridad en el hospital. Se considera fundamental seguir formando y motivando a los profesionales y transmitiéndoles a través de actividades interdisciplinarias la importancia del trabajo coordinado en materia de seguridad para minimizar la aparición y/o recurrencia de EM.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1380. INFLUENCIA DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN LA ESTANDARIZACIÓN DE PREPARACIONES INTRAVENOSAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

AUTORES

ESTEVE PITARCH E, ESTEBAN REBOLL F, SANJUAN BELDA A, DEL ESTAL JIMENEZ J, MENDOZA AGUILERA M, LOPEZ BROSETA P, MARTIN MARQUES M, CANADELL VILARRASA L

HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII. C/DOCTOR MALLAFRÉ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

El objetivo principal fue revisar, en la práctica habitual, las diluciones de los medicamentos intravenosos utilizados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de 24 camas y confirmar si se adecuaban a las guías de correcta preparación. El objetivo secundario fue estandarizar dichas diluciones e incorporarlas en el software de prescripción electrónica de la unidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio tuvo lugar en una UCI de 24 camas de un hospital de tercer nivel, durante 2 meses.

Se seleccionaron los medicamentos intravenosos cuya administración requería una previa preparación y acondicionamiento por parte de enfermería. Se revisaron las compatibilidades con los diluyentes utilizados, así como el mínimo volumen (requisito indispensable en pacientes críticos para evitar anasarca) que asegurase su estabilidad. Para ello se utilizaron bases de datos (Micromedex®, Stablis®) y diversas guías de correcta preparación parenteral. Se contrastaron con la práctica habitual y con las diluciones predefinidas en el programa informático de prescripción electrónica de la unidad.

RESULTADOS

Se revisaron 116 diluciones intravenosas. La tasa de error de preparación fue del 41.0% (48/116). Los errores de preparación más comunes encontrados fueron diferencias en el volumen de diluyente utilizado (62.5%; 30/48) y discrepancias en el catálogo de mezclas intravenosas (37.5%; 18/48). El 43% (13/30) de los errores de volumen correspondieron a diluciones cuya estabilidad exigía menor concentración de fármaco (mayor dilución del preparado) y el 57.0% (17/30) a diluciones cuya estabilidad permitía mayor concentración de fármaco (menor dilución del preparado). Un 59% (10/17) de éstas últimas fueron, además, incompatibles fármaco-diluyente.

Los grupos del sistema de clasificación anatómico, terapéutico y químico (ATC) con más modificaciones fueron: 27.0% (13/48) antibacterianos de uso sistémico (J01), 12.5% (6/48) antitrombóticos (B01), 10.4% (5/48) antimicóticos de uso sistémico (J02) y 6.0% (3/48) agentes terapia cardíaca (C01) y antihemorrágicos (B02). Finalmente, se actualizaron y estandarizaron todas las mezclas en el catálogo del software de prescripción electrónica mediante la creación de "instrucciones predefinidas" que facilitasen tanto la prescripción médica, como la preparación y administración de enfermería.

CONCLUSIONES

La falta de protocolización y adherencia a las guías de práctica clínica habitual sobre preparación de mezclas endovenosas son habituales en una UCI, lo que conlleva a errores de preparación. La estandarización de las diluciones es crucial para preservar la seguridad del paciente. Con lo que la inclusión de farmacéuticos clínicos en el equipo asistencial es una estrategia necesaria para reducir errores de preparación, así como de reacciones adversas y problemas relacionados con los medicamentos. Además, somos una ayuda valiosa como método de consulta inmediata y ágil, una proximidad que, tanto enfermería como médicos, disponen para resoluciones de dudas relacionadas con la medicación.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1480. TELEFARMACIA Y ACERCAMIENTO DEL TRATAMIENTO AL PACIENTE EN UN ENTORNO INSULAR DURANTE LA PANDEMIA COVID19

AUTORES

MERCADAL ORFILA G, BLASCO MASCARO I, ROMERO DEL BARCO R, LIÑANA GRANELL C, PONS STOGER M, TORRES COLL A, MORAL GOMEZ F, SALVADOR GARCIA AI
HOSPITAL MATEU ORFILA. RONDA DE MALBUGER, 1. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Con la expansión a nivel mundial de la pandemia COVID19, uno de los objetivos de la Unidad Farmacéutica de Pacientes Externos, fue evitar que los pacientes con tratamientos inmunosupresores o pacientes con patologías respiratorias, tuvieran que asistir a recoger sus tratamientos al Hospital, evitando las Salas de Espera o cualquier espacio susceptible de peligro para su salud.

De esta forma, evitar potenciales transmisiones a pacientes de COVID-19 por congregación de personas en espacios cerrados y contacto con profesionales sanitarios.

La Orden Ministerial publicada en el BOE el viernes 27 de Marzo de 2020, en su artículo Tercero articula la posibilidad de dispensación de los medicamentos de dispensación hospitalaria sin que deban ser dispensados en las dependencias hospitalarias.

MEJORAS ESPERADAS

Acercar el tratamiento al paciente, para en un primer momento protegerlo de la infección COVID19, y en el futuro ayudarle a conciliar su vida familiar y laboral, evitar desplazamientos etc

DISEÑO

Se redactó un protocolo al efecto de acercar el tratamiento a los pacientes, por medio de voluntarios de la Cruz Roja, y algunos voluntarios estudiantes de quinto curso del Grado de Farmacia.

Asimismo, hemos potenciado la realización de visitas telemáticas por teléfono o email, e incluso hemos puesto en marcha un proyecto piloto de recogida telemática de cuestionarios de calidad de vida en pacientes con Esclerosis múltiple y otro piloto de una encuesta de Satisfacción con la medicación.

Para los medicamentos de nevera, se aseguraba la conservación de los mismos durante el trayecto, por medio de neveras con compresor que enfrían la carga a la temperatura fijada, para asegurar una temperatura constante de acuerdo con la directiva internacional sobre PCD (prácticas correctas de distribución)

Por otro lado, hemos solicitado a los fondos SEFH, sondas para control de temperatura remota de las neveras de los centros de salud.

CIRCUITO Y ETAPAS

Elaboramos un protocolo, marcando objetivos, pacientes candidatos, circuito y elaboramos un documento de consentimiento informado y albarán de entrega.

En segundo lugar, pasamos el documento a revisarlo a Departamento Jurídico.

A continuación, firmamos un convenio entre Gerencia de nuestro centro y Delegación Provincial de Cruz Roja en nuestra CCAA.

Teníamos una Coordinador de Cruz Roja, para desarrollar el proyecto.

IMPLANTACIÓN

La implantación se llevará a cabo durante todo el periodo del estado de alarma por la pandemia COVID19

RESULTADOS

Entre el 6 Abril -27 de Mayo se realizaron 1015 dispensaciones de medicación , de las cuales el 21,7 % se realizaron a domicilio, 38% Hospital y el 40,3 % recogieron en su centro de Salud más cercano.

Los pacientes han valorado con un 7,9 esta iniciativa, 72,1% favorables a que se les acerque el tratamiento , 85,3% a favor de Telefarmacia, de acuerdo con una encuesta telemática interna realizada.

El acercamiento del tratamiento al paciente ha permitido proteger a los pacientes más vulnerables durante pandemia COVID19.

Esta estrategia debería continuarse en el futuro para colectivos de pacientes especialmente vulnerables

LIMITACIONES

En el futuro, debemos mejorar los medios telemáticos de seguimiento y comunicación , y la recogida de cuestionarios de calidad de vida.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Totalmente aplicable, si bien adaptable a las circunstancias de cada entorno

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1488. DESCRIPCIÓN DEL CIRCUITO DE ENVÍO DE MEDICACIÓN A PACIENTES EXTERNOS A TRAVÉS DE FARMACIA COMUNITARIA DURANTE LA CRISIS DEL SARS-COV-2

AUTORES

IGLESIAS BARREIRA R, LÓPEZ-PARDO Y PARDO C

SANATORIO NOSA SEÑORA DOS OLLOS GRANDES. C/MONTEVIDEO, 23. LUGO

OBJETIVOS

Describir el circuito establecido para el envío de medicación a los pacientes externos usuarios del servicio de farmacia de un hospital privado durante la crisis del SARS-Cov-2, mediante el envío coordinado y consensuado de dicha medicación a la farmacia comunitaria (FC).

MEJORAS ESPERADAS

Evitar el desplazamiento innecesario y limitar la presencia en los centros hospitalarios (CH) de aquellos pacientes que recogen su medicación en el servicio de farmacia hospitalaria (SFH) del centro y que son especialmente susceptibles a la infección por SARS-Cov-2, garantizando la trazabilidad en el proceso de envío y entrega de medicación.

DISEÑO

La Orden SND/293/2020, dictamina que los CH podrán establecer los protocolos necesarios para la dispensación o administración de medicación fuera del CH con las debidas garantías. Nuestro centro presta asistencia a población esencialmente rural y muy dispersa en toda la provincia, por lo que la entrega de medicación mediante medios propios no era factible. Se diseñó un circuito para la entrega de medicamentos de diagnóstico hospitalario sin cupón precinto y de uso hospitalario en la FC, modificando el procedimiento elaborado por el Consejo General de Farmacéuticos, sumando así el valor de la farmacia hospitalaria y la comunitaria.

CIRCUITO Y ETAPAS

Tras el visto bueno de Dirección de Calidad y Dirección Médica, se contactó con el Colegio Oficial de Farmacéuticos (COF) provincial, quien hizo de intermediario con las autoridades sanitarias autonómicas competentes para autorizar el circuito. Finalmente se solicitó la colaboración del distribuidor farmacéutico (DF).

Circuito:

1. Semanalmente se contacta con los pacientes que tendrían que recoger su medicación esa semana ofreciéndoles la posibilidad de realizar el envío de su tratamiento a la FC que ellos nos refieran.
2. Se contacta con las FC para solicitar su colaboración y explicar el proceso.
3. Se comunica al COF las FC implicadas.
4. Preparación del envío que consiste en: a. Un embalaje interior (caja o nevera portátil con acumuladores, si el medicamento es termolábil), etiquetado con los datos del paciente (nombre, apellidos, DNI, teléfono de contacto) y el tratamiento contenido. b. Embalaje exterior, etiquetado con los datos de envío de la FC, SFH remitente, un código de envío y las condiciones de conservación. Se introduce el albarán de entrega del medicamento del SFH a la FC por triplicado (para el paciente, para el SFH y para la FC).
5. Entrega de medicación al DF con la firma de un justificante de recogida (por triplicado: para SFH, FC y entidad de distribución)
6. Llamada de atención farmacéutica al paciente posterior a la entrega de medicación por la FC.

IMPLANTACIÓN

El primer envío se realizó el 23 de marzo de 2020.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 41 envíos a 39 FC hasta el 4 de mayo de 2020. Todas las FC contactadas colaboraron activamente en el proceso. El circuito se llevó a cabo en el 89,1% de las dispensaciones realizadas a pacientes externos. Algunos de ellos, por su proximidad al centro, prefirieron acudir personalmente a por su medicación.

LIMITACIONES

Se requiere la autorización de las autoridades sanitarias autonómicas competentes y la colaboración del COF provincial.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Es aplicable a cualquier SFH que carezca de medios propios para realizar los envíos de medicación.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1502. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN DOMICILIARIA PARA PACIENTES INCLUIDO EN ENSAYO CLÍNICO

AUTORES

CERDÁN GONZÁLEZ C, LÓPEZ RICO I, BARRAGÁN MUÑOZ À, CRUEL NIEBLA M, ABAD HERRERO M, SERRANO SUAREZ A, GÓMEZ VALENT M
HOSPITAL PARC TAULÍ DE SABADELL. AVENIDA PARC TAULÍ, NÚMERO 1. BARCELONA

OBJETIVOS

Definir y promover la puesta en marcha de un nuevo circuito de dispensación domiciliaria en pacientes incluidos en ensayo clínico (EC), con el fin de minimizar la exposición del paciente al SARS-CoV-2

Validar un nuevo circuito de envío de medicación a domicilio y su aprobación por parte del promotor.

MATERIALES Y MÉTODOS

El área de Ensayos Clínicos del Servicio de Farmacia de un hospital terciario se puso en contacto con los investigadores del centro para evaluar la puesta en marcha de un sistema de envío de medicación a domicilio de pacientes de EC en estado de alerta sanitaria.

Obtenidas las necesidades individuales de los pacientes, se contactó con los promotores para solicitar la autorización pertinente. En el caso de conseguir la aprobación del promotor, se preparó el envío con la asignación facilitada por el equipo investigador.

Se contactó con cada paciente para validar los datos de envío y con la empresa de transportes para gestionar la logística (siempre de manera anonimizada para el promotor).

En aquellos casos en los que el promotor proporcionó un envío con registro de temperatura controlada, recibimos dicho registro al realizar la entrega al paciente.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado, se dispensaron un total de 109 kits a 42 pacientes (promedio de 3kits/paciente).

En 22 pacientes se detectó la necesidad de enviar la medicación a domicilio, pero únicamente se autorizó a 14 de ellos.

Es decir, de los 42 pacientes, un 33,33% recibieron la medicación en su domicilio. Al resto de pacientes no se les autorizó el envío por rechazo del promotor (22,22%); rechazo del centro por la complejidad del sistema de envío (11,11%); finalización prematura del estudio por ineficacia, coincidiendo con el momento del envío de medicación (44,44%) o por la necesidad de citar a los pacientes presencialmente para realizar las pruebas clínicas no aplazables (22,22%).

Esta actividad generó 78 llamadas telefónicas (un promedio de 6 llamadas por envío) entre promotor, la empresa transportista, el equipo investigador y los pacientes (previa entrega y posterior recepción).

De los 14 envíos gestionados, el promotor solicitó y proporcionó material de embalaje con control de temperatura en el 64,29% de los casos, de los cuales, el 88,88% era medicación ambiente y el 11,11% de nevera.

El tiempo promedio necesario para conseguir la respuesta por parte del promotor al envío a domicilio fue de 4,48 días, y el promedio de tiempo desde que se gestionó el envío hasta que se entregó en el domicilio fue de 4,86. Por lo tanto, desde la solicitud del envío hasta la recepción en el domicilio, transcurrieron un total de 9,34 días.

CONCLUSIONES

La situación actual en relación al COVID-19 ha permitido crear un circuito coordinado de dispensación a domicilio entre el promotor, el equipo investigador, el servicio de farmacia y el paciente, hasta ahora no autorizado por los promotores de los EC.

Este nuevo recurso todavía no se encuentra del todo aceptado por el promotor y la gestión del nuevo circuito implica más tiempo de lo esperado. A pesar de ello, se abre una nueva vía de trabajo.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1506. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA ORIENTADA A REDUCIR EL POTENCIAL DE INTERACCIONES EN PACIENTES CON TRATAMIENTO PARA EL COVID-19

AUTORES

MENSA VENDRELL M, BARRANTES GONZÁLEZ M, RIZO GÓMEZ A, BALLESTEROS CABAÑAS G, DÍAZ CERVERÓ Á, SOY MUNER D
HOSPITAL PLATÓ. PLATÓ, Nº 21. BARCELONA

OBJETIVOS

Detectar, notificar y reducir el número de interacciones potenciales entre el tratamiento para el COVID-19: lopinavir/ritonavir (L/R) y/o hidroxycloquinina (HCQ) y la medicación concomitante de los pacientes durante su estancia hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo transversal, realizado entre el 18/03/2020 y el 24/04/2020, en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron todos los pacientes con tratamiento con L/R y/o HCQ para el COVID-19. Se registraron: sexo, edad, número de fármacos prescritos, tipo de interacción, intervención farmacéutica (IF) y grado de aceptación de las IF referentes

a interacciones de alta relevancia. Se utilizó la clasificación anatómica, terapéutica y química (ATC) para clasificar los fármacos. La revisión de las interacciones se realizó utilizando las siguientes bases de datos: Lexicomp® Drug-Interactions, www.covid19-druginteractions.org y www.interaccionesvih.com. No se analizaron las interacciones con azitromicina (informadas en el protocolo-COVID-19 del hospital). Se comunicaron las interacciones de relevancia media (fármacos que requerían una monitorización adicional y/o ajuste de dosis) y alta (fármacos contraindicados/no recomendados [CI/NR]) a través de un sistema de mensajería del programa de prescripción electrónica y/o vía telefónica.

RESULTADOS

Se incluyeron 158 pacientes, 51% hombres, mediana (IQR) edad: 76 años (63-84). Se revisaron 1397 fármacos, con un promedio 9±3 fármacos por paciente. El 61% de los pacientes fueron tratados con L/R + HCQ, el 37% con HCQ en monoterapia y el 2% con L/R en monoterapia. Se detectaron 171 interacciones potenciales con un promedio de 2±1 interacciones por paciente. Los fármacos que presentaron más interacciones, agrupados por ATC, fueron: antipsicóticos (N05A, N=39), antidepressivos (N06A, N=37), bloqueantes selectivos de los canales de calcio con efecto vascular (C08C, N=18), betabloqueantes (C07A, N=14), hipolipemiantes (C10A), glucósidos cardíacos (C01A, N=8), inhaladores (R03B, N=6), fármacos para la hipertrofia prostática benigna (G04C, N=6) y para las náuseas/vómitos (A04A, N=6). Los tipos de interacciones más frecuentes fueron: aumento del intervalo QT/PR (32%), aumento de la concentración del fármaco junto con aumento del intervalo QT/PR (24%), aumento de la concentración del fármaco (23%) y fármacos CI/NR (18%). Se notificaron 162 interacciones (94.7%) de relevancia media y alta (93% a través de mensajería interna y 7% vía telefónica). Las recomendaciones fueron: monitorizar el efecto del fármaco y/o electrocardiograma (65%), valorar alternativas o suspender temporalmente los fármacos CI/NR (19%), reducir las dosis del fármaco (10%) y solicitar monitorización de las concentraciones séricas de los fármacos con estrecho margen terapéutico (6%). Se aceptaron 23/31 (74%) de las IF referentes a fármacos CI/NR (en la mitad de los casos se prescribió un equivalente farmacológico y en la otra se suspendió el fármaco temporalmente), 6/31 (19%) los cambios propuestos no se llegaron a realizar por suspensión de L/R (principalmente por efectos secundarios) y 2/31 de los cambios no fueron aceptados (antipsicóticos a dosis bajas).

CONCLUSIONES

Se detectaron y notificaron un elevado número de interacciones potenciales de media y alta relevancia entre la medicación de los pacientes y el tratamiento para el COVID-19. La aceptación de las intervenciones, dirigidas a valorar alternativas farmacológicas o la suspensión temporal de los fármacos CI/NR, permitieron reducir en un 74% el número de posibles interacciones de alta relevancia.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1515. AUTOADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ASMA GRAVE Y PATOLOGÍA DE ORIGEN ALÉRGICO EN ÉPOCA DEL SARS-COV-2

AUTORES

ALVAREZ TOSCO KI, PLASENCIA GARCÍA I, PEREZ MARTIN C, DIAZ DIAZ CL, VERA CABRERA M, FERRER MACHÍN A, GONZÁLEZ GARCÍA I, MERINO ALONSO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CARRETERA DEL ROSARIO, 145 / SANTA CRUZ DE TENERIFE. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Evaluar el impacto asistencial de la pandemia del SARS-CoV-2, en pacientes con asma grave y patología de origen alérgico en tratamiento con terapias biológicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional de todos los pacientes tratados con omalizumab, mepolizumab, benralizumab y dupilumab en un hospital de tercer nivel, desde el 15 de marzo al 30 de abril. Estos fármacos se utilizan en el tratamiento del asma, urticaria, dermatitis atópica o en indicaciones fuera de ficha técnica y son prescritos por los servicios de Neumología, Alergología, Dermatología y Pediatría. Estos tratamientos están protocolizados por un grupo de trabajo que además incluye a Farmacia. El ámbito asistencial de estos pacientes ha sido ambulatorio en Hospital de Día, Alergología y Broncoscopia, así como la consulta de atención farmacéutica de pacientes externos.

Se diseñó una base de datos en entorno excel, donde se analiza la evolución de la prescripción, entorno de administración de cada paciente, así como el servicio prescriptor. Analizamos los siguientes datos: número total de pacientes con cada medicamento, número de pacientes en autoadministración antes del inicio de la pandemia SARS-CoV-2 y número de pacientes a los que se modificó el entorno de administración para reducir el riesgo de contagio. Se valoró la carga de trabajo para el servicio de Farmacia.

RESULTADOS

Se analizaron 127 pacientes, 39 (30,7%) se encontraban en autoadministración antes de la pandemia (38 con omalizumab y 1 con benralizumab). Al implantar medidas de protección ante la pandemia, 48 pacientes más pasaron a autoadministración, incrementándose la actividad de atención farmacéutica a pacientes externos un 123%. Esto supuso el 69,3% de los pacientes.

Analizando los datos por principio activo: el omalizumab aumentó en 27 pacientes (82%), el mepolizumab aumentó en 18 pacientes (49%) y dupilumab en 3 pacientes (100%). No hubo incremento de los pacientes tratados con benralizumab.

Por servicios prescriptores: Neumología (n = 23) presentó el mayor incremento la autoadministración de pacientes,

alcanzando 56% de los pacientes, partiendo de sólo un 8%. Alergología (n = 21), tiene actualmente el 88% de los pacientes con autoadministración, partiendo del 40%. Pediatría, con 4 pacientes, tiene el 100% con autoadministración. Dermatología se mantuvo igual.

La carga de trabajo en la consulta de Atención farmacéutica para estos pacientes se incremento en 1.440 minutos en total (tiempo medio de una visita de inicio de 30 minutos).

CONCLUSIONES

La autoadministración de terapias biológicas se ha consolidado como medida para minimizar el riesgo de infección por COVID19 en pacientes con asma grave y patología de origen alérgico.

El incremento notable de pacientes con autoadministración, en tan sólo 45 días, supuso un reto organizativo y asistencial, que además de un incremento de actividad para Farmacia, requirió la coordinación con los prescriptores y personal de enfermería implicados, para garantizar su seguridad y adecuado seguimiento.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1518. REPOSICIÓN DE LOS ARMARIOS INFORMATIZADOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN TIEMPOS DE COVID-19

AUTORES

FUENTES JAIMEJUAN N, AIXALA SOLE M, FERNANDEZ GONZALEZ H, LLORENS CURCO DJ, CAMPOS ARANDA J, BARNA S, GOMEZ ESTRADA MR, MORENO MELENDEZ LM
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA. ROVIRA ROURE,80. LLEIDA

OBJETIVOS

Describir las nuevas tareas de los técnicos de farmacia en la pandemia

Los técnicos de farmacia en el estado de alarma nos hemos dividido en dos grupos de cinco personas cada grupo, trabajando es semanas alternas por si algún técnico sufriera baja no involucrar a todo el personal. La jornada ha pasado de ser de 7 horas a 11horas

Analizar el aumento en la reposición de dos armarios informatizados de dispensación de medicación en planta (Pyxis®) en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en el periodo de mayor ocupación de esta unidad comparado con el mismo periodo del año anterior.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una reunión organizativa en la que se propusieron tareas para cubrir las necesidades detectadas en la pandemia

Se aumentaron los stocks en Pyxis® y se añadió medicación según necesidades de los pacientes

Se registraron el número de reposiciones y la cantidad de medicamentos dispensados de los dos Pyxis® de UCI con el registro electrónico del Pyxis® durante 5 semanas(23/03/2020-30/04/2020 y se comparó con el periodo del 25/03/2019 al 30/04/2019)

RESULTADOS

Las tares se han repartido de la siguiente manera de lunes a viernes

Técnico 1 reposición de Pyxis® en plantas que no hay pacientes COVID-19 (9 Pyxis®) y reenvasar medicación

Técnico 2 reposición Pyxis® en plantas con pacientes COVID-19(5 Pyxis®)

Técnico 3 hacer la lectura del sistema kanban (el sistema kanban es un armario con cajones de doble fondo y separado por vías de administración) los lunes, miércoles y viernes hace plantas sin pacientes COVID-19 y martes y jueves plantas con pacientes COVID-19, luego proceder a su reposición y preparación de pedidos programados

Técnico 4 preparación de rutas Pyxis®, preparación de pedidos kanban, pedidos urgentes y unidosis de mañana y tarde

Técnico 5 almacén recepcionar la medicación y proceder a su colocación en el lugar indicado

El total de reposiciones hechas en el periodo de 2020 fue de 2196 y el número de unidades repuestas de 28968. En 2019 fue de 749 y 8824 respectivamente.

Hemos revisado los 3 medicamentos más dispensados de los dos Pyxis® de la unidad UCI en el periodo indicado

En el 2020 en las mismas fechas las 3 medicaciones más repostadas han sido:

1- Fentanilo 0,15mg/3ml amp se repostaron 505 cajones con un total de 5073 unidades

2- Rocuronio 50mg/5ml amp se repostaron 61 cajones en un total de 2250 unidades

3- Propofol LCT 2%(1000mg/50ml)vial se repostaron 57 cajones en un total de 1357 unidades

CONCLUSIONES

En la UCI covid-19 debido al alto consumo de medicación se procede a reponer los Pyxis® dos veces al día (antes solo se reponía una vez al día)

La medicación dispensada ha aumentado de forma importante. El Fentanilo 0,15mg/3ml amp ha sido el medicamento con un incremento multiplicado por 12 su consumo. El Rocuronio 50mg/5ml amp se ha visto multiplicado por 32 su consumo (en 2019 se consumieron 70 unidades). El Propofol 2%(1000mg/50ml) se ha visto multiplicado por 67 su consumo (en 2019 se consumieron 20 unidades)

La medicación con un mayor incremento importante ha sido el Propofol 2% (1000mg/50ml)

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**1522. ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE TERAPIAS BIOLÓGICAS ADAPTADA A PACIENTES CON ASMA GRAVE EN ÉPOCA DEL SARS-COV-2. REINGENIERÍA DE PROCESOS.****AUTORES**

ALVAREZ TOSCO KI, PLASENCIA GARCÍA I, PÉREZ MARTÍN C, FERRER MACHÍN A, VERA CABRERA M, DÍAZ DÍAZ CL, GONZÁLEZ GARCÍA I, MERINO ALONSO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CARRETERA DEL ROSARIO, 145 / SANTA CRUZ DE TENERIFE. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Desarrollar e implantar nuevas medidas de atención Farmacéutica para pacientes de alto riesgo de infección por coronavirus.

Promover la adherencia en la autoadministración de terapias biológicas en pacientes con asma grave no controlado (AGNC) con sistema de mensajería sms.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional para evaluar el incremento de la autoadministración de terapias biológicas (omalizumab, mepolizumab, dupilumab y benralizumab) en pacientes con AGNC como consecuencia del inicio de la pandemia. Se dispone de una base de datos propia para el seguimiento de pacientes, evaluando el número de pacientes en autoadministración por principio activo y servicio pre-COVID19.

Se analizaron diferentes estrategias para reducir el riesgo de contagio en estos pacientes en base a sus características y las de cada medicamento. Entre ellas, la entrega por mensajería a domicilio, dispensación exprés, atención farmacéutica telemática y entrega de hojas de información personalizada.

RESULTADOS

El número de pacientes con AGNC en tratamiento con biológicos es de 94: 51% Neumología, 32% Alergología y el 17% Pediatría. El número de pacientes en autoadministración antes de la pandemia era 29(30%), estando 28(96,6%) en tratamiento con omalizumab y 1(3,4%) con benralizumab. Por servicios: el 50% Pediatría, 36% Alergología y 15% Neumología.

Con la instauración de las medidas de protección y contención frente al virus, el número de pacientes que pasaron a autoadministración se incrementó un 124%, pasando al 69%. Por medicamento, omalizumab aumentó en 19 pacientes, mepolizumab en 16 y dupilumab en 1, mientras que benralizumab permaneció sin modificaciones. El mayor incremento fue para Neumología con un 57%(+23), seguido de Alergología del 90%(+9) y Pediatría, un 29%(+4). El porcentaje de pacientes en autoadministración por medicamento es del 100% para dupilumab, 96% para omalizumab, 50% para mepolizumab y 11% para benralizumab.

Desde el servicio de Farmacia se ofrece la posibilidad de enviar la medicación al domicilio del paciente. Sin embargo, este servicio no es posible para tratamientos con omalizumab debido a su corta estabilidad fuera de nevera, ofreciéndoles una dispensación exprés con acceso en vehículo hasta Farmacia.

Se elaboraron nuevas hojas informativas para la entrega en la primera visita, junto a calendario de administraciones y kit de inicio con nevera de transporte y contenedor. Se realizan consultas telefónicas para comprobar la administración y resolver dudas relacionados con el proceso, dejando registro en historia clínica. Además, se ofrece, previo consentimiento escrito, un servicio de sms del propio hospital para recibir una notificación el día que debe administrarse la medicación.

CONCLUSIONES

La reingeniería de procesos ha resultado vital para adaptar el modelo de atención farmacéutica en época del SARS-CoV-2.

Establecer estrategias que incluyan la prestación farmacéutica a estos pacientes, que reduzcan el riesgo de contagio y favorezcan su adherencia a las terapias biológicas, dan valor a la actividad del farmacéutico experto en asma, cobrando especial relevancia en esta pandemia.

El mayor incremento de pacientes en la autoadministración corresponde al servicio de Neumología. El bajo porcentaje de autoadministración con benralizumab se debe a su pauta bimensual a partir de la tercera dosis, frente a dupilumab y omalizumab que pueden presentar pautas de cada 14 días.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**1570. NUTRICIÓN ARTIFICIAL ENTERAL DOMICILIARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19****AUTORES**

CASTRO BALADO A, SEMPERE SERRANO P, MONDELO GARCÍA C, SUÁREZ ARTIME P, ROJO VALDÉS J, RODRÍGUEZ COBOS M, BANDÍN VILAR EJ, ZARRA FERRO I
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

El estado de alarma y plan de contingencia hospitalario por SARS-CoV-2 han obligado a la rápida redistribución del personal, funciones y tareas en Servicios de Farmacia (SF) para cubrir las demandas asistenciales.

Objetivo: ofrecer atención farmacéutica y dispensación domiciliar de nutrición artificial enteral (NAE) a pacientes externos.

MEJORAS ESPERADAS

Evitar desplazamientos innecesarios en un área sanitaria con población muy dispersa y disminuir el riesgo de contagio entre personal sanitario y pacientes.

DISEÑO

Se creó un grupo multidisciplinar (farmacéuticos, técnicos y auxiliares de farmacia) y se establecieron los criterios para dispensación domiciliar (pacientes estables sin otra cita hospitalaria presencial) y el nuevo circuito de dispensación. Cuatro farmacéuticos de otras secciones se incorporaron al equipo previo de CE: atención presencial (3 farmacéuticos), telefarmacia (4 farmacéuticos de riesgo o con convivientes de riesgo). Se estableció un acuerdo con los cuatro laboratorios que proporcionan la mayor parte de la NAE a pacientes del área, los cuales financian su entrega a domicilio de forma directa desde sus almacenes o a través del hospital. Los pacientes que mantenían sus citas en el hospital o no tenían programada cita en Farmacia, eran atendidos presencialmente, junto con su correspondiente dispensación.

CIRCUITO Y ETAPAS

El proceso se lleva a cabo con una semana de antelación al día de cita.

1. Listado de pacientes según cita mediante herramienta informática de gestión de pacientes en CE.
2. Revisión: historia clínica, analíticas recientes, última dispensación y citas próximas.
3. Telefarmacia. Entrevista farmacéutica: detección de necesidades, cobertura de demandas terapéuticas, información sobre dispensación domiciliar y recogida/actualización de datos para entrega/contacto. Registro en historia clínica electrónica IANUS y asignación de próxima cita presencial/telefarmacia.
4. Hoja de dispensación por paciente en programa Silicon® y registro en base de datos: datos del paciente, dirección, teléfono, dieta enteral y cantidad.
5. Fase administrativa: generación de pedidos a laboratorio proveedor por paciente (sistema de gestión SINFHOS®). Notificación vía correo electrónico a laboratorios/empresas de transporte de envíos diarios (producto y cantidad), dirección y contacto. Doble check de albarán de entrega.
6. Productos no entregados de forma directa al paciente por el laboratorio: preparación de paquetes por auxiliares y técnicos junto con datos de entrega.
7. Envío a domicilio por empresa de transporte/laboratorio.

IMPLANTACIÓN

El grupo de trabajo se formó el 16 de marzo 2020, y la dispensación se inició una semana más tarde, sólo 10 días tras la declaración del estado de alarma.

RESULTADOS

Entre el 24 marzo y 24 abril 2020, se realizaron 522 dispensaciones domiciliarias de NAE a 507 pacientes. Para ello, se realizaron 659 pedidos a los laboratorios, de 90 especialidades distintas. Las entregas se realizaron a 172 códigos postales distintos, en 3 provincias de la comunidad.

LIMITACIONES

Las presentaciones y sistemas de administración no enviadas por los laboratorios precisaron su envío desde el hospital mediante una empresa de transporte. Se detectaron 15 incidencias: 12 errores del laboratorio proveedor, 2 problemas en el transporte/entrega y 1 alteración del protocolo no prevista.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Método que requiere recursos económicos y logísticos, que permite su implantación rápida en cualquier SF ante una situación de alerta nacional, evitando la exposición innecesaria de pacientes y protegiendo al equipo de farmacéuticos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1629. PROTOCOLIZACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN PACIENTE CRÍTICO CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2

AUTORES

RUIZ BOY S, PRAT DOT M, LÓPEZ SUÑÉ E, LÓPEZ CABEZAS C, COROMINAS GARCÍA N, FORGA VISA MT, LEYES GARCÍA P, MIANA MENA MT
HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. CALLE VILLARROEL, Nº170, CP 08036. BARCELONA

OBJETIVOS

Durante la epidemia de COVID-19, el soporte nutricional inicial de los pacientes críticos infectados (PC-COVID19) se basó frecuentemente en la nutrición parenteral (NP), dado el habitual uso de la pronación de los pacientes con insuficiencia respiratoria grave.

En el período de estudio se doblaron las camas de UCI, con una media diaria de 100 PC-COVID19. Dada la sobrecarga de trabajo en el área preparación NP, se planteó establecer 3 tipos de NP que se adaptasen a estos pacientes y solicitar su preparación a una empresa externa (BBraun).

Objetivos: Optimizar el proceso de prescripción y preparación de NP para PC-COVID19.

MEJORAS ESPERADAS

- a) Aumento de seguridad y agilidad al seleccionar el protocolo en desplegable predefinido en la prescripción electrónica de NP.
- b) Reducción tiempo de preparación NP por técnico de Servicio de Farmacia(SF).
- c) Facilidad para reutilizar una bolsa para otro paciente si finalmente no se administra al paciente prescrito.

DISEÑO

Se creó un grupo de trabajo compuesto por los prescriptores de NP (cinco farmacéuticos y dos médicos). Se analizaron las variables clínicas y bioquímicas de PC-COVID19. En base a esos datos, se establecieron 3 composiciones NP para su solicitud como protocolo a BBraun.

CIRCUITO Y ETAPAS

1.- Fase-PRE(10 a 27 Marzo 2020):

- a) Estudio características PC-COVID19 con NP hasta esa fecha.
- b) Diseño de 3 NP protocolo de composición predefinida.
- c) Creación de NP protocolo en programa informático del hospital e interfase para solicitud a BBraun.

2.-Fase-POST(28 Marzo a 19 Abril 2020):

Prescripción NP protocolo en PC-COVID19 en que estaban indicadas esas composiciones y prescripción de NP individualizadas en PC-COVID19 que no se ajustaban al protocolo.

IMPLANTACIÓN

Implantación protocolo: 28 Marzo 2020.

RESULTADOS

Fase-PRE:

- a) Características PC-COVID19 que recibieron NP en periodo estudiado:

51 pacientes: 39 hombres, edad 63,5(37-83) años, IMC 27,7±4,66kg/m², albúmina 31,5±3,5g/L y colesterol 156,3±59,2mg/dL.

A destacar que al inicio de NP 41% de pacientes presentaban alteración de función renal (Cockcroft-Gault < 50mL/min). El 96% de pacientes presentaban hipertrigliceridemia (434,1±281,4mg/dL) y 92% recibían propofol.

- b) Diseño NP protocolo:

Según las características observadas en fase-PRE, se diseñaron 3 NP de volumen reducido, sin lípidos y con bajo aporte de electrolitos.

-CO-1: 10g nitrógeno, 175g glucosa, sin lípidos. Sin electrolitos. Vitaminas y oligoelementos. 1000 mL. 950 Kcal.

-CO-2: 12g nitrógeno, 175g glucosa, sin lípidos. 5mEq magnesio, 5mEq calcio, 5 mmol fósforo. Vitaminas y oligoelementos. 1100 mL. 1000 Kcal.

-CO-3: 14g nitrógeno, 200g glucosa, sin lípidos. 10mEq magnesio, 10mEq calcio, 10 mmol fósforo. Vitaminas y oligoelementos. 1200 mL. 1150 Kcal.

Fase-POST:

Recibieron NP 140 pacientes de los cuales 111 eran PC-COVID19.

Se prescribieron 1.340 bolsas NP de las cuales 1.232 correspondieron a PC-COVID19. Respecto a la utilización NP protocolo en PC-COVID19, se prescribieron 437 bolsas(35,5%). Las 3 composiciones se utilizaron por igual: CO-1 141(32,3%), CO-2 157(35,9%) y CO-3 139(31,8%).

La creación del protocolo y la preparación por empresa externa permitió afrontar el importante aumento de utilización de NP causada por COVID-19, que fue 2,7 veces superior al mismo período de 2019.

LIMITACIONES

Los PC-COVID19 con ingreso prolongado requirieron individualización de NP.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a cualquier SF.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1676. RESULTADOS DE UN FONDO SOLIDARIO PARA NECESIDADES COVID-19

AUTORES

MARTINEZ FERNANDEZ-LLAMAZARES C, MARCOS RODRIGUEZ JA, NICOLAS PICO J, DELGADO SANCHEZ O HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN. DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Con motivo de la pandemia por COVID-19, han sido numerosas, tanto las demandas de los Servicios de Farmacia como los ofrecimientos de donaciones recibidos por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), por lo que se acordó constituir un Fondo Solidario COVID-19 para dar respuesta a ambas necesidades. El objetivo es describir la puesta en marcha y principales resultados del Fondo Solidario COVID-19 de la SEFH.

MATERIALES Y MÉTODOS

La SEFH creó un Fondo Solidario, a través del cual se vehiculizaron las donaciones que fueron recibiendo desde el inicio de la pandemia. Simultáneamente se habilitó un correo electrónico necesidades.covid@sefh.es para que los Servicios de

Farmacia pudieran remitir las necesidades identificadas, dirigidas específicamente a la cobertura de aspectos estructurales, logísticos y tecnológicos que contribuyeran a garantizar la atención y seguridad de pacientes y profesionales durante la pandemia.

Todas las solicitudes fueron evaluadas por la Junta y la gerencia para realizar una distribución equitativa, y clasificadas posteriormente en 4 categorías: seguridad del paciente, seguridad del profesional, acondicionamiento de estructura, y apoyo tecnológico y científico. Con el fin de garantizar la equidad de los fondos, se acordó y ratificó en Junta de Gobierno limitar la adquisición de bienes inventariables y de servicios a un importe que permitiera atender la totalidad de las necesidades.

RESULTADOS

Desde el inicio de la pandemia, se han recibido donaciones de 9 entidades colaboradoras: Gilead, Bristol Myers Squibb, Novartis, UCB, Merck, Intercept Pharma, Leo Pharma, Pfizer y Amgen, en los términos contemplados en los convenios de colaboración suscritos convenientemente.

Desde la creación del Fondo, se han recibido peticiones de 175 Servicios de Farmacia. Las ayudas concedidas ascienden a un coste total de 522.436,55 €, y se desglosan en los siguientes conceptos, según su categoría:

- Relacionados con seguridad del paciente: 14.266 entregas de medicación a domicilio de pacientes, 17 neveras de transporte, 30.515 neveras individuales, 13.500 sobres acolchados, 15.500 bolsas y 350 acumuladores de frío.
- Relacionados con la seguridad del profesional: 24.708 envases, 29.603 cánulas dosificadoras, 5.805 litros de solución hidroalcohólica, 1.091 bidones de solución hidroalcohólica 5L, 12.145 mascarillas, 2 esterilizadores de manos y 506 kit diagnósticos.
- Relacionados con el acondicionamiento estructural: 4 armarios refrigeradores, 10 frigoríficos, 23 carros, 187 mamparas, 75 vinilos, 1 Lavavajillas, 7 impresoras, 20 portacassetes, 1 homogeneizador, 2 selladoras y 1 puerta automática.
- Apoyo tecnológico y científico: 58 equipos de telefarmacia (pantallas, ordenadores, tabletas, teléfonos, auriculares, web cam, cables y adaptadores).

Todo ello se ha puesto en conocimiento de los socios para su consulta en la página web, así como de los donantes; por último, también se puso en conocimiento del órgano competente en materia de prestación farmacéutica de las comunidades autónomas la disponibilidad de este fondo.

CONCLUSIONES

El Fondo Solidario ha permitido cubrir la mayor parte de las necesidades identificadas por los Servicios de Farmacia y así como contribuir a una mejor atención y seguridad de los pacientes y profesionales por parte de la SEFH, en su compromiso con colaborar al mayor desarrollo de la Farmacia Hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1679. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL CONSUMO DE FÁRMACOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DURANTE LA PANDEMIA CORONAVIRUS-2019

AUTORES

SERNA SERRANO B, SANZ ARRUFAT A, PÉREZ ALPUENTE I, RUIZ SÁNCHEZ S, DEL POZO CARLAVILLA C, COLLADO SANZ JM, ALDAZ FRANCÉS R, GARCÍA GÓMEZ C
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE. C/ HERMANOS FALCÓ, 37. ALBACETE

OBJETIVOS

La crisis sanitaria del coronavirus-2019 (COVID-19) en marzo-2020, dificultó a los servicios de farmacia (SF) el abastecimiento de hospitales y centros sociosanitarios (CSS). El objetivo del estudio es analizar el consumo cuali-cuantitativo de fármacos en CSS de febrero-abril de 2020 frente al consumo del mismo periodo en 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal multicéntrico que incluye los consumos mensuales de febrero-abril de 2019-2020 de seis CSS (n=1.023 residentes) de nuestra área de salud. Se incluyeron los fármacos utilizados para el tratamiento directo (TD) y sintomático (TS) del COVID-19 según los protocolos del hospital (PHC-19). Los fármacos analizados, se estratificaron por grupo y subgrupos terapéuticos: B01AB=heparinas, B05=fluidoterapia, H02AB=glucocorticoides, J01=antibacterianos de uso sistémico, J05AR=antivirales (sólo emtricitabina/tenofovir; lopinavir/ritonavir), N02AA01=morfina intravenosa y N05=psicolépticos intravenosos (sólo levomepromazina; midazolam; haloperidol), P01BA=aminoquinolinas (sólo hidroxicloraquina), R03=inhaladores y R05CB=mucolíticos (sólo acetilcisteína). Se excluyó N02B=analgésicos-antipiréticos, por considerarse tratamiento crónico de los CSS. Los datos se obtuvieron del programa informático Farmatools® y las variables analizadas fueron: media de unidades consumidas por mes-año e incremento del consumo por mes-año.

RESULTADOS

-Unidades consumidas febrero;marzo;abril 2019: xB01AB (51; 61; 54), xB05 (163; 154; 187), xH02AB (184; 160; 189), xJ01 (700; 625; 696), xJ05AR (0; 0; 0), xN02AA01 (2; 3; 2), xN05 (6; 11; 9), xP01BA (0; 0; 0), xR03 (61; 60; 65), xR05CB (1.407; 935; 970).

-Unidades consumidas febrero;marzo;abril 2020: xB01AB (53; 105; 534), xB05 (146; 457; 730), xH02AB (198; 383; 874), xJ01 (659; 1.902; 1.293), xJ05AR (0; 61; 87), xN02AA01 (2; 49; 15), xN05 (4; 77; 37), xP01BA (0; 74; 232), xR03 (75; 97; 83), xR05CB (832; 1.440; 1.387).

-Incrementos consumo febrero;marzo;abril 2019-2020: xB01AB (Δ 2,9%; Δ 72,7%; Δ 883,4%), xB05 ($-\Delta$ 10,5%; Δ 197,2%; Δ 289,6%), xH02AB (Δ 7,7%; Δ 138,8%; Δ 362,8%), xJ01 ($-\Delta$ 5,8%; Δ 204,1%; Δ 85,7%), xJ05AR (Δ 0%; Δ ∞%; Δ ∞%), xN02AA01

($\Delta 0\%$; $\Delta 1.375\%$; $\Delta 770\%$), xN05 ($-\Delta 31,4\%$; $\Delta 607,7\%$; $\Delta 323,1\%$), xP01BA ($\Delta 0\%$; $\Delta \infty\%$; $\Delta \infty\%$), xR03 ($\Delta 22,7\%$; $\Delta 62,1\%$; $\Delta 27,1\%$), xR05CB ($-\Delta 40,9\%$; $\Delta 53,9\%$; $\Delta 43\%$).

CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio hasta febrero-2020, el consumo fluctúa sin variaciones destacables. Con la llegada de los primeros casos de COVID-19 en marzo-2020, los CSS experimentaron un incremento del consumo de fármacos para el TS del COVID-19 según los PHC-19: fluidoterapia (xB05A $\Delta 197,2\%$), morfina (xN02AA01 $\Delta 1.375\%$) y psicodélicos intravenosos (xN05A $\Delta 607,7\%$), los cuales se usaron principalmente para la sedación paliativa y podrían darnos una idea aproximada de la mortalidad en los CSS. Como TD destacan: antibióticos (xJ01A $\Delta 204,1\%$), inhaladores (xR03A $\Delta 62,1\%$), mucolíticos (xR05CBA $\Delta 53,9\%$), antivirales (xJ05ARA $\Delta \infty\%$; x=61 unidades) e hidroxiclороquina (xP01BA $\Delta \infty\%$; x=74 unidades). Estos dos últimos grupos (J05AR y P01BA), no se habían usado antes en CSS y están relacionados con la incidencia del COVID-19. A finales de marzo-2020, la agencia española del medicamento priorizó el consumo de hidroxiclороquina en hospitalizados, pero en abril-2020, se liberaron las restricciones (xP01BA=232 unidades) y se añadieron nuevos TS a los PHC-19: heparinas (xB01ABA $\Delta 883,4\%$) y glucocorticoides (xH02ABA $\Delta 362,8\%$). Cuantificar estos consumos ha permitido optimizar los stocks de seguridad en caso de nuevos rebrotes de COVID-19, conocer la evolución de la pandemia y el buen grado de cumplimiento de los PHC-19 en CSS.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1684. QUALITATIVE IMPACT OF PRESCRIPTION VALIDATION ON DETECTION OF POTENTIAL DRUG RELATED PROBLEMS DURING COVID19 PANDEMIC

AUTORES

SUCH DIAZ A, LAZARO CEBAS A, TEJEDOR PRADO P, ALVARO ALONSO E, ESTEBAN CASADO S, SANTIAGO PEREZ A, CAÑAMARES ORBIS I, ESCOBAR RODRIGUEZ I
HOSPITAL INFANTA LEONOR. GRAN VIA DEL ESTE, 80. MADRID

OBJETIVOS

To describe the severity and type of potential drug related problems (PDRP) in COVID19 patients detected by pharmaceutical validation during the peak weeks of COVID19 pandemic (from March 5th to May 5th 2020).
To analyze the qualitative impact of pharmaceutical validation.

MATERIALES Y MÉTODOS

A retrospective descriptive study of all pharmacy interventions was performed in COVID19 patients who were admitted to a 240-bed teaching hospital from March 5th to May 5th 2020 and stayed longer than 48 h. PDRP were classified according to the third Consensus of Granada on Drug Related Problem. An independent team determined the severity of the potential medication error (PME) caused by PDRP and the probability of causing an adverse effect (PAE): 0 (low or nil), 0.1 (medium), 0.2 (high), 0.4 (very high). Qualitative impact was assessed by comparing the number of interventions per patient, PDRP types and PME severity groups in 2020 with the same period in 2019 using X². Results were expressed as proportions. All tests were performed with the SPSS v.15 software for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

RESULTADOS

From March 5th to May 5th 2020 5,055 patients were admitted in the Hospital. 2,210 patients stayed at least 48h, 1796 of whom had a RT-PCR positive for SARS-CoV2 or met the WHO probable case criteria. 1181 pharmaceutical interventions in 662 patients (36.92%) were reported (1.78 interventions per patient). Between 5th March and 5th May 2019, 1354 pharmaceutical interventions in 821 patients were reported (34,38%)(1.65 interventions per patient). No differences were found ($p=0.10$). Distribution of PDRP by type in 2020 vs 2019 (underlined PDRP type in case of statistical difference ($p < 0.001$)): 37.00% vs 45.79% dose, dosage schedule and/or duration; 28.62% vs 2.95% interactions; 11.52% vs 4.36% others; 10.25% vs 18.69% prescription errors; 5.93% vs 11.08% probable adverse effect; 3.05% vs 10.49% health problems insufficiently treated; 1.95% vs 4.28% duplicity; 0.68% vs 0.66% therapeutic interchange ($p=0.969$); 0.51% vs 0.22% bacterial culture test ($p=0.23$); 0.42% vs 0.15% contraindication ($p=0.19$); 0.08% vs 0.00% dispensing errors ($p=0.284$); 0% vs 1.33% administration errors. Severity of PDRP in 2020 vs 2019 (underlined severity class in case of statistical difference ($p < 0.001$)): 3.64% vs 0.52% very high; 35.22% vs 47.30% high; 54.11% vs 49.45% medium ($p=0.018$); 7.03% vs 2.73% low or nil.

CONCLUSIONES

Almost all patients admitted from March 5th to May 5th 2020 had COVID19 infection. Despite the work overload caused by the SARS-CoV2 outbreak of the Pharmacy Service managed to keep the prescription validation process with an increase in detection of PDRP related to interactions and others and very high and medium severity PDRP compared to 2019. Prescription validation processes should try to be kept during pandemic outbreaks to ensure medication safety.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1702. ADAPTACIÓN DEL ÁREA DE DOSIS UNITARIAS PARA LA DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS

AUTORES

ZAMORA FERRER E, VILELA MANEIRO JA, RUIZ CALDES MJ, AUSINA AUSINA MJ, RIBES ARTERO H, ROMÀ SÁNCHEZ E, GARCÍA PELLICER J, POVEDA ANDRÉS JL

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO LA FE. BOULERVAR SUR. VALENCIA

OBJETIVOS

Desde marzo de 2020, aumentaron exponencialmente los pacientes ingresados COVID-19. Por ello, fue necesario habilitar nuevas estructuras para ubicar a los pacientes una vez la demanda superó los recursos existentes. Nuestro objetivo fue la creación de nuevos circuitos de dispensación en el área de dosis unitarias (DU) del Servicio de Farmacia (SF), para abastecer a los pacientes COVID-19 ubicados en las estructuras habilitadas a propósito de la pandemia, asegurando la seguridad y la calidad del proceso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los primeros casos de COVID-19, fueron ubicados en las Unidades de Hospitalización (UH) hasta que estas fueron insuficientes. A partir de entonces, tres nuevas estructuras fueron habilitadas e incorporadas a nuestro Departamento de Salud: hospital de campaña (capacidad: 362 pacientes); antiguo hospital (capacidad: 166 pacientes); hotel medicalizado (capacidad: 109 pacientes). Además, seis centros sociosanitarios (CSS) pasaron a depender de nuestro SF para la dispensación de medicación COVID-19 de los pacientes positivos. Los pacientes críticos se ubicaron en la Unidad de Cuidados Intensivos, Reanimación y Unidad Postanestésica. Los pacientes de Urgencias con sospecha de COVID-19 se ubicaron en el Área de Acogida prequirúrgica. Esto supuso la creación de nuevos circuitos de preparación y dispensación de medicación en DU para un aumento de aproximadamente el 64% de nuestra cartera habitual de pacientes ingresados, manteniendo en todo momento la seguridad y la calidad en la dispensación.

RESULTADOS

El Servicio de Informática asignó una UH a cada nueva estructura: Una para cada planta del hotel (total: 5); una para cada planta del antiguo hospital (total: 2); una para críticos; una para cada CSS (total: 6). Cada UH se vinculó a un Grupo Funcional Homogéneo (GFH) para imputar correctamente el gasto. En DU se confirmaba un carro diario por cada UH y se preparaba la medicación con ayuda de armarios semi-automatizados de dispensación. La medicación de los pacientes críticos se dispensaba a las 10h; el hotel y el resto de UH hospitalarias a las 15.30h; los CSS a las 18h. La medicación era repasada por el personal del SF antes de la dispensación para asegurar la calidad de la preparación y la seguridad del paciente. Durante el pico de primavera de 2020 de COVID-19 no llegó a requerirse la utilización del hospital de campaña ni del antiguo hospital. Todas las estructuras contaban con un Pacto de medicación y sueroterapia acordado entre el farmacéutico y la supervisión. La vinculación de cada UH a su correspondiente GFH aseguraba la correcta imputación de la medicación.

CONCLUSIONES

Una vez más la Farmacia Hospitalaria (FH) ha tenido que reinventarse, esta vez sobre todo en las áreas de Gestión. Una pandemia de índole mundial ha hecho que en tiempo récord los SF solicitaran cada tratamiento COVID-19 nominalmente a la Agencia Española del Medicamento, recepcionaran y acondicionaran la medicación, y promovieran circuitos de dispensación para abastecer a los pacientes COVID-19 ubicados en nuevas estructuras tanto físicas como digitales, sin dejar de abastecer a los pacientes habituales del hospital, y manteniendo en todo momento los criterios de calidad y seguridad propios de la FH.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1752. REORGANIZACIÓN DE UNA CONSULTA EXTERNA DE FARMACIA DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS

AUTORES

VALCARCE PARDEIRO N, LOPEZ SANDOMINGO L, FERNÁNDEZ VARELA AM, RODRÍGUEZ PENIN I
COMPLEJO HOSPITALARIO ARQUITECTO MARCIDE. AVDA. RESIDENCIA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Describir las actuaciones realizadas en una consulta externa de atención farmacéutica a pacientes oncohematológicos y con enfermedades inmunomediadas tras la declaración de la pandemia por coronavirus.

MEJORAS ESPERADAS

Adaptar el circuito de dispensación en las consultas presenciales (distanciamiento en tiempo y espacio); asegurar el acceso y la continuidad de la atención farmacéutica y los tratamientos; enfatizar la adherencia; minimizar los desplazamientos del paciente y contactos con el hospital. Colaboración en la educación sanitaria comunicando las medidas preventivas de transmisión del SARS-CoV-2.

DISEÑO

Adecuación de la atención farmacéutica a las necesidades del paciente diferenciado modelos: presencial, remota, telemedicina y consulta telefónica.

CIRCUITO Y ETAPAS

-Solicitud del tratamiento: prescripción electrónica en programa de pacientes externos o prescripción en la historia clínica electrónica (HCE) y comunicación telefónica o por e-mail.

-Atención presencial (inicios de tratamiento y pacientes que acudían al hospital):

Planificación operativa de la dispensación: revisión de la HCE, validación de la prescripción, detección de intervenciones y preparación de la medicación. Distanciamiento cronológico de los pacientes, información verbal y escrita (posología, forma de administración, efectos adversos, interacciones, conservación). Accesibilidad a dispensadores de gel hidroalcohólico en los puntos de atención. Desinfección periódica de las superficies de trabajo.

-Atención remota (pacientes oncohematológicos que acuden a consulta):

Planificación operativa de la dispensación y envío de medicación a la consulta médica para la entrega al paciente.

-Telemedicina asociada a envío domiciliario de medicación.

La Subdirección de Farmacia emitió una instrucción para la entrega informada de medicación hospitalaria en el domicilio. Adopción de la instrucción e inclusión de los pacientes sin consulta médica presencial y con cita en la agenda de Farmacia. Contacto telefónico con el paciente, entrevista y registro en HCE. Programación de la entrega por fecha, elaboración de un listado con los pacientes ordenados por área geográfica. Dispensación, acondicionamiento e identificación de los paquetes de medicación. Contratación de una empresa distribuidora para la entrega.

IMPLANTACIÓN

Puesta en marcha de forma inmediata tras la declaración del estado de alarma.

RESULTADOS

Estudio descriptivo prospectivo desde el 23/03/2020 hasta el 30/04/2020. Incluidos 804 pacientes (455 de enfermedades inmunomediadas y 349 oncohematológicos), mediana de edad 61 años (rango 8-94 años), 51% mujeres. El número de consultas fue 828 (1226 líneas de dispensación asociadas): 77 presenciales (inicios de tratamiento y citas médicas); 308 sucesivas con atención remota; 443 de telemedicina con entrega domiciliar de medicación. Las consultas telefónicas (158) se incrementaron un 47%, se respondieron 9 interconsultas de otros servicios. Hubo 29 intervenciones farmacéuticas. Por recomendación de la Agencia Española del Medicamento (19/03/2020), 8 pacientes crónicos con tocilizumab intravenoso se cambiaron a presentaciones subcutáneas (sc). Los pacientes con tocilizumab sc (9) y sarilumab sc (13), uso especial en la COVID-19, precisaron gestión de un stock específico en las indicaciones autorizadas. El cambio en el flujo de atención tuvo muy buena acogida por los pacientes.

LIMITACIONES

Posible despersonalización de la relación farmacéutico-paciente. Aumento de la carga de trabajo y necesidad de recursos humanos y económicos. Dependencia de terceros para realizar los envíos. La inmediatez en la implantación no permitió disponer de un modelo logístico más eficiente con rutas diseñadas previamente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Modelo exportable a otros hospitales.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1755. MEDICACIÓN HOSPITALARIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS DE MAYORES DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES

BILBAO GÓMEZ-MARTINO C, SOBRINO JIMÉNEZ C, ARANCÓN PARDO AB, GARCIA-TREVIJANO CABETAS M, RODRÍGUEZ MARTÍN E, BLÁZQUEZ RAMOS N, HERRERO AMBROSIO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. PASEO CASTELLANA 261. MADRID

OBJETIVOS

La pandemia COVID-19 ha requerido restringir los movimientos de la población para reducir contagios y evitar la exposición de personas vulnerables a entornos de riesgo como los hospitales. En este escenario, la atención a pacientes geriátricos institucionalizados con necesidad de atención hospitalaria urgente ha supuesto un reto.

Nuestro objetivo fue implantar las medidas necesarias de coordinación con las residencias de mayores de nuestra área sanitaria para garantizar la atención medicalizada de los residentes afectados por coronavirus u otras patologías evitando que acudieran al hospital.

MEJORAS ESPERADAS

1. Asegurar el acceso a medicación de uso hospitalario en las residencias de mayores.
2. Mantener la eficacia y seguridad de estos tratamientos.

DISEÑO

Proyecto multidisciplinar, desarrollado entre un hospital de tercer nivel [servicios de farmacia (SF) y geriatría], y las 32 residencias del área sanitaria. El SF dio soporte a la adquisición, dispensación y distribución de medicamentos de uso hospitalario. Se elaboró información escrita para la administración eficaz y segura de los tratamientos en las residencias y se ofreció un soporte telefónico.

CIRCUITO Y ETAPAS

El procedimiento se coordinó desde el Área de Dispensación del SF con la colaboración de la enfermera de geriatría. Diariamente se preparó la medicación basada en las prescripciones derivadas de las interconsultas realizadas a los geriatras desde las residencias. Se adjuntó información escrita de los medicamentos. Se estableció un horario de recogida para las residencias, un registro firmado de entregas, y un circuito de dispensación urgente.

IMPLANTACIÓN

Los modelos de dispensación contemplados en la Orden Ministerial SND/293/2020 y la Resolución 197/2020 de nuestra Comunidad Autónoma, facilitaron la implantación. Ésta comenzó el 20 de marzo.

1. Creación del equipo multidisciplinar: 7 geriatras, 2 enfermeras de geriatría, 3 farmacéuticos, y el equipo de técnicos del SF.
2. Creación de circuitos de comunicación y coordinación entre geriatras-enfermería-SF-residencias.
3. Consenso de "kits de atención básica de inicio" (paracetamol, ceftriaxona, levofloxacino y metilprednisolona intravenosos, y sueros). Elaboración de hojas informativas para cada medicamento.
4. Optimización de estos circuitos para otros envíos (material sanitario y pruebas diagnósticas).

RESULTADOS

En dos meses de pandemia se ha dispensado medicación para 570 pacientes institucionalizados (301 dispensaciones). Se han dispensado 3116 sueros y 9149 medicamentos (17 especialidades distintas), correspondiendo a antibióticos parenterales (37%), analgésicos (36%), corticoides intravenosos (18%), hidroxicloroquina (6%) y otros (3%). El equipo multidisciplinar atendió 1037 pacientes institucionalizados, evitando la derivación al hospital de 467 (45%).

LIMITACIONES

El farmacéutico hospitalario no tuvo acceso a la prescripción médica de los residentes. Algunas prescripciones urgentes se hicieron telefónicamente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El éxito del proyecto reside en crear un equipo multidisciplinar comprometido, y facilitar vías de comunicación y coordinación sencillas entre las diferentes partes, siendo aplicable a otros hospitales. El apoyo legislativo durante la epidemia facilitó llevar a cabo la implantación.

El valor añadido aportado por Farmacia residió en la rápida organización de circuitos, dimensionado de la adquisición de medicamentos, diseño de kits de medicación básica de arranque, elaboración de hojas informativas para el uso adecuado de los fármacos, y contemplar facilidades para atención urgente.

Este proyecto derivado de la pandemia COVID-19 supone una oportunidad para dar continuidad a este tipo de asistencia para pacientes institucionalizados.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1759. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DE ENVÍO DE MEDICACIÓN DE USO HOSPITALARIO A OFICINAS DE FARMACIA

AUTORES

RODRÍGUEZ- MAURIZ R, SEGUÍ SOLANES C, ALMENDROS- ABAD N, SOSA- PONS A, RECHE FERNÁNDEZ MD, RUDI SOLA N

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. C/FRANCESC RIBAS S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar el grado de satisfacción con un circuito de envío de medicación de uso hospitalario a oficinas de farmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, realizado durante el mes de mayo de 2020 por un Servicio de Farmacia que atiende a pacientes externos, cuyos domicilios se encuentran en un área de influencia de 735 km², distribuidos en 39 municipios. Durante el estado de alarma a causa de la pandemia por COVID-19 se estableció un sistema de envío de medicación de dispensación hospitalaria a las oficinas de farmacia (OF) próximas al domicilio del paciente.

Se evaluó la satisfacción de aquellos pacientes incluidos en el programa que recibieron la medicación entre 23 de marzo y 17 mayo 2020.

Variables recogidas: pacientes externos, pacientes incluidos, sexo, edad, oficinas de farmacia colaboradoras, dispensaciones realizadas, tipo de conservación de la medicación enviada, ATC medicación enviada.

El grado de satisfacción se evaluó mediante 4 preguntas: satisfacción con el método de dispensación utilizado, satisfacción con la atención farmacéutica recibida, satisfacción global y precio que estaría dispuesto a pagar para continuar con el servicio.

Para las respuestas se utilizó una escala del 1 al 10, en la que 1 significa muy insatisfecho y 10 totalmente de acuerdo. En la pregunta sobre el coste a asumir se propusieron cuatro posibles categorías: nada, menos de 5€, menos de 10€, menos de 15€.

Los datos de contacto se recogieron de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS

De un total de 3.000 pacientes, se incluyeron 395 en el programa. El 52% mujeres, edad media 50 (DS 12) años. Se ha colaborado con 38 OF y se realizaron un total de 401 dispensaciones. El 73% de la medicación enviada era de nevera. ATC mayoritarios de la medicación enviada: 52% L04AB (inhibidores factor de necrosis tumoral); 18% L04AC (inhibidores de interleuquinas); 14% L04AA (inmunosupresores selectivos).

El 65% contestaron la encuesta. La satisfacción promedio con el programa utilizado fue 9,4 (DS 0,9); la atención farmacéutica recibida 9,4 (DS 0,8) y la satisfacción global del 9,4 (DS 0,8). En cuanto al precio que los pacientes estarían dispuestos a asumir, el 46% no estarían dispuestos a pagar por el servicio, 20% asumirían un gasto inferior a 5€, 17% inferior a 10€ y 17% inferior a 15€.

CONCLUSIONES

Aunque la satisfacción general con el nuevo circuito de dispensación es muy elevada, al igual que con la atención farmacéutica recibida, gran parte de los pacientes no estarían dispuestos a asumir ningún coste para continuar recibiendo la medicación cerca de su domicilio.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1771. TOCILIZUMAB ENDOVENOSO ASOCIADO O NO A CORTICOIDES EN EL TRATAMIENTO DE LA COVID-19.

AUTORES

MURGADELLA SANCHO A, PUEBLA VILLAESCUSA A, GRACIA GARCIA B, LOSA LOPEZ L, LOUREIRO AMIGO J, ORIOL BERMÚDEZ I, HIDALGO ALBERT E, COLOMA CONDE A

HOSPITAL MOISÈS BROGGI. C/JACINT VERDAGUER, 90. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar el uso de tocilizumab asociado o no a corticoides en el tratamiento de la COVID-19 en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron los pacientes que recibieron tocilizumab (400 o 600mg) en planta de hospitalización convencional del 15/3/2020 al 25/4/2020.

Variables del paciente: edad (años), sexo, índice de Charlson ajustado por edad, hipertensión arterial, diabetes, dislipemia o inmunosupresión basal.

Variables del tratamiento: segunda dosis de tocilizumab, tratamiento con corticoides, dosis acumulada de corticoides (mg).

Variables de eficacia: estancia hospitalaria y en UCI (días), necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI), días de VMI, mortalidad (28 días post-tocilizumab).

Variables de Seguridad: infecciones bacterianas o víricas (28 días post-tocilizumab), perforación intestinal.

Se diferenciaron dos grupos: los que recibieron corticoides (C) y lo que no (NC) y se analizaron diferencias entre grupos.

Análisis estadístico: Stata® 15.1. Se utilizó la prueba U- de Mann-Whitney para la comparación de variables cuantitativas (expresadas como medianas y rangos intercuartílicos) y el test χ^2 para las cualitativas (expresadas en porcentaje)

RESULTADOS

Se incluyeron 90 pacientes, con una edad 64,5 años [54,5-73,5], el 73% hombres. El índice de Charlson fue 3,0 [1,0-4,0]. El 45,6% presentaba hipertensión, 38,99% dislipemia, 25,6% diabetes y 8,9% inmunosupresión.

En cuanto al tratamiento, el 7,8% recibió segunda dosis de tocilizumab. El 73,3% recibió corticoides con dosis acumulada 450,0 mg [450,0-675,0 mg].

Se diferenciaron 2 grupos: C (n=66) y NC (n=24).

Variables del paciente y del tratamiento (C vs NC): se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad (66,5 [59,5-74,5] vs 58,0 [46,5-64,0] años, $p < 0,05$), hipertensión (56,1% vs 16,7%, $p < 0,05$), dislipemia (47,0% vs 16,7%, $p < 0,05$) y en el índice de Charlson (3,0 [2,0-5,0] vs 2,0 [0-2,5], $p < 0,05$) entre ambos grupos. No se encontraron diferencias en la inmunosupresión (10,6% vs 4,2%, $p=0,3425$), diabetes (30,3% vs 12,5%, $p=0,0868$) ni en la segunda dosis de tocilizumab (9,1% vs 4,2%, $p=0,4405$), aunque porcentualmente fueron mayores en el grupo C.

Variables de eficacia (C vs NC): se encontraron diferencias en la estancia hospitalaria (20,0 [15,0-27,0], $p=0,0055$), mayor en C. No se encontraron diferencias en los ingresos UCI (27,3% vs 25,0%, $p=0,829$), estancia UCI (15 [4-21] vs 19 [16-26], $p=0,221$), necesidad de VMI (22,7% vs 25,0%, $p=0,822$), días de VMI (9 [4-21] vs 18 [13-23], $p=0,367$). Aunque no hubo diferencias estadísticas en la mortalidad (22,7% vs 8,3%, $p=0,1229$), ésta fue porcentualmente mayor en C.

Variables de Seguridad (C vs NC): no hubo ninguna perforación intestinal. No hubo diferencias en el porcentaje de pacientes que presentaron infecciones bacterianas (27,3% vs 33,3%, $p=0,575$) o víricas (3,0% vs 0,0%, $p=0,388$).

CONCLUSIONES

- La mayoría de pacientes COVID que recibieron tocilizumab también recibieron corticoterapia.
- La utilización de corticoides fue más elevada en pacientes mayores, hipertensos y dislipémicos y, en general, con más comorbilidad basal.
- El uso de corticoides en nuestra población se asoció a mayor estancia hospitalaria.
- La adición de corticoides al tocilizumab no se asoció a más infecciones, más necesidad de VMI, más días de intubación ni, mayor estancia en UCI aunque hubo una tendencia hacia una mayor mortalidad

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1776. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 (COVID-19) EN LA UNIDAD DE NUTRICION PARENTERAL DE UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

ARDANZA ARANBURU E, VILA GALLEGRO C, AGUILERA CELORRIO L, ELGUEZABAL ORTUZAR I, VALLINAS HIDALGO S, REVUELTA AMALLO A, VARA URRUCHUA M, AGUIRREZABAL ARREDONDO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. AVENIDA MONTEVIDEO 18. VIZCAYA

OBJETIVOS

Describir la actividad asistencial en el área de nutrición parenteral (NP) en los meses de marzo y abril de 2020 durante la pandemia por Covid-19, y la creación de forma conjunta entre los servicios de Anestesia-Reanimación y Farmacia de un nuevo modelo de nutrición parenteral complementaria para este perfil de paciente crítico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se obtienen los datos del programa de nutrición parenteral NUTRIWIN (Baxter) que se utiliza a diario en farmacia y del evolutivo de los pacientes de la historia clínica electrónica OsabideGlobal (Osakidetza).

Como consecuencia de la pandemia por Covid-19 el número de pacientes con necesidad de cuidados intensivos aumento de forma dramática entre los meses de marzo y abril de 2020, pasando el número de camas en las unidades de críticos del hospital de 16 a un total de 55, con una ocupación máxima de 42.

La dificultad para alcanzar los requerimientos nutricionales vía enteral durante la primera semana en la unidad de críticos supuso un aumento importante en la petición de NP, especialmente individualizadas, pasando de 111 unidades en el periodo anterior enero-febrero 2020 a 317 unidades en marzo-abril (incremento del 285%). Este hecho planteó la necesidad de simplificar la prescripción y preparación de la NP para poder asumir la carga de trabajo.

Siguiendo las recomendaciones de las guías ESPEN y ASPEN se define conjuntamente entre los servicios de Anestesia-Reanimación y Farmacia un modelo de NP complementaria partiendo de un producto tri-cameral que se ajusta a los requerimientos nutricionales del paciente Covid-19: alto aporte proteico, restricción de volumen y bajo aporte de lípidos para compensar las altas dosis de propofol administradas.

RESULTADOS

Descripción de la NP complementaria: volumen: 1080 ml, 900 kcal, 66 gramos de proteína, 29 gramos de lípidos, 86 gramos de glucosa, electrolitos, vitaminas y oligoelementos.

Durante el periodo marzo-abril 2020 ingresaron un total de 76 pacientes con diagnóstico de neumonía por Covid-19 en las unidades de críticos, con una estancia media de 13,9 días (2-49). El 40,8% (n=31) de los pacientes requirió NP durante el ingreso. Del total de 317 NP prescritas en unidades de críticos durante el periodo, el 77% (n=245) correspondieron a pacientes Covid-19. A partir de disponer de la nueva NP se prepararon 145 NP para pacientes Covid-19, correspondiendo el 85% (n=123) a este nuevo modelo.

CONCLUSIONES

La demanda de NP desde las unidades de pacientes críticos del hospital aumentó de manera dramática en pocos días a lo largo del mes de marzo, lo que planteó la necesidad de utilizar un nuevo modelo de NP complementaria que se ajustara a los requerimientos del paciente covid crítico y permitiera asumir esta mayor carga de trabajo. La preparación de la NP complementaria a partir de un producto comercial tri-cameral permitió simplificar la prescripción, reducir los tiempos de elaboración en más de un 50% y reducir la probabilidad de error mediante la estandarización del proceso de prescripción-preparación.

Una fluida comunicación entre el servicio de farmacia y de anestesia-reanimación resultó imprescindible para la rápida toma de decisiones e implantación de mejoras en un momento crítico.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1807. TROMBOPROFILAXIS EN PACIENTES COVID-19 POSTIVO

AUTORES

ENRIQUEZ OLIVAR L, RUIZ MOLINA F, RICO GUTIERREZ T, PEREZ ROBRES Y, MORENO GARCÍA M, CRIADO ILLANA MT, PARIENTE JUNQUERA A
HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA. C/ LUIS ERIK CLAVERÍA NEURÓLOGO S/N, 40002. SEGOVIA

OBJETIVOS

En la infección por COVID-19 severa, se ha descrito un patrón característico de elevación del dímero-D y del fibrinógeno, por lo que en pacientes ingresados está recomendada la trombopprofilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM). El servicio de hematología (SH) de nuestro hospital ha elaborado un protocolo de anticoagulación en función del dímero-D, del peso y de la función renal de los pacientes.

Con este estudio, se trata de analizar:

- El grado de adecuación, en base al protocolo realizado por el SH, de la dosis y pauta de la HBPM prescrita en los pacientes que ingresan en el hospital COVID-19 positivo.
- El porcentaje de aceptación, por parte de los facultativos, de las intervenciones realizadas por el servicio de farmacia, en los pacientes del estudio que no se ajustaban a dicho protocolo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes que ingresaron COVID-19 positivo y con prescripción de HBPM, del 1 de abril al 1 de mayo de 2020, en un hospital general de segundo nivel.

Se recogieron las variables: edad, sexo, dosis y pauta de HBPM, nivel del dímero-D, creatinina y peso. También se recogió: la adecuación al protocolo, las intervenciones realizadas, su grado de aceptación y los motivos de rechazo de las intervenciones.

Los datos se obtuvieron del módulo de Unidosis de Farmatools® v.2.6 y del sistema de Gestión de Informes Clínicos del hospital; recogiéndose en una tabla Excel para su posterior análisis. Se revisó la historia clínica informatizada de Atención Especializada Jimena IV® y el módulo de prescripción informatizada de recetas de Castilla y León (módulo PRES).

RESULTADOS

Se incluyeron 100 pacientes, 57 hombres y 43 mujeres, con una media de edad de $84,3 \pm 5,0$ años. El valor medio del dímero-D fue de $3,7 \pm 4,3$ $\mu\text{g/mL}$, peso $69,9 \pm 14,7$ kg y creatinina $1,2 \pm 1$ mg/dL.

La adecuación de la prescripción de la HBPM al protocolo del SH fue de 48/100 (48%).

Se realizaron 52 intervenciones; de las cuales, 30/52 (57,7%) fueron aceptadas y 22/52 (42,3%) rechazadas.

De las intervenciones aceptadas:

- Aceptaron aumento de dosis de la HBPM en 19/30 (63,3%) intervenciones.

- Aceptaron reducción de dosis de la HBPM en 11/30 (36,7%) intervenciones.

De las intervenciones rechazadas:

- No aceptaron aumento de dosis de la HBPM en 17/22 (77,3%) intervenciones; razones: 8/17 (47,1%) por factores prohemorrágicos, 3/17 (17,5%) por ligera enfermedad renal crónica, 2/17 (11,8%) por anemia crónica, 1/17 (5,9%) por postoperatorio, 1/17 (5,9%) por hemorragia activa y 2/17 (11,8%) sin razón.

- No aceptaron bajada de dosis de la HBPM en 5/22 (22,7%); razones: 2/5 (40%) por insuficiencia venosa de miembros inferiores, 1/5 (20%) por tromboembolismo pulmonar previo, 1/5 (20%) por prótesis metálica y 1/5 (20%) por accidente cerebrovascular previo.

CONCLUSIONES

La prescripción de trombopofilaxis con HBPM se ha adecuado al protocolo de anticoagulación elaborado por el SH en la mitad de los casos, no pudiéndose seguir en algunos pacientes por razones clínicas.

Las intervenciones farmacéuticas realizadas han tenido un importante grado de aceptación y han supuesto un aumento significativo en la adecuación a dicho protocolo y en la mejora farmacoterapéutica de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1833. EFECTIVIDAD DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19)

AUTORES

CASANOVA VÁZQUEZ J, RIOJA CARRERA M, DEL RÍO ORTEGA P, ROGADO VEGAS B, LIZAMA GÓMEZ NG, ALONSO PERALTA CÁ, ARAGÓN GRACIA I, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA. AVENIDA VALDECILLA S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

La COVID-19 se caracteriza por una respuesta interinflamatoria que puede acabar en un fallo multiorgánico y, en muchos casos, la muerte. Una de las sustancias proinflamatorias que da lugar al cuadro grave es la interleuquina 6 (IL-6). Tocilizumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea la acción de IL-6. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de tocilizumab en pacientes con COVID-19 graves.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo desde el 26/03/20 al 26/05/20 en un hospital de tercer nivel, que incluyó a 52 pacientes COVID-19 positivos tratados con tocilizumab. Los pacientes recibieron dosis única de tocilizumab intravenosa según peso, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión:

- Neumonía intersticial con insuficiencia respiratoria grave (score = 2).
- Empeoramiento rápido respiratorio que necesita ventilación (COVID respiratory severity scale ≥ 3).
- Presencia de otro fallo orgánico (principalmente shock o escala SOFA score ≥ 3).
- Criterios de respuesta inflamatoria sistémica grave: IL-6 > 40 pg/ml (como alternativa elevados niveles de dímero-D > 1500 ng/ml o en progresivo aumento).
- Pacientes susceptibles de ser ingresados en unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Realización de un estudio de hepatitis vírica, así como para detectar la infección latente por tuberculosis.

Las variables analizadas fueron: sexo, edad, peso, dosis, unidad (planta o UCI) y tratamiento previo. La efectividad fue analizada según los valores analíticos: IL-6, dímero D y ferritina (antes y después de tocilizumab), según el número de altas y el número de fallecidos.

RESULTADOS

Se identificaron 52 pacientes en tratamiento con tocilizumab (38 varones) con una edad media de 61,1 años (37 - 81). 9 (17,3%) recibieron una dosis de 400 mg (peso < 75 kg), mientras que 43 (82,7%) recibieron una dosis de 600 mg (peso > 75 kg). 39 (75%) lo recibieron en planta, mientras que 13 (25%) en UCI. Todos los pacientes habían sido tratados previamente con lopinavir/ritonavir, hidroxicloroquina y azitromicina.

En 47 (90,3%) se determinó la IL-6 (pg/ml) previa, cuyo valor medio fue de 116,05 (3,62 - 439,99), mientras que en tan sólo 14 (26,9%) se determinó después, con un valor medio de 79,67 (9,76 - 125). Por tanto, la reducción media sólo pudo ser obtenida de 14 pacientes (26,9%): - 42,18.

La media de dímero D (ng/ml) previo fue de 14.616,4 (263 - 153.270) y la posterior fue de 8.262 (204 - 103.743).

Reducción media: - 6.354,2.

La media de ferritina (ng/ml) previa fue de 1.412,1 (37 - 4.570) y la posterior fue de 1.139,2 (49 - 4.134). Reducción media: - 272,9.

45 (86,5%) recibieron el alta, con una media de 15,4 días (6-32) desde la administración. 6 (11,5%) fallecieron durante el ingreso, con una media de 17,2 días (2-39) desde la administración. 1 paciente (1,9%) continúa ingresado al cierre del estudio.

CONCLUSIONES

La administración de tocilizumab supone una disminución en los valores de IL-6, dímero D y ferritina, marcadores inflamatorios de respuesta a la enfermedad.

Por ello y dado el reducido número de muertes y el alto porcentaje de altas en el hospital, tocilizumab presenta un beneficio manifiesto en los pacientes con cuadros graves de COVID-19.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1846. CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DOMICILIARIA DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO Y TELECONSULTA FARMACÉUTICA DURANTE LA PANDEMIA COVID19 EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

AGUILAR GUIADO C, SANCHEZ SUAREZ S, BARCIA MARTIN MI, GARCIA GIMENO M
HOSPITAL EL ESCORIAL. CARRETERA M-600 GUADARRAMA A SAN LORENZO DE EL ESCORIAL, KM 6,255. MADRID

OBJETIVOS

Describir y analizar la implantación de un “circuito de dispensación domiciliaria (CDD) de medicamentos de uso hospitalario y teleconsulta farmacéutica (TLAF) en un hospital comarcal durante la pandemia Covid19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo que incluyó las dispensaciones realizadas en el área de pacientes externos (PEX) desde el 23/03/2020 hasta el 27/05/2020. El CDD se coordinó bajo la supervisión de la farmacéutica responsable del área, y para llevarlo a cabo se contó con el apoyo logístico voluntario por parte del ayuntamiento de nuestro municipio. Al personal implicado en el reparto de medicación se le informó del circuito y procedimiento a seguir, y se les proporcionó guantes y mascarillas.

El Servicio de Farmacia (SF) disponía de una agenda integrada en la historia clínica electrónica para la gestión de citas de PEX que se reorganizó en el contexto de esta pandemia. Durante el periodo de estudio la dispensación fue bimestral y se establecieron 2-3 días semanales de reparto. Los criterios de dispensación domiciliaria (DD) fueron: pacientes en cuarentena por COVID-19 positiva o contacto; pacientes que vivieran solos y no pudieran desplazarse; pacientes de riesgo por edad avanzada y/o pluripatológicos, oncohematológicos o inmunodeprimidos; pacientes institucionalizados, y pacientes que por algún otro motivo el SF consideró que pudieran beneficiarse.

El procedimiento establecido fue: Se revisó diariamente la agenda para seleccionar y validar los pacientes. Se contactó por teléfono con los pacientes 1-2 días antes de la DD para informarle del procedimiento, el día de entrega y realizar TLAF. Se contactó con el ayuntamiento para coordinar las rutas y días de reparto. Se gestionó la dispensación y se preparó la medicación de cada paciente correctamente identificada (nombre, dirección y nº teléfono) y acondicionada según condiciones de conservación, y se adjuntaron 3 documentos: impreso de próxima cita de dispensación (para el paciente), impreso de dispensación (firmado paciente), e impreso de consentimiento informado para DD (firmado y DNI paciente). Se registró en una base de datos todas las DD realizadas.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se dispensó medicación a 355 pacientes: en el 57,7% de los pacientes se realizó DD, en el 10% se entregó la medicación en un punto de dispensación fuera del hospital y el resto acudieron al SF a recoger medicación. El 54,2% de las DD fueron en mujeres y el 45,8% hombres (mediana global de edad:56 años; rango 6-87). El 91,2 % de las entregas fueron dentro del área geográfica comarcal de reparto establecida con el ayuntamiento. El 66% de los medicamentos requirieron acondicionamiento en frío. La distribución de dispensaciones por programas fue: Artritis Reumatoide 23,3%, Espondiloartropatías 11,7%, Artritis Psoriásica 11,2%, tratamientos VIH 12,2%, Hepatitis B 5%, y el 36,6 % resto de programas.

CONCLUSIONES

El papel del SF en la DD durante el periodo de confinamiento, junto con la ayuda de voluntarios, ha permitido que la medicación continuara siendo accesible a todos los pacientes, favoreciendo la adherencia al tratamiento. Es necesario consolidar este modelo de DD y TLAF en hospitales comarcales, ya que se podrían beneficiarse un grupo de pacientes con limitaciones de movilidad.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**1851. NUEVAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES EXTERNOS EN LA ERA COVID: ADAPTANDO LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA.****AUTORES**

LACALLE FABO E, BELOQUI LIZASO JJ, LARREA GOÑI N, SAN MIGUEL ELCANO R, VELASCO VELASCO A, SAROBE CARRICAS M, LARRAYOZ SOLA B, GUTIERREZ VALENCIA M
CH. DE NAVARRA - HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO. IRUNLARREA, 4. NAVARRA

OBJETIVOS

Adecuar la actividad de Atención a Pacientes Externos al nuevo escenario planteado por la pandemia de COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

- Disminuir tiempos de espera y acumulación de pacientes (reorganización del Área).
- Continuar con la atención farmacéutica al paciente externo confinado (consulta no presencial).
- Asegurar la continuación de los tratamientos (envío de mediación a domicilio (EMaD)).
- Reducir frecuentación de pacientes en Hospitales de Día (cambio vía intravenosa por subcutánea)

DISEÑO

Fase1:

- Refuerzo de recursos humanos
- Aumento y flexibilización del horario presencial y telefónico.
- Coordinación con servicios clínicos y asociaciones de pacientes.
- Adaptación de las instalaciones a las medidas de distanciamiento.

Fase2:

- Preparación anticipada de medicación.
- Separación física atención telemática/presencial.

- EMaD, incluidos pacientes de otras CCAA y confinados fuera de la comunidad.
- Cambio de tratamientos vía intravenosa por subcutánea.

CIRCUITO Y ETAPAS

Las consultas telemáticas y el EMaD se han realizado a demanda del paciente por teléfono o mail. Tras la atención farmacéutica se ofrecía el servicio de EMaD.

Se establecieron rutas de entrega semanales/diarias dentro de la Comunidad y sistemas alternativos de reparto urgentes y fuera de Comunidad. La recogida y entrega se hacía el mismo día.

IMPLANTACIÓN

Las actividades de la Fase1 comenzaron 2 semanas(s) antes del anuncio del Estado de Alarma (EA).

Las actividades de la Fase2 comenzaron tras decretarse el EA (16/03/20) y continúan a 31 de mayo tras alcanzarse la F2 desescalada, para pacientes más vulnerables.

Paralelamente se está trabajando en un proyecto de telefarmacia y EMaD de forma proactiva, seleccionada y continua, no ligada a la situación de pandemia.

RESULTADOS

Se ha analizado la actividad presencial y telemática durante las s12-s19 de 2020 (16/03/20 (inicio EA)-10/05/20 (inicio F1 desescalada)), y comparado con la actividad teórica en ausencia de pandemia, estimada a partir de la actividad del mismo periodo 2019 corregida con el incremento de actividad 2020/2019 (+21%) según la serie histórica. La diferencia entre la suma de las consultas presenciales y telemáticas y las consultas teóricas del periodo se han denominado consultas omitidas.

La actividad global en las s12-19 ha sido de 5.550 consultas, de las cuales 4.414(79,5%) han sido presenciales y 1.136(20,5%) telemáticas. La actividad estimada según la serie histórica hubiera sido de 7.030 consultas, por lo que se calcula se han omitido 1.480(21% de las teóricas). La actividad presencial ha pasado de 5973 pacientes entre las s12-19 de 2019 a 4414 en 2020(-23,3%).

Distribución de los 1136 EMaD: s12(30), s13 (131), s14(232), s15(190), s16(168), s17(155), s18(115) y s19(115).

Los tiempos de espera para la consulta presencial se han reducido desde un promedio de 5,2min/paciente en el periodo prealarma a 3 min durante la alarma (-42,3%).

LIMITACIONES

- Las consultas no presenciales se han hecho a demanda y no proactivamente.
- No tenemos un sistema para contabilizar la teleasistencia que no ha supuesto una dispensación o un EMaD por lo que no se recoge el resto de consultas telefónicas.
- No tenemos herramientas para analizar cualitativamente la actividad omitida.
- Nuestros sistemas de información en este momento no incorporan la gestión de la telefarmacia y EMaD.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La experiencia planteada puede ser aplicable a cualquier Servicio de Farmacia, tanto por la actividad en sí como por las áreas de mejora detectadas.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1864. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA COVID19 EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

SOLÁ BONADA N, SEVILLA SANCHEZ D, VALLS MONTAL C, GONZALEZ BUENO J, RIERA MOLIST N, VITALES FARRERO M, FONTS SERRA N, BASAGAÑA COLOMER G
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VIC. FRANCESC PLÀ. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar la utilización de tocilizumab durante la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 en un hospital comarcal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de los pacientes diagnosticados de COVID19 que recibieron al menos una dosis de tocilizumab intravenoso durante el periodo 18/03/20-04/05/20. Variables analizadas: demográficas (edad y sexo), clínicas (comorbilidades, sintomatología y días desde su aparición, duración de la hospitalización), analíticas (linfocitos, PCR, dímero D, ferritina, LDH, IL6), farmacológicas (tratamiento adyuvante) y mortalidad. Las variables cualitativas se presentan en frecuencias o porcentajes y las cuantitativas en medias (y desviación estándar [DE]) o medianas (y rango intercuartil [RIC]) según prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Se empleó la prueba de Chi-cuadrado para comparar variables cualitativas y la T-Student o U-Mann-Whitney (según normalidad de la muestra) para variables cuantitativas.

RESULTADOS

Un 12,4% del total de los ingresos COVID19 (548 pacientes) recibieron tocilizumab (n=68 pacientes; edad media 66,2 años (DE 9,6 años); 77,9% varones; 80,9% con comorbilidades (hipertensión, diabetes, dislipemia y obesidad las más frecuentes). El tiempo medio transcurrido desde el inicio de los síntomas (89,7% fiebre; 69,1% tos; 55,9% disnea; 25,0% diarrea) hasta la fecha de ingreso fue de 7,4 días (DE 3,4 días). El 47% de los pacientes presentaron hipoxemia (satO2 < 90%) al ingreso.

El 45,0% de los pacientes que recibió tocilizumab requirió aporte de FiO2 al 100% antes de su administración. La mediana de requerimiento de O2 fue de FiO2 al 50% (RIC 38-100%) y la media de PaFi fue de 144,4 (DE 92).

El tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas hasta la administración de tocilizumab fue de 12,3 días (DE 3,4 días).

No se observó correlación entre mortalidad y días transcurridos hasta su administración.

El 73,5% presentaban criterios analíticos de inflamación especificados por el Ministerio (linfocitos, PCR, dímero D, ferritina, LDH, IL6), mientras que el resto mostraban parámetros en aumento y empeoramiento clínico.

Todos los pacientes recibieron tratamiento con hidroxiquina+azitromicina, y el 77,9% también lopinavir/ritonavir.

El 75,0% de los pacientes recibió corticosteroides endovenosos (metilprednisolona) antes de la administración de tocilizumab con una dosis acumulada mediada de 320mg (RIC 120-560). No hubo diferencias de mortalidad entre recibir o no corticosteroides. El 52,9% de los pacientes recibió pauta de anticoagulación media (enoxaparina 1 mg/kg/día) o total (enoxaparina 1 mg/kg/12h) mientras que el 41,2% recibió profilaxis para el tromboembolismo (bemiparina 3500 UI/día). El 5,9% no recibió ningún tipo de profilaxis. No hubo diferencias de mortalidad según el tratamiento antitrombótico recibido.

La estancia media de ingreso fue de 17,6 días (DE 10,5 días) y un 26,5% requirió de ingreso en UCI. En total fallecieron el 29,41% de los pacientes tratados con tocilizumab. Los pacientes fallecidos presentaron una edad media superior (74,15 vs 64,50; $p < 0,05$) y una PaFi menor (98,7 vs 162,5; $p < 0,05$) a los supervivientes.

CONCLUSIONES

Los pacientes que reciben tocilizumab para tratar la COVID19 presentan una elevada mortalidad, siendo ésta mayor en los pacientes de mayor edad y con peores parámetros de saturación de O₂, sin que existan diferencias significativas en el resto de variables estudiadas.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1869. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS CON LA FORMULA DESINFECTANTE DE MANOS FRENTE A LA SOLUCION COMERCIALIZADA (STERILLIUM®)

AUTORES

ESTEBAN TEJERO MI, PRIETO GONZALEZ J, MIELGO GARCIA C, GARZON GAGO MJ, FERNÁNDEZ CAÑABATE S, GIL NAVARRO I, GONZALEZ SANZ A, GIL VALIÑO C
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVDA/REQUEJO Nº35. ZAMORA

OBJETIVOS

La situación provocada por el COVID-19 y su rápida propagación puso en relieve la importancia de adoptar medidas destinadas a evitar el contagio. El lavado de manos es una medida básica de prevención. Debido a la alta demanda de solución hidroalcohólica y al problema de desabastecimiento, se preparó desde el Servicio de Farmacia la fórmula desinfectante de manos (FDM) descrita por la Organización Mundial de la Salud. El objetivo de nuestro estudio fue determinar el grado de satisfacción del personal sanitario a la FDM.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se envió una encuesta a realizar de forma anónima durante el mes de mayo del 2020, a todos los trabajadores de nuestro hospital que hubieran hecho uso de la FDM y de la solución comercializada (Stellirium®).

La encuesta se componía de 8 preguntas englobadas en tres bloques: Preguntas sobre datos sociodemográficos (edad, sexo); sobre actividad laboral (servicio al que pertenece, categoría profesional y número de años trabajando en el hospital); y sobre la FDM (satisfacción en relación a las características de olor, viscosidad y absorción (muy satisfecho (MS), bastante satisfecho (BS), satisfecho (S), poco satisfecho (PS) y nada satisfecho (NS)); grado de satisfacción global de la fórmula y preferencia de uso sobre la solución comercializada).

La recogida de datos se realizó a través de una hoja Excel y el análisis estadístico a través del test Chi-cuadrado de Pearson. Aquellos valores de $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

RESULTADOS

Se recibieron 191 encuestas (77,5% mujeres; edad media de 46,9±10,7 años).

Los servicios con mayor participación fueron farmacia (14,1%), seguido de urgencias (11,0%), medicina intensiva (8,4%), digestivo (7,8%) y neurología (6,3%). En relación a la categoría profesional el 36,6% de las encuestas pertenecían al personal de enfermería; 28,8% técnico auxiliar; 17,3% licenciados especialistas, 13,1% celador y finalmente el 4,2% a personal administrativo. La media en el número de años trabajando fue de 15,5±10,8 años.

En cuanto a las características de la FDM, en relación al olor el grado de satisfacción fue: 9,9% MS; 19,4% BS; 35,1% S; 20,4% PS y 15,2% NS. En relación a la viscosidad: 11,5% MS; 23,1% BS; 29,3% S; 24,1% PS y 12,0% NS. En relación a la absorción: 12,6% MS; 25,6% BS; 27,2% S; 24,1% PS y 10,5% NS. La satisfacción global fue: 10,5% MS; 23,0% BS; 33,5% S; 23,0% PS y 10,0% NS.

En cuanto a la preferencia de uso el 40,8% preferían la FDM elaborada por el Servicio de Farmacia.

En relación al análisis estadístico, se observaron diferencias estadísticamente significativas en función de la preferencia de la FDM y la categoría profesional ($p < 0,05$), no observándose en función del sexo ($p = 0,87$) ni del número de años trabajando en el hospital ($p = 0,34$).

CONCLUSIONES

La preparación de la FDM ha permitido abastecer a nuestro hospital durante la pandemia. La preferencia de uso de la FDM frente a la comercializada fue inferior al 50%. Esto pone de manifiesto la necesidad de realizar mejoras en la formulación o bien de la preparación de otras fórmulas descritas que aumenten la aceptación por parte del personal del hospital.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1870. IMPLANTACIÓN Y PROTOCOLIZACIÓN DE UN CIRCUITO DE TELEFARMACIA DE MEDICAMENTOS DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA

AUTORES

GÓMEZ GANDA L, VIDAL OTERO J, CARDONA PASCUAL I, FLORENSA ROYO E, GRACIA MOYA A, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Implantación de un circuito de telefarmacia de medicamentos de dispensación hospitalaria: envío a domicilio y atención farmacéutica (AF) telemática, para pacientes adultos considerados de alto riesgo en la pandemia por COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

El circuito permitiría reducir el riesgo de infección al disminuir las salidas del domicilio y las visitas hospitalarias. La menor afluencia a la Unidad de Pacientes Externos de Farmacia Hospitalaria (UPEFH) supondría una reducción de pacientes en la sala de espera, contribuyendo a disminuir la probabilidad de contagio.

Asimismo, se garantizaría la continuidad del tratamiento.

DISEÑO

Se protocolizó un circuito de trabajo entre la UPEFH y la empresa de mensajería (EM).

CIRCUITO Y ETAPAS

Debido al elevado número de pacientes de la UPEFH fue necesario priorizar a pacientes considerados de alto riesgo por su patología de base (trasplante pulmonar, fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar) o con problemas socioeconómicos.

1. Selección de la EM garantizando trazabilidad y transporte en condiciones de temperatura adecuadas.
2. Identificación de pacientes priorizados programados en la UPEFH en las próximas ocho semanas.
3. Contacto telefónico con el paciente para informarle del circuito, solicitar el consentimiento informado y confirmar la dirección postal.
4. El farmacéutico valida el tratamiento y ante cualquier duda contacta con el equipo médico. Además, contacta con el paciente realizando una entrevista de AF estructurada.
5. El equipo técnico de farmacia prepara la medicación, realizando una segunda revisión para garantizar un envío adecuado. Se incluyen mensajes de ánimo a los pacientes, aportando humanización al proceso.
6. La EM entrega la medicación al paciente asegurando conservación y transporte en condiciones adecuadas.
7. La EM envía un informe con el estado de las entregas.
8. Se confirma que los paquetes han sido entregados y en caso contrario se solucionan las incidencias.

IMPLANTACIÓN

El circuito se protocolizó del 16 al 20 de marzo y se implantó el 23 marzo 2020, manteniéndose hasta la actualidad.

RESULTADOS

De los 4301 pacientes programados en las ocho próximas semanas (23 marzo-15 mayo), se seleccionaron 583 pacientes (13,6%): 498 pacientes según su patología de base y 85 con problemas socioeconómicos.

Desde su implantación se han realizado 564 llamadas. De los pacientes contactados, se realizó envío a 417 pacientes (431 paquetes), un 71,5% de los pacientes seleccionados previamente. El farmacéutico contactó con el equipo médico en 30 ocasiones por dudas del tratamiento.

El coste mediano de la medicación por paciente fue 2568,6 (825,2-4127,3)€.

Se envió medicación a 328 (56,3%) pacientes en la provincia de Barcelona, 87 (14,9%) pacientes en el resto de Cataluña y 2 (0,34%) pacientes fuera de Cataluña.

Surgieron 12 (2,9%) incidencias en la entrega (2 exitus, 2 errores en dirección postal y 8 ausencia del paciente), resolviéndose el 100%.

LIMITACIONES

- Debido a los recursos humanos y económicos y al espacio físico disponibles sólo se pudo ofrecer el servicio a los pacientes seleccionados.
- El tiempo invertido por paciente para el envío a domicilio (30 minutos) es superior al invertido en una visita presencial (8 minutos).
- Falta de soporte informático adecuado para la gestión de datos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Se podría aplicar en las UPEFH con personal, soporte económico e informático y espacio físico necesarios.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1874. VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES COVID-19 EN URGENCIAS

AUTORES

CALDERÓN HERNANZ B, ALONSO RAMOS H, CAMPINO VILLEGAS A, JUANES BORREGO A, SANTOLAYA PERRIN R
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON LLATZER. CARRETERA DE MANACOR, KM. 4. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

El coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) ha obligado al Farmacéutico de Urgencias (FU) a desarrollar nuevas herramientas para garantizar la seguridad y efectividad de los tratamientos sin estar, en muchos casos, físicamente en el área asistencial del Servicio de Urgencias (SU).

MEJORAS ESPERADAS

Alcanzar el máximo beneficio clínico del paciente con síntomas compatibles con COVID-19 en urgencias.

DISEÑO

Elaboración de un documento base que permite la validación farmacéutica de la prescripción médica, en base a la experiencia clínica de los FU, adquirida durante la pandemia COVID-19. Aporta parámetros a consultar sobre las recomendaciones de uso del medicamento prescrito.

Detalla aspectos de la prescripción, estado funcional del paciente, cálculo de dosis atendiendo a parámetros específicos, adecuación de la medicación de soporte y variables relacionadas con la seguridad y la adecuación de la administración a las limitaciones o necesidades del paciente, entre otros.

CIRCUITO Y ETAPAS

- 1) Capacitación del FU.
- 2) Acceso ágil a información clínica necesaria para realizar la validación y a los protocolos terapéuticos aprobados.
- 3) Sistema de registro de incidencias y decisiones tomadas para tener trazabilidad del proceso.

Etapas:

1. Comprobar que la indicación del tratamiento antivírico dirigido corresponde con el protocolo establecido. Constatar tramitación off label.
2. Revisar interacciones entre medicación prescrita y tratamiento antiviral COVID-19 (<http://www.covid19-druginteractions.org/>).
3. Corroborar alergias y/o intolerancias documentadas al tratamiento pautado.
4. Comprobar el historial previo de tratamiento agudo COVID-19 antes de llegar al SU.
5. Determinar valores antropométricos del paciente para ajustes de dosis de medicamentos.
6. Comprobar alteraciones fisiopatológicas y/o comorbilidades que generen incompatibilidades o requieran monitorización con respecto al tratamiento prescrito: Indicadores de función renal, VIH +, VHB+, etc..
7. Ajustar pautas para el manejo del tratamiento inmunosupresor.
8. Comprobar antipsicóticos en ancianos con fármacos COVID-19 (http://www.sen.es/pdf/2020/Antipsicoticos_COVID19_v2.pdf)
9. Constatar que el tratamiento de soporte es el apropiado según protocolo: broncodilatadores en cartucho, manejo conservador de fluidoterapia, uso restringido de corticoides, pauta de insulina cuando bolos de corticoides, oxigenoterapia.
10. Comprobar tratamiento antimicrobiano empírico si datos de sobreinfección bacteriana, recomendando si procede los que generen menos interacciones con el tratamiento antiviral.
11. Verificar y recomendar realización de ECG (valor del QTC en ms) para valorar riesgo de prolongación QT
12. Valorar profilaxis antitrombótica si COVID-19 + o tratamiento si riesgo trombotico aumentado (según protocolo local ó https://www.covid-19.seth.es/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones-tromboprofilaxis-y-tratamiento-antitrombotico-pacientes-COVID-19_2020-04-29.pdf)
13. Adecuar la administración de antivirales a las limitaciones del paciente (ej. forma farmacéutica y disfagia).
14. Seguir y recomendar duración del tratamiento antiviral según protocolos y situación clínica del paciente.
15. Revisar y conciliar medicación COVID-19 al alta, especialmente interacciones y prolongación QT

IMPLANTACIÓN

Este documento es el resultado final del trabajo ya realizado durante la pandemia por los Farmacéuticos de Urgencias.

RESULTADOS

El documento permite la verificación clínica de la prescripción médica en relación con el protocolo terapéutico aprobado en la organización, el plan de tratamiento (de soporte y farmacológico) del paciente y sus características individuales.

Las discrepancias o problemas relacionados con los medicamentos identificados se deberán comunicar y resolver con el prescriptor y dejar registro en la Historia clínica.

LIMITACIONES

Los criterios de validación deberán actualizarse al conocerse más sobre la enfermedad y el tratamiento COVID-19

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Los FU, ponen su experiencia durante la pandemia COVID-19 a disposición del resto de centros hospitalarios a través de este documento base de validación farmacéutica.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1884. INPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE TELEFARMACIA Y HOME DELIVERY EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES HEMOFÍLICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES

JUÁREZ GIMÉNEZ JC, MARTÍNEZ GARCÍA MF, ARÉVALO BERNABÉ ÁG, BENÍTEZ HIDALGO O, ALVAREZ MARTÍNEZ E, SARMIENTO FERNANDEZ MC, LALUEZA BROTO P, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. PG. VALL D'HEBRON 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Generar un circuito urgente de telefarmacia y home delivery (HD) de los factores de la coagulación (FC) prescritos a una población de pacientes hemofílicos en el escenario de la pandemia COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

Realizar atención farmacéutica a distancia de forma multidisciplinar, con el equipo de la Unidad de Hemofilia (UH) mediante las tecnologías de la información y comunicación. Evitar el acceso de los pacientes al Hospital durante la fase aguda de la pandemia y dispensar los FC mediante HD con plenas garantías de una correcta prescripción, conservación y adherencia.

DISEÑO

Un grupo multidisciplinar formado por el Servicio de Farmacia (SF) y la UH, identificó los pacientes candidatos al proceso y generó el circuito. Se utilizaron los programas SAP y SILICON para programar los pacientes y validar la prescripción. Se diseñó una base de datos en Excel para que la empresa de mensajería realizara el HD. La telefarmacia se desarrolló mediante el contacto telefónico (CT) y la App Haemoassist. Se registró el número de pacientes atendidos, los CT, los envíos preparados y el número de incidencias.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se realizó en 5 etapas:

- 1ª Contacto de la UH con la asociación de pacientes. Se comunica la restricción de visitas presenciales y priorización del CT.
- 2ª Selección de los pacientes candidatos, según localización geográfica y necesidades especiales.
- 3ª Contacto con la industria farmacéutica para conocer disponibilidad de FC ante la situación de emergencia y establecer el contenido de la medicación a enviar por paciente.
- 4ª Establecimiento de un circuito de recepción y entregas con una empresa de mensajería refrigerada.
- 5ª Contacto con los pacientes individualmente para informar, realizar seguimiento farmacéutico y envío de los FC.

El circuito establecido fue el siguiente. Mediante programación por SAP de los pacientes, se realizó CT para informar de la situación y conocer su estado de salud. A partir de la validación de la prescripción con SILICON se prepararon los FC para consumo mensual de cada paciente. Se programaron dos envíos semanales. En una base de datos en Excel se identificó el envío para la empresa de mensajería. Tras la entrega, el SF o la enfermería de la UH contactó para confirmar la recepción y potenciar la adherencia mediante el registro en Haemoassist.

IMPLANTACIÓN

La actividad se inició el 23 de marzo de 2020.

RESULTADOS

Se realizaron 230 dispensaciones HD a 124 pacientes (100% de los pacientes hemofílicos graves). Se realizaron 460 CT. El seguimiento de la adherencia con Haemoassist fue en el 80% de los pacientes. Hubo 4 incidencias en cuanto al mantenimiento de la cadena del frío.

LIMITACIONES

La preparación de la medicación para el envío requiere mayor tiempo empleado por el técnico de farmacia que la dispensación física. Se debe asegurar la cadena del frío. También se hace necesario la presencia física del paciente o familiar en el domicilio para su recepción.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Circuito aplicable a todos los servicios de farmacia con pacientes externos hemofílicos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1919. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EXTERNOS CON EL ENVÍO A DOMICILIO DE LA MEDICACIÓN Y LA TELEATENCIÓN FARMACÉUTICA

AUTORES

PARRO MARTÍN MÁ, MONTERO LLORENTE B, FERNÁNDEZ FRADEJAS J, VÉLEZ-DÍAZ PALLARÉS M, GRAMAGE CARO T, RODRÍGUEZ SAGRADO MA, ÁLVAREZ DÍAZ AM
HOSPITAL UNIV. RAMON Y CAJAL. CALLE SAN MODESTO. MADRID

OBJETIVOS

Analizar el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en la Unidad de Pacientes Externos (UPE) tras la implantación de los procedimientos de envío de la medicación a domicilio (ED) y teleatención farmacéutica (TF).

MATERIALES Y MÉTODOS

En abril de 2020 se estableció un sistema de ED de lunes a viernes para todos los pacientes citados en la UPE. Los pacientes son llamados el día previo a su cita para confirmar la dirección de envío, y llega a su domicilio el día posterior a

la cita.

En mayo de 2020 se elaboraron dos encuestas de satisfacción de respuesta cerrada con los siguientes ítems:

1) Satisfacción con el ED: sexo, edad, patología, persona que venía a recoger la medicación habitualmente, medio de transporte empleado, tiempo estimado de espera (transporte más sala de espera), opinión sobre el ED, valoración de la calidad (envoltorio, conservación, anonimato).

2) Satisfacción con la TF: sexo, edad, patología, opinión que le merece la TF, opinión sobre la información proporcionada por el farmacéutico (claridad, resolución de dudas), posibilidad de alternancia de la visita presencial con la TF, preferencia entre llamada telefónica o videollamada.

Las respuestas referidas al grado de satisfacción se midieron mediante una escala ordinal con cinco posibles categorías: muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo.

Para la encuesta de TF se incluyeron todos aquellos pacientes que habían sido contactados vía telefónica según criterio farmacéutico (inicio de tratamiento, segunda dispensación, cambio, pauta complicada o control de adherencia).

Se seleccionaron aleatoriamente 85 pacientes para cada encuesta. Las encuestas fueron realizadas telefónicamente por los farmacéuticos de la UPE, y los datos clínicos se obtuvieron del programa de dispensación a pacientes externos. Los resultados se expresaron en frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

1) Satisfacción con el ED: 56,5% mujeres, mediana de edad de 54 años (14-92). Las patologías mayoritarias fueron enfermedades inmunomediadas (30,2%) y patologías víricas (22,3%). Previamente a la implantación del ED el 85,9% acudía en persona a recoger la medicación, y el 52,9% utilizaba el transporte público. La media de tiempo estimada por el paciente en acudir al centro y recoger su medicación era de 1,5 horas (DE 0,78).

El 100% de los pacientes calificaron el ED como "bueno" o "muy bueno", y un 97,6% consideraron "buena" o "muy buena" la calidad del envío.

2) Satisfacción con la TF: 52,9% hombres, mediana de edad de 53 años (10-92). Las patologías mayoritarias fueron patologías víricas (29,4%) y neoplasias malignas (28,2%). El 97,6% de los pacientes consideraron "bueno" o "muy bueno" el servicio de TF, y un 98,8% consideraron "buena" o "muy buena" la información proporcionada. El 100% consideró adecuado alternar la visita presencial con la TF. Preferencia de tecnología empleada: 50,6% indiferente, 41,2% llamada telefónica, 8,2% videollamada.

CONCLUSIONES

El servicio de ED fue valorado satisfactoriamente por la totalidad de los pacientes. Un amplio porcentaje de los mismos calificó la calidad del envío como muy buena.

La TF fue una intervención evaluada positivamente por la mayoría de los pacientes. Cerca de la mitad de los pacientes preferirían una TF vía telefónica frente a videollamada.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1927. TELEFARMACIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y CON ENFERMEDADES MINORITARIAS DURANTE LA ÉPOCA COVID -19

AUTORES

PARRAMÓN TEIXIDÓ CJ, FERNANDEZ POLO A, CANETE RAMIREZ C, GARCIA PALOP BM, CLEMENTE BAUTISTA S, JIMENEZ LOZANO I, CABAÑAS POY MJ, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. PASSEIG DE LA VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la dispensación de medicación a domicilio (MAD) y atención farmacéutica (AF) a distancia a pacientes externos en un Hospital universitario pediátrico de tercer nivel.

MEJORAS ESPERADAS

Garantizar el acceso a la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria a los pacientes pediátricos con enfermedades crónicas y pacientes adultos con fibrosis quística (FQ) y cardiopatías congénitas atendidos en nuestra unidad, para minimizar la exposición durante la epidemia SARS-CoV-2. Establecer nuevas vías de comunicación telemática y AF (correo electrónico, teléfono y videollamadas).

DISEÑO

Dispensación de medicación para 2-3 meses a pacientes de Cataluña y otras comunidades autónomas en seguimiento en nuestro centro. Envío a través de una empresa externa especialista en transporte de medicamentos (ETM) garantizando la trazabilidad y confidencialidad, contando con soporte de personal externo al servicio de farmacia/voluntarios. AF a través de 2 líneas de teléfono móviles y dispositivos electrónicos cedidos por la SEFH. Valoración del servicio mediante encuesta on-line de satisfacción a pacientes.

CIRCUITO Y ETAPAS

El circuito se diseñó e implantó al inicio del estado de alarma en marzo del 2020 y la secuencia de actividades fue:

- Revisión de pacientes citados y programación en la agenda de farmacia.
- Contacto del farmacéutico con el paciente: confirmación del estado del paciente, adherencia al tratamiento, disponibilidad de medicación del paciente hasta envío, verificación dirección.
- Gestión de la medicación: disponibilidad de stock, elaboración de fórmulas magistrales (FM) y empaquetado.
- Dispensación a domicilio (ETM) o intrahospitalaria a consultas/hospital de día (personal interno).

- Contacto con el paciente (confirmar entrega y resolución incidencias).
- Registro actividad en historia clínica del paciente.

IMPLANTACIÓN

- Creación equipo: 4 farmacéuticos (1 residente), 2 técnicos y 2 auxiliares/voluntarios.
- Adecuación infraestructuras: acondicionado de 2 salas para la preparación de MAD con material de packaging necesario (cajas, neveras portátiles, acumuladores de frío y etiquetas). Adquisición de 2 tabletas y líneas telefónicas para la AF.
- Contratación de ETM.
- Elaboración protocolo: diseño del flujo de trabajo, programación pacientes, documentación (albaranes entrega-etiquetas), plataforma electrónica de ETM y rutas de envío.

RESULTADOS

Desde el 18 de marzo al 22 de mayo de 2020 se ha dispensado medicación a 1389 pacientes, edad mediana 13,7 (rango percentil 10-90: 2,2-40,7) años.

Se realizaron 1589 dispensaciones, 1456(91,6%) a domicilio, 91(5,7%) intrahospitalarias y 42(2,6%) presenciales, correspondiendo a 15930 medicamentos dispensados.

La distribución de envíos por provincias: 78% Barcelona, 9% Tarragona, 7% Girona, 4% Lleida y 2% otras; por programa de medicación: 29% hormona de crecimiento, 21% FQ, 6,2% neurología, 5,9% hipertensión pulmonar, 5,7% medicamentos biológicos, 5,5% oncología-hematología, 4,0% FM 22,7% otros.

Se realizaron 2115 visitas de AF a distancia.

Se realizó una encuesta de satisfacción a 690 pacientes y respondieron 306 pacientes. La valoración global media del servicio de dispensación de MAD y AF fue 4,90 en una puntuación de 1-5. Un 67,9% valoraron mantener el servicio, aunque el 31,1% valoró que no podrían asegurar estar en domicilio para recibir la medicación.

LIMITACIONES

Falta de habilidades en el uso de tecnologías y barrera idiomática por algunos pacientes. Falta de material logístico y soporte informático específico para realizar el envío. Dificultad logística de entrega en horario de reparto establecido.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a todos los servicios de farmacia que atienden a pacientes externos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1940. IMPLANTACIÓN DE TELECONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE PEDIÁTRICO ANTE LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DE ALARMA POR EL COVID-19

AUTORES

FERNÁNDEZ OLIVEIRA C, MARTÍNEZ ROCA C, YÁÑEZ GÓMEZ P, ROTEA SALVO S, MARTÍNEZ PRADEDA A, GIMÉNEZ ARUFE V, MARGUSINO FRAMIÑÁN L, MARTÍN HERRANZ I
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

Adaptar el circuito de atención farmacéutica (AF) y dispensación de medicación (DM) al paciente pediátrico en un hospital terciario para organizar su envío domiciliario gratuito previa teleconsulta ante la declaración del estado de alarma por el COVID-19 (Real Decreto 463/2020 del 14/03) y valorar el grado de satisfacción de los pacientes.

MEJORAS ESPERADAS

Favorecer el confinamiento sin mermar la AF.

DISEÑO

Se identificó la necesidad de reorganizar el circuito de AF y DM para minimizar los desplazamientos, evitar aglomeraciones en las salas de espera, favorecer el confinamiento y contribuir a la conciliación familiar tras el cierre de colegios.

CIRCUITO Y ETAPAS

Ante la declaración del EA, se formó un grupo de trabajo para la elaboración de un plan de AF estableciéndose el siguiente circuito:

1. Admisión. Envío de mensaje de texto al móvil indicando no acudir presencialmente a la cita y que su farmacéutico le contactaría unos días antes (en las citas programadas entre el 16/03-18/03 el aviso fue mediante llamada telefónica).
2. Farmacéutico. Contacto telefónico con los cuidadores al menos 2 días antes de la cita:
 - Obtención consentimiento verbal del cuidador para teleconsulta de AF y envío de medicación por una empresa externa.
 - AF telefónica y DM para 2 meses o ajustada según caducidad de las fórmulas magistrales (FM).
 - Documentación en la historia clínica de la obtención del consentimiento verbal y de la AF proporcionada (también lotes de las FM y cambios de dirección de envío).
3. Técnico de farmacia. Gestión de paquetería según condiciones de conservación.
4. Orden interno. Envío de medicación. Se estableció un cronograma para envíos de medicación las tardes de lunes, miércoles y viernes y de nutrición enteral domiciliaria (NED) martes y jueves (de precisar ambos, se unificó día de envío).
5. Farmacéutico/Administrativo. Programación de siguiente cita y notificación por correo postal.
6. Farmacéutico. Encuesta de satisfacción telefónica a una muestra representativa.

IMPLANTACIÓN

16 marzo 2020.

RESULTADOS

Entre 16/03-20/05 se realizaron 664 consultas de AF a pacientes pediátricos. Fueron presenciales 141(21%) por coincidir con otra cita en el hospital. El resto, 523(79%) fueron telefónicas con DM domiciliaria: 422(81%) medicación, 81(15%) NED y 20(4%) ambos. Tiempo estimado que empleó el farmacéutico en las consultas presenciales y las teleconsultas: 10 minutos/paciente versus 15 minutos/paciente.

Los resultados de la encuesta de satisfacción con el servicio (n=10) fueron:

- Tiempo ahorrado de desplazamiento al hospital: 90±40 minutos.
- 10/10 satisfacción en confidencialidad, anticipación de la llamada, comprensión de la conversación telefónica, amabilidad o tiempo de dedicación.
- Grado de satisfacción medio: 9,98 sobre 10.
- Lo más valorado: posibilidad de cumplir el confinamiento.
- Tras el EA, el 40% de los pacientes preferirían continuar con el servicio y el 60% también excepto si tuviesen consulta médica el mismo día.
- El 50% estaría dispuesto a costear el servicio.

LIMITACIONES

Entrega por personal no sanitario e imposibilidad de establecer una hora concreta. Consumo mayor de recursos (tiempo de personal, transporte).

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Circuito aplicable a todas las consultas de AF. El elevado grado de satisfacción observado permite apostar por el desarrollo de la telefarmacia.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1956. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ANAKINRA SUBCUTÁNEO EN PACIENTES INGRESADOS CON NEUMONIA POR COVID-19

AUTORES

MARÍN VENTURA L, DE CÁCERES VELASCO C, MORENO GARCIA M, HERNÁNDEZ LÓPEZ A, VIDAL IGLESIA M, COLOMA PERAL R

COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA. LUIS ERIK CLAVERÍA NEURÓLOGO S/N. SEGOVIA

OBJETIVOS

Analizar la eficacia y seguridad de anakinra subcutáneo (sc) en los pacientes ingresados con neumonía por COVID-19 según el protocolo de nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, en el que se incluyen a todos los pacientes con neumonía por COVID-19 que han recibido al menos una dosis de anakinra sc desde el 1 hasta el 20 de abril de 2020 según el protocolo elaborado por nuestro hospital. Éste incluía pacientes con neumonía grave mono/bilateral CURB65≥ 2 o Sat O2 < 90% tras fracaso a fármacos anti-interleucina (IL)-6 (tocilizumab intravenoso (IV) o baricitinib oral) y/o perfil de aumento de IL-1 (ferritina > 3.000 ng/ml o en aumento y linfopenia (< 1.000/μL). La posología fue: anakinra 100 mg cada/6 horas día 1, 100 mg cada 12 horas días 2-3 y 100 mg cada 24 horas días 4-6. Si ClCr (aclaramiento de creatinina) < 30 mL/min, el intervalo posológico se disminuía a la mitad. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, duración del tratamiento, historial de fármacos previos, reacciones adversas, variables analíticas antes y después del tratamiento (proteína C reactiva (PCR), D-Dímero, ferritina, linfocitos, PaO2/FiO2) y supervivencia a los 30 días del inicio del tratamiento. Los datos se obtuvieron del programa informático de Gestión de Unidosis Farmatools® v.2.6 y de la historia clínica informatizada (Jimena® v4). El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS.22. Todos los pacientes y/o sus representantes legales firmaron el consentimiento informado para el uso de anakinra fuera de indicación.

RESULTADOS

Se incluyeron 24 pacientes (67% hombres) con una media de edad de 66 ± 11,3 años. La duración media de tratamiento fue de 6 días. En 2 pacientes se ajustó el intervalo posológico de anakinra por ClCr < 30 mL/min. Todos los pacientes recibieron previamente hidroxyclorequina + lopinavir/ritonavir + azitromicina. 15/24 recibieron hasta tres dosis previas de tocilizumab IV, 6/24 recibieron baricitinib oral y 1/24 recibió remdesivir. Todos los pacientes llevaron bolos de corticoides (metilprednisolona 250 mg IV 3 días) y penicilinas de amplio espectro. La supervivencia a los 30 días fue de 14/24 (58%). De los pacientes que estuvieron en UCI (15/24), sobrevivieron 7/15 (47%) y de los pacientes de planta (9/24), sobrevivieron 7/10 (70%). La media de los datos analíticos antes y después del tratamiento fueron: linfocitos (103/μL) 0,86 ± 0,1 vs 1,24 ± 0,18 (p=0,018); dímero-D (μg/ml) 6,25 ± 1,19 vs 2,63 ± 0,57 (p=0,02); PCR (mg/dL) 4,8 ± 1,34 vs 1,51 ± 0,42 (p=0,10); ferritina (ng/mL) 1.843 ± 369,24 vs 809,74 ± 126,06 8 (p=0,000); PaO2/FiO2 (mm Hg) 202,92 ± 16,72 vs 257,79 ± 26,49 (p=0,034). Ningún paciente tuvo reacciones adversas graves documentadas.

CONCLUSIONES

El empleo de anakinra ha supuesto una supervivencia cercana al 60% con una buena tolerancia en pacientes ingresados con neumonía por COVID-19 según el protocolo de nuestro centro. Además ha demostrado una mejoría estadísticamente significativa de los datos analíticos analizados.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**1958. CONTINGENCIA DEL AREA DE DISPENSACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ANTE LA ALERTA SANITARIA COVID-19****AUTORES**

SERRANO MARMOL M, CABALLERO MARTINEZ M, PLANAS LOPEZ J, PEÑA HINOJOSA P, PLACERES ALSINA MM, CASTELLA KASTNER M, PEREZ VERA JL, SOY MUNER D
HOSPITAL CLINICO Y PROVINCIAL. VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Diseñar un plan organizativo del personal técnico, ante el aumento de ingresos derivados de la pandemia por COVID-19, para garantizar una dispensación de la medicación de forma eficaz y segura.

MEJORAS ESPERADAS

Adaptación de los circuitos de trabajo a la nueva situación sanitaria.

DISEÑO

Se realizaron cambios en horarios, tareas, personal, medidas de seguridad y espacio.

CIRCUITO Y ETAPAS

– - Turno noche: entrada de pedidos al sistema de carrusel vertical (SCV), preparación de botiquines de planta y de la medicación de los sistemas automáticos de dispensación (SAD) de Urgencias y de 2 UCIs, y la reposición de SCV de dosis unitaria.

– - Turno mañana: preparación y reposición del resto de medicación de SAD (3 en Urgencias y 6 en UCIs); dispensación de medicación urgente por nuevo ingreso o cambio de tratamiento, botiquines de planta (preparados en caja desechable) y dosis unitaria (preparada por paciente en bolsas desechables identificadas con sala y cama, no utilizándose los módulos de las estaciones móviles de trabajo).

– - Turno Tarde: preparación final de la dosis unitaria, botiquines de planta, reposición de los SAD de quirófano y una segunda reposición del resto de SAD, y dispensación de medicación a nuevos ingresos.

IMPLANTACIÓN

La nueva reestructuración de tareas se inició el 17 de marzo y finalizó el 15 de mayo de 2020.

RESULTADOS

Durante el periodo del 17/3 al 15/5 ingresaron 2066 pacientes confirmados COVID. Se reconvirtieron el 80% de salas y se multiplicó por 2,3 el número de camas UCIs para pacientes COVID.

Se incrementó el espacio de almacenaje con 3 áreas más una cámara frigorífica en zonas externas al Servicio de Farmacia (SF).

Se realizó una redistribución del personal técnico en 3 equipos de trabajo y se contrató nuevo personal: turno mañana de 8-15h (6 técnicos); turno tarde de 15-22h con 2 técnicos más (5 en total) y turno noche de 22-8h con 1 técnico más (2 en total).

Como medidas de seguridad, se implantó el uso de mascarillas quirúrgicas y solución hidroalcohólica para la higiene de manos, descontaminación del área de trabajo y de los carros de reposición de los SAD y el rechazo de devoluciones de medicación de planta, evitando contagios en el área de dispensación.

La segunda reposición diaria de los SAD, supuso una disminución de los “stock out” (medicación a cero).

LIMITACIONES

Las principales limitaciones fueron la falta de espacio, tanto para mantener la distancia interpersonal como para el almacenamiento de la medicación, dificultando el acceso y control del stock; y la reducida capacidad de los SCV, permitiendo trabajar solo a dos técnicos a la vez, a una determinada velocidad y con un único punto de dispensación de la medicación.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Medidas aplicables a situaciones de las mismas características, a otras áreas del SF y a hospitales con una actividad asistencial similar.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**1959. PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA PANDEMIA POR EL NUEVO CORONAVIRUS EN UN HOSPITAL COMARCAL****AUTORES**

SÁNCHEZ CASANUEVA T, RUIZ MARTÍN DE LA TORRE R, SÁNCHEZ RUIZ A, DÍAZ CRIADO MDC, VIZCAÍNO VELÁZQUEZ S, LÓPEZ POZAS V, MILLÁN BEAMUD L, NAVARRO MAESTRE E
HOSPITAL VIRGEN DE ALTAGRACIA DE MANZANARES. AVENIDA D. EMILIANO GARCÍA ROLDAN, 2. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Adaptar determinados procesos, desde el 02/03/2020 hasta el 20/05/2020, debido a la enfermedad COVID-19 (coronavirus disease 2019), en un hospital de 100 camas, encaminado a reorganizar los circuitos de dispensación, distribución y elaboración.

MEJORAS ESPERADAS

Un menor riesgo de contagio, proveer de nuevos servicios y optimizar la gestión de los recursos disponibles.

DISEÑO

Tras un análisis realizado entre el personal de farmacia, se seleccionaron los siguientes procesos susceptibles de mejora: Dispensación a Pacientes Externos (DPE): por el riesgo de contagio entre pacientes y entre pacientes-personal sanitario se consideraron necesarios equipos de protección individual (EPI), implantar medidas de distanciamiento físico y de reducción de desplazamientos.

Farmacotecnia: por la necesidad de solución hidroalcohólica (SHA).

Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMU): por el riesgo de que los carros de unidosis fueran un vehículo de transmisión del COVID-19.

CIRCUITO Y ETAPAS

A principios de marzo :

DPE: se solicitaron EPI, se reorganizaron las citas de dispensación para ampliar el intervalo de tiempo entre pacientes a 15 minutos, se planteó ampliar el horario de dispensación, se informó a los pacientes de las medidas de distanciamiento (separación de 2 metros entre paciente y personal, máximo de un acompañante), se hicieron recomendaciones para proteger a los pacientes más frágiles (envío de otra persona en su nombre, subir directamente los tratamientos de uso hospitalario a los pacientes oncohematológicos a la consulta/ hospital de día para evitar desplazamientos intrahospitalarios), se establecieron dispensaciones para un máximo de 2 meses, se organizó un circuito de entrega de medicamentos a domicilio.

Farmacotecnia: se seleccionó la fórmula 1 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de SHA, así como el material necesario.

SDMU: se consideró sustituir los carros de unidosis por bolsas desechables correctamente identificadas y con el tratamiento de un solo paciente. Los medicamentos devueltos a farmacia se quedarían en cuarentena durante 7 días.

IMPLANTACIÓN

A mediados de marzo se estableció en:

DPE: se implantaron todas las medidas organizadas y las recomendaciones descritas en el apartado anterior.

Farmacotecnia: se elaboró solución hidroalcohólica, conforme a la fórmula 1 de la OMS, tras adquirir el material necesario: glicerol 98%, alcohol 96º, Agua Oxigenada 3%, garrafa para realizar la mezcla, frascos de 500 ml y dispensadores.

SDMU: se adaptó enviando finalmente bolsas desechables individualizadas de un solo uso.

RESULTADOS

DPE: se han realizado dispensaciones domiciliarias a 195 pacientes (206 medicamentos), un 29,2% del total de dispensaciones. Se amplió el horario de dispensación en 3 horas. A todos los pacientes oncohematológicos se les envió su tratamiento de uso hospitalario a la consulta/ hospital de día. Se pudo entregar a todos los pacientes tratamiento para 2 meses. Las medidas de distanciamiento y protección individual fueron bien asumidas.

Farmacotecnia: se han elaborado 300 litros de SHA.

Unidosis: entre 16/03-20/05/2020 se han enviado todos los tratamientos en bolsas individuales por paciente.

LIMITACIONES

Los nuevos circuitos se implantaron de manera precipitada y seguramente sean susceptibles de mejora.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Todos los hospitales, sobre todo los comarcales (similar número de camas, de pacientes, grado de dispersión geográfica, población de referencia) pueden aplicar las mismas medidas.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1960. IMPACTO DEL USO DE TOCILIZUMAB EN LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS EN PACIENTES CON COVID-19

AUTORES

CORRAL ALAEJOS Á, FERNÁNDEZ CAÑABATE S, JIMÉNEZ CASAUS J, OCHOA SANGRADOR C, MARTÍN GÓMEZ C, ROLDAN GONZÁLEZ JS, GODA MONTIJANO G, GIL VALIÑO C
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVENIDA DE REQUEJO 35. ZAMORA

OBJETIVOS

Tocilizumab ha sido un pilar clave en el tratamiento integral del Covid-19, bloqueando la cascada de citoquinas causante de la severidad de la patología. No obstante, dado los continuos cambios en el manejo del fármaco, es necesario valorar su uso para establecer el tratamiento más idóneo en cada paciente. El objetivo de este estudio fue determinar el impacto de una única dosis de tocilizumab en la evolución de los parámetros analíticos en los pacientes con Covid-19 ingresados en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional de pacientes con infección por Covid-19 confirmada, tratados con tocilizumab en nuestro hospital desde el inicio de la pandemia hasta mayo de 2020. La pauta de tocilizumab fue actualizada siguiendo el protocolo establecido por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo), fecha de administración y dosis de tocilizumab y parámetros analíticos (ferritina, dímero D (dD), triglicéridos, lactato deshidrogenasa (LDH), proteína c reactiva (PCR), IL-6) previos y 48 horas posteriores a la administración, y desenlace clínico (éxito/alta).

Las variables cuantitativas continuas se describen como medianas con rango intercuartílico (IQR: p25-p75), y las variables

categorías como porcentaje (%). Se utilizó el test Chi-cuadrado de Pearson para comparar variables cualitativas y el test de ANOVA de medidas repetidas tras transformación logarítmica para valores cuantitativos. Aquellos valores de $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

RESULTADOS

Se incluyeron 70 pacientes (77,1% hombres) con una edad media de $68,5 \pm 13,9$ años. La mortalidad fue significativamente superior en aquellos pacientes mayores de 70 años. El porcentaje de éxitos fue del 25,7% (24,1% en el grupo de los hombres frente al 31,3% del grupo de mujeres; $p > 0,05$)

Las medianas (IQR) de los parámetros analíticos previos a la administración de tocilizumab fueron en pacientes éxitos versus (vs) pacientes con alta: ferritina 1595mcg/L (955,5-1871,5) vs 1549,5mcg/L (980,0-2066,0); dD 3315ng/ml (1555,0-22529,0) vs 1041ng/ml (525,0-2733,0); triglicéridos 144,5mg/dL (111,0-214,5) vs 153mg/dL (123,0-201,0); LDH 436UI/L (381,0-511,0) vs 357,0UI/L (293,5-502,0); PCR 161,6mg/L (68,3-263,8) vs 76,0mg/L (34,8-169,8); IL-6 85,14pg/ml (26,7-264,7) vs 44,85pg/ml (30,6-156,0).

En cuanto a las medianas (IQR) posteriores a la administración de tocilizumab fueron: ferritina 1582mcg/L (1014,0-2100,0) vs 1475,5mcg/L (803,0-2317,0); dD 4397ng/ml (1980,0-7970,0) vs 888ng/ml (445,0-2027,0); triglicéridos 155mg/dL (136,0-221,0) vs 221,5mg/dL (163,0-268,0); LDH 435UI/L (369,0-587,0) vs 350,0 UI/L (296,0-399,0); PCR 29,9mg/L (18,4-88,0) vs 21,9 mg/L (6,9-38,7); IL-6 429,20pg/ml (324,6-763,0) vs 33,97pg/ml (9,2-223,8).

No se incluyó en el análisis estadístico IL-6, dado el bajo número de muestras obtenidas tras la administración (8,6%). En función del desenlace se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto en los valores de dD (incrementándose en pacientes éxitos y disminuyendo en pacientes con resultado favorable tras tocilizumab) y PCR (disminuyendo en ambos grupos) previo y posterior a la administración de tocilizumab.

CONCLUSIONES

El resultado de nuestro estudio muestra diferencias estadísticamente significativas relacionadas con el desenlace clínico en los parámetros dD, PCR y LDH tras la administración de tocilizumab. Aun así, no podemos concluir que estos cambios se deban exclusivamente a tocilizumab ya que es necesario considerar el efecto de otros tratamientos como corticoides o heparinas.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1963. ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS CLÍNICAMENTE RELEVANTES EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR COVID-19 TRATADOS CON LOPINAVIR/RITONAVIR

AUTORES

MORENO GARCÍA M, RUIZ MOLINA F, ENRIQUEZ OLIVAR L, RICO GUTIERREZ T, PEREZ ROBRES Y, CRIADO ILLANA MT
HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA. C/ LUIS ERIK CLAVERÍA NEURÓLOGO S/N, 40002. SEGOVIA

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia y gravedad de las interacciones farmacológicas clínicamente relevantes en pacientes ingresados con infección por COVID-19 tratados con lopinavir/ritonavir en un hospital de segundo nivel, así como valorar el grado de aceptación por parte del clínico de las intervenciones realizadas desde el servicio de Farmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados con infección por COVID-19 que iniciaron tratamiento con lopinavir/ritonavir durante marzo y abril de 2020 en un hospital de segundo nivel. Para cada paciente se registró: edad, sexo, tratamiento durante el ingreso, presencia de interacciones y fármacos implicados, gravedad de las interacciones, intervenciones farmacéuticas realizadas y grado de aceptación. Los datos se obtuvieron de la aplicación informática de Gestión de Unidosis de Farmatools® v.2.6. Para el análisis de las interacciones farmacológicas se emplearon las bases de datos: Lexicomp®, Liverpool-COVID-19, interacciones VIH del Hospital Clinic y las fichas técnicas de los medicamentos. Las interacciones farmacológicas se clasificaron según el nivel de severidad en: moderadas (monitorizar), graves (considerar la modificación del tratamiento) y contraindicadas (evitar combinación). Las intervenciones farmacéuticas fueron comunicadas al médico prescriptor durante el curso del ingreso mediante la aplicación informática de Gestión de Unidosis de Farmatools®.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 627 pacientes; 400 hombres y 227 mujeres, con una mediana de edad de 71 años (19-110). La media de fármacos prescritos por paciente fue de 10 (6-17). Se revisaron un total de 6130 medicamentos. Se identificaron 260 interacciones farmacológicas en los tratamientos del 39,6% (248/627) de los pacientes, siendo la media de interacciones por paciente de 1,1 (0-3). Los grupos de fármacos implicados en las interacciones fueron: estatinas (62/248 pacientes, 25%), antagonistas del calcio (51/248 pacientes, 20,6%), corticoides (44/248 pacientes, 17,7%), antiagregantes (36/248 pacientes, 14,5%), antipsicóticos (19/248 pacientes, 7,7%), antiarrítmicos (15/248 pacientes, 6%), glucósidos cardiotónicos (12/248 pacientes, 4,8%), antigotosos (12/248 pacientes, 4,8%) y opioides (9/248 pacientes, 3,6%). Las interacciones farmacológicas se clasificaron según el nivel de severidad en: moderadas (88/260; 33,8%), graves (105/260; 40,4%) y contraindicadas (67/260; 25,8%).

Las recomendaciones fueron aceptadas en el 78,8% (205/260) de los casos, no fueron valoradas en el 17% (44/260) y rechazadas en el 4,2% (11/260). El grado de aceptación según la gravedad de las interacciones fue del 100% en el caso de las interacciones contraindicadas, del 77,6% en las interacciones graves y del 63,6% en las moderadas.

CONCLUSIONES

El seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes tratados con lopinavir/ritonavir permitió detectar un porcentaje significativo de interacciones farmacológicas que precisaban intervención farmacéutica, evidenciando el alto grado de aceptación por parte del clínico.

Más del 50% de las interacciones farmacológicas fueron graves o contraindicadas, lo que hace necesario establecer herramientas de ayuda en los programas informáticos que alerten a los clínicos con el fin de mejorar la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1969. EL DESAFÍO DEL SERVICIO DE FARMACIA FRENTE A LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS

AUTORES

ESPAÑOL PUIG L, PÉREZ PURDONÉS A, CANDEAS AGUSTI R, SCHOENENBERGER ARNÁIZ JA, CANO MARRÓN M
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA. AVDA ALCALDE ROVIRA ROURE ,80 25198. LLEIDA

OBJETIVOS

- Asegurar la continuidad asistencial del equipo .
- Garantizar un stock continuo en las diferentes unidades de almacenamiento del Hospital.
- Dar respuesta ante los cambios de tratamiento de las Unidades de la Covid-19.

MEJORAS ESPERADAS

En nuestro hospital se triplicó la capacidad de las Unidades de Cuidados Intensivos de 12 a 40 camas (UCI) ampliando y/o habilitando nuevos espacios en la zona quirúrgica y algunas plantas de hospitalización se reconvirtieron en Unidades Covid-19 para poder asumir el volumen de pacientes que ingresaban por esta causa.

DISEÑO

Para hacer frente a este aumento de la carga de trabajo se reorganizó el Servicio de Farmacia en 2 equipos de 6 técnicos .Cada equipo se turnaba cada semana con el fin de mantener la actividad durante el horario de apertura del Servicio de las (8 hasta las 19 horas)con el fin de asegurar un equipo por si había la posibilidad de algún positivo.

CIRCUITO Y ETAPAS

Esta nueva situación repercutió en la actividad diaria que tenían asignada cada uno de los 6 técnicos de cada turno de la siguiente manera:

1. Encargado de la ruta sucia, es decir, de reponer por la mañana y por la tarde la medicación en SAD UCI Covid-19 de acuerdo a las medidas de seguridad establecidas.
2. Encargado de la ruta limpia, es decir, de reponer la medicación una vez al día del resto de SAD no Covid-19
3. Encargado de la reposición de los botiquines de planta “Kanban” una vez al día
4. Encargado de la recepción de medicación y posterior colocación en el almacén automatizado tipo Kardex®
5. Encargado de la preparación de los carros de Unidosis
6. Encargado del Re envasado de medicamentos y soporte cuando fuera necesario

IMPLANTACIÓN

Las medidas que se implementaron desde el Servicio de Farmacia durante el período de emergencia consistieron en:

1. Aumentar el stock en los SAD de las UCI convencionales de los siguientes medicamentos:
 - Estupefacientes: Fentanilo y Remifentanilo
 - Anestésicos y Sedantes : Propofol , Rocuronio, Cisatracurio, Midazolam
 - Antibióticos : Azitromicina , Cefotaxima , Solución Poliantibiótica
 - Anticoagulantes: Bemiparina y Enoxaparina Sódica
 - Antiinflamatorios: Metilprednisolona a dosis altas
2. Revisar y modificar el stock de medicación de los SAD de UCI coronaria y Quirófanos para adaptarlo a las necesidades de los pacientes graves ingresados en estas UCI creadas al efecto
3. Añadir en todos los SAD de UCI un stock de medicación específica para tratamiento del Covid-19 según protocolo: Lopinavir / Ritonavir comprimidos y solución oral, interferón beta 1b y Hidroxicloroquina.
4. Aumentar la capacidad de stock de inhaladores, antiinflamatorios y antibióticos utilizados para el tratamiento sintomático de la enfermedad en Urgencias y plantas de hospitalización
5. Añadir un stock de Hidroxicloroquina en Urgencias tanto para los pacientes sintomáticos que ingresarán en planta como aquellos asintomáticos que no requerirán hospitalización.

RESULTADOS

La situación de emergencia a causa de la Covid-19 ha supuesto un reto sin precedentes en el Servicio de Farmacia del que afortunadamente ha salido airoso gracias a la reorganización de circuitos y horarios y la complicidad de todos sus miembros para hacer frente a este desafío.

LIMITACIONES

- No apertura de 24 horas.
- Reinventarse constantemente , cambios de protocolo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

- Es reproducible en otros Servicios de Farmacia de similares características

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1974. DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE TELEFARMACIA Y HOME-DELIVERY DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES

GONZÁLEZ DE LA ROSA C, VICO GARCÍA V, CAMPOS FERNÁNDEZ DE SEVILLA MÁ, ESQUINAS PADIN A, NOGALES REY G, RODRIGUEZ LABRADOR J, GONZÁLEZ AVILÉS C, SÁNCHEZ SERANO L
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES. AVENIDA MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS

Establecer un circuito de telefarmacia, dispensación y envío a domicilio (home-delivery) de medicamentos de uso hospitalario a pacientes externos (PEX) durante la pandemia por COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

El servicio de telefarmacia y home-delivery se implantó el 23 de marzo de 2020

DISEÑO

Se elaboró un protocolo de trabajo para garantizar el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) de los tratamientos de los PEX mediante telefarmacia, y servicio home-delivery. El protocolo incluía aspectos como: criterios de selección de pacientes, recogida de consentimiento informado de los pacientes para esta modalidad de SFT y home-delivery, así como medidas para evitar errores durante la dispensación y envío. El protocolo incorporaba el operativo establecido con voluntarios de protección civil (PC) y correos para garantizar el mantenimiento de la cadena de frío, la confidencialidad del tratamiento del paciente durante el transporte y la entrega segura de la medicación en domicilio. En la elaboración del protocolo participaron el farmacéutico, técnico de farmacia (TEF) y personal administrativo del área de PEX. Y fue revisado y aprobado por la asesoría jurídica, Dirección Médica y Gerencia del Hospital.

CIRCUITO Y ETAPAS

El circuito de telefarmacia y home-delivery incluye:

1) Diariamente, farmacéutico y TEF contactan con todos los pacientes citados el día siguiente en sus respectivas agendas de SELENE (HE_FAR001 Farmaceutico y HE_FAR002 TEF) para efectuar tele consulta de SFT, y ofertar el servicio de home-delivery. Se consideraban candidatos a este servicio, pacientes en cuarentena por contacto con paciente infectado por COVID-19 y/o situación de inmunosupresión o patología con tratamiento crónico, que obligara al confinamiento domiciliario. 2) Tras la tele consulta, se elabora un listado con los pacientes para home-delivery. 3) TEF efectúa la dispensación y preparación de al menos 2 meses de medicación en cajas o neveras con acumuladores de frío. 3) La medicación es identificada con un sobre que incluye, cita impresa para próxima consulta en farmacia con datos y dirección postal del paciente, recomendaciones para prevenir COVID-19, contacto del SF, consentimiento informado (CI) específico del paciente y mensaje de ánimo. 4) El farmacéutico revisa los paquetes, para confirmar medicación e identidad del paciente y se almacenan en SF hasta su envío. 5) La medicación es entregada por voluntarios en el domicilio garantizando la cadena de frío el mismo día de la cita en farmacia. 6) En el momento de la entrega, el paciente cumplimenta el CI, que es devuelto por los voluntarios al SF.

IMPLANTACIÓN

El servicio de telefarmacia y home-delivery se implantó el 23 de marzo de 2020.

RESULTADOS

Entre el 23 de marzo y 27 de mayo de 2020, se han efectuado 2.178 envíos de medicación a 1.591 pacientes de diferentes municipios de la Comunidad de Madrid. En este periodo solo se han detectado 4 errores de dispensación.

LIMITACIONES

No disponibilidad de efectivos propios del hospital para el transporte (mozo y vehículo de transporte). Disponibilidad de agenda de citación propia del Servicio de Farmacia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El programa puede ser aplicado en otros SF con programa de historia clínica (Selene).

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1978. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA EN COORDINACIÓN CON LAS FARMACIAS COMUNITARIAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES

SÁNCHEZ GUNDÍN J, ILLARO URANGA A, GÓMEZ GÓMEZ D, MARTÍNEZ TORRÓN A, ROGADO VEGAS B, DEL RÍO ORTEGA P, CASANOVA VAZQUEZ J, VALERO DOMINGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AV. VALDECILLA, 25, 39008 SANTANDER, CANTABRIA. CANTABRIA

OBJETIVOS

Ante el estado de alarma por la pandemia COVID-19, en la Unidad de Pacientes Externos (UPE) del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) se planteó la necesidad de un sistema de distribución de medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA). Por ello, se potenció la telefarmacia, complementada con el envío de medicación coordinado con Farmacias Comunitarias (FC) y Almacenes Distribuidores (AD).

MEJORAS ESPERADAS

Acercar la MHDA a los pacientes para reducir desplazamientos al hospital.

DISEÑO

Se redactó un documento de colaboración entre SFH, AD y Colegio Oficial de Farmacéuticos que asegurara una correcta atención farmacéutica (AF) especializada y una dispensación de la medicación segura y trazable.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se estableció un circuito temporal de entrega de MHDA a través de FC.

Etapas:

1. Localización de pacientes citados con el SFH (llamada telefónica).
2. Consulta farmacéutica telefónica: realizar AF y concretar FC más cercana.
3. Preparación de paquetes (contenían hoja explicativa de la situación, orden médica, medicación y próxima cita con SFH).
4. Agrupación de paquetes por FC y AD implicado. En el envío, se incluía un listado de bultos enviados y números de teléfono de los pacientes.
5. Distribución de paquetes por los AD y entrega a los pacientes por parte de las FC.
6. Comprobación de la entrega al paciente mediante recibís y/o devolución de paquetes al SFH.

IMPLANTACIÓN

La estructura organizativa de distribución y dispensación de medicación que garantizase la correcta conservación de medicamentos, especialmente termolábiles, ya existía y no supuso ningún coste asociado.

Se incluyeron todos los pacientes citados en la UPE, seleccionando pacientes en las primeras y últimas semanas según vulnerabilidad y accesibilidad al hospital. Se incluyeron las 273 FC existentes en toda la provincia.

El SFH necesitó 3 farmacéuticos adicionales y 1 técnico de farmacia, que se obtuvieron por la paralización de la actividad asistencial habitual durante la pandemia. El aumento de personal impedía trabajar con medidas de seguridad y con la concentración necesaria para el complejo proceso logístico de envío, por lo que éste se realizó en turno de tarde.

RESULTADOS

En 9 semanas se realizaron 2.161 envíos de MHDA a las FC para los 5009 pacientes citados (43%), mediana 63 envíos diarios. En 7 semanas de actividad total se realizaron 1952 envíos para 3758 pacientes citados (52%), mediana 70 envíos diarios.

Se realizaron envíos al 8% de pacientes VIH.

No se disponen de datos de satisfacción y, aunque los pacientes que aceptaron el envío se mostraban agradecidos, un elevado número de pacientes lo rechazaron.

LIMITACIONES

Exposición de los pacientes al tener que salir de su domicilio a recoger la medicación. Problemas de confidencialidad para determinados grupos de pacientes. Imposibilidad de contactar con los pacientes vía telefónica. Complejidad de la logística al ser 3 AD y 273 FC y, por tanto, alta probabilidad de error en la preparación y distribución (requirió doble control interno). Alta variabilidad del personal implicado en la dispensación, que requirió de la informatización e información detallada de cada paso.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El SFH no apuesta por esta estrategia, ya que ha resultado poco eficiente, al requerir de un elevado consumo de recursos de personal y sólo ser capaz de llegar a la mitad de los pacientes citados.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2002. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DE TOXICIDADES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y HEMATOLOGICOS

AUTORES

ALONSO CANTERAS C, MANZANEQUE GORDON A, CASTELLS LAO G, MARTINEZ IBARRA M, NICOLÁS PICÓ J
HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA. PLAÇA DEL DOCTOR ROBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

Establecer un circuito de seguimiento de toxicidades telemático para mantener la actividad asistencial durante la pandemia del SARS-Cov-2.

MEJORAS ESPERADAS

Debido a la pandemia causada por el SARS-Cov-2 se truncó la actividad presencial de seguimiento de toxicidades y dispensación de medicación en pacientes en tratamiento con antineoplásico oral en la consulta de farmacia oncológica. Con el circuito telemático se espera mantener el seguimiento habitual por parte del técnico de farmacia especializado en oncología-hematología (TFO). Disponiendo además, de un circuito de envío de medicación domiciliario.

DISEÑO

Se constituyó un equipo multidisciplinar (farmacéuticos/oncólogos/hematólogos) en el que se acordó qué pacientes serían beneficiarios de recibir atención telemática en vez de presencial. Des del servicio farmacia (SF) se decidió prestar seguimiento clínico telefónico a todos los pacientes exceptuando las visitas de inicio de tratamiento y aquellos que concomitantemente recibían quimioterapia endovenosa en hospital de día.

CIRCUITO Y ETAPAS

- 1) Creación de los Check-List según esquema terapéutico por el farmacéutico
- 2) Reprogramación de las visitas presenciales a telemáticas
- 3) Revisión de los Check-List por el equipo multidisciplinar
- 4) Revisión de los Check-List por el TFO
- 5) Realización seguimiento telefónico y registro de toxicidades

- 6) Envío de la medicación (si precisa)
- 7) Registro del seguimiento en la historia clínica y notificación al equipo médico (en caso necesario)
- 8) Encuesta de satisfacción (ES) post-seguimiento para valorar la atención farmacéutica (AF) recibida

IMPLANTACIÓN

El nuevo circuito se inició el 15/04/2020 y se reportan los datos hasta el 22/05/2020. Se realizó seguimiento telefónico a 121 pacientes (31 hematológicos/90 oncológicos) con una mediana de edad de 66 años (rango: 27-89). Más del 50% de pacientes (66/121) eran polimedcados (≥ 5 fármacos crónicos). Las visitas telemáticas totales fueron 134 (Post-inicio:10, Segunda:4, Tercera:6 y sucesivas:114).

RESULTADOS

En los diferentes seguimientos se detectaron 176 toxicidades (en 107/121 pacientes) requiriendo recomendación farmacéutica en 29 casos. Las toxicidades detectadas fueron: cansancio y fatiga (50,6%); dolor muscular/articular (11,9%); cefalea (6,8%); inapetencia (4,5%); diarrea (3,4%); estreñimiento, hipertensión arterial, dolor gastrointestinal y toxicidad cutánea (2,8% en cada caso); náuseas/vómitos y eritrodisestesia palmo-plantar (2,3% respectivamente); rampas, fotosensibilidad y alteraciones visuales (1,1% para cada uno); disnea, mareo, alteración del gusto/olor, tos, mucositis y neuropatía periférica, registrándose únicamente en 1 paciente (0,83%).

Los fármacos preescritos en los pacientes a los que se realizó seguimiento, fueron: capecitabina (20/121); temozolomida (12/121) y la combinación de ambos (1/121); palbociclib/ribociclib (12/121), ibrutinib (10/121); abiraterona (9/121); lenalidomida y vinorelbina (6/121 respectivamente); niraparib/olaparib, ruxolitinib, imatinib, osimertinib y enzalutamida (4/121 respectivamente); everolimus, alectinib y eltrombopag (3/121 respectivamente); erlotinib, nintedanib, ponatinib, sunitinib y regorafenib (2/121 respectivamente); asciminib, bosutinib, nilotinib, pazopanib, venetoclax (1/121 en cada caso).

Tras la ES, los pacientes (47/121) valoraron la AF vía telefónica con una media de 9,7/10.

LIMITACIONES

Durante el periodo de estudio únicamente se pudo realizar el seguimiento a vía telefónica. Actualmente, se dispone en nuestro centro de un canal de asistencia telemática mediante videollamada que permitirá una mejor valoración de las toxicidades que requieren de visualización, así como un contacto paciente-profesional más cercano.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Una vez estas fichas fueran validadas por el grupo GEDEFO se podría extender su uso a todo aquel SF que se plantee la implantación de este tipo de seguimiento.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2013. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS EN LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

AUTORES

CAMPABADAL PRATS C, SALOM GARRIGUES C, BEJARANO ROMERO F, CASTILLO PALOMARES M, MUNIAIN DIAZ DE CERIO MP, GENS BARBERA M, PALACIOS LLAMAZARES L, CANADELL VILARRASA L
CENTRO ATENCIÓN PRIMARIA CAMP DE TARRAGONA. AV DC MALLAFRE SN. TARRAGONA

OBJETIVOS

Ejercer una atención farmacéutica de calidad durante la situación de pandemia proporcionando la medicación y los productos sanitarios necesarios para el manejo de los pacientes en esta situación.

MEJORAS ESPERADAS

Readaptación de la atención farmacéutica en residencias geriátricas de acuerdo con la resolución del 17 de marzo de 2020 del CATSALUT donde se establecen nuevas condiciones en la dispensación y administración de medicamentos. Existen 26 residencias privadas con 1843 pacientes institucionalizados en nuestro territorio, sin depósito de medicamentos y atendidos por el médico de atención primaria considerándose estos pacientes en Atención domiciliaria. El nuevo circuito pretende obtener información diaria de la situación en residencias geriátricas y minimizar las derivaciones debido a la situación de pandemia

DISEÑO

Se diseña un mapa de actividades farmacéuticas:

- Diseño de un cuadro de mandos con actualización diaria donde cada residencia informa: nuevos casos en 24 horas, casos totales, pacientes aislados preventivamente, pacientes con sintomatología compatible, pacientes confirmados, pacientes con necesidades paliativas, kits final de vida disponibles, pacientes hospitalizados, exitus con sintomatología no confirmada y exitus con sintomatología confirmada, personal sanitario disponible y solución hidroalcohólica.
- Establecimiento de un depósito de medicamentos para el tratamiento agudo en pacientes sin criterio de derivación al hospital.
- Elaboración de una guía de administración de la medicación indicando: posología, forma de administración, efectos secundarios, interacciones, conservación y observaciones.
- Distribución de "kits final de vida" con medicación, material e información para atender las situaciones paliativas en residencias.
- Elaboración y distribución de solución alcohólica para la desinfección de superficies.
- Dispensación individualizada según circuito establecido por CATSALUT de tratamiento específico tras revisión del plan de

medicación para la detección de interacciones, ajuste de dosis o preparación de formas farmacéuticas en pacientes con dificultades de deglución.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Elaboración de la herramienta informática diseñada por un equipo multidisciplinar
2. Consenso entre el equipo multidisciplinar atención primaria- atención hospitalaria sobre “gestión de depósitos de medicación”.
3. Redacción y difusión del procedimiento sobre: composición, distribución, almacenaje y reposición.
4. Establecimiento de un sistema de comunicación de incidencias
5. Elaboración de la “guía de administración parenteral de fármacos para situaciones agudas en residencias geriátricas”

IMPLANTACIÓN

A mediados de marzo del 2020, se diseñó, redactó, consensuó e implantó el procedimiento en las 26 residencias geriátricas de la zona, estando activo en la actualidad.

RESULTADOS

La afectación por coronavirus ha sido desigual en nuestro territorio centrándose los brotes en 3 residencias. Dichos brotes han ocasionado 75 pacientes afectados y confirmados por el SARS- CoV-2, 26 exitus con sintomatología no confirmados y 57 exitus confirmados.

Las 26 residencias geriátricas han realizado el report diario de datos pudiéndose actualizar diariamente el cuadro de mandos.

Se han enviado 9096 fármacos a las distintas residencias geriátricas, 182 kits final de vida, 100 Litros de solución hidroalcohólica y se han dispensado 11 tratamientos con hidroxicloquina.

La necesidad de derivación a centros hospitalarios procedentes de residencias geriátricas fue de 3.

No se comunicaron incidencias.

LIMITACIONES

La organización de las residencias geriátricas en el Sistema de Salud dificulta la atención farmacéutica de calidad en estos pacientes.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este procedimiento es aplicable a todos aquellos Servicios de Farmacia con Atención Primaria integrada que tienen residencias geriátricas en su ámbito.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2014. LOGISTICA DE DISPENSACIÓN EN UN HOTEL MEDICALIZADO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES

CASTELLA KASTNER M, CLIMENT BOLTA C, RIVERO CORONADO E, SANCHEZ ESPUNY N, REGUANT FOZ X, TORO BADIA L, PEREZ VERA JL, SOY MUNER D
HOSPITAL CLINICO Y PROVINCIAL. VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Establecer un circuito de dispensación de la medicación para los pacientes ingresados en un hotel medicalizado.

MEJORAS ESPERADAS

Asumir la sobrecarga de trabajo generada en el Servicio de Farmacia (SF), garantizando la disponibilidad de la medicación y facilitando la preparación/administración del tratamiento prescrito.

DISEÑO

El 25 de marzo, en plena curva ascendente de casos de coronavirus, el Hospital abre un hotel medicalizado de 5 plantas, gestionado por el equipo de Atención Domiciliaria (HDOM) con una capacidad para 300 camas, con posibilidad de doblarlas. En un principio, la dispensación desde SF sigue el modelo de HDOM en el que se prepara la medicación para siete días por paciente. Se observa que este sistema genera mucha distorsión en el SF y en el hotel, planteándose como cambio de estrategia la apertura de un stock del SF en el propio hotel, para poder gestionar y dispensar la medicación in situ

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Habilitar un espacio adecuado en el hotel con estanterías y nevera como estructura básica de almacenamiento
2. Asignar 2 técnicos en farmacia a días alternos en horario de 11-20h y 1 farmacéutico de 9-18h
3. Establecer una herramienta informática de dispensación con las siguientes características:
 - asociarla a un stock físico que permita preparar la medicación con los medicamentos disponibles en el hotel e identificar los no disponibles para su envío desde SF.
 - generar un listado de preparación manual por planta con la medicación a preparar para 24 horas y la particularidad de que se muestre agrupada por medicamento indicando el número de unidades a dispensar.
4. Definir 2 transportes diarios desde el SF al hotel para reposición de stock y envío de medicación prescrita.

IMPLANTACIÓN

La validación y preparación de la medicación in situ se inicia el 6 de abril 2020. La colaboración rápida y flexible de diferentes profesionales como farmacéuticos, técnicos de farmacia, administrativos, informáticos, enfermería, infraestructuras y auxiliares sanitarios hizo posible la creación y buen funcionamiento del dispositivo.

RESULTADOS

El diseño realizado permitió optimizar la dispensación, limitar los stocks de planta y facilitar la preparación diaria de la medicación por parte de enfermería así como la administración al paciente

En los 40 días de funcionamiento del dispositivo de farmacia en el hotel se atendieron 447 pacientes con una estancia media de 11 días (rango: 3-42 días)

El stock contenía 295 referencias, que correspondieron inicialmente a 36.150 unidades. Se repusieron 10.775 unidades y se dispensaron 30.539 unidades de las que un 8 % correspondieron a medicamentos enviados desde el SF.

LIMITACIONES

La principal limitación fue no poder realizar una dispensación individualizada por paciente por falta de recursos materiales y humanos. Otras limitaciones fueron: dependencia de transportes diario para el suministro de los medicamentos, limitación horaria de la presencia de profesionales y prestaciones limitadas del sistema informático.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La experiencia sería reproducible a otros dispositivos extrahospitalarios similares que se deban habilitar para dar respuesta a una situación de excepcionalidad como la vivida durante la pandemia de COVID-19.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2015. IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE TELEFARMACIA Y DISPENSACIÓN DOMICILIARIA A PACIENTE EXTERNO

AUTORES

GARRETA FONTELLES G, PARDO PASTOR J, SANGRADOR PELLUZ C, MANZANEQUE GORDON A, GALLARDO BORGE S, CARIÑENA PASTOR S, PICUS A, NICOLAS PICO J

HOSPITAL UNIVERSITARI MUTUA DE TERRASSA. PZA. DR. ROBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es analizar el impacto del sistema de telefarmacia y dispensación de medicación a paciente externo instaurado durante la pandemia COVID-19, asimismo describir el perfil del paciente y tratamiento. Como segundo objetivo, estudiar el proceso de implantación del sistema de telefarmacia y valorar la satisfacción de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado durante 8 semanas en un hospital universitario con un área de influencia de 260.000 habitantes.

Los criterios de selección para el envío domiciliario fueron los siguientes: ≥ 65 años, enfermedad respiratoria y/o tratamiento inmunosupresor. También se envió a los pacientes que lo solicitaron por vía telefónica. Para el cálculo del impacto del sistema de telefarmacia se recogieron el número de pacientes externos con tratamientos crónicos del 2019. Se analizaron: variables demográficas (sexo/edad), diagnóstico y tratamiento (clasificado según ATC).

El análisis del proceso de implantación del sistema de telefarmacia se realizó según las distintas fases: Fase 1(16-30/03), Fase 2(31/03-14/04), Fase 3(09-23/04) y Fase 4(24/04-08/05), donde se recogieron el total de envíos realizados y el método utilizado, los cuales se clasificaron según tipo de financiación: fondos solidarios (Fondo Solidario de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria –SEFH- y red de voluntarios) y fondos no-solidarios (laboratorios farmacéuticos y otros sistemas).

La satisfacción de los pacientes se valoró mediante vía telefónica mediante encuesta de 4 preguntas puntuadas del 0 (muy mal)-10(excelente) en relación al método de envío, Atención Farmacéutica, copago del servicio de mensajería y satisfacción global.

Para la recogida de datos se utilizó el programa de dispensación ambulatoria Landtools® y la historia clínica electrónica (HCIS).

RESULTADOS

Un total de 575/4.001(14,4%) pacientes se incluyeron para el sistema de telefarmacia, 51,8% mujeres con una edad media de 64(0-99) años. Los diagnósticos principales fueron: enfermedades reumatológicas(23,1%) suplementación nutricional(20,0%), disfagia(16,3%), enfermedades neurológicas(8,3%), cáncer(8,2%) y enfermedades inflamatorias intestinales(7,8%).

Se realizaron 647 envíos, mayoritariamente: 33,7% nutrición enteral, 28,3% L04: L04AB(62,9%), L04AA(18,0%), L04AC(16,4%) y L04AX(2,7%), 10,0% L01: L01XE(56,9%), L01BC(20,0%), L01AX(13,8%) y 9,3% el resto, 5,9% J05: J05AR(97,5%), 4,9% B03: B03XA(100%) y 14,7% el resto.

El 53,8% del total envíos fueron mediante fondos solidarios (66,4% Fondo Solidario SEFH y 33,6% red de voluntarios). Los envíos realizados con fondos solidarios se realizaron a partir de la fase 3 (32,2% voluntarios y 27,6% Fondo de la SEFH) y fase 4 (60,1% Fondo de la SEFH y 18,1% voluntarios). Durante las fases 1-2 se realizaron el 25,3% del total de envíos y el 76,0% en las fases 3-4.

Respondieron voluntariamente la encuesta de satisfacción 241/575 pacientes(41,9%). La valoración media en relación al método envíos=9,7(5-10), Atención Farmacéutica=9,4(1-10), copago del servicio=5,4(1-10) y satisfacción con servicio Farmacia=9,3(4-10).

CONCLUSIONES

Una cuarta parte de los pacientes externos recibieron la medicación a domicilio durante la pandemia. El intervalo de edad fue muy amplio y destacaron pacientes con enfermedades reumatológicas, enfermedades que requieren nutrición enteral. Mayoritariamente estaban tratados con fármacos inmunomoduladores o nutrición enteral.

La incorporación de envíos mediante fondos solidarios supuso un aumento del 219% de envíos realizados. Se valoró satisfactoriamente el método de envío, la atención farmacéutica y su experiencia global con el servicio de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2017. INFORMACIÓN Y FORMACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL-ARIA****AUTORES**

BAÑUELOS MARTINEZ S, PRAT DOT M, ROURA TURET J, LOPEZ CABEZAS MC, MIANA MENA MT, SOTUCA MOMBLONA JM, SOY MUNER D
HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA. VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

La crisis provocada por la COVID19 ha tenido gran repercusión sobre las actividades formativas y la comunicación entre profesionales. Con la eliminación de las actividades presenciales y la necesidad de mantener el distanciamiento social, fue necesario poner en marcha de manera urgente alternativas para mantener una comunicación fluida entre el equipo y poder seguir con las actividades docentes del Servicio de Farmacia.

MEJORAS ESPERADAS

Mantener la comunicación entre los miembros del equipo que trabajaban presencialmente en distintos turnos y distintas ubicaciones y los que realizaban teletrabajo.

Mantener el nivel formativo del plan de docencia de los residentes durante sus rotaciones, integrándolo con los cambios necesarios que se dieron para afrontar la epidemia COVID-19.

Difusión de la información sobre el hospital a los futuros residentes, en ausencia de los actos presenciales habituales.

DISEÑO

Información:

- 1) Acceso remoto al programa de prescripción electrónica y escritorios virtuales para los farmacéuticos en teletrabajo y los técnicos y farmacéuticos destinados en el hotel medicalizado.
- 2) Reuniones diarias para mantener informado al equipo completo: difusión de acta en menos de 60 minutos.
- 3) Creación de grupos a través de mensajería instantánea corporativa, con actualizaciones continuas para actuar de forma rápida y mantener comunicación directa y fluida entre técnicos y farmacéuticos de distintas áreas.
- 4) Para futuros residentes: difusión del Programa de formación en redes sociales (Twitter, Instagram) y sesión de Puertas abiertas virtual.

Formación:

- 1) Continuación de las sesiones formativas de forma virtual
- 2) Comunicación telemática con los tutores que estaban teletrabajando para continuar la actividad formativa propia de la rotación

CIRCUITO Y ETAPAS

1ª fase: 14 - 20 marzo 2020

- Gestión del acceso remoto para teletrabajo farmacéutico.
- Difusión del Plan de formación a través de tríptico informativo y respuesta a consultas vía Twitter.
- Divulgación de actas diarias para facilitar la comunicación entre todos los miembros del equipo.

2ª fase: abril - mayo 2020

- Jornada de puertas abiertas virtual para futuros residentes: difusión en redes sociales.
- Gestión sesión de Perlas Clínicas.

IMPLANTACIÓN

Implantación y adaptación inmediata y de forma urgente utilizando las plataformas que ofrecía el hospital y redes sociales.

Estos procesos estaba previsto implementarlos en diferentes procesos y fases.

RESULTADOS

• El sistema de comunicación establecido se mostró efectivo desde el primer momento, con la participación de técnicos, farmacéuticos y administrativos.

• La comunicación virtual con los tutores y las sesiones de formación “Perlas virtuales”, permitieron que el programa formativo continuara adelante y facilitaron la presencia de miembros del equipo que estaban en otras sedes

• La difusión virtual de información sobre el servicio de Farmacia y el Plan de Formación facilitó el acceso a la información a los futuros residentes.

LIMITACIONES

Nivel general:

Limitaciones del estado de alarma en cuanto a desplazamientos, restricción de asistentes a reuniones, etc.

Nivel operativo:

Limitaciones técnicas en la implantación urgente de un proceso que requería tiempo y recursos materiales, muchos ordenadores no disponían de cámaras, junto con la falta de formación en nuevas plataformas digitales.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Las acciones organizadas vía telemática para la comunicación, información y formación del equipo asistencial pueden ser aplicables a cualquier Servicio de Farmacia Hospitalaria, tanto en situación de excepcionalidad como de normalidad. Han resuelto una urgencia, pero serán incorporadas a la rutina diaria.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2022. ENSAYOS CLÍNICOS PARA COVID-19: CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN TEMPORAL DURANTE LA PANDEMIA

AUTORES

CAPDEVILA BASTONS F, TEJADA MARÍN D, FRESÁN RESTITUTO D, RODRÍGUEZ ESQUÍROZ A, IRUIN SANZ AI
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. C/ IRUNLARREA 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Actualmente no existe ninguna terapia aprobada para la enfermedad COVID-19. Un gran número de pacientes son tratados en el contexto de ensayos clínicos (EECC). Realizamos un análisis descriptivo de los EECC activos relacionados con la condición de COVID-19 y su presencia temporal a lo largo de la pandemia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de los estudios COVID-19 activos o realizados hasta la fecha 22/05/2020 en las bases de datos internacionales (ClinicalTrials.gov, EU Clinical Trials Register) y nacional (Registro Español de Estudios Clínicos). Se eliminaron los estudios observacionales y no intervencionistas, los ensayos suspendidos prematuramente sin reclutar, aquellos con estado desconocido y los que la intervención era de tipo conductual. Se describen las características generales de los EECC así como la evolución temporal desde el inicio de la pandemia.

RESULTADOS

Identificamos 653 EECC. El reclutamiento total estimado fue de 356.405 sujetos.

- Distribución según las fases: fase 1: 8,7%; fase 1/2: 7,8%; fase 2: 38,3%; fase 2/3: 11,2%; fase 3: 25,5%; fase 4: 8,5%.
- Según el diseño:

Controlado, aleatorizado, doble ciego: 39,1%; Controlado, aleatorizado, abierto: 35,3%; Sin control: 12,5%; Controlado, aleatorizado, simple ciego: 8,4%; Controlado, no aleatorizado, abierto: 4,7%

- Según el tipo de intervención en estudio:

Fármaco: 66,7% (de los cuales el 38,3% incluyen hidroxiclороquina y/o cloroquina; 8,3% lopinavir/ritonavir; 6,2% tocilizumab; 2,8% favipiravir; 2,3% remdesivir, baricitinib y sarilumab; 2,1% ruxolitinib.)

Producto biológico/vacuna: 14,1% (el 64,1% incluyen plasma convaleciente)

Otros productos: 19,2%

- Enfoque de la intervención:

Tratamiento: 85,6%; Prevención: 13,1%; Otros: 1,3%

- Según el financiador:

Industria: 24,2%; Otros: 75,8%

- Número de EECC iniciados a lo largo del tiempo de pandemia (quincenal):

o Enero: del 1 al 15: 0 y del 16 al 31: 5

o Febrero: del 1 al 15: 22 y del 16 al 29: 7

o Marzo: del 1 al 15: 11 y del 16 al 31: 49

o Abril: del 1 al 15: 167 y del 16 al 30: 131

o Mayo: del 1 al 15: 177 y del 16 al 30: 32

o Junio: del 1 en adelante: 51 (previstos)

El 80,4% se iniciaron entre el 15 de marzo y el 15 de mayo de 2020.

- Estado de los ensayos en el momento del análisis:

Reclutando: 52,4%; Pendientes de iniciar el reclutamiento: 42,9%; Reclutamiento finalizado: 2,5%; Completados: 1,1%; Suspendidos temporalmente: 1,1%; Terminados prematuramente: 0,2%

- El 59,8% de los EECC finalizarán durante 2020, mientras que 2021 lo habrán hecho el 89,5%.

CONCLUSIONES

- El proceso habitual de desarrollo de medicamentos es incompatible en el contexto de la pandemia. La mayoría de EECC se están realizando con medicamentos existentes y liderados por entidades y grupos de investigación independientes.

- El ensayo clínico, especialmente el controlado, aleatorizado y doble ciego, proporciona el más alto nivel de evidencia científica. Es imprescindible invertir recursos en ensayos clínicos de diseño de alta calidad, con una sólida base científica y un estricto rigor estadístico.

- Prevemos que no será hasta 2021, con la finalización de la gran mayoría de los ensayos activos, cuando dispongamos de evidencia robusta en la que basar las decisiones terapéuticas y/o preventivas relacionadas con la enfermedad COVID-19.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2023. ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE EL SISTEMA DE ENVÍO DOMICILIARIO DE MEDICACIÓN A PACIENTE EXTERNO IMPLANTADO DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19****AUTORES**

PARDO PASTOR J, CARDONA PEITX G, MORENO GIL Q, RETAMERO DELGADO A, ZURITA ALONSO B, CAMPOS BAETA Y, GALOFRÉ MESTRE L, SEGUÍ SOLANES C
HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA TERRASSA; HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL; ALTHAIA, XARXA ASSISTENCAIL UNIVERSITÀRIA DE MANRESA, HOSPITAL D'IGUALADA; HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU DE MARTORELL; HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR; HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS.. PL DOCTOR ROBERT 5. BARCELONA

OBJETIVOS

- Analizar los criterios de selección de pacientes externos para el sistema de telefarmacia y dispensación de medicación en la Unidad de Farmacia de Pacientes Externos (UFPE) durante la pandemia de la COVID-19.
- Establecer el porcentaje de pacientes que se beneficiaron del sistema de envío de medicación respecto al global de pacientes externos.
- Describir el perfil del paciente y principales características de los envíos domiciliarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico observacional, descriptivo y retrospectivo realizado durante 2 meses (11 marzo 2020-10 mayo 2020) en siete centros hospitalarios con un área de influencia de 1.980.000 habitantes. Se establecieron los siguientes criterios de selección para el envío, según las características de cada hospital: totalidad de pacientes, pacientes de riesgo (≥ 65 años, enfermedades respiratorias y/o inmunodeprimidos) y/o a petición del paciente. El porcentaje de pacientes que se benefició del envío domiciliario se calculó teniendo en cuenta los envíos realizados sobre el total de pacientes externos tratados durante 2019. Respecto a los envíos domiciliarios, se estudiaron las variables demográficas del paciente y las características de los envíos. Éstas fueron: medicamento enviado según codificación ATC, duración del tratamiento y sistema de envío. Para la recogida de datos se utilizaron los programas de dispensación de farmacia e historia clínica electrónica de los distintos hospitales. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas para las categóricas.

RESULTADOS

Los criterios de selección de las UFPE para el envío domiciliario fueron: tres hospitales la totalidad de los pacientes, dos hospitales pacientes de riesgo y a petición del paciente, un hospital pacientes de riesgo y un hospital a petición del paciente. Se beneficiaron del sistema de telefarmacia 2.429/25.776(9,4%) pacientes respecto el total de pacientes del 2019. El 51,2%(1.243) de pacientes eran hombres y la edad media fue $59 \pm 20,5$ años. Se realizaron 2.470 dispensaciones. Los principales grupos ATC fueron: 34,4%(850) L04-Inmunosupresores (48,4%(411) L04AB- Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa), 25,4%(627) J05-Antivirales de uso sistémico (59,6%(374) J05AX- Otros antivirales), 11,5%(283) nutrición enteral, 7,5%(185) B03- Preparados antianémicos (100,0%(185) B03XA- Otros preparados antianémicos), 5,1%(126) L0- Antineoplásicos (73,9%(93) LA1XE- Inhibidores directos de la proteinquinasa). En 94,4%(2.326) pacientes se dispensó tratamiento para 2 meses. Se utilizaron sistemas de mensajería convencionales en 48,0%(1.186) dispensaciones, sistemas de envío financiados con el Fondo Solidario de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) en 19,6%(484), voluntarios en 16,3%(403) y otros sistemas en 16,1%(397).

CONCLUSIONES

Sería necesario unificar los criterios de selección de pacientes externos para el envío a domicilio, utilizando modelos de estratificación, ya que fueron heterogéneos entre los hospitales. El porcentaje de pacientes que se beneficiaron probablemente esté infraestimado ya que se calculó en base a todos los pacientes externos del 2019, incluyendo tratamientos agudos y crónicos. Los grupos ATC más ampliamente enviados fueron L04-Inmunosupresores y J05-Antivirales de uso sistémico. Finalmente, la mensajería financiada con el Fondo Solidario de la SEFH contribuyó a establecer el circuito de envío de medicación durante la pandemia. Sin embargo, sería necesario facilitar un sistema de envío universal para todos los hospitales.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2024. ESTUDIO SOBRE LA INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS CARDÍACOS EN PACIENTES COVID-19 TRATADOS CON HIDROXICLOROQUINA Y AZITROMICINA****AUTORES**

IBARRA MIRA ML, CARO TELLER JM, RODRÍGUEZ QUESADA PP, MARTÍNEZ DE LA TORRE F, BRUNI MONTERO MÁ, SÁNCHEZ SANZ B, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVENIDA CÓRDOBA SN. MADRID

OBJETIVOS

Medir la incidencia de efectos adversos cardiacos (EAC) en pacientes con COVID-19 que recibieron tratamiento concomitante con hidroxicloroquina y azitromicina.

Conocer el riesgo basal de prolongación del intervalo QT de cada paciente en función de la edad, sexo, datos analíticos, fármacos y antecedentes aplicando una escala de riesgo validada.

Describir la monitorización electrocardiográfica (ECG) en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de revisión de historias clínicas de pacientes COVID-19 ingresados (> 7 días) en un hospital de tercer nivel entre el 23 de marzo y el 5 de abril de 2020 y que recibieron tratamiento con hidroxiquina y azitromicina de forma concomitante durante al menos 3 días. El periodo analizado para evaluar la incidencia de EA fue de hasta 7 días tras el fin de tratamiento.

Se recogieron variables demográficas, datos analíticos basales (potasio, calcio, magnesio, creatinina y aclaramiento según fórmula CKD-EPI), antecedentes cardiovasculares (AC) con riesgo de prolongación QT (infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencia cardiaca (IC) e hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI)), variables farmacológicas (tratamiento concomitante con diuréticos, interacciones CYP450, número de fármacos prolongadores QT (FPQT)) y monitorización ECG basal y post tratamiento (frecuencia cardiaca, valor del intervalo QT corregido y otras alteraciones). Se establecieron los rangos de QT normal, límite o prolongado en base a la fórmula de Bazet.

RESULTADOS

469 pacientes (59.7% hombres) con edad media de 64.0 años (SD: 15.5) recibieron de forma concomitante hidroxiquina y azitromicina, de los cuales 60 (12.8%) presentaban algún AC (4.1% IAM, 3.6% HVI y 5.1% IC). La estratificación del riesgo basal de prolongación QT mostró una prevalencia de 4 (0.9%) riesgo alto, 25 (5.3%) riesgo intermedio y 439 (93.8%) riesgo bajo. En cuanto a la monitorización ECG, 287 (61.2%) disponían de ECG previo al inicio del tratamiento (100% de los pacientes con AC) presentando 52 (18%) QT prolongado, 49 (17%) QT límite y 186 (65%) QT normal.

La incidencia de QT prolongado en ECG de seguimiento en los pacientes con ECG basal normal o límite (n= 119) fue del 19.3%, sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) en cuanto a sexo, edad, función renal y número de FPQT. Asimismo, del total de pacientes (n=469) un 7% desarrolló otras manifestaciones arrítmicas y EAC tras el inicio del tratamiento, incluyendo 1 muerte súbita, 4 síncope y otras alteraciones ECG y arrítmicas de novo: bradicardia (14), fibrilación auricular (9), taquicardia sinusal (4), bloqueo incompleto de rama derecha (1), bigemismo (1) y bloqueo AV (1).

CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes que recibieron hidroxiquina y azitromicina presentaban riesgo basal bajo de prolongación QT. La incidencia de QT prolongado fue mayor de lo esperado según ese riesgo, sin poder asociarse a diferencias en edad, sexo, función renal o adición de otros FPQT.

Cabe destacar también la incidencia de otros EAC observados, que pone de manifiesto la necesidad de evaluar el balance entre el beneficio y el riesgo del tratamiento de forma individualizada.

La monitorización ECG fue más estrecha en pacientes con AC. Sería deseable ampliar y protocolizar la monitorización cardiológica en todos los pacientes que reciben hidroxiquina y azitromicina.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2026. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS, TRATAMIENTOS Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES SARS-COV-2 POSITIVO INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES

ÁLVARO ALONSO EA, IZQUIERDO GARCÍA E, LÁZARO CEBAS A, SUCH DÍAZ A, BUENO GARCÍA B, ABAD GURUMETA A, JIMENEZ GONZALEZ DE BUITRAGO E, RYAN MURUA P
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. GRAN VÍA DEL ESTE, 80. MADRID

OBJETIVOS

Describir y analizar las características, tratamientos y mortalidad de los pacientes ingresados en cuidados intensivos (UCI) con diagnóstico confirmado de coronavirus (SARS-CoV-2) en un hospital de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes con diagnóstico confirmado de SARS-CoV-2 ingresados en UCI (05/03/2020 al 05/05/2020).

Se recogieron variables demográficas (sexo y edad), clínicas (comorbilidades, síntomas al inicio y saturación de oxígeno al ingreso (satO₂)), analíticas al ingreso (leucocitos, linfocitos, lactato deshidrogenasa(LDH), proteína C reactiva(PCR), Dímero-D, Interleukina-6(IL-6) y ferritina), radiografía de tórax al ingreso y tipo de soporte respiratorio (ventilación mecánica invasiva(VMI) y traqueostomía).

Se midió el tiempo: desde el inicio de los síntomas hasta ingreso en UCI, desde urgencias hasta UCI y la estancia media en UCI.

Se recogieron los tratamientos con antivirales (hidroxiquina-azitromicina (HCQ-AZI), lopinavir/ritonavir-

hidroxicloroquina-azitromicina (L/r-HCQ-AZI), lopinavir/ritonavir-hidroxicloroquina-azitromicina-interferón (L/r-HCQ-AZI-INF), lopinavir/ritonavir-hidroxicloroquina-interferón (L/r-HCQ-INF), remdesivir y otros fármacos de rescate (tocilizumab, anakinra y corticoides).

Se calculó la mortalidad a los 30 días tras ingresar en UCI excluyendo a los pacientes trasladados. Se analizó la influencia de las variables recogidas y las combinaciones de tratamiento en la mortalidad mediante análisis univariante.

Los datos fueron recogidos por un equipo multidisciplinar en RedCap® con la aprobación del Comité Ético y se analizaron con Stata14®.

RESULTADOS

107 pacientes ingresaron en UCI, 25(23.4%) fueron trasladados. Los 82 pacientes analizados tenían una mediana de edad de 60.5 años y rango intercuartílico (RIQ):51-70 (36.6%≥65años); 74.4% varones.

Se identificaron comorbilidades en el 58.2% siendo las más frecuentes hipertensión (51.9%) y cardiopatía (20.2%).

La mediana de tiempo desde el inicio de los síntomas hasta UCI fue 10 días (RIQ:7-14) y desde urgencias hasta UCI 3 (RIQ:1-5). Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (84.2%), disnea (72.0%) y tos (72.0%). 29 pacientes (35.4%) ingresaron en UCI en menos de 24 horas. La mediana de estancia en UCI fue 9.5 días (RIQ:5-20).

Mediana de las variables analíticas al ingreso: satO₂: 88% (RIQ:79-93); leucocitos:7610/uL (RIQ:6090-9970); linfocitos:900/uL (RIQ:600-7200) (62.3% pacientes < 1000/uL); LDH:410U/L (RIQ:280-542,n=65), PCR:126.2mg/L (RIQ:83.0-229.6,n=76), Dímero-D:865ug/L (RIQ:460-1930,n=54); IL-6:59.2pg/mL (RIQ:31.4-103.6,n=12) y ferritina:1024.5ng/mL (RIQ:532-2352.6).

Se observaron infiltrados en el 94.9% de los casos (n=74/78), de los cuales un 83.6% (n=61/73) fueron bilaterales.

El 92.7% (n=76/82) necesitó VMI, de los cuales un 33.8% (n=25/74) requirió traqueostomía.

La distribución de pacientes por combinación de antivirales fue: HCQ-AZI: 41(50.0%), L/r-HCQ-AZI: 10(12.2%), L/r-HCQ-AZI-INF: 19(23.2%); L/r-HCQ-INF: 7(8.5%), 2(2.4%) remdesivir y 5(6.1%) otra combinación. 50 pacientes (61.0%) recibieron tocilizumab, 3(3.7%) anakinra, 68(82.9%) corticoides y 46(56.1%) bolo de corticoides.

La mortalidad a los 30 días fue 50.0% (73.2% varones, mediana de edad 64 (RIQ:56-72)). Actualmente 11 pacientes (10.3%) continúan ingresados, 4 en UCI.

De los 50 fallecidos, 20 recibieron HCQ-AZI, 6 L/r-HCQ-AZI, 15 L/r-HCQ-AZI-INF, 15 L/r-HCQ-INF y 4 otras combinaciones. Ninguna combinación de antivirales ni fármacos de rescate se asociaron a menor mortalidad.

Tras el análisis univariante, las variables asociadas a mortalidad fueron edad (p=0.023) y satO₂ (p=0.044).

CONCLUSIONES

Los pacientes con diagnóstico de SARS-CoV-2 positivo que ingresaron en UCI han sido mayoritariamente varones. No se han encontrado diferencias significativas en cuanto a mortalidad entre las diferentes combinaciones de antivirales y fármacos de rescate, siendo la edad y satO₂ al ingreso las variables más influyentes.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2030. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENVÍO DE MEDICACIÓN A DOMICILIO: DE CERO A CIENTO EN TRES DÍAS

AUTORES

GONZÁLEZ SEVILLA M, PINAR LOPEZ O, ORTIZ PEREZ S, HERNANDEZ RAMOS JA, SANCHEZ SANZ B, BRUNI MONTERO MA, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVD. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Implementar un programa de envío coordinado y consensuado de medicación a domicilio.

MEJORAS ESPERADAS

Minimizar la probabilidad de contagio evitando desplazamientos innecesarios y limitando la presencia en el Hospital, sobre todo, en aquellos pacientes que o bien se encuentran en situación de aislamiento o bien tienen factores de riesgo debido a su comorbilidad o edad.

DISEÑO

Debido a la pandemia por SARS-CoV-2, se identificó la necesidad de ofrecer una alternativa a los pacientes que periódicamente recogen su tratamiento en la Unidad de Pacientes Externos (UPE) del Hospital. Por este motivo, desde la entrada en vigor y de acuerdo a lo establecido en la Orden SND/293/2020, de 25 de marzo, la UPE ha puesto en marcha un Programa de Dispensación de Medicamentos a Domicilio.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Desarrollo de dos agendas de citación.
- Refuerzo personal administrativo (8:00h-21:00h)

- Disposición de 3 teléfonos de citación y un correo electrónico para contactar con la UPE.
- Colaboración con tres operadores logísticos.
- Notificación al resto de Servicios del Hospital, a Asociaciones de Pacientes y publicación en redes sociales y página de la SEFH.

El circuito para adherirse al Programa es el siguiente: el paciente se cita voluntariamente con la UPE por vía telefónica. Diariamente, el farmacéutico obtiene el listado de pacientes citados al día siguiente. En función de la dispersión de las direcciones de entrega, planifica y agrupa por zonas los envíos entre los tres operadores logísticos y les envía un listado con 24 h de antelación. Para cada paciente, el farmacéutico valida en la historia clínica electrónica (HCE) las prescripciones, prepara la medicación de forma individualizada, acondicionada de acuerdo a sus características de conservación y posterior etiquetado. A aquellos pacientes a los que se le hacía atención farmacéutica (AF), se les realiza de forma telefónica.

Posteriormente, se contacta telefónicamente con el paciente para verificar la entrega, registrar posibles incidencias y a aquellos pacientes seleccionados aleatoriamente realizarles una encuesta de satisfacción. Por último, se registra en la HCE el consentimiento verbal del paciente y la fecha en que se ha realizado la entrega.

IMPLANTACIÓN

La actividad se inició el 31 de marzo de 2020.

RESULTADOS

Desde el 31/03/2020 hasta el 28/05/2020 se han realizado 1.776 entregas en domicilio, lo que supone un promedio de 21,8% del total de pacientes atendidos en la UPE.

Se han realizado 586 envíos a 87 localidades periféricas diferentes dentro de la Comunidad de Madrid, abarcando un área de 6530 km², lo que supone un 33% del total de envíos.

Se ha confirmado la entrega de la medicación en un 96% de pacientes. Los pacientes encuestados puntúan al Programa con una nota media de 9,76, siendo la principal ventaja el evitar desplazamiento y/o contagio, especialmente en un 16% por tratarse de personas dependientes.

LIMITACIONES

Hay pacientes que sí han acudido al Hospital, por no disponer de agendas de citación previas a la pandemia y no enterarse de la puesta en marcha del Programa. Al ser una donación, los operadores logísticos ofrecían un número máximo de envíos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Circuito aplicable a todos los Servicios de Farmacia que cuenten con UPE.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2036. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PACIENTE CON COVID-19 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES

BITLLOCH OBIOLS M, DELGADO RODRÍGUEZ J, PÉREZ CORDÓN L, AGUILERA JIMÉNEZ V, SÁNCHEZ ULAYAR A, CAMPINS BERNADÁS L
HOSPITAL DE MATARÓ, CENTRE SANITARI MARESME. CARRETERA DE CIRERA, 230. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir las características demográficas, comorbilidades, tratamiento recibido, días de sintomatología previos al ingreso, duración del ingreso (incluyendo los días en la unidad de cuidados intensivos (UCI)) y desenlace de los pacientes infectados con COVID-19 durante la pandemia.

Analizar la relación entre los días de estancia hospitalaria y los distintos grupos de tratamiento prescritos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de pacientes ingresados en UCI con confirmación diagnóstica de COVID-19 entre el 14 de Marzo al 14 de Mayo del 2020 llevado a cabo en un hospital de segundo nivel. Los datos se recopilaron a través de la historia clínica informatizada. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad pulmonar y cardiopatía); fecha de ingreso, fecha de alta hospitalaria y motivo de alta. Se registró el número de pacientes que realizaron las siguientes combinaciones de tratamiento: Lopinavir/ritonavir (LPV/r) + hidroxycloquin (HCQ); LPV/r + HCQ + azitromicina; LPV/r + HCQ + azitromicina + corticoesteroides; LPV/r + HCQ + azitromicina + terapia biológica (tocilizumab, interferón beta-1b o anakinra) y LPV/r + HCQ + azitromicina + corticoesteroides + terapia biológica.

Se estimó la medida de asociación entre los días de estancia hospitalaria y los tratamientos a partir del test Kruskal-Wallis. El valor de la significación estadística fue para un valor $p < 0,05$. Los cálculos se realizaron mediante el programa Jamovi® versión 1.2.19.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 56 pacientes. El 76,8% (n=43) eran hombres, con una media de edad de 62,2 años (32-83). El 79% (n= 44) presentaba como mínimo una comorbilidad. Un 46,4% (n= 26) presentaba hipertensión arterial, 26,8% (n= 15) diabetes mellitus, 19,6% (n= 11) obesidad, 16,1% (n= 9) enfermedad pulmonar y 8,9% (n= 5) cardiopatía.

Un 53,8% (n=26) de pacientes fueron dados de alta, con una estancia media en UCI de 19,7 días y hospitalaria de 35,6 días. La mortalidad en UCI fue del 37,5% (n=21). Un 13,8% (n=9) aún estaba ingresado en la unidad en el momento de

finalizar el estudio.

En relación al tratamiento, el 3,6% (n=2) de pacientes recibieron lopinavir/ritonavir (LPV/r) + hidroxiclороquina (HCQ); el 1,8% (n=1) LPV/r + HCQ + azitromicina; el 14,2% (n=8) LPV/r + HCQ + azitromicina + corticoesteroides; 14,2% (n=8) recibió LPV/r + HCQ + azitromicina + terapia biológica y el 66,1% (n=37) recibió LPV/r + HCQ + azitromicina + corticoesteroides + terapia biológica.

Dentro del tratamiento con terapia biológica, un 50% (n=28) se trató con interferón beta-1b, 39,3% (n=22) con tocilizumab y 5,4% (n=3) con anakinra.

Se observó asociación estadísticamente significativa para el grupo de LPV/r + HCQ + azitromicina + terapia biológica ($p < 0,030$), con una reducción de la estancia de 14 días.

CONCLUSIONES

El perfil de paciente de UCI con COVID-19 es de un hombre, con edad media de 62 años y con al menos una comorbilidad, entre las que destacan hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad.

La asociación del tratamiento biológico a la terapia parece resultar beneficiosa para disminuir la estancia hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2037. MANEJO DEL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2: OPTIMIZACIÓN DEL USO DE TOCILIZUMAB

AUTORES

MARTÍNEZ SOTO AM, GIL CANDEL M, SALAR VALVERDE I, PASTOR MONDÉJAR C, CABALLERO REQUEJO C, ONTENIENTE CANDELA M, MUÑOZ GARCIA I, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de tocilizumab en el tratamiento del síndrome respiratorio agudo (SDRA) del paciente con COVID19 y analizar los factores asociados a una mejor respuesta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de referencia de Área de 330 camas (marzo-abril 2020). Se incluyeron todos los pacientes ingresados por COVID-19 en los que se utilizó tocilizumab para el tratamiento del SDRA. Mediante la historia clínica electrónica se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (comorbilidades, evolución) parámetros analíticos (Dímero D, ferritina, Proteína C reactiva (PCR), IL-6, lactato deshidrogenasa (LDH), y la historia farmacoterapéutica del programa de prescripción electrónica.

Se consideraron criterios de buena respuesta al tratamiento: disminución de los parámetros inflamatorios, mejoría clínica (frecuencia respiratoria, satO₂, radiológica), alta a domicilio y menor estancia hospitalaria. Como variables potencialmente influyentes: edad, sexo, comorbilidades, días desde el inicio de los síntomas hasta la administración de tocilizumab (IS-AT), niveles de parámetros inflamatorios previos, lugar de ingreso (UCI o planta).

Las variables cualitativas se presentan como porcentajes y las cuantitativas como mediana (RIQ). La correlación entre las variables de respuesta y factores asociados se evaluó mediante Chi cuadrado y el coeficiente de correlación de Pearson. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo. El análisis estadístico se realizó utilizando SPSS V23.0.

RESULTADOS

Del total de 98 pacientes ingresados por COVID-19, 18 pacientes recibieron tocilizumab (18,36%). De estos pacientes, el 88,9% fueron hombres, y la mediana de edad fue de 63 años (RIQ: 21). El 38,9% ingresó en UCI. La afectación de comorbilidades fue: 50% hipertensión arterial, 33% diabetes mellitus, 55,6% dislipemia, 22,2% cardiopatía y 11,1% deterioro neurológico. Además se encontraron otras comorbilidades en el 66,7% de los pacientes. Sólo 2 pacientes fueron éxitos.

El 77,8% presentaron mejoría clínica tras administración de tocilizumab. No se encontraron diferencias estadísticas entre las características demográficas y comorbilidades.

La media de parámetros analíticos previos a tocilizumab fueron; IL-6: 50pg/ml (RIQ: 36,75), PCR: 12,8mg/dl (RIQ: 4,9); dímero D: 1096ng/ml (RIQ: 1361); ferritina: 642ng/ml (RIQ: 527), LDH: 547U/L (RIQ: 232). Los valores posteriores; PCR: 3,9mg/dl (RIQ: 4); dímero D: 1540ng/ml (RIQ: 1137); ferritina: 658,5ng/ml (RIQ: 625), LDH: 449U/L (RIQ: 165). El dímero D mejoró en el 33,3% de los pacientes, la ferritina en el 55,6%, LDH: 94,4%, todos presentaron mejoría de la PCR.

La mediana de días IS-AT fue 9 días (RIQ: 10) y la mediana de días entre síntomas y fin de estancia hospitalaria fue de 24 días (RIQ: 18). Se observó una correlación moderada entre el tiempo IS-AT y la estancia hospitalaria (coeficiente correlación Pearson=0,587; $p=0,021$), sin encontrarse diferencias con parámetros inflamatorios previos.

CONCLUSIONES

Una gran mayoría de los pacientes infectados por COVID-19 tratados por SDRA con tocilizumab en nuestro hospital presentaron mejoría clínica.

En nuestro estudio observamos una tendencia a mejores resultados en cuanto a evolución clínica y estancia hospitalaria en aquellos pacientes a los que se administra tocilizumab de forma temprana, no encontrando relación con los demás posibles factores asociados.

No obstante, el manejo en cada paciente ha sido heterogéneo y la muestra de estudio pequeña, con lo que habrá que

confirmar nuestros hallazgos en estudios con mayor número de pacientes para establecer la conveniencia de tratamiento precoz en el SDRA por COVID-19.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2044. ANÁLISIS DEL CAMBIO DE TOCILIZUMAB ENDOVENOSO A TOCILIZUMAB SUBCUTÁNEO. MEDIDA PARA HACER FRENTE A LA CRISIS SANITARIA DE LA COVID-19

AUTORES

MAS MALAGARRIGA N, FELIU RIVERA A, CONEJO MARÍN I, LÓPEZ VINARDELL L, MANGUES BAFALLUY MA, VILLAMARÍN VALLEJO L
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CTRA. SAN QUINTI, 89. BARCELONA

OBJETIVOS

La crisis sanitaria causada por la COVID-19 obligó a tomar medidas excepcionales para asegurar la disponibilidad de determinados fármacos, como tocilizumab endovenoso (TCZ-EV), usado fuera de ficha técnica para tratar el síndrome de liberación de citoquinas generado por SARS-CoV-2. Para asegurar la disponibilidad de TCZ-EV se propuso hacer cambio a tocilizumab subcutáneo (TCZ-SC) en pacientes reumatológicos adultos.

Los objetivos fueron analizar la aceptación del cambio de TCZ-EV a TCZ-SC por el médico y el paciente, evaluar su impacto económico y la reversibilidad de dicho cambio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se identificaron y recogieron datos de los pacientes reumatológicos en tratamiento crónico con TCZ-EV, y se propuso el cambio al médico prescriptor.

Se consideró aceptación del cambio por el médico si se cambiaba el tratamiento de TCZ-EV (dosis habitual 8mg/kg/mes) a TCZ-SC (dosis fija 162mg/semana); y aceptación del cambio por el paciente, si acudía al hospital a recibir el nuevo tratamiento o aceptaba el envío de medicación a su domicilio u oficina de farmacia de referencia.

Para evaluar el impacto económico se tuvo en cuenta el PVL de los diferentes fármacos. No se tuvieron en cuenta costes indirectos.

RESULTADOS

Se identificaron 28 pacientes adultos en tratamiento crónico con TCZ-EV, con una edad media de 63 años (27-84 años). La indicación del tratamiento era 22/28 artritis reumatoide (AR), 3/28 artritis idiopática juvenil (AIJ), 3/28 indicaciones no autorizadas. Las dosis de TCZ-EV prescritas eran de 360-400 mg: 5, 480-520 mg: 15 i \geq 560 mg: 8 pacientes.

El prescriptor aceptó cambiar el TCZ-EV en todos los pacientes. En 22/28 pacientes se prescribió TCZ-SC y en 6/28 pacientes se cambió a sarilumab SC (SARI-SC) (dosis fija 200 mg/2semanas).

Aceptaron el cambio 24/28 pacientes (18 TCZ-SC/6 SARI-SC). Cuatro pacientes consensuaron una interrupción temporal del tratamiento con fármacos biológicos. Mantuvieron una buena respuesta 20/24 pacientes, mientras que cuatro, refirieron empeoramiento (2 TCZ-SC/2 SARI-SC).

El gasto con TCZ-EV era 25.227,16€/mes. Tras el cambio real realizado y la incorporación de SARI-SC los costes han sido 25.297,04€.

En pacientes con dosis \leq 520 mg (\leq 65kg) el coste de TCZ-EV (836,26€/mes) es inferior al de TCZ-SC (956,12€/mes). Para la dosis \leq 400 mg (\leq 50kg) el coste de TCZ-EV (696,88€/mes) es inferior al de SARI-SC (710,40€/mes). 18 pacientes con TCZ-SC recibían una dosis de TCZ-EV \leq 520 mg y ningún paciente con SARI-SC recibía una dosis de TCZ-EV \leq 400 mg. Si se revertiera solo el cambio de TCZ-SC a TCZ-EV a estos 18 pacientes, los costes mensuales totales serían 22.512,38€.

CONCLUSIONES

El grado de aceptación del cambio por parte del prescriptor y del paciente fueron buenos, aunque el grado de aceptación por parte del paciente pudo verse afectado por evitar desplazamientos al hospital.

Aunque en nuestra población el tratamiento con TCZ-SC i SARI-SC es más cara que con TCZ-EV (+69,88€/mes), la incorporación de SARI-SC minimizó el impacto real.

En la reversión del cambio deben tenerse en cuenta los costes directos del tratamiento, la valoración del prescriptor y las preferencias del paciente. Es necesario tener en cuenta factores económicos y de conveniencia (reducción tiempo de espera en hospital de día, autoadministración, vía menos invasiva).

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2064. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES EXTERNOS DURANTE LA ALERTA SANITARIA POR COVID-19

AUTORES

DE LA MAZA URIARTE I, MARTINEZ DE ARRIBA R, PICAZA ITURRICA E

HOSPITAL COMARCAL SANTIAGO APOSTOL. CTRA. ORON S/N. BURGOS

OBJETIVOS

Diseñar e implementar un circuito de dispensación domiciliaria a pacientes externos durante la alerta sanitaria por COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

La pandemia por COVID-19 ha convertido la dispensación a pacientes externos en una situación de riesgo de contagio para aquellos que deben acudir al hospital a recoger medicación. Evitar estos desplazamientos supone disminuir el riesgo de contagio, en un colectivo con numerosos pacientes de riesgo.

DISEÑO

En la fase de preparación se analizaron las capacidades logísticas para el reparto de medicación a domicilio, y por otra parte las necesidades de medicación de los pacientes activos.

Se diseñaron tres modalidades de envío: a domicilio mediante la colaboración de Protección Civil (PC) (3 días semanales), a través de un centro de atención a drogodependencias (un día cada dos semanas), y a través de un centro de especialidades (un día semanal). Paralelamente se analizaron todos los pacientes candidatos y se establecieron agendas de envío de cada modalidad. Fue necesario asignar una persona en horario de tarde para hacer un primer contacto con los pacientes y organizar agendas.

CIRCUITO Y ETAPAS

En la fase de implantación se contactó con todos los candidatos con una semana de antelación, con el fin de confirmar dirección de entrega, necesidad de medicación, avisar de la modalidad asignada, y realizar atención farmacéutica. En el caso del envío a domicilio con PC, se realizaba llamada de recuerdo el día previo al envío.

Una vez confirmados todos los envíos, se preparaba la medicación para ser entregada al día siguiente, en dos ubicaciones, termolábiles/no termolábiles. Una vez realizados los envíos se recolocaba cada paciente en la agenda para el siguiente envío. Se procuró dispensar para dos meses de forma general.

IMPLANTACIÓN

La fase de preparación comprendió del 16 al 20 de marzo. La dispensación domiciliaria se inició el 23 de marzo y se mantendrá mientras dure el estado de alarma. La información registrada en las agendas era: modalidad de envío, número de dispensaciones, dispensación urbana/rural, tipo de medicación y termolábil si/no.

RESULTADOS

Se analizaron las dispensaciones realizadas del 23 de marzo al 22 de mayo. Se realizaron 251 dispensaciones a 178 pacientes diferentes, que supuso el 61% del total de dispensaciones realizadas, con una media de 28 dispensaciones semanales. 225 fueron en ámbito urbano, y 26 en ámbito rural. Se enviaron con PC 205 dispensaciones, 20 al centro de drogodependencias, y 3 al centro de especialidades. 111 dispensaciones (44%) correspondieron a medicación termolábil. Por patología, 61 dispensaciones (24,3%) se realizaron a pacientes onco-hematológicos, 59 (23,5%) para enfermedades inmunomediadas (psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, patología reumática), 53 (21,1%) a pacientes VIH, 14 (6%) hipercolesterolemia, 11 (5%) hepatitis B, 8 (3%) hipertensión pulmonar, y 45 (18%) para otras patologías.

LIMITACIONES

El envío domiciliario supone una actividad adicional de los servicios de Farmacia, con la dificultad de disponer de la logística necesaria para los envíos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La gran aceptación por parte de los pacientes y la reducción del riesgo de contagio animan a aprovechar la oportunidad de orientar esta actividad hacia la telefarmacia, siendo necesaria una correcta selección de los pacientes candidatos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2068. PROCEDIMIENTO DE DISPENSACIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES EXTERNOS EN PERÍODO DE PANDEMIA

AUTORES

SERRANO GARCÍA M, FERNÁNDEZ ARBERAS N, ZAZU VIVES M, FERNANDEZ-PACHECO GARCÍA-VALDECASAS M, HERRERO FERNANDEZ M, FERNANDEZ CEBRECO I, LUQUE INFANTES R
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS. CTRA. ALCALÁ - MECO, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Crear un circuito de entrega a domicilio de la medicación dispensada por el Servicio de Farmacia a pacientes externos para cumplir con la Resolución 197/2020 de la Comunidad Autónoma.

MEJORAS ESPERADAS

Asegurar la dispensación de medicación a pacientes en domicilio evitando desplazamientos innecesarios al hospital y garantizando el aislamiento.

DISEÑO

Desde la Dirección del hospital contactaron con los Ayuntamientos del Área Sanitaria para que Protección Civil, se encargase de la distribución de la medicación.

El criterio de selección de envío fue que los pacientes residiesen en el Área Sanitaria.

CIRCUITO Y ETAPAS

Previamente al estado de alarma la dispensación a pacientes externos se realizaba con cita previa, cuya gestión está integrada en el software del programa de historia clínica electrónica (HCE), en este caso HCIS.

A través de HCIS, se obtienen los listados de pacientes citados en Farmacia, validando las prescripciones electrónicas si es

preciso revisando su HCE.

Seguidamente se llama a los pacientes que cumplen el criterio de selección, obteniendo su consentimiento oral. Se confirma la dirección de envío de la medicación y en caso necesario la autorización de dispensación a una tercera persona anotando todo en la HCE.

Posteriormente, se prepara la medicación en bolsas identificadas con el nombre y dirección para cada paciente que haya aceptado.

A continuación, se agrupan las bolsas por localidad y fecha de reparto y se entregan a Protección Civil del municipio correspondiente junto con los listados de pacientes. El envío se realiza diariamente a la principal localidad del Área y semanalmente a otros municipios.

Al día siguiente del envío, Protección Civil devuelve los listados, la medicación no entregada y la hoja de dispensación firmada por la persona que lo recibe.

Finalmente, se captura la actividad realizada en HCIS marcando la cita de los pacientes dispensados según los listados devueltos.

IMPLANTACIÓN

Se realizó de acuerdo a la Resolución 197/2020, a partir del 27/3/2020 manteniéndose durante el estado de alarma.

RESULTADOS

Período de evaluación: 27/3/2020 hasta 08/05/2020. El total de pacientes fue 1.741 de los cuales se envió a domicilio a 1.361 (78,2%). Los motivos principales de no dispensación a domicilio fueron: preferencia de acudir al hospital (182; 47,9%) y no poder contactar con el paciente (67; 17,6%). Los grupos de mayor riesgo del total de pacientes son: pacientes mayores de 70 años, que fueron 398 (22,9%) de los que se envió a 323 (81,1%); pacientes oncológicos (132), de los cuales se envió el 56,8% (75) y acudieron a Farmacia el 24,2% (32). El bajo porcentaje de envío en pacientes oncológicos se debe a que muchos pacientes debían venir a hospital de día, donde se les dispensó la medicación.

LIMITACIONES

No es posible mantener esta actuación fuera del estado de alarma sin otro apoyo logístico institucional

No se ha podido dispensar a pacientes de otras Áreas Sanitarias.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Para poder implantarse en otros Servicios de Farmacia se hace imprescindible que en éstos se disponga bien de prescripción electrónica en pacientes externos, HCE o preferiblemente ambas. El envío también puede realizarse por una empresa de reparto o conductores del propio hospital o empresas farmacéuticas que así lo ofrezcan.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2074. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS CLÍNICAMENTE RELEVANTES EN LA TERAPIA ANTIVIRAL DE PACIENTES INGRESADOS CON INFECCIÓN POR COVID-19

AUTORES

ALAÑÓN PARDO MM, NOTARIO DONGIL C, PÉREZ FÁCILA A, MARCOS DE LA TORRE A, GÓMEZ LLUCH MT, CONDE GARCÍA MC

HOSPITAL GENERAL LA MANCHA -CENTRO. AVENIDA DE LA CONSTITUCIÓN, Nº3. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Analizar las interacciones farmacológicas clínicamente relevantes (IFCR) entre la farmacoterapia de la infección por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) y la medicación concomitante (aguda y crónica) de pacientes ingresados en un hospital general.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo (18 marzo – 22 abril 2020), realizado en un hospital general con una población adscrita de 122.383 habitantes. Criterios de inclusión: pacientes adultos ingresados por infección por COVID-19, que recibieron terapia antiviral con lopinavir/ritonavir (LPV/r: 400/100 mg/12 horas x 14 días) e hidroxiquina (HCQ: 400 mg/12h, día 1; 200 mg/12 h, días 2-5). Variables registradas: demográficas (sexo, edad), tipo de IFCR (IFCR-1: interacciones contraindicadas o no recomendadas; IFCR-2: interacciones potenciales que pueden justificar ajuste posológico y/o monitorización), mecanismo de acción (farmacocinético/farmacodinámico), enzimas metabolizadoras/ proteínas transportadoras y medicamentos implicados, riesgo clínico derivado de la interacción, recomendaciones farmacéuticas (RF) para el manejo de IFCR detectadas (RF-1: cambio/retirada del medicamento concomitante, RF-2: ajuste posológico, RF-3: cambio de horario de administración, RF-4: monitorización de niveles plasmáticos, RF-5: vigilancia de signos y síntomas de toxicidad) y aceptación por médico prescriptor. Las RF detectadas fueron notificadas en el programa de prescripción electrónica. Las interacciones fueron consultadas en fichas técnicas de medicamentos implicados y en bases de datos electrónicas de Lexicomp® y de la Universidad de Liverpool.

RESULTADOS

Se analizaron 217 pacientes y se detectaron 69 IFCR (14,5% IFCR-1 y 85,5% IFCR-2) en el 21,2 % de los mismos (67,4% varones, edad media: 63,9 ± 11,6 años) con una media de 1,8 interacciones/paciente. De 46 pacientes a los que se les detectó alguna IFCR, 45,6% de ellos presentaban dos o más interacciones en su tratamiento. Según el mecanismo de acción, el 37,7% de IFCR fueron farmacodinámicas (sinergismo); 33,3% farmacocinéticas y 29,0% ambas. En 46 IFCR, se identificaron las siguientes enzimas metabolizadoras/proteínas transportadoras implicadas: CYP3A4 (65,2%), glicoproteína-P (17,4%), CYP2D6 (13,0%), CYP1A2 (2,2%) y CYP2C19 (2,2%).

El 76,8% de las IFCR fueron principalmente debidas a LPV/r; 23,2% a HCQ. Las asociaciones de medicamentos que dieron lugar a IFCR-1 fueron: LPV/r + simvastatina (50,0%), LPV/r + domperidona (30,0%), LPV/r + amiodarona (10,0%) y LPV/r

+ flecainida (10,0%). Medicamentos concomitantes más frecuentemente implicados en las IFCR-2: quinolonas (39,0%), macrólidos (16,9%), calcio-antagonistas (10,2%), glucósidos cardiotónicos (6,8%), antipsicóticos (6,8%), antidepresivos (3,4%) y antihistamínicos (3,4%). Las IFCR fueron relacionadas principalmente con mayor riesgo de prolongación del intervalo QT y/o arritmias cardíacas (73,9%); mayor efecto hipotensor (10,1%) por posible aumento de niveles plasmáticos de antihipertensivos; rabdomiolisis, mialgias y trastornos hepáticos (8,7%) por posible aumento de niveles plasmáticos de estatinas. Se comunicaron 70 RF: RF-1 (60,0%), RF-2 (7,1%), RF-3 (1,4%), RF-4 (4,3%) y RF-5 (27,1%). Grado de aceptación: 91,7%.

CONCLUSIONES

Las IFCR detectadas con mayor frecuencia se relacionan con el incremento de cardiotoxicidad asociado al uso concomitante de LPV/r + HCQ con otros medicamentos con riesgo potencial de prolongar el intervalo QT (principalmente, quinolonas y macrólidos), y son explicadas tanto por mecanismos farmacodinámicos como farmacocinéticos. Para evitar posibles efectos adversos, las RF notificadas con mayor frecuencia consisten en el cambio/retirada del medicamento concomitante implicado en la interacción. El grado de aceptación es elevado.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2085. DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN DE USO HOSPITALARIO ANTE LA SITUACIÓN DE PANDEMIA ORIGINADA SARS-COV-2. CONTRIBUCION DEL TÉCNICO DE FARMACIA.

AUTORES

AGUILAR GASCÓN Y, FERNANDEZ ALONSO E, ALONSO TRIANA YM, MONREAL PRATS R, LABORDA GALICIA N, FORT JULIAN A, ROCA PONZ R
HOSPITAL DE ALCAÑIZ. DR. REPOLLÉS, 2. TERUEL

OBJETIVOS

Analizar el trabajo realizado por el Técnico Auxiliar de Farmacia (TAF) en la Unidad de Atención Farmacéutica de Pacientes Externos (UPE) del Servicio de Farmacia de un Hospital Comarcal ante la situación de pandemia generada por el virus SARS-CoV-2

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un análisis descriptivo del trabajo realizado por el TAF en el suministro de medicación de dispensación hospitalaria durante la pandemia (de marzo a mayo de 2020). El circuito de trabajo consistió en: dispensación de la medicación en la UPE, envío de los tratamientos al centro de salud de referencia (con la colaboración de Farmacia de Atención Primaria) o envío a oficinas de farmacia mediante almacenes de distribución de acuerdo al protocolo propuesto por la consejería de sanidad de la comunidad. Se suministró medicación de dispensación hospitalaria, siempre tras la realización de la atención farmacéutica correspondiente, a todos los pacientes que retiran su tratamiento en la UPE del servicio de farmacia del hospital de manera habitual, así como aquellos pertenecientes a otros hospitales de la comunidad que solicitaron medicación a nuestra unidad de manera excepcional.

Los datos se obtuvieron del módulo de dispensación de medicación a pacientes externos de Farmatools© y de la historia clínica electrónica. Además, las solicitudes de los pacientes se registraron y analizaron mediante Microsoft Excel© en donde se reflejó para cada paciente la medicación solicitada, cantidad a enviar, fecha y método de envío.

RESULTADOS

Durante el período analizado se dispensó medicación a un total de 658 pacientes. De ellos, 547 (82,5%) retiraron medicación en la UPE, garantizando siempre la seguridad del paciente y del personal del servicio en todo momento; 79 (12%) solicitaron el envío a su centro de salud mediante el procedimiento establecido entre Farmacia Hospitalaria y Atención Primaria, 32 (5%) pacientes de otros hospitales de la comunidad autónoma acudieron a retirar medicación a nuestra UPE de manera excepcional, y 3 (0,5%) solicitaron el envío a oficina de farmacia de su localidad mediante los almacenes de distribución.

Dentro de las labores del TAF en estos circuitos hay que destacar: comprobación de la medicación solicitada y prescrita en el aplicativo informático de la UPE, generar la dispensación en dicho aplicativo, adjuntar documentación a la medicación, acondicionar la medicación de forma adecuada, hacer entrega de la medicación preparada al personal administrativo de farmacia de atención primaria, y preparar y dispensar en su caso, la medicación de los pacientes que acuden físicamente a la UPE.

CONCLUSIONES

La labor del TAF en la UPE ha contribuido a garantizar la seguridad y calidad de la dispensación de medicación durante la pandemia y ha facilitado a que muchos pacientes accedan a su tratamiento sin necesidad de acudir físicamente al hospital.

El TAF debe dominar el programa informático utilizado en la UPE para ser capaz de detectar discrepancias con la medicación y/o demoras en la recogida de la medicación que puedan afectar a la adherencia.

La coordinación entre los diferentes estamentos ha sido fundamental para dar un adecuado servicio al paciente en esta situación de pandemia.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2107. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON HIDROXICLOROQUINA EN PACIENTES COVID19

AUTORES

PÉREZ FÁCILA A, MORENO PERULERO ML, ALAÑÓN PARDO MM, GÓMEZ LLUCH MT, MARCOS DE LA TORRE A, ANDRÉS NAVARRO N
HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO. AVDA. CONSTITUCIÓN, 3. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

La aparición de la pandemia por Covid19 y la saturación del Servicio de Urgencias hospitalarias (SU) y de camas de hospitalización hizo imprescindible diferenciar estrictamente aquellos pacientes que cumplían criterios de ingreso hospitalario, frente a los que podían beneficiarse de un tratamiento domiciliario para afrontar la patología.

Objetivo principal: describir la efectividad de un Programa de Tratamiento Ambulatorio con Hidroxicloroquina (PTAH) en pacientes diagnosticados de Covid19 con infiltrado incipiente o patrón en vidrio deslustrado sin condensación en la radiografía de tórax y que, a su vez, no presentaron factores de riesgo asociados, ni criterios de ingreso hospitalario.

Objetivo secundario: analizar la relación entre solicitud de atención sanitaria post-alta del SU y administración concomitante de depresores respiratorios (benzodiazepinas, inhibidores de la monoaminoxidasa, antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina).

La medicación era dispensada desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria, con su respectiva información farmacoterapéutica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes dados de alta del SU con hidroxicloroquina como tratamiento al alta. Fechas analizadas: 26/03/2020 - 26/04/2020. Se revisó si los pacientes registrados solicitaron atención sanitaria (consultas a atención primaria, visitas a urgencias y/o ingresos hospitalarios) tomando como fecha límite el 18/05/2020 (tres semanas tras el último alta del SU registrado). Se revisó la Historia Clínica y se registraron: sexo; edad; tipo de atención sanitaria solicitada; muerte con motivo de la enfermedad por coronavirus y; tratamiento concomitante crónico con fármacos depresores respiratorios.

Para analizar la relación solicitud de atención sanitaria y la administración concomitante de depresores respiratorios, en nuestra población, se utilizó el cálculo de chi cuadrado de Pearson. El análisis estadístico se realizó utilizando SPSS StatisticsV25.0.0.

RESULTADOS

Se registraron un total de 115 pacientes: 58 (50,4%) mujeres y 57 (49,6%) hombres, con una mediana de edad de 54 años (rango 21 - 94). De estos, 59 (51,3%) pacientes no precisaron ninguna atención sanitaria posterior. 56 (48,7%) pacientes solicitaron atención sanitaria, por agravamiento de la patología respiratoria, con la siguiente distribución: 41 (71,9%) a través de consultas telefónicas a atención primaria y 26 (45,6%) acudieron de nuevo a urgencias. De estos últimos 26 pacientes: 5 (19,2%) precisaron ser ingresados en el hospital y 1 (3,8%) en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Los 5 pacientes hospitalizados fueron todos ellos dados de alta. El paciente ingresado en la UCI falleció.

De los 115 pacientes registrados, 27 recibieron concomitantemente fármacos depresores de la función respiratoria: 16 (28,6%) solicitaron atención sanitaria posterior, todos por motivos respiratorios, frente a 11 (18,6%) que no la precisaron. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,209$).

CONCLUSIONES

La tasa de ingreso hospitalario en el grupo de población seleccionado tratado con hidroxicloroquina fue muy baja (5,2%), aunque la falta de control con grupo de placebo no hace posible que consideremos que este tratamiento sea un tratamiento efectivo que evite ingresos hospitalarios. A su vez, el empleo concomitante de fármacos depresores respiratorios no fue un factor determinante a la hora de precisar atención sanitaria adicional.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2137. DESARROLLO DE UNA TABLA DE INTERACCIONES FARMACOCINÉTICAS Y FARMACODINÁMICAS ENTRE ALGUNOS MEDICAMENTOS EMPLEADOS PARA TRATAR COVID-19 Y LA MEDICACIÓN CONCOMITANTE.****AUTORES**

BARRAQUER COMES A, TUSET CREUS M, GALOFRÉ MESTRE L, ARBELO E, MARTÍNEZ CHAMORRO E, SOY MUNER D, CODINA JANÉ C, MIRO MEDA JM
HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. CALLE VILLARROEL 170,08036. BARCELONA

OBJETIVOS

Desarrollar una tabla de interacciones entre fármacos empleados para tratar la COVID-19 y medicación concomitante, con el objetivo de ayudar a los profesionales sanitarios y mejorar la seguridad de los pacientes.

MEJORAS ESPERADAS

Evitar interacciones potenciales que pudieran reducir la eficacia o aumentar los efectos adversos de los medicamentos implicados, dado que al inicio de la pandemia por COVID-19, muchos de los médicos y farmacéuticos que pasaron a tratar esta patología no tenían experiencia en el manejo de las interacciones, especialmente con lopinavir/ritonavir (LPV/r).

DISEÑO

El equipo de la web de interacciones de VIH del hospital, en colaboración con otros servicios del mismo, elaboró una tabla de interacciones de LPV/r, hidroxicloroquina y remdesivir.

CIRCUITO Y ETAPAS

En una primera etapa se revisó la información sobre LPV/r e hidroxicloroquina de diversas fuentes: fichas técnicas, www.interaccionesvih.com, <http://www.covid19-druginteractions.org>, Crediblemeds®, UpToDate Lexicomp®, Medscape Drug Interaction Checker® y, en algunas ocasiones, <https://www.rxlist.com/> y <https://www.drugbank.ca/>. En una segunda

etapa se añadieron fármacos. Finalmente, en una tercera etapa, se añadió información de remdesivir, facilitada por Gilead®.

IMPLANTACIÓN

El 20 de Marzo de 2020, apenas una semana después del Real Decreto del estado de alarma en España, ya estaba disponible la primera versión de la tabla de interacciones de LPV/r e hidroxiquina con otros 247 medicamentos. El 5 de Mayo de 2020 se actualizó la tabla con 592 medicamentos. Una vez elaborada, la tabla se colgó en la web de interacciones de VIH del hospital y se comunicó por twitter y a través de contactos de e-mail. Diversas Sociedades Científicas lo añadieron en sus páginas web, contribuyendo a su difusión.

RESULTADOS

Se ha puesto a disposición de los profesionales sanitarios información actualizada acerca de las interacciones entre algunos medicamentos empleados para tratar la COVID-19 y casi 600 medicamentos concomitantes. La difusión de la tabla de interacciones ha tenido un gran impacto en las visitas a la web de interacciones de VIH del hospital, con un incremento de 4,5 veces: de 2.096 visitas en febrero (media: 72 visitas/día) a 9.464 visitas en marzo en pleno estado de alarma (media: 305 visitas/día) y 5.525 visitas en abril (media: 184 visitas/día).

Es previsible que disponer de información pueda minimizar el riesgo de interacciones potenciales. Aunque es difícil valorar el impacto global, solo considerando simvastatina en nuestro hospital, 43 pacientes la recibían de forma habitual y alguno de ellos la tenía prescrita conjuntamente con LPV/r y fue suspendida. Otros fármacos que han requerido frecuentes intervenciones han sido quetiapina, corticoides y antagonistas del calcio.

LIMITACIONES

La tabla no incluye todos los medicamentos experimentales que se están empleado para tratar la COVID-19 y no está disponible en App.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La tabla de interacciones de fármacos para tratar COVID-19 está disponible en la web de interacciones de VIH del hospital. Es de acceso libre y gratuito para los profesionales sanitarios. El Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, la SEFH, GeSIDA y la EACS la han incluido en su repositorio de bibliografía para COVID-19.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2144. ESTRATEGIA DE MINIMIZACIÓN DE RIESGOS PARA LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTE CRÍTICO CON ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

AUTORES

VILANOVA BOLTO M, COMPANY BEZARES F, RAMIS RIERA F, MEDINA GUERRERO A, PERELLÓ MARTINEZ MM, MARCH FRONTERA C

HOSPITAL UNIVERSITARI SON LLATZER. CTRA. MANACOR KM. 4 SON FERRIOL. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

- Garantizar la seguridad de pacientes críticos con enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID) mediante la preparación estandarizada de medicamentos.
- Optimizar los recursos disponibles en periodo de alta demanda de medicación específica

MEJORAS ESPERADAS

- Evitar roturas de stock de medicamentos utilizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Garantizar la disponibilidad necesaria de medicamentos imprescindibles en la UCI.
- Estandarización y centralización en la preparación de perfusiones (midazolam, fentanilo y cisatracurio) y jeringas monodosis de solución oral (lopinavir-ritonavir).

DISEÑO

Se estudiaron los medicamentos empleados en UCI con problemas de suministro, evaluando las distintas presentaciones disponibles según: dosificación, concentración, volumen, conservación y excipientes.

Se elaboraron procedimientos de preparación de perfusiones estandarizadas a partir de distintas presentaciones y procedimiento de reenvasado de soluciones orales en jeringas (lopinavir-ritonavir).

Se creó un registro en Microsoft Excel de las necesidades de fármacos para ajustar diariamente su elaboración.

Se establecieron horarios extendidos de preparación, redistribuyendo los recursos humanos disponibles.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Identificación y recuento diario de fármacos con problemas de disponibilidad y almacenamiento independiente para evitar errores de dispensación.
- Propuesta consensuada con la UCI de preparaciones estandarizadas.
- Revisión y registro diario de las necesidades por paciente.
- Programación de la elaboración según requerimientos.
- Dispensación diaria de preparaciones y control del stock.

IMPLANTACIÓN

El diseño y la implantación se realizaron simultáneamente a partir del 21 de marzo para garantizar el suministro de medicamentos.

RESULTADOS

Las adaptaciones de las presentaciones de medicamentos que se realizaron en el Servicio de Farmacia (SF) fueron las siguientes:

- Preparación de cisatracurio 100mg/50 mL (2 mg/ml) en jeringa para perfusión en bomba (cambio de cisatracurio 20mg/10ml (2mg/ml) a cisatracurio 150 mg/30 ml (5mg/ml)).
- Preparación de midazolam 250 mg en 250 ml suero fisiológico para perfusión (cambio de midazolam 50mg/10ml a midazolam 15mg/3ml o midazolam 5mg/5ml).
- Adecuación de la preparación de fentanilo habitual 0,6 mg/100 ml a 1,5 mg/250 ml para reducir entradas en boxes de aislamiento.
- Reenvasado de lopinavir/ritonavir 80/20 mg/ml solución oral en jeringas monodosis de 5 ml (400 mg/100 mg) con adaptador a sonda nasogástrica SALEM® para maximizar aprovechamiento de la solución

Otras preparaciones valoradas fueron:perfusión de noradrenalina 10 mg/50 ml, diazepam, rocuronio y propofol 1% en lugar de noradrenalina 50 mg/250 ml, midazolam, cisatracurio o propofol 2%, respectivamente.

En las 10 semanas de actividad de la UCI COVID , se prepararon 1076 perfusiones de cisatracurio, 570 de fentanilo, 346 de midazolam y 192 jeringas lopinavir/ritonavir por lo que no fue necesaria la manipulación de diferentes presentaciones de estos fármacos en UCI, minimizando posibles errores de medicación.

No se produjo ningún desabastecimiento que afectara a los pacientes ni se requirieron cambios en los protocolos habituales.

LIMITACIONES

La estanqueidad de la UCI COVID redujo la posibilidad de control de estocs de perfusiones disponibles, dependiendo del inventario interno realizado. Esto ocasionó cierto acúmulo de medicación , aunque no obsolescencia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a cualquier SF con capacidad para la elaboración de preparaciones estériles para contribuir a mejorar la seguridad de los pacientes y los profesionales sanitarios en la UCI en un entorno COVID.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2156. HEPARINA A DOSIS PROFILÁCTICAS O TERAPÉUTICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CRÍTICOS CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2

AUTORES

PAU PARRA A, PARRAMÓN TEIXIDÓ CJ, VARON GALCERA C, LALUEZA BROTO P, JIMÉNEZ LOZANO I, FERNÁNDEZ POLO A, GORGAS TORNER MQ, MIARONS FONT M
HOSPITAL VALL D'HEBRON. Pº VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Los pacientes con infección por SARS-CoV-2 presentan un estado inflamatorio que podría condicionar un mayor riesgo de eventos tromboembólicos ("inmuntrombosis").

El bloqueo de la trombina por la heparina podría amortiguar la respuesta inflamatoria y reducir el daño endotelial.

Objetivo principal: evaluar si existen diferencias en los parámetros inflamatorios y de la coagulación entre pacientes que recibieron heparina a dosis profilácticas (HDP) y dosis terapéuticas (HDT). Objetivos secundarios: evaluar la incidencia de complicaciones secundarias y la mortalidad a los 28 días.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes que ingresaron en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel por infección por SARS-CoV-2 entre el 11 de Marzo y el 17 de Mayo de 2020. Los pacientes se clasificaron según recibieron HDP o HDT. Se recogieron variables demográficas, parámetros inflamatorios (proteína C reactiva, interleucina-6 y ferritina) y de coagulación (dímero D y tiempos de coagulación) y variables clínicas, basales y a los 7 días. Los datos se obtuvieron de los programas de información clínica: Centricity Critical Care® y SAP®. Las variables continuas se expresan como medianas (rango intercuartílico) o medias \pm desviación estándar. Se utilizó la prueba T de Student-Fisher o U de Mann-Whitney para variables continuas y la prueba de X2 o exacta de Fisher para variables categóricas.

RESULTADOS

Se incluyeron 72 pacientes; 49(68,0%) recibieron HDP y 23(32,0%) HDT. La edad media fue 58 \pm 13,5 vs. 56,9 \pm 16,5 años y 29(59,2%) vs. 18(78,3%) eran hombres, con un Índice de Charlson de 2(0-3) y 2(1-4), respectivamente.

Las comorbilidades en los grupos de HDP y HDT fueron: diabetes 5(10,2%) y 5(21,7%), hipertensión 14(28,6%) y 11(47,8%), fibrilación auricular 1(2,0%) y 4(17,4%), obesidad 11(22,4%) y 9(39,1%) y enfermedad renal crónica 4(8,2%) y 4(17,4%).

No hubo diferencias estadísticamente significativas en los parámetros inflamatorios y de coagulación basales ni a los 7 días entre los dos grupos, excepto en la interleucina-6 (IL-6) a los 7 días, que fue superior en el grupo de HDT [946,2(250-4600) pg/mL] respecto al de HDP [175(46,7-477,5) pg/mL](p=0,04). El dímero D a los 7 días fue 1024(480-3755) ng/mL en HDP y 2501(590-8644) ng/mL en HDT, sin significación estadística.

Las complicaciones en los grupos de HDP y HDT fueron: síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) 31(63,3%) y 18(78,3%), shock séptico 10(20,4%) y 3(13,0%), insuficiencia renal aguda 10(20,4%) y 10(43,5%), arritmia 2(4,1%) y 6 (26,1%), anemia con necesidad de transfusión en 2(4,1%) y 5(21,7%) y tromboembolismo pulmonar 1(2,0%) y 1(4,3%). La mortalidad a los 28 días en los grupos de HDP y HDT fue 24,5%(12/49) y 21,7%(5/23)(p=0,78).

CONCLUSIONES

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los parámetros analíticos entre ambos grupos, excepto en la IL-6 a los 7 días, aunque el grupo de HDT presenta valores de dímero D más elevados a los 7 días. Las comorbilidades (incluyen factores de riesgo trombótico) y las complicaciones (excepto shock séptico) fueron mayores en el grupo de HDT. La mayor incidencia de anemia en el grupo de HDT podría ser indicativo de efectos adversos hemorrágicos. No obstante, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad a los 28 días.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2160. ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS

AUTORES

BUENDÍA BRAVO S, SERNA ROMERO O, CAPILLA MONTES C, IGLESIAS BOLAÑOS AM, GASTALVER MARTIN C, CRUZ CRUZ T
HOSPITAL DEL SURESTE. CALLE RONDA DEL SUR, 10. MADRID

OBJETIVOS

Durante la emergencia sanitaria por infección de nuevo coronavirus (COVID-19), la alta carga asistencial y la falta de suministro de medicamentos, desencadenaron un escenario, que ha podido propiciar errores de medicación, especialmente en el paciente crítico. El objetivo de este estudio es describir los tipos y causas de errores de medicación notificados durante la epidemia de coronavirus SARS-CoV-2 en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital general; así como cuantificar el impacto de los desabastecimientos de medicación en los errores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se registró el número de pacientes ingresados por coronavirus y los que requirieron UCI durante los meses de Marzo y Abril de 2020. Se identificaron los errores de medicación detectados por el Servicio de Farmacia o notificados en UCI durante este período. Se analizaron los errores de medicación según la taxonomía de Ruiz-Jarabo registrando: medicamento, tipo de error, proceso donde ocurrió, consecuencias y causas o factores contribuyentes. De los medicamentos implicados en los errores que habían tenido problemas de desabastecimiento, se creó una base de datos con las presentaciones comerciales dadas de alta durante esas fechas.

RESULTADOS

De 739 ingresos por infección de SARS-CoV-2, 41 pacientes requirieron UCI. Se notificaron 13 errores, implicando a 8 medicamentos. En cuanto al tipo de error, el 16,5% son de medicamento erróneo, otro 16,5% son de almacenamiento, el 25% errores de velocidad de administración y el 42% errores de dosis. Respecto al proceso implicado, la mayoría de errores sucedieron en la administración y de éstos, el 37,5% implicaron también prescripciones incorrectas. En la evaluación de las consecuencias: el 61,5% de errores alcanzaron al paciente, un 69% del total se consideraron con baja probabilidad de recurrencia y el 62% del total son de gravedad potencial moderada o alta. Respecto a la causas, se registraron problemas informáticos de uso del programa propio de la unidad (no integrado con el resto de sistemas del hospital), incumplimiento de protocolos y falta de comunicación entre profesionales debido a condiciones estresantes de trabajo. El 46% de errores implican medicamentos con problemas de desabastecimiento del proveedor. De los 5 medicamentos con desabastecimiento (esenciales para sedación e intubación) se dieron de alta 41 códigos nacionales nuevos y se elaboraron 2 mezclas intravenosas estandarizadas en Farmacia (propofol y midazolam).

CONCLUSIONES

En situaciones excepcionales como en la pandemia COVID-19, se pueden producir errores de medicación en UCI propiciados por la elevada carga asistencial. La mayoría de errores son de dosis, se producen en la administración y pueden tener consecuencias para el paciente. Un porcentaje importante de errores implican a medicamentos de alto riesgo en situación de desabastecimiento. La estandarización de mezclas en Farmacia puede ser una solución para minimizar errores por la convivencia de muchas presentaciones comerciales de un mismo medicamento. El análisis de estos errores y el establecimiento de medidas para intentar paliarlas pueden ayudar a que no se vuelvan a repetir en sucesivos brotes epidémicos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2163. ADAPTACIÓN DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR CORONAVIRUS

AUTORES

VICENTE OLIVEROS N, PALOMAR FERNÁNDEZ C, GÓMEZ COSTAS D, PEDROSA RUÍZ M, MUÑOZ GARCÍA M, ESTEBAN CARTELLE B, DELGADO SILVEIRA E, ÁLVAREZ DÍAZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CARRETERA COLMENAR VIEJO KM. 9,1 CP 28034. MADRID

OBJETIVOS

Diseñar e implantar un plan de emergencia para la adecuación de los Sistemas Automatizados de Dispensación (SAD) ante la pandemia del coronavirus (SARS-COV-2).

MEJORAS ESPERADAS

Disponer de los medicamentos requeridos para el tratamiento del SARS-COV-2 para disminuir el tránsito del personal en el hospital y facilitar el trabajo de enfermería.

Disminuir las reclamaciones al Servicio de Farmacia (SF) por faltas de medicación en los SAD.

Garantizar unas prácticas higiénicas para la seguridad del usuario.

DISEÑO

Se elaboró un plan de emergencia de los SAD teniendo en cuenta las recomendaciones del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Este incluyó procedimientos para la carga y reposición de medicamentos, la optimización de los SAD, así como medidas preventivas y organizativas para garantizar la seguridad y la salud de los profesionales.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Los farmacéuticos analizaron las nuevas necesidades considerando el orden cronológico de transformación del hospital, el aumento de camas, el cambio del tipo de paciente y la necesidad de incorporar nuevas estructuras de almacenamiento en los SAD.
2. Se elaboró, de forma multidisciplinar, un listado de medicamentos imprescindibles y se definieron aquellos que debían incluirse en los SAD.
3. En la optimización de los SAD se abordó la inclusión de medicamentos necesarios, la descarga de aquellos prescindibles (por indicación o baja frecuencia de retiros). Se adecuaron otros aspectos: máximos, mínimos, ubicación, etc. Los farmacéuticos programaron el rediseño del SAD y rellenaron un registro con instrucciones para los técnicos de farmacia. Estos últimos se encargaron de la inclusión y descarga de los medicamentos. Los estupefacientes no siguieron este circuito.
4. Se abrió la farmacia 24 h, aumentó el número de veces de reposición y se implementaron turnos de reposición extra para stocks a cero o bajo mínimo.
5. Las medidas preventivas y organizativas consensuadas con el Servicio de Medicina Preventiva fueron: equipos de protección individual necesarios, circuito de reposición por zonas (limpias o coronavirus), limpieza del material de transporte, procedimiento y área de cuarentena de medicación procedente de unidades de coronavirus, y acceso por contraseña a los SAD.

IMPLANTACIÓN

Se implantó el 13 de marzo 2020 en todas las unidades SARS-COV-2, el 87%(34) de los SAD del hospital.

RESULTADOS

Se incrementó el número de camas en un 31%(184), se transformaron 4 unidades en UCI y en 2 unidades se aumentó la estructura de los SAD.

El listado de medicamentos imprescindibles fue: lopinavir/ritonavir, hidroxicloroquina, ceftriaxona, azitromicina, levofloxacino, salbutamol, bromuro ipratropio y budesonida. En las UCI además se incluyó: meropenem, cisatracurio, rocuronio, propofol, midazolam, dexmedetomidina, noradrenalina, metilprednisolona, suspensión y pasta descontaminante, acetilcisteína, ácido ascórbico y clorhexidina colutorio.

La optimización de los SAD supuso un incremento del 386%(27) de los medicamentos incluidos/día en los SAD y en un 300%(18) los descargados.

Se aumentó el número de reposiciones/día en un 262%(68).

LIMITACIONES

La estructura de los SAD fue pequeña para la demanda de medicación.

Se requirió de nuevos recursos humanos y tiempo para su formación.

Hubo limitaciones informáticas para la optimización en remoto de los SAD

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El plan de emergencia es aplicable a todos los SF que cuenten con SAD.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2164. ESTUDIO MULTICÉNTRICO PARA VALORAR EL ACERCAMIENTO DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA Y USO DE VÍAS TELEMÁTICAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES

VENTAYOL BOSCH P, GOMEZ LOBÓN A, MERCADAL ORFILA G, RODRIGUEZ RINCÓN RM, MAESTRE FULLANA MA, FERNÁNDEZ CORTÉS F, SERRANO LOPEZ DE LAS HAZAS JI, ANOZ JIMENEZ L
HOSPITAL MATEU ORFILA. RONDA DE MALBUGER, 1. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Este estudio se realizó para conocer el grado de satisfacción del paciente de las Unidades de Pacientes Externos de los Servicios de Farmacia de todos los hospitales públicos de una Comunidad Autónoma, que utilizaron el servicio de dispensación a distancia (centro de salud o domicilio) durante la expansión a nivel mundial de la pandemia COVID19 con el fin de evitar que tuvieran que recoger presencialmente sus tratamientos al Hospital, indicar opiniones o comentarios al respecto, definir el lugar preferencial de dispensación, así como valorar la teleasistencia. Comparar los resultados en cada hospital y detectar posibles áreas de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta del 22-29 de mayo telefónicamente o por correo electrónico con 4 preguntas a 537 pacientes con el objetivo de conocer la opinión de los mismos sobre el acercamiento de la medicación (escala 0-10), la preferencia del lugar de dispensación (domicilio, centro de salud, oficina de farmacia, farmacia hospital u otros), valorar el uso de vías telemáticas para complementar la asistencia no presencial y finalmente sugerir opiniones o comentarios.

RESULTADOS

Participaron 6 Hospitales públicos de una Comunidad autónoma que entre el 14 de marzo y el 29 de mayo de 2020 realizaron un total de 9.661 dispensaciones, 10,8% de las cuales se hicieron a domicilio. Se propuso la encuesta a 537 pacientes (43,6 % del total) aceptando participar finalmente 450 (83,8 %). Edad media: 54,8 años (18-82 años); 50,6%

hombres.

La puntuación media de la satisfacción del envío de medicación fue de 9,3/10 (5-10).

La preferencia del lugar de dispensación fue por orden: 55,8% en domicilio; 16,4 % en la Farmacia del Hospital; 15,1% en Oficina de Farmacia y 12,7 % en Centro de Salud.

El 88,9% de los pacientes se mostraron favorables al uso de vías telemáticas complementarias a la asistencia presencial.

De las observaciones comentadas cabe destacar: cuestiones relacionadas con la confidencialidad, establecer una franja horaria concreta de entrega de la medicación y manifestar la necesidad de mantener el contacto presencial con los profesionales sanitarios.

CONCLUSIONES

La valoración de la entrega de medicación hospitalaria a domicilio fue alta, indicando la amplia satisfacción del paciente.

Aproximadamente uno de cada dos pacientes prefiere recibir su medicación en domicilio y en menor porcentaje, aunque similar, las preferencias por orden son: la consulta externa de Farmacia Hospitalaria, la Oficina de Farmacia y el Centro de Salud.

Una mayoría de pacientes aceptarían el uso de medios telemáticos, lo que interpretamos sería una mejora, para evitar desplazamientos (consumo de tiempo y dinero), mejorar la conciliación, mayor accesibilidad a los profesionales sanitarios, etc...

Estos resultados apoyan dos objetivos imprescindibles a desarrollar y consolidar:

- 1) Acercar el tratamiento al entorno del domicilio del paciente, con el objetivo de conseguir una mejor atención sanitaria y satisfacción de los pacientes atendidos en las Consultas Externas de Farmacia Hospitalaria.
- 2) Desarrollar soluciones o plataformas que faciliten una asistencia telemática adecuada, complementaria a la asistencia presencial, que permita, entre otros, el registro de la actividad farmacéutica realizada.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2167. USO DE TOCILIZUMAB EN EL MANEJO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE HIPERINFLAMACIÓN PULMONAR CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2

AUTORES

DOMINGUEZ BARAHONA A, GONZÁLEZ SUÁREZ S, FERNÁNDEZ ARÉVALO M, LÓPEZ ÁLVAREZ R, TOLEDO DAVIA MA, BLÁZQUEZ ROMERO C, LABRADOR ANDÚJAR N, MOYA GÓMEZ P
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. AV. DE BARBER, 30. TOLEDO

OBJETIVOS

Analizar el perfil de los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 tratados con tocilizumab (TCZ) intravenoso y describir su efectividad y seguridad.

TCZ fue administrado en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 confirmada microbiológicamente y deterioro clínico con datos analíticos asociados a hiperinflamación pulmonar sin contraindicación para su administración.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes a los que se administró tocilizumab intravenoso en marzo y abril de 2020 en un hospital de tercer nivel.

Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), comorbilidades, días desde el inicio de los síntomas hasta la confirmación microbiológica, otros tratamientos para Covid-19, reacciones adversas a TCZ.

Para evaluar su efectividad se realizó seguimiento de parámetros analíticos relacionados con hiperinflamación pulmonar (niveles de proteína C reactiva (PCR) y ferritina previos y posteriores al tratamiento) y proporción de pacientes con recuperación completa, definida como desaparición de la fiebre y retorno a valores normales de saturación de oxígeno periférico (SpO₂) después de 14 días desde el final del tratamiento con TCZ (Criterio de normalización de la fiebre: temperatura < 36,6 °C durante al menos 72 horas; Criterio de normalización de SpO₂: SpO₂ > 94% durante al menos 72 horas).

Se recogió la tasa de mortalidad a los 28 días del tratamiento, la incidencia de ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI) y tiempo de estancia media, incidencia de ventilación mecánica (VM) y días totales con VM.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 105 pacientes recibieron TCZ. La mediana de edad de los pacientes fue de 64 años y el 67,6% eran hombres. La mediana desde el inicio de los síntomas hasta la confirmación microbiológica fue de 6 días. El 90,5% de pacientes presentaron comorbilidades. Todos recibieron hidroxiquina, 103 (98,1%) azitromicina, 95 (90,5%) corticoides, 60 (57,15%) lopinavir/ritonavir, 17 (16,2%) interferón beta1b, 11 (10,5%) anakinra, 5 (4,8%) inmunoglobulinas inespecíficas, 3 (2,86%) remdesivir y 1 (0,95%) baricitinib.

No se describieron reacciones adversas atribuibles a TCZ.

La mediana de PCR previa a la administración de TCZ fue de 238 mg/L (Rango intercuartil (RIC): 86-325), a los 7 días de la

administración 6 mg/L (RIC: 3,4-13) y a los 14 días 3,7 mg/L (RIC: 1,1-7,8) y la mediana de ferritina previa fue de 1457,5 ng/ml (RIC: 873,5-2607), a los 7 días 1142 ng/ml (RIC: 508,5-1713) y a los 14 días 833 ng/ml (RIC: 592-1566). El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 27 días (RIC: 15-39). El 70,5% de los pacientes (Intervalo de confianza (IC) 95%: 61,7%-79,2%) ingresaron en UCI (media 21 días) y el 76,2% (IC 95%: 68%-84,3%) necesitaron ventilación mecánica (media 16,6 días).

El 14,3% (IC 95%: 7,6%-21%) consiguieron recuperación completa después de 14 días desde el final del tratamiento y la tasa de mortalidad a los 28 días fue del 33,3% (IC95%: 24,3%-42,3%).

CONCLUSIONES

En nuestra serie de casos, tocilizumab resultó ser un fármaco seguro. Se observa disminución de parámetros analíticos relacionados con hiperinflamación pulmonar y una respuesta clínica limitada.

Se necesitan ensayos clínicos randomizados para ratificar estos resultados. Este estudio es precursor de análisis posteriores que nos permitan identificar factores pronóstico de mayor respuesta a tocilizumab relacionados con marcadores inflamatorios, características clínicas / radiológicas y/o precocidad de tratamiento.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2169. APLICACIONES DE SMARTPHONE RELACIONADAS CON EL COVID-19: ¿QUÉ SABEMOS SOBRE ELLAS?

AUTORES

VILLANUEVA BUENO C, ESCUDERO VILAPLANA V, COLLADO BORRELL R, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN, MADRID. CALLE DOCTOR ESQUERDO Nº46 28007 MADRID. MADRID

OBJETIVOS

Debido a la rápida expansión del COVID-19, existe un desconocimiento sobre la cantidad, calidad y contenido de las aplicaciones relacionadas con el coronavirus. No existe un directorio donde encontrarlas. Por ello, nuestro objetivo es realizar una revisión de las aplicaciones de Smartphone destinadas a hacer frente al coronavirus y analizar sus características.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, descriptivo de todas las aplicaciones de Smartphone destinadas al COVID-19. Entre el 27 de abril y el 2 de mayo de 2020 se realizó una búsqueda en App Store (iOS) y Play Store (Android) de las aplicaciones destinadas al coronavirus. Términos empleados: "coronavirus", "COVID-19" y "SARS-COV-2". Se descargaron y evaluaron todas las aplicaciones.

Variables analizadas: nombre, plataforma, país, idioma, categoría, coste, fecha de actualización, tamaño, versión, destinatario, desarrollador y finalidad. La finalidad se clasificó en las siguientes categorías: noticias, información general, autodiagnóstico, control de ubicación, avisos a tus contactos, aviso de casos cercanos, concienciación, teléfonos de ayuda, monitorización de parámetros clínicos, registro de síntomas, registro de tratamientos y mensajería con el profesional sanitario.

RESULTADOS

Se encontraron 114 aplicaciones (app) disponibles en las plataformas. De ellas, 62 (54,4%) estaban en Android y 52 (45,6%) en iOS. 37 (32,5%) app se desarrollaron en Europa, 32 (28,1%) en Asia y 30 (26,3%) en América del Norte. Los idiomas más frecuentes fueron inglés (65 (57,0%) app), español (34 (29,8%) app) y chino (14 (12,3%) app). Las categorías más frecuentes fueron: Salud y Bienestar/forma física (41 (41,2%) app) y medicina (43 (37,7%) app). 113 (99,1%) fueron gratuitas. El 94,1% actualizaron el software en el mes de abril. La media de días entre la fecha del análisis y la fecha de la última actualización fue 11,1 días (DE= 11,0).

El tamaño medio de las app fue de 27,3 MB (DE=28,9). El 83,3% (95 app) estaban destinadas a la población general, el 7,9% (99 app) a profesionales sanitarios y el 2,6% (3) a ambas.

En relación al tipo de desarrollador, 64 (56,1%) app fueron desarrolladas por los gobiernos. De éstas, 42 (64,1%) app fueron gobiernos nacionales y 23 (35,9% app) regionales. Las app que tuvieron un mayor número de descargas (100.000+) fueron desarrolladas por los respectivos gobiernos de cada país (p=0,1375), a excepción de la app de la OMS (500.000+).

Finalidad de las apps:

Se analizó la finalidad de 107 app. El 92,5% (99 app) tenían más de una finalidad. Las más frecuentes fueron: información general sobre el coronavirus (66 (64%) app), noticias (53 (51,0%) app), registro de síntomas (53 (51,0%) app) y control de la ubicación (51 (47,7%) app).

CONCLUSIONES

Esta revisión ofrece información exhaustiva sobre las características de todas las app relacionadas con el coronavirus. Más de la mitad fueron desarrolladas por diferentes gobiernos. La mayoría tenía más de una finalidad. Las más frecuentes se basan en aportar información sobre las cifras de contagiados, recuperados y fallecidos, y en el registro de síntomas y control de la ubicación.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2175. ELABORACIÓN DE SOLUCIÓN DESINFECTANTE DE MANOS POR ROTURA DE STOCK A CAUSA DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

AUTORES

VICO GARCÍA V, SANCHEZ SERRANO L, NOGALES REY G, RODRÍGUEZ LABRADOR J, GONZÁLEZ DE LA ROSA C, CASTRO FIUZA MJ, ESQUINAS PADÍN A, GONZÁLEZ AVILÉS C
HOSPITAL DEL HENARES. AV/MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS

- Describir la elaboración de una solución hidroalcohólica desinfectante para manos (SHDM) para abastecer las necesidades internas del hospital durante la pandemia por infección del COVID-19.
- Establecer un stock suficiente para cubrir las necesidades de este producto en el hospital.

MEJORAS ESPERADAS

- Poder disponer de la cantidad necesaria de SHDM para el personal sanitario y pacientes del hospital para evitar el riesgo de infección por COVID-19.

DISEÑO

Creación de una guía de elaboración y control para la producción de SHDM basada en la formulación de la Organización Mundial de la Salud.

- En esa guía aparecerán los principios activos necesarios, cantidades, lote, caducidad y número interno.
- Otros datos: fecha de elaboración, caducidad de la elaboración, número de pedido, fecha de dispensación, número de registro, modus operandi, control de calidad, material de acondicionamiento, conservación, personal elaborador y conformidad final.

CIRCUITO Y ETAPAS

A) Preparación del utillaje necesario: probetas de diferentes volúmenes, embudo, frascos para el acondicionamiento primario, garrafa de 5L, guantes, gafas, mascarilla.

B) Colocarse el equipo de protección individual indicado: gafas, mascarilla y guantes.

C) Elaboración de la solución:

- 1 De una garrafa de 5L saque 835 mL de alcohol 96º medido con una probeta y guárdelo en otra garrafa de alcohol de 96º
- 2 Añada el agua oxigenada 5%.
- 3 Añada el glicerol con la probeta de 500mL.
- 4 Llene la garrafa de 5L con agua estéril con la probeta e 500mL usada para el glicerol.
- 5 Una vez terminada, coloque la tapa lo antes posible para evitar la evaporación.
- 6 Mezcle la solución rodando la garrafa.
- 7 Distribuye la solución en los frascos correspondientes y etiquétenlos.
- 8 Ponga en cuarentena 72h antes de utilizarlas.

D) Realización de un control de calidad:

- 1 . Comprobar las características organolépticas.
- 2 . Composición: registro de volúmenes y caducidades de los componentes.
3. Fecha de caducidad: comprobar que las fechas de caducidad no acortan la caducidad.
4. Comprobar el correcto envasado.
5. Etiquetado.
6. Firma del farmacéutico.

IMPLANTACIÓN

Se instauró el 16 de Marzo de 2020 ante la necesidad que había en el hospital de solución desinfectante de manos dada la situación de desabastecimiento de las soluciones hidroalcohólicas comerciales.

RESULTADOS

Desde su puesta en marcha, se han elaborado 722 litros de SHDM, que se han envasado en 1444 botes de 500ml para su posterior almacenaje y dispensación.

LIMITACIONES

La mayor limitación se encuentra en conseguir materia prima y material de acondicionamiento para la elaboración, que ha obligado a la búsqueda continua de proveedores, y al desarrollo de un protocolo de limpieza y desinfección del material de acondicionamiento para su reutilización

- Es una función más de los técnicos de farmacia por lo que se puede producir sobrecarga de trabajo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

- Es un protocolo sencillo de incorporar en otros hospitales que podría aportar un beneficio muy importante en la prevención del contagio de la infecciones por falta de disponibilidad de SHDM en el mercado.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2182. EXPERIENCIA EN EL USO DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON COVID-19. ¿REALMENTE HA SIDO EFICAZ?

AUTORES

VALDAZO MARTÍN C, RAMON RIGAU N, ROSADO ANCÍN M, URRESTARAZU LARRAÑAGA M, SANTAOLALLA SÁNCHEZ A, LARRABEITI ECHEVARRIA A, HERNANZ CHAVES R, MARTÍNEZ MARTÍNEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA. C/ JOSÉ ATXOTEGI, S/N. ÁLAVA

OBJETIVOS

Analizar la eficacia de tocilizumab en pacientes con neumonía grave por Coronavirus SARS-COV-2 tratados durante la fase inflamatoria de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Mediante la revisión de la historia clínica se recogieron variables clínicas de pacientes con neumonía grave por SARS-COV-2 tratados con tocilizumab entre el 16 de marzo y el 22 de abril de 2020. Criterios de neumonía grave: fallo de al menos 1 órgano, saturación de oxígeno con aire ambiente < 90% o frecuencia respiratoria ≥ 30 respiraciones por minuto. Se evaluó el pronóstico al ingreso en función del grado de confusión, urea, frecuencia respiratoria, presión sanguínea y edad ≥ 65 años (escala CURB-65). Las variables recogidas se analizaron estadísticamente con el programa SPSS®-v23.0. Para evaluar la eficacia se midió la variación de la proteína C reactiva (PCR) y del recuento linfocitario (RL) desde el momento previo al tratamiento con tocilizumab hasta 5 días después. Se analizaron estos parámetros en el conjunto de pacientes y por separado en los que siguieron vivos y los fallecidos.

RESULTADOS

75 pacientes fueron tratados con tocilizumab (57 hombres), con una edad media de 67,7 años. El 75% presentaron al ingreso un valor de CURB-65 ≤ 2 , el 13,6% CURB-65=3 y el 11,4% CURB-65=4. Comorbilidades analizadas: hipertensión arterial (41 pacientes), dislipemia (33), diabetes mellitus (20), obesidad (14) y asma (5). 3 pacientes tenían inmunosupresión previa, 7 estaban anticoagulados y 26 con antihipertensivos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento con tocilizumab fue 11,6 días. 17 pacientes ingresaron en la unidad de cuidados intensivos. La estancia media hospitalaria fue 19,7 días. Durante el ingreso, todos los pacientes recibieron previamente lopinavir-ritonavir e hidroxycloquina, 67 corticoides a dosis altas, 6 baricitinib, y 15 interferon beta-1b. Fallecieron 19 pacientes (25%).

La media de la PCR en el momento previo al tratamiento con tocilizumab fue 154,1 mg/L (IC95%=129,0-179,0) frente a una media de 15,2 mg/L (IC95%=8,6-21,4) 5 días después. Los pacientes que siguieron vivos tenían una PCR media de 163,4 mg/L (IC95%=134,5-192,3) previa, frente a una PCR media de 13,1 mg/L (IC95%=8,9-17,3) posterior. Los fallecidos tuvieron una PCR media de 117,6 mg/L (IC95%=69,9-165,2) previa frente a una PCR media de 23,2 mg/L (IC95%=0,0-52,0) posterior.

El RL medio en el momento previo al tratamiento con tocilizumab fue 1080/ μ L (IC95%=360-1790) frente a un RL medio de 1690/ μ L (IC95%=530-2860) 5 días después. Los pacientes que siguieron vivos tenían un RL medio de 1180/ μ L (IC95%=280-2080) previo frente a un RL medio de 1810/ μ L (IC95%=350-3270) posterior. Los fallecidos tuvieron un RL medio de 680/ μ L (IC95%=550-810) previo frente a un RL medio de 1220/ μ L (IC95%=740-1700) posterior.

CONCLUSIONES

En pacientes con neumonía grave por SARS-COV-2 encontramos una disminución importante de la PCR y un aumento del RL asociados al tratamiento con tocilizumab en la fase inflamatoria de la enfermedad. El descenso de la PCR y el aumento del RL resultaron mayores en los pacientes que continuaron vivos. El RL previo al tratamiento con tocilizumab de los pacientes fallecidos fue menor que en los vivos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2191. ANÁLISIS DE LAS REACCIONES ADVERSAS DEL TRATAMIENTO PARA EL COVID-19 Y ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

AUTORES

DEL ESTAL JIMÉNEZ J, SANJUÁN BELDA A, ESTEVE PITARCH E, LÓPEZ BROSETA PA, MENDOZA AGUILERA M, ROCH VENTURA MA, MARTÍN MARQUÉS M, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Identificar las reacciones adversas del tratamiento frente al COVID-19 en pacientes adultos hospitalizados y analizar la posible asociación con las siguientes covariables: edad, sexo, comorbilidades, ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y combinaciones terapéuticas más utilizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, en un hospital de tercer nivel. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico positivo para COVID-19 (desde 14 de marzo hasta 1 de abril 2020) y en tratamiento farmacológico experimental. Los datos se recogieron del programa informático de gestión clínica asistencial y de los diferentes programas de prescripción electrónica disponibles en nuestro hospital. Se recogieron variables demográficas y clínicas. Los pacientes se dividieron en dos categorías de edad: ≥ 65 y < 65 años. Se definió como "tratamiento A" la combinación de hidroxycloquina más azitromicina y como "tratamiento B" la combinación de lopinavir/ritonavir más hidroxycloquina. Las reacciones adversas (RA) se clasificaron en 3 grupos: gastrointestinales (diarreas y náuseas), arritmias (trastornos de la conducción) y de la frecuencia cardíaca) y hepatobiliares (hiperbilirrubinemia, colestasis y elevación de las enzimas hepáticas). El análisis estadístico se realizó con SPSS v.15.0. (SPSS® IBM Statistics).

RESULTADOS

Se incluyeron 177 pacientes (58,2% hombres). La mediana de edad fue de 70,3 años (IQR: 56,3-79,3). El 28,8% requirió ingreso UCI y un 83,1% de los pacientes presentaban comorbilidades al ingreso. Las comorbilidades más prevalentes fueron las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial y antecedentes de infarto agudo de miocardio) en un 49,7% y trastornos metabólicos (Diabetes Mellitus y dislipemia) en un 35,1%. Los pacientes fueron tratados con hidroxycloquina (98,9%), lopinavir/ritonavir (62,1%), azitromicina (58,2%), interferón beta 1b (10,7%)

y tocilizumab (4,0%). El 31,6% de los pacientes recibieron tratamiento B y el 31,1% el tratamiento A. El 27,1% de los pacientes presentaron RA: arritmias (10,7%), alteraciones gastrointestinales (9,6%), y hepatobiliares (6,8%). Dichas RA condicionaron la suspensión del tratamiento en 33 casos (18,6%). El análisis univariante objetivó que las covariables asociadas a la mayor aparición de RA fueron: pacientes < 65 años (38,2% vs 18,3%; $p=0,003$), ingreso en UCI (54,9% vs 14,3%; $p=0,000$) y la combinación de tratamiento tipo B (36,4% vs 3,6%; $p=0,000$). Los pacientes con comorbilidades previas al ingreso presentaron menor RA (22,4% vs 43,3%; $p=0,017$). En cambio, no se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se observa que el tipo de tratamiento y la edad se han relacionado con una mayor aparición de RA. Además, dicha tendencia también se observa en los pacientes sin comorbilidades que podría explicarse por la diferencia de tamaño muestral entre los grupos comparados, por lo que no se consideraría de aplicabilidad clínica. Los pacientes de menor edad recibieron mayoritariamente el tratamiento tipo B, aspecto que justifica la existencia de mayor aparición de RA en este grupo. Asimismo, los pacientes ingresados en UCI presentan mayor RA, que podría ser debido a la mayor complejidad y gravedad del paciente. No se observa relación entre el sexo y la aparición de RA. Sería necesario priorizar la atención farmacéutica en el perfil de pacientes más susceptibles para poder identificar y prevenir RA precozmente.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2205. HIDROXICLOROQUINA E INTERVALO QT EN PACIENTES COVID-19

AUTORES

FRAGA BUENO E, GRANERO LÓPEZ M, BARDÁN GARCÍA B, RODRÍGUEZ PENÍN I
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. AVDA. DE RESISTENCIA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

La AEMPS emitió en abril de 2020 una nota de seguridad alertando del riesgo de prolongación del intervalo QT (IQT) del electrocardiograma (ECG) en pacientes con COVID-19 a tratamiento con hidroxicloroquina (H).

El objetivo del estudio es analizar la influencia de los factores de riesgo que favorecen la prolongación del IQT en los pacientes COVID-19 a tratamiento con H.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de segundo nivel de los pacientes ingresados, excepto UCI, del 17/3/20 al 4/5/20. De la historia clínica electrónica, programa de prescripción electrónica asistida y base de datos de medicación COVID del Servicio de Farmacia se obtuvieron: datos demográficos, dosis y duración de H y factores de riesgo: enfermedad cardiovascular, hipotiroidismo, insuficiencia hepática (IH) o renal (IR), desequilibrio electrolítico y fármacos con riesgo de prolongación del IQT, según los listados del Center for Education and Research on Therapeutics (AZCERT), que los clasifica en riesgo definido (RD), posible (RP) y condicional (RC). El protocolo de "enfoque terapéutico para infección por SARS-CoV-2 en planta COVID", establecía la monitorización del IQT al inicio de H, a las 24h, 48h y a la semana. El valor del QT se consideró elevado si > 450 ms en hombres y > 470 ms en mujeres.

RESULTADOS

50 pacientes (3 excluidos por éxitus): 64% mujeres, edad media 69 años. Pauta de H: 400 mg/12h el primer día y 200 mg/12h posteriormente.

Al inicio se realizó ECG a 46 pacientes y a las 48 h a 49. De los 45 pacientes valorables el IQT aumentó en 24 y por encima del valor establecido en 5 (11,1%). De ellos, 2 mujeres sin factores de riesgo, ambas a tratamiento con azitromicina (RD) y omeprazol (RC) y una de ellas además con quetiapina y trazodona (RC). De los 3 hombres, 2 tenían IH (uno además enfermedad cardiovascular), todos a tratamiento con azitromicina (RD), uno de ellos con omeprazol y sertralina (RC) y otro con metoclopramida (RC).

A la semana se realizó ECG a 42 pacientes. De los 41 pacientes valorables el IQT aumentó en 23 y por encima del valor establecido en 5 (12,2%). De ellos, 1 mujer con IR y tratamiento con azitromicina (RD), omeprazol y furosemida (RC) e H durante 5 días. Los otros 4 eran hombres: 2 con IH, 1 con IR, 1 con hipocalcemia, a tratamiento concomitante con: azitromicina (3), omeprazol (2), furosemida (1), metoclopramida (1). La duración de la H fue de 5 días en 3 y de 10 días en el único paciente (sin ningún factor de riesgo y a tratamiento con azitromicina y metoclopramida) que superó el valor establecido a las 48h y a la semana.

CONCLUSIONES

En la mayoría de nuestros pacientes con COVID-19 a tratamiento con H no se produjo elevación del IQT por encima del valor establecido, siendo el principal factor de riesgo relacionado con esta elevación la insuficiencia hepática.

Se ha observado una posible relación entre la duración del tratamiento con H y la elevación del IQT por encima del valor establecido.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2208. ADHERENCIA A TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS PARA ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN ÉPOCA DE COVID.

AUTORES

PATIER RUIZ I, ONTENIENTE GONZALEZ A, SANCHEZ-RUBIO FERRANDEZ J, ARAGON DIEZ A, CASTRO PEREZ P, GARCIA-ARROBA MUÑOZ J, GALLEGOS CID A, MOLINA GARCIA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM.12'5. MADRID

OBJETIVOS

La adherencia a los tratamientos de patologías reumatológicas crónicas está influenciada por muchos factores, entre ellos la creencia del paciente en el desarrollo de efectos adversos como mayor susceptibilidad a infecciones. Como parece lógico pensar que la terapia inmunosupresora incrementa el riesgo de afectación severa si existe infección por Sars-CoV2, muchos pacientes tienden a interrumpir sus tratamientos biológicos dirigidos, especialmente en zonas con alta incidencia de COVID-19.

El objetivo radica en conocer la adherencia de los pacientes reumatológicos en tratamiento biológico durante el periodo de crisis sanitaria ocasionado por la COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de tipo transversal. Se realizaron entrevistas telefónicas entre el 22 de abril y el 15 de mayo de 2020 (bien el reumatólogo o el farmacéutico hospitalario) a todos los pacientes diagnosticados con artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (EA) y artritis psoriasis (AP) con tratamientos dirigidos orales o subcutáneos. Se preguntó a los pacientes sobre la continuidad o suspensión del tratamiento. Igualmente, se les preguntó si conocían que algunos tratamientos para patologías reumáticas se habían usado en pacientes afectados por COVID-19. Se consideró no adherente si había obviado o retrasado alguna de las dosis prescritas. Todos los pacientes recibieron la medicación mediante envío a domicilio organizado por el servicio de farmacia. El estudio fue aprobado por el CEIm del centro. Se analizó la correlación mediante Chi cuadrado entre el sexo y la adherencia y entre el conocimiento del uso de biológicos para el tratamiento de la sintomatología por COVID19 y la adherencia.

RESULTADOS

Un total de 379 pacientes (187 AR, 110 AP y 82 EA) fueron entrevistados telefónicamente durante el periodo de confinamiento debido a la crisis sanitaria COVID-19. 32 (8,45%) pacientes discontinuaron su tratamiento, de los cuales 14 (43,75%) por miedo a la infección, 9 (28,12%) por sintomatología COVID-19, 4 (12,5%) por motivos no relacionados con COVID-19, 3 (9,38%) no tuvieron acceso a la medicación a tiempo y 2 (6,25%) fueron diagnosticados de infección por COVID-19. 222 pacientes (58,57%) conocían de la utilización de tratamientos reumáticos en la infección por COVID-19. No se encontró relación entre el sexo y la falta de adherencia.

Si se encontró relación entre el conocimiento del uso de biológicos para el tratamiento de la sintomatología por COVID19 y una mayor proporción de pacientes adherentes OR 3,145 IC95% 1,5-6,4; p=0,002

CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento dirigido en enfermedades reumáticas durante el periodo de crisis sanitaria COVID-19 ha sido muy elevada, a pesar de la severidad de la crisis en España, siendo la falta de adherencia en su gran mayoría causada por la infección, tanto por miedo a adquirirla como por sintomatología asociada.

El conocimiento del uso de fármacos antirreumáticos para el tratamiento de la COVID19 se asoció a la adherencia al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2215. FÁRMACOS Y FACTORES DE RIESGO DE PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR COVID-19

AUTORES

PÉREZ ROBRES Y, RUIZ MOLINA F, MORENO GARCÍA M, ENRÍQUEZ OLIVAR L, RICO GUTIÉRREZ T, CRIADO ILLANA MT HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA. C/ LUIS ERIK CLAVERÍA NEURÓLOGO S/N. SEGOVIA

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de prescripción de fármacos que presentan riesgo de prolongar el intervalo QT en los pacientes que ingresan con infección por COVID-19 y la presencia de factores de riesgo predisponentes; valorar el grado de aceptación por parte del clínico de las intervenciones realizadas desde el servicio de Farmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado en un hospital de segundo nivel durante marzo y abril de 2020 en el que se incluyeron a los pacientes que ingresaron con COVID-19. Las variables recogidas fueron: edad, sexo y número de fármacos con riesgo de prolongar el intervalo QT; en pacientes con dos o más de estos fármacos se recogieron además los siguientes factores de riesgo: patología cardiovascular, patología tiroidea, insuficiencia renal y alteraciones electrolíticas de calcio, potasio y magnesio. Los fármacos se clasificaron según los niveles de evidencia del Center for Education and Research on Therapeutics (AZCERT) en:

- Riesgo definido de torsade de pointes (TdP): fármacos que alargan el intervalo QT con riesgo de TdP.

- Riesgo posible de TdP: fármacos que pueden prolongar el intervalo QT sin evidencia suficiente de riesgo de TdP.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica informatizada de Atención Especializada Jimena IV® y de la aplicación informática de Gestión de Unidosis (Farmatools®), que también se usó para comunicar las intervenciones farmacéuticas realizadas al prescriptor.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 736 pacientes, 463 hombres y 273 mujeres, con edad media de 78 años (SD=13,8). Se identificaron 540/736 (73,4%) pacientes en tratamiento con al menos 2 fármacos con riesgo de prolongar el intervalo QT, de los cuales 347/540 (64,3%) tenían prescritos 2 fármacos, 140/540 (25,9%) 3, 43/540 (8,0%) 4 y 10/540 (1,8%) 5 o más. Se encontraron 1347 fármacos con riesgo de TdP: 1227/1347 (91,1%) con riesgo definido y 120/1347 (8,9%) con riesgo posible. Los principales fármacos prescritos fueron: con riesgo definido, azitromicina 495/1347 (36,7%), hidroxycloquina 495/1347 (36,7%), levofloxacino 90/1347 (6,7%), haloperidol 81/1347 (6,0%) y con riesgo posible, mirtazapina 43/1347 (3,2%) y olanzapina 36/1347 (2,7%).

Los factores de riesgo más frecuentemente identificados en los pacientes fueron: edad > 65 años 494/540 (91,5%), antecedentes de enfermedad cardiovascular 229/540 (42,4%), sexo femenino 200/540 (37,0%), insuficiencia renal 195/540 (36,1%), alteraciones tiroideas 34/540 (6,3%) y electrolíticas 13/540 (2,4%), presentando el 75% de los pacientes 2 factores de riesgo o más.

Se realizaron un total de 264 intervenciones farmacéuticas (143 monitorización del paciente, 74 suspender tratamiento y 47 reducción de dosis), de las cuales, el 100% fueron aceptadas.

CONCLUSIONES

La alta prevalencia de prescripción de fármacos con riesgo de prolongar el intervalo QT, mayoritariamente con riesgo definido de TdP, en pacientes con COVID-19 junto con los numerosos factores de riesgo presentados, han requerido un elevado número de intervenciones farmacéuticas, destacando la total aceptación por parte del clínico.

Como acción de mejora sería necesario el desarrollo de estrategias efectivas que alerten a los clínicos para disminuir la prescripción de estos fármacos y evitar su combinación, sobre todo en pacientes con factores de riesgo.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2240. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA.

AUTORES

SANCHEZ NAVARRO IM, GINES PALOMARES A, SANTOLAYA PERRÍN MR, BALDOMINOS UTRILLA G, FERNANDEZ ARBERAS N

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS. CARRETERA ALCALA-MECO S/N. MADRID

OBJETIVOS

La pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 ha supuesto un reto en la historia de la Sanidad. Son múltiples las consecuencias derivadas de haber resultado inalcanzable continuar con los objetivos de labor asistencial habitual. La situación ha llevado a discontinuar ciertos tratamientos administrados en el hospital, tanto por decisión del paciente como por estar desaconsejada la asistencia al centro hospitalario.

El objetivo del estudio es evaluar el impacto que ha supuesto la discontinuación de la administración en el hospital de anticuerpos monoclonales anti IgE y anti IL-5, durante la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2, en pacientes con diagnóstico de Asma Grave No Controlada (AGNC) y analizar la relación entre la discontinuación del tratamiento y la infección por SARS-CoV-2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 3 meses de duración (febrero 2020 - abril 2020). Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de AGNC, tanto alérgica como eosinofílica, en tratamiento crónico con anticuerpos monoclonales anti IgE (omalizumab) y anti IL-5 (mepolizumab, benralizumab y reslizumab), respectivamente. Se midió el número de exacerbaciones asmáticas y el número de pacientes con infección confirmada por SARS-CoV-2. Los resultados se analizaron de manera global y desglosados por fármaco.

Recursos materiales: Módulo de Pacientes Ambulantes y de Pacientes Externos de Farmatools®, Historia Clínica electrónica (HCIS) y plataforma HORUS de la Comunidad de Madrid para acceder a la información de Atención Primaria.

RESULTADOS

Se incluyeron 44 pacientes, 31 mujeres, edad media 53 años (7-90). 10/44 (23%) pacientes con diagnóstico de AGNC alérgica en tratamiento con omalizumab y 34/44 (77%) con diagnóstico de AGNC eosinofílica, de ellos 30/34 (88%) en tratamiento con mepolizumab y 4/34 (12%) en tratamiento con benralizumab. No hay pacientes en tratamiento con reslizumab.

Los resultados globales son: 19/44 (43%) pacientes discontinuaron el tratamiento y 5/19 (26%) presentaron una exacerbación asmática. 25/44 (57%) continuaron el tratamiento y 1/25 (4%) presentó una exacerbación asmática (diferencia 22,3%; IC95%: 1,1% a 43,6%).

5/10 (50%) pacientes con omalizumab discontinuaron el tratamiento. De los cuales, 1/5 (20%) presentó exacerbación asmática que se resolvió con corticoides orales. No presentaron exacerbaciones asmáticas los pacientes que continuaron el tratamiento (diferencia 20%; IC95%: -15,1% a 55,1%).

13/30 (43%) pacientes con mepolizumab discontinuaron el tratamiento. De los cuales, 4/13 (31%) presentaron exacerbación asmática, resuelta con ciclo de corticoides orales, inhaladores y azitromicina. 17/30 (57%) continuaron el tratamiento y en 1/17 (6%) presentó exacerbación asmática, resuelta con un ciclo de corticoides (diferencia 24,9%; IC95%: -2,6% a 52,4%).

1/4 (25%) pacientes con benralizumab discontinuó el tratamiento y ninguno presentó exacerbaciones asmáticas.

Se confirmó infección por SARS-CoV-2 en 3/25 (12%) pacientes que continuaron el tratamiento y en 4/19 (21%) que lo discontinuaron (diferencia 9,1%; IC95%: -13,3% a 31,4%).

CONCLUSIONES

Se observó un aumento en las exacerbaciones asmáticas en aquellos pacientes que discontinuaron el tratamiento con anticuerpos monoclonales anti IgE y anti IL-5 durante la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2, sin que esto haya supuesto una protección de los pacientes frente a la adquisición de la infección, pero este dato hay que tomarlo con precaución puesto que sólo incluye los casos confirmados.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2243. EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES INGRESADOS POR SARS-COV-2

AUTORES

MARTÍNEZ ITURRIAGA S, TIRAPU NICOLAS B, BERMEJO BRAVO A, PIO ASIN M
HOSPITAL GARCIA ORCOYEN. C/SANTA SORIA 22. NAVARRA

OBJETIVOS

- Cuantificar y caracterizar los pacientes con riesgo nutricional ingresados por SARS-Cov-2.
- Describir los procedimientos nutricionales llevados a cabo en pacientes con riesgo nutricional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de dos meses de duración (marzo-mayo 2020) que incluyó a todos los pacientes ingresados. Criterios de inclusión: ingreso > 3 días, PCR+ y valores de proteínas y albumina al ingreso y alta. Criterios de exclusión: no ingresar e ingreso en Hospitalización Domiciliaria. Variables cuantitativas analizadas: edad, proteína y albumina al ingreso (g/L), y al alta (g/L). Variables cualitativas: sexo, ingreso en UCI, intervención nutricional, tipo de intervención nutricional y desenlace. El análisis del estado nutricional se realizará midiendo el valor analítico de proteínas y albumina en sangre (g/L) al ingreso y alta del paciente, teniendo en cuenta la duración de la estancia hospitalaria- Se aplica T Student para el análisis estadístico utilizando SPSS V.20.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 60 y se excluyeron 15 pacientes. La muestra se distribuyó en 20 mujeres (44.4%) y 25 hombres (55.5%). La media de edad es 65 años. Los valores promedios al ingreso y alta de proteínas y albumina se encuentran en rango, con un ligero descenso para los valores al alta (proteínas ingreso/alta: 67.85/67.25 g/L, albúmina ingreso/alta: 37.05, 36.03 g/L, no significativo $p > 0.005$). El 40% de los pacientes tenían riesgo nutricional. Las características poblacionales reseñables fueron: 74 años, 53% mujeres, días de ingreso medio de 9,25. Se realizó intervención nutricional en el 46% de los pacientes. Las intervenciones nutricionales consistieron en aportar suplementos proteicos orales (57%) y Nutrición enteral específica (43%) mayoritariamente de insuficiencia respiratoria. El 50% de los pacientes a los que se les dio suplementación nutricional, consiguieron aumentar las cifras de proteínas al final de su ingreso, pero el valor medio de proteína y albumina después del ingreso es menor que antes (proteínas ingreso/alta: 62.96/58.91 g/L, albúmina ingreso/alta: 34.01, 30.60 g/L, no significativo $p > 0.005$). Se evaluó mediante t student las diferencias entre valores analíticos antes y después del ingreso en todos aquellos pacientes que habían recibido algún tipo de intervención nutricional. Las diferencias no son significativas. ($p > 0.05$). No se puede relacionar esta variación de las cifras con ningún factor.

CONCLUSIONES

1. Alrededor del 40% de los pacientes ingresados a causa del COVID-19 presentó riesgo nutricional. No se registran diferencias estadísticamente significativas entre valores de proteínas y albumina del ingreso al alta. La mayor parte de los pacientes, fueron dados de alta con pautas de aislamiento domiciliario. Minoritariamente, los destinos restantes fueron: exitus (30%), UCI prolongada, reingreso y derivación a otro centro hospitalario (10%).
2. Alrededor del 50% de los pacientes intervenidos nutricionalmente con suplementos/nutrición enteral específica, aumentaron las cifras de proteínas al final del ingreso, aunque las diferencias no son significativas.
3. Se ha observado un descenso en parámetros nutricionales al alta por lo que es clave controlar el estado nutricional de los pacientes que ingresan por SARS-CoV-2 como tratamiento integral.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2245. ANÁLISIS DEL ALARGAMIENTO DEL QT EN PACIENTES CON COVID-19 TRATADOS CON AZITROMICINA E HIDROXICLOROQUINA****AUTORES**

ITURBE HERAS M, SAINZ DE ROZAS APARICIO C, CASO GONZÁLEZ A, LERALTA GONZÁLEZ C, SANZ ALONSO V,
GONZÁLEZ PÉREZ Y, GALLARDO ANCIANO J, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J
HOSPITAL SAN PEDRO. PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

En nuestro hospital la base del tratamiento de la COVID-19 ha sido la combinación de hidroxycloroquina y azitromicina. Ambos pueden causar prolongación del intervalo QT y originar torsade de pointes, arritmias ventriculares potencialmente mortales. Los objetivos del estudio son analizar el riesgo de alargamiento QT en pacientes tratados con esta combinación y describir la evolución del intervalo QT durante la estancia hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo realizado en un hospital general de 630 camas. Se seleccionaron aleatoriamente 300 pacientes que ingresaron en el hospital durante la primera quincena de abril 2020, con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2 y que fueron tratados con azitromicina e hidroxycloroquina. Se recogieron los datos de aquellos pacientes cuyo QTc (QT corregido por la frecuencia cardiaca) basal fue medido al inicio del tratamiento.

Para cuantificar el riesgo de alargamiento del QT se utilizó la Calculadora Tisdale Risk Score®, que incluye como factores de riesgo el tratamiento con azitromicina e hidroxycloroquina, la edad avanzada (≥ 68 años), sexo femenino, hipopotasemia ($\leq 3,5$ mEq/L), tratamiento concomitante con diuréticos de asa, y valor QTc basal ≥ 450 ms. En función de estos parámetros clasifica a los pacientes en 3 grupos de riesgo: bajo (0-6 puntos), moderado (7-10 puntos) y alto (≥ 11 puntos).

Se obtuvieron de la historia clínica electrónica: edad y sexo, valor del QTc basal y máximo alcanzado durante el ingreso, nivel de potasio basal y tratamiento concomitante con diuréticos del asa.

RESULTADOS

249 pacientes tenían recogido el valor de QTc basal, de los cuales 51,0% fueron hombres. La media de edad fue de 70,6±15,4 años. 24 (9,6%) pacientes se clasificaron como riesgo alto de prolongación QTc, 204 (81,9%) riesgo moderado y 21 pacientes (8,4%) riesgo bajo.

158 pacientes (63,5%) tenían datos de QTc de seguimiento durante el ingreso. En 30 (19,0%) de ellos se detectó una prolongación del QTc de más de 50 mseg. En 34 pacientes (21,5 %) superó el valor de 500mseg.

Análisis de los grupos de riesgo:

- Pacientes de riesgo alto: el 83,3% fueron mujeres, y la media de edad fue de 78,9±15,6 años. El 66,7% tuvo seguimiento del QTc. En 5 (31,3%) pacientes superó los 500mseg.

- Pacientes de riesgo moderado: el 50% fueron mujeres. La edad media fue de 71,3±15,5 años. El porcentaje de pacientes con QT de seguimiento fue un 61,8%. En 28 (22,2%) pacientes superó los 500mseg.

CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de pacientes en tratamiento con azitromicina e hidroxiclороquina presentan un riesgo moderado o alto de alargamiento del QT, por lo que es importante realizar un adecuado seguimiento del QTc en todos ellos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2248. CIRCUITOS DE DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS DE LA MEDICACIÓN HOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES

RUPPMANN TOBELLA H, DE DIOS LÓPEZ A, LOZANO BAUDET P, LLORET LAFUENTE G, CONEJO MARIN I, MEDINA CATALAN D, PAGÈS PUIGDEMONT N, MASIP TORNE M
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. C/ SANT QUINTÍ, 89. BARCELONA

OBJETIVOS

La irrupción de la pandemia COVID-19 ha obligado a los Servicios de Farmacia hospitalarios (SFH) a reinventarse para evitar una afluencia excesiva de pacientes en los hospitales y evitar el riesgo de contagio, especialmente en pacientes inmunodeprimidos. Esto ha conllevado a nuevas vías de dispensación de la medicación: el envío a domicilio o una oficina de farmacia.

Nuestro objetivo es cuantificar y categorizar el número de dispensaciones de medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria (MHDA) durante el estado de alarma y compararla con el periodo inmediatamente previo de igual duración.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recogió la actividad de dispensación de MHDA de un hospital terciario durante 50 días laborales (entre 16/03/20-22/05/20).

Se registró el número de dispensaciones (presenciales o telemáticas) de este periodo así como el de los 50 días laborables previos mediante la extracción directa a través del programa informático de gestión utilizado en el hospital. Las dispensaciones telemáticas consistieron en el envío de la medicación al domicilio del paciente a través de un servicio de mensajería (financiado o no por el hospital) o a una oficina de farmacia (OF) próxima a su domicilio (circuito que contaba con la colaboración de un distribuidor farmacéutico y del colegio oficial de farmacéuticos).

RESULTADOS

Durante el periodo 16/03/20-22/05/20 se realizaron un total de 7.415 dispensaciones (media de 148 dispensaciones/día) que supone un 24,7% menos de dispensaciones comparado con el periodo de igual duración inmediatamente previo (06/01/20-13/05/20): 9.844 dispensaciones totales con una media de 196,9 dispensaciones/día.

Durante el periodo de estado de alarma, se han gestionado 1.576 envíos para 1.266 pacientes distintos: 376(23,9%) se enviaron a OF; 1.070 (67,9%), al domicilio del paciente a través de un transporte privado gestionado por el hospital; y, 130 (8,25%), han sido envíos costeados por el propio paciente.

Durante los 50 días previos a la pandemia, el 99,3% (9.774) de las dispensaciones fueron presenciales y el resto fueron envíos costeados por el propio paciente.

CONCLUSIONES

- Durante el periodo de estado de alarma, se redujeron el número de dispensaciones totales realizadas. Esto puede atribuirse a varios factores: un descenso en el número de visitas en consultas externas realizadas en el hospital, la dispensación de medicación por un periodo superior en algunos pacientes y la omisión de recogida por parte de algunos pacientes.
- Las modalidades de dispensación de la medicación han variado a lo largo del tiempo.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2251. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON COVID-19 TRATADOS CON TOCILIZUMAB

AUTORES

GÓMEZ PERALES Á, PONCE ORTEGA P, GARCÍA MOLINA A, SÁNCHEZ MARTÍNEZ R, FERRIOLS LISART R, CARRION CARRION C, JIMENEZ HEREDIA M, ALÓS ALMIÑANA M
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA. AV. DE BLASCO IBÁÑEZ Nº17. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar la supervivencia de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de COVID-19 que han recibido tocilizumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de pacientes hospitalizados tratados con tocilizumab (TCZ) diagnosticados con COVID-19 mediante PCR. Se incluyeron todos los pacientes positivos, identificados mediante la revisión de la prescripción médica e historia clínica electrónica (ATHOS PRISMA® y Orion Clinic®). Las variables recogidas fueron: edad, sexo, enfermedad pulmonar crónica/asma moderada-grave (EPC), diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), días de ingreso, exitus, fecha de administración de TCZ, ingreso en UCI, reingreso hospitalario a los 14 días, número de administraciones y dosis de TCZ, tratamiento concomitante para COVID-19: cloroquina (CQ)/hidroxicloroquina (HCQ), lopinavir/ritonavir, valores analíticos antes y después (72h.) de la administración de TCZ de interleukina-6 (IL-6), dímero D (DD), proteína C reactiva (pCR), GOT/GPT, razón de presión parcial de O₂ y fracción de inspiración (PAFI). El análisis de supervivencia se realizó mediante la prueba de Kaplan-Meier. La comparación entre las curvas de supervivencia se realizó mediante el test de Log-Rank.

RESULTADOS

Cincuenta y siete pacientes (17%) ingresados por COVID-19 fueron tratados con TCZ (21% mujeres, 65±12 años). La mediana de días de ingreso fue de 19±11 días. No hubo reingresos en los 14 días tras el alta. El 47% presentaba, al menos una comorbilidad (7% EPC, 14% DM y 40% HTA). El 58% requirió ingreso en UCI y el 46% recibió TCZ en dicha unidad. Antes de la administración de TCZ, los valores de IL-6 fueron: 204,54±213,34 pg/mL; de DD 1886,45±815,00 ng/mL; de pCR 178±115 mg/L; de GOT 67±52 U/mL; de GPT 58±57 U/mL y de PAFI 210±93 mmHg. El 44% de los pacientes recibieron una dosis de TCZ, un 44% 2 dosis y un 12% 3 dosis. El 54% recibió TCZ en las primeras 48h del ingreso, un 23% en las 96h y un 23% tras el quinto día. La mediana de la dosis de TCZ fue de 600mg para la primera dosis y de 400mg para la segunda y la tercera. Un 95% de los pacientes recibieron CQ/HCQ y un 68% lopinavir/ritonavir. El 19% de los pacientes fueron exitus (n=11). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la edad, la variación de IL-6 y PAFI entre los exitus y los que sobreviven (72±7 vs. 64±13 años; 2161±2333 vs. 775±1480 pg/mL y -78±108 vs. 20±90).

No se alcanzó la mediana de supervivencia. La supervivencia durante la primera semana fue del 89%, del 82% en la segunda semana y del 80% en el día 75. La supervivencia fue mayor en los pacientes sin comorbilidades (p=0,047). No se observaron diferencias significativas en la supervivencia en función de la edad, sexo, ingreso en UCI, tiempo en que se administró el TCZ, número de dosis administradas, tratamiento concomitante con CQ/HCQ o lopinavir/ritonavir.

CONCLUSIONES

Los pacientes con COVID-19 que han recibido TCZ y sin comorbilidades presentan una mejor supervivencia que los pacientes con comorbilidades. No obstante, son necesarios ensayos clínicos controlados de mayor tamaño muestral para definir la eficacia del TCZ y la influencia de las covariables en la supervivencia de estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2256. EXPERIENCIA EN EL USO DE IECAS/ARAI Y AINES EN PACIENTES INGRESADOS POR SARS-COV-2

AUTORES

MARTÍNEZ ITURRIAGA S, TIRAPU NICOLAS B, BERMEJO BRAVO A, ALDAVE COBOS P, PIO ASIN M
HOSPITAL GARCIA ORCOYEN. CALLE SANTA SORIA 22. NAVARRA

OBJETIVOS

Evaluar si el uso de antihipertensivos (inhibidores del eje renina angiotensina, IECAS y antagonistas de los receptores de angiotensina II, ARAII) y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) guarda relación con la gravedad de la neumonía por SARS-CoV-2, el ingreso en UCI, y la mortalidad por la pandemia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de 2 meses de duración (marzo-mayo 2020) que incluyó a todos los pacientes que requirieron ingreso por SARS-CoV-2 con los siguientes criterios de inclusión: ingreso > 3 días, PCR+ y recibir tratamiento anti-COVID19. Se excluyeron los pacientes que ingresan en hospitalización a Domicilio, así como los ingresos en Urgencias derivados a domicilio. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tratamiento con IECAS/ARA2, AINEs, escala CURB-65 de riesgo de neumonía a la llegada a Urgencias, ingreso en UCI y mortalidad. Para analizar la relación entre variables cualitativas se emplearon tablas cruzadas y la prueba estadística Chi-cuadrado (X²) mediante SPSS V.20.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 55 pacientes. La media de edad fue de 66,49 años y mayoritariamente hombres (56,4%). La gravedad de la neumonía al llegar a Urgencias fue: 65% de riesgo bajo, 21% riesgo moderado y 12% riesgo alto. Solo un 10% de los pacientes requirió ingreso en UCI (n=5). La tasa de mortalidad fue de 12%, n=7.

El 30% de los pacientes a estudio tomaba IECAS/ARAI. La gravedad de la neumonía se distribuye en: riesgo bajo: 54% No IECAS, 11% Si IECAS, moderado: 11% No IECAS, 11% Si y alto: 6% No IECAS, 7% Si. (p=0.019 < 0.05, estadísticamente significativo). De los pacientes que requirieron UCI, el 5.45% No IECAS vs 3.63% Si IECAS (p=0.573 > 0.05, no significativo). De los pacientes exitus, el 4% No IECAS, vs 9% Si IECAS (p=0.008 < 0.05, significativo).

El 24% de los pacientes tomaba AINEs. La gravedad de la neumonía por rangos es: bajo: 57% no AINEs, 9% Si, moderado: 12% no AINEs, 9% si y alto: 7% no AINEs, 6% sí. (p=0.064 > 0.05, no significativo). De los pacientes que ingresaron en UCI, el 4% no tomaba AINEs y el 5% sí. (p=0.045 < 0.05, significativo). De los registros de exitus, el 7% no tomaba AINEs vs 6% Si (p=0.200 > 0.05 no significativo).

CONCLUSIONES

• Se obtienen resultados estadísticamente significativos en el aumento de la gravedad de la neumonía al llegar al hospital en pacientes en tratamiento con IECAS/ARA2. (7%si, vs 6%no). También se observan mayores cifras de mortalidad (9% vs 4%) significativas. Sin embargo, el ingreso en UCI es menor en pacientes en tratamiento con IECAS aunque no

significativo.

- No se ha observado aumento en la gravedad de la neumonía en la llegada al hospital en pacientes tratados con AINEs. Tampoco se han registrado mayores tasas de mortalidad. Sin embargo, es significativamente mayor el ingreso en UCI en pacientes tratados con AINEs.
- Se necesita evaluar mayor población, así como correlacionar con otros factores como edad y patologías asociadas para obtener conclusiones más determinantes.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2262. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON TRATAMIENTO PARA COVID-19.

AUTORES

ROBUSTILLO CORTÉS MDLA, GARCÍA GIMÉNEZ I, MONTERO PÉREZ O, PELÁEZ BEJARANO A, GARRIDO MARTINEZ MT HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. RONDA NORTE, S/N. HUELVA

OBJETIVOS

Analizar los resultados de la intervención farmacéutica para mejorar la seguridad de los pacientes ingresados con tratamiento para COVID-19. Describir el perfil de interacciones de estos pacientes al ingreso y establecer la relación de las interacciones con el pronóstico de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de intervención prospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes hospitalizados con tratamiento activo frente a COVID-19 que permanecieron ingresados al menos 1 día. Se excluyeron los pacientes que ingresaron directamente en UCI. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidades, ingreso en UCI (Si/No), medicación frente al COVID-19, resto de medicación al ingreso, interacción potencial y contraindicación. En los pacientes en los que se detectó una contraindicación, se envió al médico prescriptor un mensaje a través del programa de prescripción electrónica comunicando el riesgo en el tratamiento del paciente. Para la comprobación de las posibles interacciones se usó la herramienta web de la Universidad de Liverpool para VIH y la específica para COVID-19 que incluía otros fármacos. Se analizó la relación de la presencia de interacciones con la situación de los pacientes al alta (exitus/mejoría). Para ello se realizó un análisis univariante exploratorio con el programa estadístico IBM-SPSS 20.0 para Windows.

RESULTADOS

Se incluyeron 93 pacientes, 58.1% hombres, con una mediana de edad de 66 años (RIQ: 53-74). El 60.2 % presentaba hipertensión arterial seguido del 26.9% con diabetes. Todos los pacientes estuvieron en tratamiento con Hidroxicloroquina (100%), el 98.1 % con Lopinavir/Ritonavir y el 84.9% con Azitromicina, siendo estos tres fármacos la combinación más frecuente (46.2%). La mediana de fármacos al ingreso fue de 6 (RIQ:4-8) sin tener en cuenta el tratamiento COVID-19. Se detectaron 56 interacciones potenciales y 21 contraindicaciones. Los fármacos más implicados en las interacciones potenciales fueron amlodipino (14.6%) y levofloxacino (11.5%), mientras que en las contraindicaciones destacan budesonida inhalada (9.7%) y simvastatina (4.4%). Se realizaron 21 intervenciones con una aceptación del 52.6 %. Las intervenciones no aceptadas corresponden mayoritariamente (77.8%) a la interacción con formas inhaladas de budesonida que se da con una frecuencia mucho menor que por vía oral. La mortalidad fue del 17.5%. Se estableció una relación entre la existencia de una interacción contraindicada con un aumento de la mortalidad ya que tienen 4.76 veces más probabilidades de fallecer (IC95%:1.51-14.9;p=0.005).

CONCLUSIONES

El tratamiento empleado en la pandemia COVID-19 presenta un número importante de interacciones moderadas-graves que pueden relacionarse con un peor pronóstico. Las intervenciones para mejorar la seguridad tienen buena aceptación y deben ser parte de la labor asistencial del farmacéutico en el equipo multidisciplinar en situaciones de crisis.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2271. INTERACCIONES CLÍNICAMENTE RELEVANTES DE LOS FÁRMACOS USADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL CORONAVIRUS SARS-COV-2 EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

AUTORES

REDONDO GALÁN C, RIVAS RODRÍGUEZ MD, GONZÁLEZ VAQUERO D, FERRIS VILLANUEVA M, RANGEL MAYORAL JF COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. AVDA ELVAS S.N.. BADAJOZ

OBJETIVOS

Analizar el perfil de interacciones clínicamente relevantes (ICR) potenciales entre fármacos usados para el tratamiento del coronavirus SARS-CoV-2 (hidroxicloroquina, azitromicina, lopinavir/ritonavir, interferón-β1b y tocilizumab) y medicación (aguda y crónica) de los pacientes hospitalizados en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo de los pacientes hospitalizados en tratamiento para la infección por SARS-CoV-2. Se recogieron variables demográficas (sexo/edad), número de fármacos prescritos, fármacos empleados para el tratamiento del coronavirus, ICR potenciales de categorías D (considerar modificar la terapia) y X (evitar combinación) detectadas y grupos terapéuticos implicados. La medicación concomitante se clasificó en tratamiento crónico y tratamiento agudo. Los datos se obtuvieron del programa de Gestión de Unidosis Farmatools® y de la historia clínica electrónica de los pacientes. La base de datos utilizada para el análisis de las interacciones fue Lexicomp®. Las interacciones fueron notificadas a los facultativos prescriptores y registradas en Farmatools®.

RESULTADOS

Se analizaron 130 pacientes (52,3% hombres), con una mediana de edad de 70 (29-91) años. El tratamiento empleado para el coronavirus SARS-CoV-2 fue: 96,9% (126/130) hidroxiclороquina; 89,2% (116/130) azitromicina; 60,8% (79/130) lopinavir/ritonavir; 6,9% (9/130) interferón-β1b y 4,6% (6/130) tocilizumab. La mediana de fármacos prescritos por paciente fue 12 (5-26). Se detectaron 127 ICR potenciales: 81,1% (103) categoría D y el 18,9% (24) categoría X. El mecanismo de acción implicado en el 68,5% (87) de las ICR fue metabólico a nivel del CYP3A4. El 48,5% (63/130) de los pacientes presentaron al menos una ICR y el 64,6% (82/127) de las ICR estuvieron relacionadas con tratamiento agudo durante el ingreso. Los principales grupos terapéuticos implicados fueron: 38,6% (49/127) corticoesteroides; 11,8% (15/127) benzodiacepinas; 9,5% (12/127) neurolépticos; 7,9% (10/127) estatinas; 4,7% (6/127) antifúngicos; 4,7% (6/127) antiarrítmicos y 22,8% (29/127) el resto. Los fármacos para el tratamiento del SARS-CoV-2 implicados en las ICR registradas fueron 93,7% (119/127) lopinavir/ritonavir y 6,3% (8/127) azitromicina. Hidroxiclороquina, interferón-β1b y tocilizumab no estuvieron implicados en ICR de categorías D y X. Las recomendaciones realizadas fueron aceptadas y se realizó seguimiento y monitorización de las situaciones clínicas que lo exigían 91,3% (116/127), así como modificación de dosis o sustitución farmacológica en el 8,7% (11/127) de las ICR detectadas.

CONCLUSIONES

La prevalencia de ICR potenciales es muy elevada en el caso de inhibidores de la proteasa como lopinavir/ritonavir. La inhibición a nivel metabólico del CYP3A4 es responsable del 68,5% de las interacciones y es fundamental la monitorización y el ajuste de dosis, especialmente de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos. El nivel de gravedad y evidencia científica de las interacciones es variable en función de la base de datos empleada. Se considera esencial fomentar la revisión rutinaria de los tratamientos crónicos al ingreso y, evaluar la relación beneficio-riesgo del inicio del tratamiento agudo a partir del estudio del historial farmacoterapéutico de los pacientes en los Servicios de Farmacia Hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2283. REESTRUCTURACIÓN Y ADAPTACIÓN DURANTE ÉPOCA COVID-19 EN LA FARMACIA DE ENSAYOS CLÍNICOS ONCO-HEMATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

SERRAMONTMANY MORANTE E, ESTEBAN SANCHEZ C, LATORRE GARCIA P, CARRERES PRIETO M, MARTINEZ CASANOVA J, MAÑOS PUJOL L, LOPEZ SISAMÓN D
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. P^º VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir las diferentes medidas y circuitos adoptados para garantizar la atención farmacéutica y la disponibilidad del tratamiento en el marco de ensayos clínicos (EC) onco-hematológicos.

MEJORAS ESPERADAS

A mediados de marzo de 2020, debido a la epidemia SARS-CoV-2, se crea la necesidad de mantener la actividad de la unidad disminuyendo el riesgo de contagio entre pacientes, personal sanitario y el ajeno a la unidad.

DISEÑO

Se elabora una estrategia para poder mantener aperturas de nuevos ensayos manteniendo la competitividad y eficiencia de la unidad y la disponibilidad de medicación, evitando desplazamientos innecesarios al hospital, evaluando siempre el beneficio-riesgo.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Personal: se distribuye el personal técnico y farmacéutico en equipos. Los farmacéuticos tele-trabajan y acuden al hospital a días alternos; y los técnicos cambian su horario a 12 horas días alternos para dar cobertura a las nuevas actividades.
- Logística:
 - a. Aumento de capacidad de almacenamiento para poder asegurar la disponibilidad de medicación en caso de cierre de fronteras.
 - b. Envío de medicación a domicilio: programación de pacientes, validación del tratamiento acorde al protocolo y historia clínica. Confirmación de datos de contacto y preparación del envío.
 - a. Se establecen criterios para la selección de pacientes que se les puede dispensar medicación oral para más de un ciclo; así como la disminución de la frecuencia de administración de fármacos intravenosos modificando los esquemas quimioterápicos.
 - b. Re-etiquetaje y destrucción de medicación por parte del farmacéutico en ausencia física del monitor.
- Atención farmacéutica remota: visitas de screening de farmacia a los candidatos (comprobación de medicación prohibida e interacciones entre medicación de estudio y medicación habitual o terapias hercales y alternativas) telefónicamente.
- Procedimientos de ensayo: Las visitas de inicio (SIV) y monitorizaciones (SMV) se hacen de manera remota.

IMPLANTACIÓN

La implantación fue casi inmediata el 16 de Marzo con la aparición del SARS-CoV-2 y perduró hasta el 17 de Mayo (9 semanas).

RESULTADOS

- Personal: Se ha conseguido dar cobertura a todas las necesidades sin ningún caso de infección
- Logística:

- a. No ha habido problemas de stock.
- b. Se ha enviado medicación a 139 pacientes: 72 (51,8%) Barcelona, 24 (17,3%) resto de Cataluña, 40 (28,8%) resto de España, y 3 (2,1%) al extranjero.
- c. Se modificaron 4 esquemas quimioterápicos espaciando administraciones de pembrolizumab y cetuximab en 4 pacientes.
- d. Se hicieron 4 re-etiquetajes.
 - Se han realizado 34 screenings y resuelto 33 consultas farmacéuticas sobre posibles interacciones o instrucciones sobre fármaco de estudio.
 - Procedimientos de ensayo: se han realizado 28 SIV de manera remota (10 EC fase I, 7 fase II y 11 fase III), y 56 SMV remotas.

El número de accesos al programa de gestión de EC (Fundanet iFarma®) y la descarga de informes por parte de monitores durante el período COVID ha aumentado considerablemente comparado con el mismo período de 2019 (6539 vs. 3779 accesos y 16951 vs. 9852 informes).

LIMITACIONES

La mayor limitación ha sido la falta de medios adaptados para el tele-trabajo debido a la alta complejidad y el gran volumen de EC.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a todos los servicios de farmacia con EC.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2284. HOTEL SALUD: UN NUEVO ÁMBITO PARA EL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO

AUTORES

MARTÍN VAL A, MARÍN RUBIO S, PÉREZ-RICART A, BOSCH PELIGERO M, RODRÍGUEZ BERNUZ C, ARASA ALEGRE FR, ALONSO PEDROL N, QUIÑONES RIBAS C
HOSPITAL UNIV. GERMANS TRIAS I PUJOL. CTRA. CANYET, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

- Diseñar e implementar un circuito de dispensación y conciliación de la medicación en un hotel salud, una extensión hospitalaria ocupada por enfermos de COVID-19 en fase de recuperación.
- Analizar las intervenciones farmacéuticas realizadas.

MEJORAS ESPERADAS

Garantizar una correcta transición asistencial entre un hospital universitario de tercer nivel y un hotel salud mediante la creación de un equipo multidisciplinar: médicos, enfermería, farmacia comunitaria y farmacia hospitalaria.

DISEÑO

1. Reunión del equipo multidisciplinar: médicos, enfermería, farmacia comunitaria y farmacia hospitalaria.
2. Elaboración de un circuito de comunicación y transporte de peticiones y medicación entre los diferentes niveles asistenciales.
3. Implantación del protocolo de conciliación de la medicación.
4. Creación de un almacén de stock en el hotel salud: adecuación del espacio y de la medicación.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. En el hotel salud, el médico realiza la solicitud del tratamiento para cada nuevo ingreso. Enfermería verifica la medicación crónica solicitada con el paciente y realiza la petición de reposición de stock.
2. El servicio de farmacia hospitalaria recibe la hoja de solicitud de medicación:
 - Validación y conciliación de la medicación.
 - Comunicación telefónica con médicos y enfermería sobre problemas relacionados con la medicación.
 - Documentación de las intervenciones farmacéuticas realizadas en la historia clínica informatizada y en un impreso adjunto a la medicación dispensada.
 - Dispensación del tratamiento individualizado para un periodo de 72 horas.
 - Gestión de la receta electrónica con la farmacia comunitaria asignada por el Colegio Oficial de Farmacéuticos para que ésta cubra la dispensación de la medicación pasadas las 72 horas.
3. Mediante un transportista interno, enfermería recibe la medicación preparada para cada paciente, comprueba que se corresponda con la prescripción e incorpora a las hojas de administración de la medicación las intervenciones farmacéuticas realizadas (equivalentes terapéuticos y dispensaciones diferentes a las dosis prescritas de acuerdo con la Guía Farmacoterapéutica del hospital).

IMPLANTACIÓN

Tras la puesta en común del circuito con el equipo multidisciplinar, el 30 de marzo de 2020 inicia la implantación del protocolo en el hotel salud, cuya capacidad fue de 108 camas de hospitalización.

RESULTADOS

Entre el 30 de marzo y el 30 de abril de 2020 ingresaron 216 pacientes en el hotel salud, la media de edad fue 57,5 años, el 52,8% fueron varones y la estancia media fue de 11 días. El servicio de farmacia hospitalaria recibió un total de 492 solicitudes de medicación, la media fue de 4,3 medicamentos solicitados por paciente (rango 1-14). Se realizaron un total de 258 intervenciones farmacéuticas, de las cuales el 70% fueron intercambios terapéuticos, el 17% incidencias con la receta electrónica y el 13% errores de medicación. El error de medicación más frecuente fue de dosis incorrecta por exceso (53%).

LIMITACIONES

Falta de disponibilidad de prescripción electrónica para la validación diaria de los tratamientos así como de todos los equivalentes terapéuticos de la Guía Farmacoterapéutica del hospital.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Con el fin de garantizar una correcta transición asistencial, este circuito es aplicable a cualquier hospital que tenga asociado un hotel salud, o cualquier extensión hospitalaria, con recursos sanitarios diferentes a los habituales.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2285. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS TRATADOS FRENTE AL CORONAVIRUS SARS-COV-2 DURANTE LA PANDEMIA

AUTORES

PICAZA ITURRICA E, DE LA MAZA URIARTE I, MARTÍNEZ DE ARRIBA R, GIMENO CRESPO C, ULLIVARRI FRANCIA B, AMO ABELLÁN P

HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL. CTRA. ORÓN S/N. BURGOS

OBJETIVOS

Analizar las características de los pacientes tratados con los diferentes medicamentos utilizados frente al coronavirus SARS-CoV-2 y los resultados en salud obtenidos en función de las variables estudiadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de los pacientes ingresados en un hospital comarcal que recibieron tratamiento con los medicamentos utilizados frente al coronavirus, según las recomendaciones vigentes, entre el 1 de marzo y el 7 de mayo de 2020. Para ello, se filtraron los pacientes con prescripciones de: hidroxiclороquina, azitromicina, lopinavir/ritonavir y tocilizumab. A continuación, se identificaron las diferentes combinaciones de fármacos prescritas por paciente y se analizaron las variables: edad, sexo, coronavirus confirmado por PCR, días de ingreso, curación (definida como alta hospitalaria) y éxitus. Los datos se obtuvieron del programa de gestión de farmacia hospitalaria, de informes del laboratorio de microbiología y de la historia clínica electrónica. Cálculos realizados con SPSS 15.0: frecuencias, tablas de contingencia y análisis de supervivencia Kaplan-Meier con prueba Log-Rank.

RESULTADOS

Se incluyeron 138 pacientes, 42% mujeres y 58% hombres, con una mediana de 71 años de edad (19-104). La mediana global de días de ingreso fue 9 (1-39). 64 pacientes recibieron la combinación hidroxiclороquina-azitromicina, 56 el triplete hidroxiclороquina-azitromicina-lopinavir/ritonavir, 11 hidroxiclороquina en monoterapia, 6 hidroxiclороquina-lopinavir/ritonavir y uno azitromicina-lopinavir/ritonavir. El 66,7% de los pacientes tratados fueron COVID-19 positivo por PCR. Se curaron el 80,4% del total de pacientes y fallecieron el 19,6%. Por género, sanaron el 84,5% de las mujeres y el 77,5% de los hombres. Según el diagnóstico COVID-19, el 77,2% de los positivos y el 87% de los negativos fueron dados de alta ($p > 0,05$). Por grupos de edad, se observó que se curaron todos los pacientes < 49 años, el 90,4% entre 49-78 años y el 59,2% de > 78 años ($p < 0,05$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en curación en función del tratamiento administrado. Los análisis de supervivencia demostraron igualdad de distribuciones de supervivencia/mortalidad para diferentes niveles de sexo y de diagnóstico de COVID-19. Se administró tocilizumab intravenoso a 6 de los pacientes que recibieron el triplete, curándose 5 de ellos. 10 pacientes fueron trasladados al hospital de referencia, 5 de ellos para ingreso en la unidad de neumología y otros 5 en UCI (1 fallecido). 8 pacientes reingresaron en un periodo inferior a un mes, 3 de ellos por complicaciones relacionadas con coronavirus (tromboembolismo pulmonar, fibrosis pulmonar y recaída respiratoria, respectivamente).

CONCLUSIONES

Se observa un elevado porcentaje de curaciones (80,4%) en el total de pacientes con diagnóstico confirmado o sospechoso de coronavirus.

Se consideran relevantes las diferencias de curación por grupos de edad, alcanzándose el 100% en < 49 años, el 90,4% en 49-78 años y el 59,2% en > 78 años, siendo estadísticamente significativas.

No se ha encontrado relación entre curación y éxitus con las variables sexo, coronavirus confirmado por PCR y tipo de tratamiento.

Cabe resaltar la posibilidad de reingreso de los pacientes más graves debido a consecuencias relacionadas con el coronavirus (fibrosis pulmonar, trombosis, problemas respiratorios,...), que podrían convertirse en procesos crónicos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2291. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES AL INGRESO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE NEUMONIA POR SARS-COV-2

AUTORES

SANZ TAMARGO G, MARTÍ LLORCA A, BOQUERA FERRER M, RAGA BESER A

HOSPITAL MARINA BAIXA. AV. ALCALDE EN JAUME BOTELLA MAYOR, 7, 03570 VILLAJOSYOSA, ALICANTE. ALICANTE

OBJETIVOS

Describir las principales características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de "neumonía por SARS-CoV-2" ingresados en un hospital comarcal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional y retrospectivo de todos los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía por SARS- Covid-19 en un hospital general de 300 camas con una UCI de 12 camas que atiende aproximadamente a 200.000 habitantes, entre el 20 de febrero y el 18 de Abril de 2020. Se revisaron las historias clínicas y se recogieron: datos demográficos (sexo, edad y origen del paciente) y las principales comorbilidades (hábito tabáquico, cáncer, hipertensión, enfermedad crónica respiratoria, inmunosupresión, insuficiencia renal crónica, insuficiencia hepática, obesidad, diabetes), parámetros bioquímicos al ingreso (linfocitos, leucocitos, dímero D (DD), lactato deshidrogenasa (LDH), troponina, procalcitonina y proteína C reactiva (PCR)), parámetros respiratorios al ingreso (saturación de oxígeno en sangre arterial y PaFi) y las características clínicas más relevantes (fármacos recibidos orientados a tratar la infección vírica (hidroxicloroquina, azitromicina, interferón B-2B, tocilizumab, baricitinib, lopinavir/ritonavir y corticoides a altas dosis), mortalidad y días hasta fallecimiento). Como medidas de tendencia central se utilizaron la mediana, rango intercuartílico (RIQ), y rango.

RESULTADOS

Se analizaron 224 pacientes (39,3 % mujeres) con una mediana de edad de 74 años (RIQ: 63-81; rango 20-97). 173 casos procedían de su domicilio (77,2%), 32 fueron pacientes desplazados (14,3%), y 19 provenían de centros de la tercera edad (8,5 %). Las comorbilidades más comunes fueron: hipertensión (49,1%), diabetes (22,8%), enfermedad crónica respiratoria (19,2%), fumadores (12,5%), cáncer (8,9%), obesidad (8,5%). En 89 casos (39,7%) coexistía más de una, en 68 pacientes (30,4%) se documentó sólo una, mientras que en 67 casos (29,9%) no existían comorbilidades. Los resultados de los parámetros bioquímicos fueron: linfocitos (mediana: 800/ μ l, RIQ: 600-1200), leucocitos (mediana: 6800/ μ l, RIQ: 4900-9600), DD (mediana: 785,5 ng/ml, RIQ: 435,5-1663,25; rango 14-106.846; n=192 (85.7%)), LDH (mediana: 324,5U/L, RIQ: 256-434; rango:88-1.327; n=166 (74.1%)), troponina (mediana: 10.65ng/mL, RIQ: 5,57-26,72; rango: 2,5-1.137,2; n=90 (40.2%)), procalcitonina (mediana: 0,17ng/mL, RIQ: 0,09-0,405; rango: 0,05-76,92; n=206 (92%), indetectable en 25,2%), PCR (mediana: 11,18mg/dL, RIQ: 5,39-18,88; rango: 0.22-295.1, n=220 (92%), indetectable en 0,9%). En 37 casos (16,5%) la saturación arterial de oxígeno era inferior al 90 %. La mediana de PaO₂/FiO₂ fue de 388 (RIQ: 280-404). 205 pacientes (91,5%) recibieron hidroxicloroquina, 163 (72,8%) azitromicina, 43 (19,2%) interferón B-2B, 28 (12,5%) tocilizumab, 25 (11,2%) baricitinib, 53 (23,7%) lopinavir/ritonavir, y 63 (28,1%) corticoides a altas dosis. La mortalidad fue del 24,6% (74,5% hombres). La mediana de días desde el ingreso hasta la muerte fue de 6 días (RIQ: 3-11).

CONCLUSIONES

Este estudio muestra las principales características al ingreso de los pacientes con diagnóstico de "neumonía por SARS-CoV-2" en nuestro hospital. Destaca la elevada mortalidad y variabilidad en los tratamientos recibidos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2299. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE TELEFARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

JIMÉNEZ LÓPEZ Y, SIERRA TORRES MI, PÉREZ CANO E, JEREZ ROJAS J, MUÑOZ CID CL, CLARAMUNT GARCÍA R
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. AVENIDA DEL EJÉRCITO ESPAÑOL, 10. JAÉN

OBJETIVOS

Describir el proceso de implantación de la telefarmacia en un Servicio de Farmacia (SF) ante la situación de pandemia por el SARS-CoV-2.

MEJORAS ESPERADAS

Evitar el desplazamiento de los pacientes a la consulta externa del SF, disminuyendo así el riesgo de contagio en las aglomeraciones durante los tiempos de esperas y los movimientos por el hospital.

DISEÑO

Ante la declaración del estado de alarma por la crisis de la COVID-19, la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos, detectó la necesidad de diseñar un circuito de dispensación siguiendo los protocolos de telefarmacia existentes. Éste fue elaborado de forma consensuada entre el SF y la dirección del hospital, contactando además con otros facultativos.

Se diseñó el protocolo, en un primer lugar, para que los tratamientos se entregasen mediante servicio de mensajería en los domicilios de los pacientes. Finalmente, se modificó para realizar la entrega a través de oficinas de farmacia.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Selección de pacientes candidatos a telefarmacia, consultando las citas previstas en Diraya® CITAWEB y descartando a priori los que han de acudir a revisión o administración de tratamientos hospitalarios.
2. Contacto telefónico con el paciente o cuidador para verificar la continuidad y adherencia al tratamiento, y confirmar los datos de envío.
3. Impresión de los informes de dispensación de PRISMA® y etiquetas identificativas de los pacientes, y preparación de los correspondientes paquetes, prestando especial atención a la identificación y correcta conservación de los medicamentos termolábiles.
4. Comunicación a la empresa correspondiente para enviar los tratamientos al día siguiente.

IMPLANTACIÓN

Desde el 19 de marzo del 2020, el circuito ha sido totalmente implementado de manera ininterrumpida.

RESULTADOS

El inicio de la telefarmacia se hizo con un servicio de mensajería propio del hospital para la capital, y uno externo para la provincia, que acabaron siendo sustituidos por un reparto a través de la cooperativa farmacéutica para aumentar la seguridad de los envíos (entregas realizadas por farmacéuticos), permitir repartos diarios a todos la provincia y reducir el

coste hasta 0€ frente a los más de 10.000€/mes del servicio de mensajería.

Desde el pasado 19/03/2020 hasta el día 26/05/2020, han sido entregados un total de 2917 tratamientos, lo que supone una media de 61 envíos diarios, con un pico máximo de 105 el día 31/03. De los 2917 envíos, se han realizado:

- 722(25%) a través empresa externa (19/3-20/4/20)
- 756(26%) por el mensajero del área (19/3-29/4/20)
- 1439(49%) a través de Bidafarma (desde el 8/4/20)

En este período han sido registrados un total de 5005 pacientes como atendidos en la consulta de pacientes externos (incluida telefarmacia). Las 2917 asistencias significan que hemos evitado el 58.28% de los desplazamientos al hospital de los pacientes citados, evitando así los riesgos relacionados con la pandemia.

LIMITACIONES

La necesidad de los pacientes de acudir al hospital para revisiones médicas o administración de tratamientos, así como la falta de datos de contacto, son las principales causas que han impedido aumentar el número de intervenciones de teleasistencia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a todos los SF.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2305. MANEJO DE LA TERAPIA INMUNOSUPRESORA CON TACROLIMUS, EVEROLIMUS O SIROLIMUS EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES CON NEUMONÍA POR COVID-19

AUTORES

GONZÁLEZ GARCÍA R, ROMA MORA JR, ARRANZ PASCUAL N, Tuset CREUS M, SOY MUNER D, MIRÓ MEDA JM, COFAN PUJOL F, BRUNET SERRA M
HOSPITAL CLÍNIC Y PROVINCIAL DE BARCELONA. C/VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir la evolución de las concentraciones en sangre de tacrolimus (Tac), sirolimus y everolimus tras el ajuste de la medicación inmunosupresora en pacientes de la unidad de trasplante renal (UTR) con neumonía por covid-19 tratados con lopinavir/ritonavir (LPV/r).

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante la epidemia por COVID-19 en nuestro hospital, se recogieron las siguientes variables de los pacientes de UTR: edad, sexo, tiempo post-trasplante y tratamiento inmunosupresor. Se revisaron prospectivamente las concentraciones en sangre de los inmunosupresores así como el tratamiento de la COVID-19. Se consideraron fuera de intervalo terapéutico concentraciones pre-dosis (Co) de Tac superiores a 12 ng/mL o a 4 ng/mL en asociación a everolimus.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, ingresaron 22 pacientes de UTR con infección por SARS-CoV-2, de los que 4 fueron excluidos por no iniciar LPV/r. Se evaluaron 18 pacientes (11 hombres); media de edad 51 años (rango 33-74); tiempo medio post-trasplante 5 años (ninguno < 1 año). Por protocolo, al ingreso se interrumpió todo el tratamiento inmunosupresor antes de iniciar LPV/r, sustituyéndolo por prednisona 20mg/24h. Una vez finalizado LPV/r y pasada la fase aguda se reinició el tratamiento inmunosupresor en forma de biterapia Tac-prednisona con aumento progresivo en la dosis de Tac.

Del total de pacientes estudiados, 17 (94,4%) se encontraban en tratamiento previo con Tac; con una mediana de dosis de 3,5mg/24h (rango 2-10 mg/24h); 12 (70,6%) en formulación de liberación prolongada. En un paciente no se obtuvieron concentraciones de fármaco después de la suspensión. De los 16 restantes, 8 (50,0%) presentaron Co de Tac durante el ingreso por encima del límite, siendo en 3 casos de 41,2ng/mL; 50,1ng/mL y 53,4ng/mL, y presentando toxicidad posiblemente asociada a Tac: temblores, acidosis metabólica, hipocalcemia e insuficiencia renal aguda. En los tres pacientes había transcurrido un mínimo de 12h entre la última toma de Tac y el inicio con LPV/r. En 16 pacientes (94%) se reinició Tac después de un mínimo de 24 horas tras la finalización de tratamiento con LPV/r durante el ingreso, mostrando CO dentro del intervalo terapéutico.

De los pacientes evaluados 5 (27,8%) tomaban habitualmente everolimus (1,5-5 mg/día) y 2 (11,1%) sirolimus (1 y 4 mg/día). Aplicándose el mismo protocolo, no se observaron CO altas en ninguno de ellos tras su suspensión e inicio de LPV/r.

CONCLUSIONES

A pesar de un cuidadoso seguimiento, la mitad de los pacientes tratados con Tac presentaron CO elevadas al suspender el fármaco e iniciar LPV/r. En cambio, pese al bajo número de pacientes en tratamiento con everolimus o sirolimus, no se evidenció elevación de las CO en ninguno de ellos tras el mismo proceso.

En el caso de tacrolimus, el tiempo transcurrido entre la última toma del inmunosupresor y el inicio LPV/r podría ser un factor clave para prevenir la importante interacción farmacocinética, aunque debe buscarse un equilibrio entre la necesidad de iniciar el antiviral precozmente y evitar toxicidad.

Son necesarios más estudios sobre el manejo de las interacciones farmacológicas entre la terapia experimental para COVID y la terapia inmunosupresora de mantenimiento en pacientes con trasplante renal.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2310. ESTRATIFICACION DE PACIENTES PARA HOME DELIVERY EN EPOCA DE COVID 19

AUTORES

DIAZ RUIZ P, MERINO ALONSO J, SUAREZ GONZALEZ M, MESA EXPOSITO R, PEREZ MARTIN CY, PLASENCIA GARCIA I, OCAÑA GOMEZ MA, HERNANDEZ ROJAS S
HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA SRA DE CANDELARIA. CARRETERA DEL ROSARIO, Nº 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Analizar retrospectivamente los resultados de la estratificación utilizada en el acceso a Home delivery para los pacientes externos de un Servicio de Farmacia Hospitalaria, durante la pandemia por COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Ante la situación de aislamiento domiciliario forzado por el estado de alarma sanitaria, determinamos minimizar el riesgo de infección por coronavirus en los pacientes externos, planificamos ofrecer Home-delivery a algunos pacientes. La limitación partía de la complejidad organizativa que requiere y la carga económica, por lo que se estratificaron los criterios de pacientes. Priorizamos los siguientes criterios:

Criterios clínicos: Pacientes:

- Inmunodeprimidos o tratados con inmunomoduladores.
- Con movilidad reducida o discapacidad.
- Con patología respiratoria compleja: asma grave, fibrosis pulmonar idiopática, bronquiectasias, fibrosis quística.
- En aislamiento domiciliario con sospecha/confirmación de COVID-19.

Criterios sociodemográficos:

- Pacientes mayores de 65 años, sin soporte familiar para desplazarse al hospital.
- Municipios alejados del hospital
- Necesidad de utilizar transporte público.

Criterios relacionados con el tratamiento:

- Medicamentos de conservación a temperatura ambiente o nevera (con estabilidad > 24 horas fuera de nevera).
- El peso del envío no debía superar los 5 kg.

Criterios de exclusión:

Pacientes que tuviesen que acudir al Hospital por cualquier motivo.

Preferencia del paciente a acudir al centro o utilizar otros sistemas de dispensación habilitados para la situación como la dispensación exprés en su vehículo.

El periodo de estudio: desde 19 de marzo al 19 de mayo de 2020.

Se contactó telefónicamente con los pacientes citados en las agendas de Farmacia para comprobar su situación personal. Acordando con ellos el servicio de dispensación más adecuado según los criterios y sus preferencias .

Los datos se obtuvieron de la Historia clínica electrónica de Drago AE.

RESULTADOS

Del total de pacientes citados en las consultas externas de farmacia (n=4.893) en este periodo, 2.975 (60,8%) cumplían criterios de inclusión Telefónicamente aceptaron 777 pacientes el envío gratuito de medicación a sus domicilios, 241 no pudieron ser localizados. El resto optó por otros sistemas de dispensación en el propio servicio de farmacia (horario habitual, cambio de fecha o recogida directa con vehículo)

Por patologías el home delivery se distribuyó: 31,6% (n=246) VIH+, 23,9% (n=186) esclerosis múltiple, 16,6% pacientes con terapias biológicas de digestivo, reumatología y dermatología, 6,56% (n=51) patología respiratoria, 5,9% (n=49) pacientes hematológicos, 4,5% (n=35) pacientes ancianos con Enfermedad renal crónica, 3,08% (n=24) oncológicos y otras patologías.

CONCLUSIONES

El Home Delivery presenta una oportunidad para reducir un riesgo potencial de infección por coronavirus en pacientes que acuden a un Servicio de Farmacia.

Establecer criterios de estratificación de pacientes ante una prestación limitada en recursos y que beneficie a los más vulnerables ha sido imprescindible. Consideramos que en circunstancias convencionales la equidad en el acceso a un Home delivery debe venir también definida por criterios objetivos y consensados por Farmacia y no determinados por la industria.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2311. GESTIÓN DE PROCESOS DURANTE LA PANDEMIA COVID19 EN EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

FERNÁNDEZ BARGIELA N, GARCÍA QUEIRUGA M, GUTIÉRREZ URBÓN JM, ALBIÑANA PÉREZ MS, FEAL CORTIZAS B, CALVÍN LAMAS M, MARGUSINO FRAMIÑÁN L, MARTÍN HERRANZ MI
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

Describir las acciones realizadas por el Servicio de Farmacia(SF) durante la pandemia Covid-19 para garantizar: cobertura asistencial de los medicamentos necesarios para pacientes ingresados, acceso a la medicación a los pacientes externos evitando desplazamientos, comunicación interna/externa del SF, disponibilidad absoluta del SF para cualquier servicio requerido por la organización, actualización permanente en farmacoterapia para el Covid-19, protección de los trabajadores.

MEJORAS ESPERADAS

Optimizar las acciones del SF para actuar sinérgicamente con el resto de servicios del hospital ante una situación de emergencia sanitaria sin precedentes.

DISEÑO

Plan de actuación a varios niveles:

- Servicios: gestión de medicamentos específicos, preparación de solución hidroalcohólica desinfectante por desabastecimiento, preparación de mezclas complejas destinadas a las unidades COVID, apertura y adecuación botiquines de plantas COVID.
- Procesos: atención farmacéutica a paciente externo con teleconsulta y envío domiciliario de la medicación, paso a autoadministración en domicilio de medicamentos que se administraban en hospital de día, atención sociosanitaria.
- Investigación: participación en EECC del SF como investigador principal (IP)/colaborador.
- Organizativos: teletrabajo, comunicación, protección trabajadores.

CIRCUITO Y ETAPAS

El plan de acción se puso en marcha de forma escalonada durante la pandemia a medida que surgían nuevas necesidades.

IMPLANTACIÓN

16/03/2020 al 20/05/2020

RESULTADOS

- Gestión de medicamentos :
 - Medicamentos específicos tramitados a través de AEMPS: tocilizumab IV (133); lopinavir ritonavir oral (141), lopinavir/ritonavir SNG (61); hidroxicloroquina (550), remdesivir (3).
 - Dosificación individualizada jeringas unidosis para SNG lopinavir/ritonavir 1494; mezclas IV complejas para plantas COVID: midazolam altas dosis (572); midazolam+fentanilo (253); cisatracurio alta dosis (323); tocilizumab IV (133).
 - Apertura de botiquines en unidades de nueva creación COVID (UCI, urgencias).
- Solución hidroalcohólica desinfectante fórmula OMS (16/03/2020 al 20/05/2020): 6775 L preparados por el SF (consumo diario: 99L vs 40L en situación normal).
- Teleconsulta con envío de medicación (16/03/2020 al 20/05/2020): 6384 (5852 medicamentos; 491 nutrición enteral; 51 ensayos clínicos). Satisfacción paciente (encuesta): 9,7 sobre 10 puntos.
- Coordinación con centros sociosanitarios(CS): Participación en equipo multidisciplinar de intervención en CS: 96 avisos atendidos, 9 residencias intervenidas, 9206 unidades de medicamentos dispensadas, cobertura 24 horas.
- Reducir frecuentación en Hospital de Día: fomento de la autoadministración de medicamentos por vía subcutánea: 99 de 238 pacientes pasaron a autoadministración (urticaria y asma grave).
- Investigación COVID: participación del SF en EECC como investigación principal (IP):2. Contribución con EECC realizados en otros servicios del hospital: 3.
- Teletrabajo: organización asistencial con 5 equipos de TELETRABAJO (20% plantilla farmacéuticos en teletrabajo) .
- Comunicación interna/externa del SF: creación grupo de trabajo Covid-19: reunión periódica con análisis de retos y nuevas necesidades y transmisión de información al resto del SF.
- Participación de 1 farmacéutico en grupo de trabajo COVID del hospital para protocolización terapéutica.
- Protección de trabajadores: colaboración con Medicina Preventiva y Salud Laboral para establecer medidas protección y cambio de procesos en la distribución de medicamentos para minimizar riesgo de exposición/contagio e incorporación EPIs.

LIMITACIONES

Urgencia en el establecimiento de las acciones

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Sencilla, constituyen elementos clave la cooperación de todo el equipo y el apoyo de la dirección del centro.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2316. NUTRICIÓN ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR LA COVID-19

AUTORES

MONTOLIU ALCÓN P, DE TEMPLE PLA M, SÁNCHEZ DORREGO L, GALOFRÉ MESTRE L, RUIZ GÓMEZ MA, PONS LLOBET N, GONZÁLEZ VALDIVIESO J
HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. VILADOMAT, 288. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la utilización de nutrición enteral (NE) y analizar su efecto sobre la mortalidad en los pacientes críticos ingresados por infección por SARS-CoV-2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por infección por SARS-CoV-2, en un hospital universitario de segundo nivel, que recibieron terapia nutricional artificial (NA) entre marzo-abril 2020.

Se registraron variables relacionadas con el paciente (sexo, edad, estancia media en UCI, exitus en UCI, antecedentes patológicos como obesidad, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y dislipemia (DLP)), con la administración de la NE (posición de decúbito prono del paciente, tiempo desde ingreso en UCI hasta inicio de la NE, duración total de la NE y complicaciones derivadas de su utilización), con los datos analíticos (inicio y final de la NE) (relacionadas con la inflamación: ferritina, proteína C reactiva (PCR); y relacionadas con el perfil nutricional: albúmina (g/dL), prealbúmina

(mg/dL), recuento de linfocitos absolutos (x103mcl) y colesterol (mg/dL)), y con la administración de medicamentos (noradrenalina).

Las variables se analizaron con el programa SPSS_v20. Se llevó a cabo un modelo de regresión logística binaria para relacionar la mortalidad con el resto de variables analizadas.

RESULTADOS

De un total de 101 pacientes ingresados en la UCI, el 42,5% recibió tratamiento con NA, la cual fue exclusivamente de tipo enteral.

Por tanto, se incluyeron 43 pacientes, 70% varones, con una edad media de 65,3 años (rango 38-88). El 23% presentaba obesidad, 63% HTA, 26% DM y el 30% DLP. En total, el 74% presentaba alguno de estos antecedentes patológicos. El tiempo medio para el inicio de la NE tras el ingreso en la UCI fue de 1 día (DE=1,4 días). El 79% fue colocado en posición de decúbito prono durante la administración de la NE. La mortalidad fue del 58%. En el 23% se registraron complicaciones derivadas de la NE (mayoritariamente por retención gástrica (19%).

La variación de prealbúmina, linfocitos absolutos y colesterol entre el inicio y final de la NE fue respectivamente de 11,9 (IC95%:8,6-15,2) a 18,9 (IC95%:15,8-22,1), 0,8 (IC95%:0,7-1,1) a 1,1 (IC95%:0,9-1,3), y de 138,5 (IC95%:120,4-156,7) a 156,6 (IC95%:136,9-176,1), siendo el valor P < 0,001 en los tres casos.

Del modelo univariante, los factores predictores que resultaron ser independientes de exitus fueron las complicaciones derivadas de la NE (OR 9,6; IC95%:1,1-84,2), utilización de noradrenalina (OR 13,7; IC95%:3,1-60,3), prealbúmina_valor final (OR 0,89; IC95%:0,80-0,99), PCR_valor final (OR 1,09; IC95%:1,03-1,16), albúmina_valor final (OR 0,09; IC95%:0,02-0,50). Del modelo multivariante resultó la PCR_valor final (OR 1,13; IC95%:1,03-1,24) como factor predictivo independiente de exitus.

CONCLUSIONES

La NE fue la terapia nutricional de elección durante la pandemia COVID-19 en nuestros pacientes críticos. Su inicio tras el ingreso en la UCI fue precoz y resultó ser bien tolerada y efectiva en cuanto a la mejora de los parámetros nutricionales.

La mortalidad de los pacientes fue elevada, siendo la misma relacionada con el proceso propio de la enfermedad (última analítica con PCR elevada); sin embargo, un peor perfil nutricional final, tener complicaciones derivadas de la NE y la administración de noradrenalina resultaron desfavorables en la evolución de nuestros pacientes.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2318. ENTREGA DE AGENTES ANTINEOPLÁSICOS ORALES A TRAVÉS DE OFICINAS DE FARMACIA

AUTORES

URRETAVIZCAYA ANTON M, TAMÉS ALONSO MJ, Riestra Ayora AC, OLARIAGA SARASOLA O, EUGUI UGARTE B, CAJARAVILLE ORDOÑANA G
ONKOLOGIKOA FUNDAZIOA. PASEO DR. BEGUIRISTAIN S/N. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

Diseñar e implantar un circuito de entrega de agentes antineoplásicos orales (AAO) a través de oficinas de farmacia (OF) asociado a un procedimiento de consultas telefónicas, estimar la repercusión de dicha iniciativa sobre los costes indirectos para los pacientes y evaluar su satisfacción.

MEJORAS ESPERADAS

Reducir los desplazamientos de pacientes, minimizar su riesgo de exposición a COVID-19 y mejorar su bienestar.

DISEÑO

Diseño multidisciplinar fundamentado en la colaboración de todos los sectores implicados.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Día -2 con respecto al inicio del ciclo: extracción analítica en el Centro de Salud y prescripción médica. Atención farmacéutica telefónica y validación de la prescripción.
- Día -1: Envío del AAO a través de mayorista de distribución (responsable de solicitar su participación a las OF).
- Día 1 del ciclo (día de la cita presencial): Entrega del AAO en la OF.
- Realización de encuesta de satisfacción telefónica.

IMPLANTACIÓN

Implantación efectiva el 2/4/2020. Datos reportados correspondientes a abril y mayo 2020.

RESULTADOS

Participaron 62 pacientes (edad media 67 años, 67,7% mujeres). Se hicieron un total de 102 entregas a través de 57 OF. Se adhirieron al programa el 100% de las OF invitadas a participar.

Se realizaron 54 encuestas de satisfacción (87,1% de pacientes) y los resultados fueron:

- Un 74,1% de los pacientes se mostraron muy satisfechos con la iniciativa de entregarles su medicación oncológica a través de su farmacia habitual, y otro 25,9% satisfechos.
- Valoraron la atención farmacéutica telefónica por parte del hospital como muy buena y buena, en un 72,2% y 27,8% de los casos, respectivamente.
- Con respecto a la atención recibida en su OF, la valoraron como muy buena, buena y regular en un 70,4%, 27,8% y 1,9% de los casos, respectivamente.
- Se reportaron 4 incidencias de un total de 102 entregas (3,9%); 1 retraso en la entrega que obligó a omitir una toma y 3 errores de comunicación entre paciente y OF u hospital.

- El 69% de los pacientes acuden al hospital acompañados.
- La distancia media que recorren los pacientes para acudir al hospital es de 58 Km (trayectos de ida y vuelta desde domicilio). Los medios de transporte que utilizan son: coche 70,4%, autobús 18,5%, taxi 5,6%, ambulancia 3,7% y tren 1,9%.
- El tiempo requerido habitualmente sumando los trayectos, tiempos de espera, la consulta presencial con Oncología Médica y la dispensación en el Servicio de Farmacia es de: < 1 hora 11,1%, 1-2 horas 44,4%, 2-3 horas 25,9%, > 3 horas 18,5%.
- Finalizado el estado de alarma por COVID-19, el 83,3% de los pacientes serían partidarios de seguir recibiendo sus AAO a través de sus OF o a domicilio en aquellos ciclos que no tuvieran consulta presencial con su oncólogo o que no tuvieran que acudir al hospital por otro motivo. El 16,7% preferirían recoger su medicación en el hospital.

LIMITACIONES

Incertidumbre acerca de la factibilidad del proyecto una vez finalizado el estado de alarma.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Modelo basado en la voluntad de colaboración de las OF y de la empresa distribuidora, necesidad de amplio consenso.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2324. CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DOMICILIARIA DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA EN CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19. ZONA RURAL DE GRAN EXTENSIÓN.

AUTORES

CANDEAS AGUSTI R, ESPAÑOL PUIG L, PÈREZ PURDONÈS A
HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA. ALCALDE ROVIRA ROURE 80. LLEIDA

OBJETIVOS

Debido a la situación de alarma sanitaria causada por el SARS COV-2, se decide establecer un circuito de dispensación domiciliaria de la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA), en todos aquellos casos que los pacientes no puedan recoger los tratamientos en nuestro servicio debido al confinamiento establecido por el estado de alarma.

MEJORAS ESPERADAS

Reducir la atención presencial en la consulta externa de Farmacia Hospitalaria.
Evitar la exposición de los pacientes de riesgo.

DISEÑO

Una vez detectada la necesidad de dispensar de forma domiciliaria, se inició un concurso público de adjudicación para el transporte.

Se estableció el acuerdo de como gestionar el circuito de transporte con la empresa.

Se dispuso de un linea telefónica para la atención de los pacientes.

Desde la unidad de dispensación ambulatoria se dispuso un horario de gestión y preparación de la medicación siendo de las 14-15 horas.

CIRCUITO Y ETAPAS

El circuito se establece en 4 pasos:

- 1- Se generan unos listados por día de programación, numero de historia clínica, nombre de paciente y número de teléfono, de los pacientes programados en la unidad de dispensación ambulatoria. Se contacta por vía telefónica con los pacientes para ofrecerles el servicio de envío a domicilio, en el caso de no disponer de ningún familiar o conocido que pueda desplazarse hasta nuestro servicio para recoger el tratamiento, se les facilita el número de teléfono de la empresa que realiza el transporte.
- 2- El paciente se pone en contacto con la empresa y les facilita su nombre, la dirección del domicilio y el día que necesita la medicación.
- 3- El transportista se pone en contacto con la unidad de dispensación ambulatoria y nos facilita la lista de pacientes que tiene que repartir al día siguiente.
- 4- El técnico en farmacia y la enfermera de la unidad de dispensación ambulatoria, hacen un seguimiento de cada caso, valorando la cantidad de medicación y la fecha de programación para la siguiente recogida. Siempre se tiene en cuenta las posibles visitas que pueda tener en el mismo hospital para ahorrar desplazamientos y sin superar la cantidad de medicación establecido por las instrucciones de las Autoridades Sanitarias.

Una vez valorado, se procede al consumo en nuestro aplicativo de gestión fármaco-terapéutica, y se imprime la receta de MHDA que se adjunta con la medicación para que nos la devuelva firmada por el paciente, como justificante de entrega. Todo queda registrado en el curso clínico de cada paciente.

Nuestro hospital de nivel 3 es el de referencia en las zonas de la región sanitaria de Lleida y Alt Pirineu i Aran, lo que es equivalente a la provincia de Lleida.

IMPLANTACIÓN

En este estudio se ha contabilizado desde el primer envío el 19/03/2020 hasta el 14/05/2020.

RESULTADOS

Un total de 384 pacientes han solicitado este circuito, con una suma de 442 envíos totales, lo que supone una media de 12 envíos diarios.

Los desplazamientos para cubrir toda la zona suman 6404.2km acumulados, hasta el momento del estudio, en una superficie de 12.172 km² que abarca la provincia de Lleida.

LIMITACIONES

La cantidad de envíos diarios por la gran extensión a cubrir.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Se puede aplicar a otras regiones sanitarias.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2326. IMPLANTACION DE UN MODELO DE ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS ADAPTADO AL ESTADO DE ALARMA SANITARIA

AUTORES

SANCHEZ MARTINEZ I, MUROS ORTEGA M, LUCAS VILLA N, SARABIA VICENTE M, RODRIGUEZ MOLINA M, VALIENTE BORREGO F
HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CRTA.ABARAN S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir un modelo de atención farmacéutica en la unidad de dispensación a pacientes externos adaptado a un estado de alarma sanitaria

MEJORAS ESPERADAS

Declarada la alerta sanitaria y estado de alarma por COVID-19, se espera poder ofrecer atención farmacéutica coordinada con el resto de unidades, de forma eficiente y segura, sin que el paciente tenga que acudir de forma presencial al centro salvo cuando sea estrictamente necesario.

DISEÑO

Se diseñó un plan de comunicación con la población y resto de unidades asistenciales, con el apoyo del equipo directivo. Se modificó el procedimiento normalizado de Atención Farmacéutica a pacientes no hospitalizados, incluyendo la atención no presencial y el reparto de medicación de uso hospitalario a domicilio, tanto para inicios como para continuaciones de tratamiento

CIRCUITO Y ETAPAS

-Detección de oportunidades de mejora para una adecuada atención farmacéutica tras la alarma sanitaria.-Diseño de un plan de comunicación con el resto de servicios y equipo directivo. -Adaptación del espacio disponible para adecuar las condiciones de dispensación a las nuevas recomendaciones de seguridad durante la pandemia (incorporación al servicio de una nueva sala de dispensación anexa, aumento de sillones en sala de espera y de medidas de higiene y limpieza etc). -Activación de línea telefónica directa desde el exterior para ofrecer mayor accesibilidad. -Optimización de la historia clínica electrónica: activación de interconsultas a farmacia por parte del resto de servicios, creación de nueva prestación en la agenda de citas de farmacia para registrar cualquier actividad realizada (presencial y no presencial).--Modificación del procedimiento de trabajo para: 1-incluir la atención telefónica previa a la dispensación, como parte de una asistencia no presencial (48-72h antes de la cita programada), y 2-aumentar el plazo de cobertura en la dispensación a 2 meses en lugar de 1, para reducir frecuentación al centro. -Identificación de pacientes candidatos a recibir entrega domiciliaria.

IMPLANTACIÓN

72h después de la declaración del estado de alarma se habían desarrollado prácticamente todas las etapas, pero no fue hasta el 27 de marzo tras la orden SND/293/2020, cuando se iniciaron entregas de medicación a domicilio. Ha sido necesaria la reorganización de tareas del equipo de farmacéuticos y enfermeras del servicio, así como del chófer del área

RESULTADOS

Entre el 16 marzo y 29 de mayo se ha registrado atención farmacéutica no presencial en 441 llamadas telefónicas, con una media de 9 atenciones no presenciales diarias, frente a 4 presenciales, y un total de 639 actos clínicos en la agenda de farmacia. Para los envíos de medicación se ha contado solo en una ocasión con CRUZ ROJA, alcanzando un total de 32 envíos de medicación a domicilio (media de 3 entregas semanales). Para una mayor difusión ha quedado pendiente la presentación a través de radio local y perfil de twitter de la Gerencia de Área, así como evaluación del grado de satisfacción.

LIMITACIONES

Dificultades para contactar con pacientes con datos personales no actualizados en la historia clínica, falta de personal suficiente para implementar el modelo a la velocidad requerida, falta de consenso para establecer prestaciones similares a nivel regional.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a servicios de farmacia con igual complejidad

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2330. PREPARACIÓN DE SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA POR TÉCNICOS AUXILIARES DE FARMACIA EN TIEMPOS DE COVID 19

AUTORES

GARCIA LABARIAS MDLA, LAZARO GALLARDO EM, HERNANDEZ PRIETO C, LOPEZ MARCO B, GABARRE GRASA N, MARTINEZ MECA B, AMADOR RODRIGUEZ P, PUERTOLAS TENA I

HOSPITAL SAN JORGE. AVENIDA MARTINEZ DE VELASCO,36. HUESCA

OBJETIVOS

El Servicio de Farmacia, ante la pandemia del Virus COVID-19, ha realizado una reorganización en los puestos de trabajo y readaptación del Servicio para poder responder de forma eficaz a las necesidades del hospital.

El objetivo de este estudio es analizar una de las nuevas actividades asignadas a los Técnicos Auxiliares de Farmacia (TAF) durante la pandemia: la preparación de solución hidroalcohólica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo de 17 días de duración (04/05/2020 – 20/05/2020) en el que se recogieron las siguientes variables:

- Número de litros de gel hidroalcohólico elaborados diariamente.
- Tipos de tamaños de envases en los que se ha redosificado la solución.
- Servicio solicitante y cantidad de envases dispensados diariamente.
- Tiempo diario dedicado por los TAF a esta actividad (horas).

El registro y análisis de los datos se realizó a través del programa Excel.

RESULTADOS

Durante el estudio se elaboraron 135 litros (L) de solución hidroalcohólica (Media 7,94 L/día). Para ello, se utilizaron 112,5 L de alcohol 96º, 1,96 L de glicerina Anhidra, 5,64 L de agua oxigenada 2%, y 14,91 L de agua purificada.

Se redosificaron en envases de 500 ml (94 %) y de 1000 ml (6 %). La dispensación se realizó a las siguientes áreas:

Las áreas donde más solución se ha dispensado son: 24% Urgencias, 21% Planta (6ª) Covid-19, 19% Planta (5ª) Covid-19, 13% Medicina Intensiva, 5% Quirúrgica, 5% Traumatología, 4% Consultas Externas, 4% Quirófano y 5% otros.

El tiempo total invertido por los TAF en esta actividad (elaboración, redosificación y dispensación fue de 27 horas (Media 2 horas y 10 minutos/día).

CONCLUSIONES

La solución hidroalcohólica es un producto esencial en la prevención de infección por el virus SARS CoV-2. La labor de los TAF ha sido fundamental en su elaboración y dispensación durante el desabastecimiento de la presentación comercial durante la pandemia.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2331. HIDROXICLOROQUINA Y TRASTORNOS DEL RITMO CARDÍACO: ¿CÓMO HA AFECTADO A LOS PACIENTES DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2?

AUTORES

VILA TORRES É, NIETO SANDOVAL MARTIN DE LA SIERRA P, ANGUITA MONTENEGRO B, MAYO CANALEJO B, ROMERA GARCÍA JM, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ M

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. C/OBISPO RAFAEL TORIJA S/N. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Estimar el riesgo de prolongación del intervalo QT (RPQT) en pacientes ingresados por infección SARS-CoV-2 en tratamiento con hidroxiclороquina y la incidencia de alteraciones del ritmo cardiaco que pudieran estar asociadas al tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital general con prescripción electrónica asistida (PEA) en el 100% de sus camas. Se incluyeron todos los pacientes ≥ 65 años ingresados por infección SARS-CoV-2 en tratamiento con hidroxiclороquina entre 15 y 31 de marzo de 2020. Se codificaron alertas interactivas en la PEA de interacciones farmacológicas relevantes con hidroxiclороquina y RPQT. Para el cálculo y estratificación del RPQT se utilizó una escala¹ que clasificó a los pacientes en: riesgo bajo (< 7), moderado (7-10) o alto (11-21). Esta escala puntúa como factores de riesgo: edad ≥ 68 , sexo femenino, uso diuréticos asa, potasio sérico $\leq 3,5$ mEq/L, QTc basal ≥ 450 ms, infarto agudo miocardio (IAM), insuficiencia cardiaca (IC), sepsis y 1 o ≥ 2 fármacos que prolonguen QT. Solo se consideraron los fármacos de riesgo alto conocido según CredibleMeds®.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tratamiento con hidroxiclороquina (duración y pauta), uso simultáneo con azitromicina y/o lopinavir/ritonavir, otros factores que aumentan RPQT (medicamentos con alto RPQT concomitantes y alteraciones electrolíticas). Se registraron las arritmias y los electrocardiogramas realizados para descartar alteraciones del ritmo cardiaco durante y tras el tratamiento con hidroxiclороquina.

1- Tisdale J E. Cir Cardiovasc Qual Outcomes. 2013 6(4): 479-487

RESULTADOS

Se incluyeron 264 pacientes con una mediana de 76 años (IQR: 71-82). El 58% recibieron concomitantemente azitromicina, el 53% lopinavir/ritonavir y el 33% la combinación de los 3 fármacos. El 97% de los pacientes recibieron hidroxiclороquina en la pauta 400 mg /12h día 1 seguido de 200 mg/12h y una mediana de duración de 5 días (IQR: 4-7; min 1-max 17). Factores de riesgo: 88,6% tenían ≥ 68 años, 42% sexo femenino, 28,8% diurético asa concomitante, 9,5% potasio $\leq 3,5$ mEq/L, 10,6% antecedente IC, 9,8% IAM, 1,1% sepsis, 13% 1 solo fármaco RPQT (únicamente hidroxiclороquina) y 87% ≥ 2 fármacos RPQT. Alteraciones electrolíticas: 47,3% calcio $< 8,6$ mg/dL, 5,7% hipomagnesemia. El 29,5% de los pacientes presentaron un RPQT bajo, 64,8% moderado y 5,3% alto. Se realizaron electrocardiogramas en

el 8,7% de los pacientes, solo el 17,4% fueron en pacientes con riesgo alto. La mediana del QTc fue 416,5ms (min 368-max 553). El 4,9% de los pacientes presentaron arritmias (23,1% en pacientes alto RPQT, 61,5% moderado y 15,4% bajo; duración mediana hidroxycloquina: 6 días; número promedio fármacos RPQT: 2 y además asociaban lopinavir/ritonavir: 61,5%).

CONCLUSIONES

El RPQT de la mayoría de los pacientes ingresados en tratamiento con hidroxycloquina por infección SARS-CoV-2 fue moderado. A pesar de la corta duración del tratamiento con hidroxycloquina en COVID-19 se han detectado un porcentaje considerable de alteraciones del ritmo cardiaco, principalmente en pacientes con azitromicina y lopinavir/ritonavir asociado. Posiblemente la implementación de alertas en la PEA redujo una mayor prescripción de esta asociación de medicamentos con RPQT.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2335. ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

AUTORES

MARTÍNEZ DE ARRIBA R, MARTÍNEZ FERNÁNDEZ M, PICAZA ITURRICH A E, DE LA MAZA URIARTE I, CARASA LÓPEZ I, GARCÍA GONZÁLEZ B, BÓVEDA PÉREZ M
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL. CTRA. ORÓN, 0. BURGOS

OBJETIVOS

Análisis de pacientes infectados, resultados en salud y evolución de los contagios tras las medidas tomadas de adaptación de espacios para el control de la infección por coronavirus en un centro socio-sanitario (CSS) de 200 camas y registro de control de ubicaciones en el centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tras el primer resultado positivo de coronavirus en el CSS, se establecieron unas medidas urgentes para el control de la transmisión de la enfermedad. Se rediseñaron las unidades existentes para reubicar y separar pacientes sin contacto de asintomáticos con contacto estrecho (1ª zona de aislamiento), sintomáticos (2ª zona) y confirmados (3ª zona). Se realizaron test a los pacientes de las 3 zonas de aislamiento y, según resultado, se reubicaron. Esta información fue transmitida diariamente por parte del servicio de enfermería del CSS al servicio de farmacia del Hospital (SFH). Los movimientos de pacientes se registraron en el programa de gestión de farmacia, actualizándose órdenes de tratamiento informatizadas con nuevas ubicaciones, ajustes de tratamientos y resultados analíticos. Se recogieron datos de edad, sexo y curación o éxitus de los pacientes testados durante las ocho semanas del periodo de estudio, entre el 30 de marzo y 24 de mayo.

RESULTADOS

De 144 pacientes ingresados en el CSS inicialmente, 7 se fueron de alta voluntaria al domicilio y 9 ingresaron correspondientes de otra residencia.

Durante el periodo de estudio se practicaron test diagnósticos al 50% de pacientes ingresados en el CSS (73 pacientes, 75% mujeres) con una mediana de edad de 89 años (63-102).

Se obtuvieron 40 resultados positivos por PCR (80% mujeres) distribuidos de la siguiente manera: 1ª semana 1 test (1 positivo), 2ª 5 test (4 positivos), 3ª 36 test (19 positivos), 4ª 13 test (8 positivos), 5ª 8 test (5 positivos), 6ª 5 test (3 positivos), 7ª 4 test (ningún positivo) y 8ª 1 test (ningún positivo).

Las edades de los pacientes con test realizados se analizaron en tramos, comenzando con < 75 años, cada 5 años, hasta > 99 con una distribución en número de 3, 9, 8, 19, 24, 7 y 3 pacientes. De ellos, los resultados positivos por tramos fueron 1, 2, 5, 12, 16, 2 y 2.

Se registraron 160 movimientos de 83 pacientes dentro del CSS (una media de 4 movimientos diarios): 9 con 4 traslados cada uno, 4 con 3 traslados, 19 con 2 y 51 solo con un traslado. Además 10 pacientes se derivaron al Hospital, de los cuales 2 fallecieron en el mismo.

Se analizaron anticuerpos a todos los resultados positivos, de los cuales 30 (75%) pacientes se encuentran curados, 20 dieron positiva Inmunoglobulina G (IgG), 9 fueron IgM positivos y siguen aislados y 1 paciente dio resultado doble negativo de Ig; los 10 restantes (25%) fueron éxitus.

CONCLUSIONES

Las medidas de reorganización del CSS han resultado eficaces en el control de transmisión de la infección por coronavirus. El apoyo por parte del SFH para la validación y actualización de los nuevos tratamientos, así como vía de comunicación con el hospital, ha sido parte fundamental para el manejo multidisciplinar de la pandemia.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2352. IMPLANTACIÓN EN UN SERVICIO DE SALUD DE UN SISTEMA DE CONTROL DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE HIDROXICLOROQUINA Y CLOROQUINA

AUTORES

GOÑI ZAMARBIDE O, GARCÍA GONZALEZ P, IRIGOYEN RODRIGUEZ I, ALZUETA ISTURIZ N, FONTELA BULNES C, CELAYA LECEA C, AGUDO PASCUAL C
SERVICIO NAVARRO DE SALUD. PLAZA DE LA PAZ /N. NAVARRA

OBJETIVOS

El aumento en el consumo de cloroquina e hidroxiclороquina durante la pandemia por COVID-19 puso en riesgo su abastecimiento en las oficinas de farmacia.

Garantizar la disponibilidad de los mismos para el tratamiento de los pacientes crónicos en las indicaciones autorizadas. Analizar las prescripciones de estos fármacos durante la pandemia de COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

Asegurar un uso racional del medicamento.

Garantizar la continuidad de tratamiento con hidroxiclороquina y cloroquina de aquellos pacientes en tratamiento crónico con estos fármacos dentro de las indicaciones autorizadas.

Evitar el desplazamiento de los pacientes con COVID-19 a las oficinas de farmacia.

DISEÑO

Atención primaria (AP) y atención especializada (AE) prescriben con el mismo programa informático, asociado a la dispensación electrónica de las oficinas de farmacia. Incluyendo un formulario a la prescripción de ambos fármacos se controló que los diagnósticos autorizados pudieran seguir dispensándose en oficinas de farmacia con normalidad y los pacientes con COVID-19 tuvieran una vía de dispensación alternativa a la oficina de farmacia.

CIRCUITO Y ETAPAS

1ª etapa: Se imposibilitó la prescripción en papel. Prescripción a través de receta electrónica con obligatoriedad de registrar en formulario creado ex profeso uno de los diagnósticos autorizados en las fichas técnicas. Estas prescripciones se dispensaban en oficina de farmacia.

2ª etapa: Se autorizó la prescripción a los pacientes con COVID-19 añadiendo dicho ítem en el formulario de prescripción y anulándose para este ítem de manera automática la posibilidad de dispensarse en oficina de farmacia. En estos casos, hidroxiclороquina y cloroquina se suministraban desde los hospitales de referencia a los centros de salud y se dispensaba desde estos últimos.

IMPLANTACIÓN

Se implantó el 25/03/2020, se permitió prescribir para tratamiento del COVID-19 el 16/04/2020.

Actualmente el sistema permanece vigente.

RESULTADOS

Desde el 25-03/2020 hasta el 25/05/2020 se realizaron un total de 94 prescripciones en receta electrónica de cloroquina e hidroxiclороquina; el 58% de ellas proceden de AE y el 42% de AP. El 64,9% de las prescripciones corresponden a mujeres. La media (desviación estándar) de edad es de 54 (± 19) años. Por ámbitos, la prescripción en mujeres fue similar (49% especializada; 51% primaria) sin embargo en los hombres fue superior en AE. (75% AE vs 25% AP). Respecto a los diagnósticos de los pacientes tratados desde AP únicamente 10 pacientes (25,64%) tenían diagnóstico de COVID-19 y 29 pacientes (74,36%) tienen diagnósticos incluidos en las fichas técnicas. Desde AE, 21 (38,18%) tienen diagnóstico de COVID-19 frente a 34 pacientes (61,81%) con otros diagnósticos.

Un total de 31 pacientes con COVID-19 han sido tratados con hidroxiclороquina o cloroquina de manera ambulatoria. Del resto de indicaciones, el 19% corresponden a artritis reumatoide, 21% a lupus eritematoso sistémico y un 27% a otras patologías.

LIMITACIONES

La información introducida en el formulario no se cotejaba con los episodios registrado en la historia clínica electrónica por lo que cabe la posibilidad de discrepancias.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Circuito aplicable a otros Servicios de Salud que cuenten con un sistema de prescripción electrónica ligado a la dispensación en oficinas de farmacia.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2365. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES ANIDADO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR SARS-COV-2 Y TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO.

AUTORES

GARCÍA GARCÍA S, LARROSA GARCIA M, LATORRE GARCIA P, VARON GALCERA C, ALONSO MARTINEZ C, PAU PARRA A, GRACIA MOYA A, MIARONS FONT M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

La evidencia científica que evalúa los resultados clínicos de los pacientes con enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) e inmunocomprometidos, incluyendo los pacientes con trasplante de órgano sólido (TOS), es escasa.

El objetivo principal del estudio es comparar la incidencia de mortalidad a los 28 días en un grupo de pacientes con TOS (gTOS) y un grupo control (gC). Los objetivos secundarios son comparar, entre estos mismos grupos, el número de pacientes que requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y el desarrollo de complicaciones secundarias

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se compararon resultados clínicos de casos (gTOS) con los obtenidos en un gC formado por pacientes de la población general emparejados por edad, sexo e Índice de Charlson; todos ellos con infección por SARS-CoV-2 confirmada por PCR (Allpex™ 2019-nCoV multiplex realtime-PCR assay) desde el 11 de Marzo al 25 de Abril de 2020. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y analíticas (hemograma, parámetros

bioquímicos de función hepática y renal, dímero-D, interleukina-6 y ferritina). Se realizó un seguimiento de los pacientes de 28 días desde su ingreso o hasta el alta o exitus.

Los datos se recogieron mediante REDCap® (Research Electronic Data Capture). Para la comparación de las variables continuas entre los dos grupos se utilizaron T de student o Mann-Whitney U test y X2 test o Fisher test para las variables categóricas. El análisis estadístico se realizó con el programa Stata/MP, versión 15.1 (Stata Corp.).

RESULTADOS

Se incluyeron 46 pacientes en gTOS: edad media de 62,7 ($\pm 12,6$) años, 33 (71,7%) hombres e índice de Charlson de 5(3-7) puntos y; 166 pacientes en gC: 66,0 ($\pm 12,7$) años, 122 (73,5%) hombres e índice de Charlson 4(2-7). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de variables clínicas y analíticas evaluadas, excepto en la prevalencia de insuficiencia renal e hipertensión, que fueron superiores en el gTOS.

La mortalidad a los 28 días fue de 17 (37%) pacientes en gTOS y 38 (22,9%) en gC ($p=0,11$). El ingreso en UCI a los 7 días fue de 6 (13,0%) pacientes en gTOS y 20 (12,1%) en gC ($p=0,98$); a los 28 días de 2 (4,4%) y 12 (7,2%) pacientes ($p=0,161$), respectivamente.

Las complicaciones clínicas observadas en gTOS y gC fueron: síndrome de distrés agudo respiratorio en 9 (20,0%) y 45 (33,1%) pacientes, insuficiencia respiratoria en 27 (60,0%) y 71 (51,8%), insuficiencia cardíaca en 4 (9,5%) y 3 (2,3%), shock séptico en 0 (0%) y 7 (5,4%), insuficiencia renal aguda en 11 (25,0%) y 19 (14,5%), infección secundaria en 11 (25,0%) y 19 (14,5%), arritmias en 3 (7,0%) y 7 (6,0%), fallo cardíaco en 0 (0%) y 4 (3,5%), anemia con necesidad de transfusión en 2 (4,8%) y 10 (8,6%) y; daño hepático en 4 (9,3%) y 8(6,9%), respectivamente.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que, aun no siendo estadísticamente significativo, el riesgo de mortalidad tras infección por SARS-CoV-2 es superior en el gTOS que en el gC. Sin embargo, tanto el ingreso en UCI como el desarrollo de complicaciones secundarias a COVID-19 fueron similares en ambos grupos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2368. ENVÍO DE MEDICACIÓN DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA DE SALUD MENTAL A RESIDENCIAS Y OTROS RECURSOS DURANTE LA PANDEMIA

AUTORES

SANCHEZ RUIZ DE GORDOA M, CASTRESANA ELIZONDO M
CENTRO SAN FRANCISCO JAVIER. AVENIDA VILLAVA Nº 53. NAVARRA

OBJETIVOS

diseñar un circuito para dotar de la medicación necesaria para el tratamiento de los pacientes con COVID-19 a recursos que atienden a personas especialmente vulnerables centralizándolo desde el Servicio de Farmacia de Salud Mental (SFSM).

MEJORAS ESPERADAS

disponibilidad de la medicación necesaria en 255 recursos para disminuir el desplazamiento a un centro hospitalario en caso de contagio durante la pandemia.

DISEÑO

siguiendo las directrices de la Subdirección de Farmacia se diseñó un circuito para suministrar la medicación necesaria relacionada con la pandemia a este tipo de recursos. La medicación consistía en sueroterapia, antibióticos, analgesia y medicación para sedación.

CIRCUITO Y ETAPAS

en una primera fase, cada recurso solicitó la medicación que preveía necesaria al responsable de enfermería del Centro de Salud (CS) de su Zona Básica. El responsable enviaba vía mail el pedido al SFSM. Desde el SFSM se validaba el botiquín solicitado y se ajustaban las cantidades demandadas a la situación actual, consensuando con los responsables de residencias y CS las necesidades según usuarios afectados y número de TIS atendidos.

En una segunda fase, el envío de medicación se realizaba por la misma vía, solicitando la reposición de fármacos utilizados. Las farmacéuticas del SFSM validaban el pedido y se ajustaba según las cantidades de fármacos disponibles en las distintas fases de la epidemia y según la prevalencia de COVID-19 en los distintos recursos.

IMPLANTACIÓN

el SFSM asumió esta tarea el 15 de Marzo (al iniciarse el estado de alarma) y entre el 16 y el 21 de Marzo todos los CS recibieron el botiquín inicial solicitado. A partir de este primer pedido se enviaron las reposiciones de botiquín utilizando el transporte habitual semanal a los CS. En caso de urgencia o falta de algún tratamiento imprescindible se contó con la colaboración de estamentos como Policía, DYA y Cruz Roja para el envío inmediato.

RESULTADOS

Se ha dotado del botiquín necesario a los distintos recursos: 125 pisos tutelados, 62 congregaciones religiosas, 53 residencias sin servicio de farmacia propio, 11 recursos temporales y 2 albergues (un total de 255 recursos). 98 atienden a personas mayores, 42 a personas residenciales de inclusión social, 26 a menores, 23 a enfermos mentales, 21 a discapacitados, 9 temporales y otros 34 más. No conocemos el número de usuarios exactos pero sólo en residencias y pisos tutelados se contabilizan como mínimo 3430.

Se han utilizado los medios de transporte habituales en el 81% de los envíos, realizando la reposición del botiquín anticipadamente. El 19% restante ha sido cubierto por estamentos colaboradores.

LIMITACIONES

necesidad de rapidez en la organización que derivó en la solicitud de ayuda a otros estamentos para realizar el reparto de la medicación urgente. Aumento en la carga del trabajo del SFSM, sobre todo en la fase inicial, que necesitó ser reforzado con una farmacéutica más las primeras dos semanas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

la dispensación controlada desde el SFSM favorece un reparto equitativo entre los distintos recursos sobre todo en una época en la que los recursos eran limitados.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2378. MANEJO DE LOS EVENTOS TROMBÓTICOS EN PACIENTES COVID Y DETERMINACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS****AUTORES**

SANJUAN BELDA A, MENDOZA AGUILERA M, ROCH VENTURA MA, DEL ESTAL JIMENEZ J, LOPEZ BROSETA PA, ESTEVE PITARCH E, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Determinar si los factores clínicos y antropométricos analizados pueden influir en el desarrollo de tromboembolismo pulmonar (TEP) y trombosis venosa profunda (TVP) en pacientes con COVID-19. Evaluar el manejo, eficacia y seguridad de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes COVID-19 ingresados en un hospital terciario entre el 14 de marzo y el 1 de mayo de 2020.

De la historia clínica se recogieron las siguientes variables: edad (< 65, ≥65 años), sexo, dímero D al ingreso (< 4000, ≥4000 ng/ml), diagnóstico de TEP o TVP, sangrado y dosis de HBPM. Según el protocolo del centro se recomendó de entrada HBPM a dosis profilácticas y se consideró tratamiento anticoagulante cuando el D dímero fue ≥4000 ng/mL (a excepción de los pacientes con hemorragia activa o plaquetas < 25000/L).

Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS® v.15 (SPSS IBM Statistics). Se asumió diferencia estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 177 pacientes, 58,2% hombres. La mediana de edad fue 70,3 (IQR: 56,3-79,3). El 28,8% requirió ingreso en unidad de cuidados intensivos.

El 94,2% de los pacientes recibieron HBPM, un 77,3% como profilaxis y un 22,7% a dosis anticoagulantes. De estos últimos, el 70,3% de los pacientes por indicación de una patología previa y un 29,7% según protocolo COVID.

El 4% (n=7) de los pacientes ingresados por coronavirus tuvo TEP/TVP. Un 57,1% ingresó con este diagnóstico y el resto lo desarrolló durante su estancia hospitalaria. En cuanto a la edad, se observó una mayor proporción de pacientes ≥65 años con TEP/TVP (4,6%) vs pacientes < 65 años (2,9%), no siendo esta estadísticamente significativa ($p=0,71$). Tampoco se encontraron diferencias en el sexo (mujeres: 4,1% vs hombres: 3,9%; $p= 1,00$). No obstante, si se obtuvieron diferencias al analizar el D-dímero (D-dímero≥4000: 23,5% vs D-dímero < 4000: 1,9%; $p=0,002$). El valor medio de D-dímero fue mayor en pacientes con TEP/TVP (4126 ng/mL; IQR: 3452-68139) que en aquellos sin TEP/TVP (925 ng/mL; IQR: 495-1711) siendo $p= 0,000$.

Al ingreso, el 9,6% (n=17) presentó un D-dímero ≥4000 ng/mL y de estos el 61,5% recibió HBPM a dosis anticoagulantes. En el 38,4% restante se desestimó esta práctica por: plaquetopenia (n=1), hemorragia activa (n=2), sin motivo aparente (n=2). Solo un paciente con D-dímero ≥4000 ng/mL desarrolló TEP durante su estancia hospitalaria, siendo éste del grupo de tratamiento con HBPM a dosis anticoagulantes. El 17,7% de los pacientes anticoagulados presentó sangrado vs 6,9% del grupo con HBPM profiláctica ($p=0,09$).

CONCLUSIONES

Se han detectado casos de desarrollo de TEP/TVP en los pacientes con COVID-19.

Dada la relación existente entre el D-dímero y la aparición de TEP/TVP es necesario realizar un seguimiento exhaustivo del valor de D-dímero ya que puede servir como uno de los factores pronóstico en su desarrollo.

La implementación de un protocolo para la prevención de la trombosis en pacientes con infección por coronavirus es segura y eficaz.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2383. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y MANEJO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA POR SARS-COV-2 EN UN HOSPITAL COMARCAL****AUTORES**

GARABITO SANCHEZ MJ, FERRIS VILLANUEVA EM, CORRAL BAENA S, SERRANO GIMENEZ R, RUIZ ROMERO MV
SAN JUAN DEL DIOS DEL ALJARAFE. AVD. SAN JUAN DE DIOS S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Describir el perfil epidemiológico y manejo farmacológico de pacientes con infección respiratoria por SARS-COV-2 (COVID-19).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyen pacientes con dispensación de medicación para COVID-19 del periodo 10 marzo-20 mayo de 2020. Variables registradas: sexo, edad, diagnóstico, días con síntomas, saturación de oxígeno basal (SaO₂), comorbilidad previa, gravedad de la infección, días de hospitalización, regímenes de tratamiento y duración, y soporte ventilatorio. Los datos se obtuvieron de la historia clínica digital y se analizaron con SPSS vs25. Las variables cuantitativas se expresan con medianas y cuartiles (Q1-Q3) y las cualitativas con frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS

Se incluyeron 128 pacientes; 69 (54%) hombres; mediana de edad 67 (47-79,3). Se confirmó diagnóstico en 112 pacientes (107 por detección ARN mediante PCR y 5 por detección anticuerpos IgM). Requirieron ingreso 94 (84%) y al resto se les dispensó hidroxyclo-roquina (HQ) para tratamiento ambulatorio durante 5 días (9 en domicilio y 9 en residencia medicalizada). La mediana de días de evolución con síntomas compatibles con COVID-19 fue de 7 (Q1:3-Q310) días y la mediana de SaO₂ fue de 95 (92-97).

De los pacientes ingresados, 71 (76%) presentaron patologías previas, siendo hipertensión arterial y la diabetes las más frecuentes y 18 (19%) provenían de residencia de mayores. La mediana de días totales de ingreso fue de 10,9 (6,2-16,3), de 9 (6-14) días en planta y de 23 (11-14) días en UCI. Respecto a la gravedad, 64 (68%) pacientes presentaron neumonía leve, 25 (27%) grave y 5 (5%) enfermedad no complicada. Requirieron ingreso en UCI 16 pacientes (17%). Los fármacos prescritos para el tratamiento Covid-19 fueron: Hidroxyclo-roquina (HQ), Azitromicina (AZT), Lopinavir/Ritonavir (LPV/r), Interferón Beta-1B (IFNβ) y tocilizumab (TCZ). Los regímenes de tratamiento más frecuentes fueron: HQ+LPV/r+ AZT: 31 pacientes (33%); HQ+LPV/r; 21 (22%); HQ: 20 (21 %); HQ+ LPV/r+ IFNβ+AZT: 7 (7%); HQ+ LPV/r+ IFNβ: 6 (6%); HQ+AZT: 6 (6%); HQ+LPV/r+IFNβ+TCZ: 2 (2%) y HQ+LPV/r+ IFNβ+TCZ-AZT: 1 (1%). La mediana de días de tratamiento fue: 4 (2-7) para AZT, 5 (5-8) para HQ, 8 (5-11) para LPV/r y 6,5 (4-10) para IFNβ. Se administraron un total de 4 dosis de TCZ a 3 pacientes. Recibieron bolus de metilprednisolona 14 (15%) pacientes con una mediana de 3 (2-3) días y tratamiento antimicrobiano 75 (84%) de los pacientes siendo los más frecuentes ceftriaxona: 68 (72%), levofloxacino: 25 (26%), fluconazol: 10 (11%). Respecto al soporte respiratorio, 64 (68%) pacientes necesitaron oxigenoterapia (12 de alto flujo), 5 (19%) ventilación mecánica no invasiva y 11 (12%) ventilación mecánica Invasiva. Recibieron medicación al alta para completar tratamiento 8 (9%) pacientes. El total de éxitos entre los hospitalizados fue de 17 (18%), con mediana de edad 83 (78-87) y todos con patologías concomitantes excepto uno.

CONCLUSIONES

El perfil de paciente Covid es hombre de 67 años con patologías previas, ingresado durante 11 días. El régimen de tratamiento más frecuente es HQ+LPV/r±AZT, aunque en la actualidad no existen evidencias desde ensayos clínicos controlados para recomendar uno u otro. Los éxitos ocurrieron en edades avanzadas y con patologías concomitantes.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2399. EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD HEPÁTICA ASOCIADA AL USO DE HIDROXICLOROQUINA EN LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2

AUTORES

GARCIA RODRIGUEZ ME, LALLANA SAINZ E, CARMONA ALVAREZ MT, DOMINGUEZ ALARCON P
HOSPITAL MONCLOA. AV VALLADOLID Nº83 28008. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la hepatotoxicidad asociada al uso de hidroxyclo-roquina (HCQ) en el tratamiento de la infección por SARS-CoV-2

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de pacientes con infección SARS-CoV-2 tratados con HCQ en régimen de hospitalización en el mes de marzo de 2020. Los criterios de exclusión fueron: 1) ingreso menor de 7 días (altas/exitus); 2) duración de tratamiento hospitalario inferior a 7 días; 3) bioquímicas incompletas; 4) ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. Los datos se extrajeron del sistema de prescripción electrónica e historia clínica del centro. Para evaluar el daño hepático se usó la definición del panel de expertos del Grupo Internacional de Consenso de Servicios Médicos (CIOMS). Su clasificación por patrón de lesión hepática por fármacos en base solo a los criterios de laboratorio se usó para cuantificar la posible relación causal del tratamiento con HCQ y la aparición del daño hepático mediante la aplicación de las escalas RUCAM modificadas. Los ítems medidos fueron: tiempo de comienzo de los síntomas, factores de riesgo (edad y alcoholismo), evolución analítica (alanino-aminotransferasa (ALT), aspartato-aminotransferasa (AST), fosfatasa alcalina (FA), bilirrubina sérica y relación ALT/FA), fármacos asociados, exclusión de otras causas y hepatotoxicidad si re-exposición al fármaco.

RESULTADOS

Se identificaron 168 pacientes (65% hombres; edad media: 67±13 años). La duración media del tratamiento con HCQ fue de 12±3 días. 11 pacientes (6,54%) presentaron daño hepático tras el inicio del tratamiento. Atendiendo a la definición de daño hepático, se identificaron: 11 pacientes (100%) con aumento de ALT superior a dos veces el límite alto de la normalidad (> 2LSN), 1 paciente (9,09%) con aumento de la concentración de bilirrubina sérica > 2LSN y 9 pacientes (81,81%) con elevación combinada de AST, FA o bilirrubina sérica siendo una de ellas > 2LSN. Por tipo de lesión, se identificaron 9 pacientes (81,81%) con daño hepatocelular significativo (ALT > 2LSN y/o ALT/FA > 5), ninguno con patrón colestásico puro (FA > 2LSN y ALT/FA < 2) y 2 pacientes (18,18%) con patrón mixto (ALT > 2LSN y ALT/FA > 2 < 5). En 2 pacientes se observaron analíticas con función hepática alterada previas al inicio del tratamiento y que empeoraron tras el ingreso. El resultado de la evaluación de la causalidad fue: 2 pacientes (18,18%) con asociación probable (6-8 puntos); 6 pacientes (54,54%), posible (3-5 puntos); 1 paciente (9,09%) poco probable (1-2 puntos); 2 pacientes (18,18%), descartada (0 puntos). En el 100% de los pacientes se utilizaron otros fármacos potencialmente hepatotóxicos de forma

concomitante (81,81% lopinavir/ritonavir; 27,27% interferón alfa2b; 18,18% tocilizumab; 63,63% paracetamol; 72,72% azitromicina). 4 pacientes recuperaron la función hepática normal antes del alta hospitalaria; en 7 pacientes el desenlace de la hepatotoxicidad fue desconocido. La relación causal fue más débil (puntuaciones más bajas) en aquellos pacientes tratados con tocilizumab o lopinavir/ritonavir.

CONCLUSIONES

No se puede concluir que el daño hepático observado en los pacientes estudiados estuviera asociado únicamente al uso específico de HCQ. La combinación con otros fármacos potencialmente hepatotóxicos, la imposibilidad de seguimiento en el tiempo tras el alta hospitalaria y las posibles alteraciones hepáticas propias de la enfermedad por SARS-CoV-2 dificultan el establecimiento de la causalidad.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2400. HERRAMIENTA DE PRESCRIPCIÓN POR DIAGRAMA DE DECISIÓN PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LOS CAMBIOS DE TRATAMIENTO DURANTE EL PERIODO COVID-19.

AUTORES

MORENO GIL Q, ALONSO CASTELL P, BALET DUAT A, PEREZ RECEH C, PLANAS FONT A, SALA VILAJOSANA N, CERVERA MUDARRA S, SEGARRA PERRAMON T
XARXA ASSISTENCIAL UNIVERSTÀRIA MANRESA. C/DR. JOAN SOLER Nº 1-3. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación a los diferentes protocolos de tratamiento en pacientes con COVID-19 en el contexto de una pandemia con variaciones constantes en el tratamiento.

MEJORAS ESPERADAS

Elevada adherencia a los diferentes esquemas terapéuticos que se utilizaron durante la pandemia.

DISEÑO

Se creó un equipo multidisciplinar compuesto por: infecciosas, medicina interna, urgencias, UCI, reumatología, hematología, laboratorio, neumología, anestesia y farmacia.

Se realizaban reuniones 3 veces por semana con el equipo multidisciplinar para consensuar el tratamiento de acuerdo a la mejor evidencia disponible en cada momento.

Se utilizó el apartado de gestión de protocolos integrado en el programa propio del medicamento desarrollado en el hospital. Esta herramienta se basa en diagramas de decisión y al prescribir un protocolo, se formulan preguntas y en función de las respuestas, se genera la pauta farmacológica del paciente automáticamente.

CIRCUITO Y ETAPAS

El protocolo de nuestro centro se actualizó un total de 9 veces en un periodo de 2 meses. Después de cada cambio en el esquema terapéutico acordado por el equipo multidisciplinar, el protocolo se parametrizaba en el programa informático de prescripción electrónica, añadiendo a la vez preguntas sobre contraindicaciones, interacciones y/o efectos adversos. De esta manera, todos los prescriptores se adherían de forma inmediata a todas las modificaciones. Esta herramienta permite la prescripción de forma sencilla, ágil y segura de los principios activos, posología y duración consensuados previamente. Se diseñaron diferentes protocolos: neumonía moderada, neumonía grave, ingreso en UCI, incorporar tocilizumab e incorporar corticoides. La protocolización informática se inició el 20 de marzo.

IMPLANTACIÓN

Durante los meses de marzo, abril y mayo, durante la pandemia de SARS-CoV-2.

RESULTADOS

Hasta el 28 de mayo tuvimos un total de 1383 pacientes ingresados con COVID 19, de los cuales 75 ingresaron antes de la implantación de la prescripción por protocolo. A todos los que ingresaron posteriormente se les prescribió el tratamiento por protocolo. La prescripción se realizó con esta herramienta en el 95% de ingresos que tuvimos durante 3 meses.

Los protocolos se han prescrito un total de 1308 veces, en el 100% de pacientes que ingresaron a partir del día 20 de marzo.

Esta herramienta nos ha resultado de mucha utilidad en un contexto de cambio de protocolo constante y teniendo en cuenta que había médicos de diferentes especialidades en las unidades COVID-19. La valoración reportada por parte del equipo médico ha sido muy positiva.

Nos ha servido para facilitar la implantación y adherencia a todos los cambios del protocolo de tratamiento, reduciendo así la variabilidad en la prescripción y nos ha permitido estandarizar el tratamiento de todos nuestros pacientes de una forma ágil y segura.

LIMITACIONES

La incerteza y falta de información inicial hizo que tardáramos en parametrizar el protocolo 7 días desde que el primer paciente con SARS-CoV-2 ingresó en el hospital.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Herramienta de desarrollo propio que se podría desarrollar en otros programas informáticos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2403. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS POTENCIALES EN EL TRATAMIENTO DEL SARS-COV-2: DIFICULTAD AÑADIDA EN LA CONCILIACIÓN AL INGRESO

AUTORES

MARTÍNEZ SOTO AM, CABALLERO REQUEJO C, SALAR VALVERDE I, PASTOR MONDÉJAR C, GIL CANDEL M, MUÑOZ GARCÍA I, ONTENIENTE CANDELA M, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS

Los objetivos del estudio fueron seleccionar aquellas interacciones farmacológicas de mayor relevancia clínica con los fármacos utilizados en la fase infecciosa de la COVID19: hidroxiclороquina(HCLQ), lopinavir/ritonavir(LPV/RTV) y azitromicina(AZIT); así como analizar la incidencia y repercusión de éstas en la conciliación al ingreso de la medicación domiciliaria del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo realizado en un hospital de referencia de área entre marzo-mayo del 2020. Se formó un grupo de expertos compuestos por 2 farmacéuticos hospitalarios, un infectólogo y un urgenciólogo. En primer lugar, se realizó una selección de las interacciones mediante las bases de datos www.covid19-druginteractions.org de la Universidad de Liverpool para las interacciones con HCLQ y LPV/RTV, y Bot Plus® del Colegio de Farmacéuticos para las de AZIT, seleccionando aquellas clasificadas como “graves” y “moderadas”. Las interacciones con HCLQ y AZIT se cotejaron con las bases de datos Bot Plus®, Micromedex® y Lexicomp®, y las de LPV/RTV en HIV DrugInteractions®. Tras la selección, se elaboraron recomendaciones ante la posible prescripción de una de estas combinaciones de fármacos siempre por consenso dentro del grupo de trabajo. Posteriormente, se analizaron los pacientes ingresados con diagnóstico o sospecha de infección por SARS-CoV-2 a los que se les prescribió HCLQ, LPV/RTV y/o AZIT, y que presentaban tratamiento crónico domiciliario. Los datos demográficos se obtuvieron de la base de datos de historia clínica Selene®, la medicación crónica del paciente del programa de receta electrónica y el tratamiento prescrito al ingreso para COVID19 del programa de prescripción electrónica MIRA®.

RESULTADOS

De las bases de datos de interacciones se seleccionaron un total de 196: 33 graves y 163 moderadas. LPV/RTV presentó 87 interacciones (19 graves), AZIT 71 (10 graves) e HCLQ 38 (4 graves).

Se incluyeron 84 pacientes con media de edad 64,2 años (DE:17,9), siendo el 59,7% hombres. La media de prescripciones domiciliarias por paciente fue de 7,4 (DE:5,8). HCLQ se prescribió en el 100% de los pacientes, AZIT en el 84,1% y LPV/RTV en el 54,9%. Se registraron 159 interacciones en un total de 57 pacientes (67,8%), con una media por paciente de 1,7 (DE:2,0). 66 de ellas fueron con LPV/RTV (19 graves), 60 con AZIT (todas moderadas) y 33 con HCLQ (1 grave). Se encontraron interacciones graves en el 20,2% de los pacientes.

Las interacciones más frecuentemente encontradas en el tratamiento con LPV/RTV fueron con: estatinas (22,7%); antagonistas del calcio (18,2%) y antiagregantes (7,6%); y las recomendaciones realizadas por el farmacéutico: disminuir dosis (45,5%), contraindicación (19,7%), disminución de la dosis y electrocardiograma (ECG) (18,2%), monitorización ECG (12,1%) y monitorización INR (4,5%).

Para HCLQ las interacciones más frecuentes fueron con: insulinas (30,3%), escitalopram (15,2%) y quetiapina (12,1%); y las recomendaciones: monitorización ECG (66,7%), reducir dosis (30,3%) y contraindicación (3%).

En cuanto a la AZIT, interacciones más frecuentes fueron con: estatinas (36,7%), quetiapina (6,7%) y tiazidas (6,7%), y las recomendaciones del farmacéutico: monitorización ECG (60%), disminuir dosis (36,7%), y monitorización INR (3,3%).

CONCLUSIONES

Los fármacos utilizados en el tratamiento del SARS-CoV-2 presentan numerosas interacciones potenciales con la medicación domiciliaria de los pacientes con una elevada prevalencia de interacciones graves, siendo las más frecuentes aquellas relacionadas con posibles efectos cardiotoxicos. Por ello, la labor del farmacéutico en la conciliación al ingreso, seleccionando las interacciones clínicamente relevantes de las diferentes bases de datos y estableciendo recomendaciones claras, es de vital importancia.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2404. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES AFECTADOS POR SARS-COV-2

AUTORES

CARMONA ALVAREZ MT, LALLANA SAINZ E, GARCIA RODRIGUEZ E, DOMINGUEZ ALARCON P
HOSPITAL MONCLOA. AVDA. VALLADOLID 83. MADRID

OBJETIVOS

Describir el perfil de pacientes que han recibido tocilizumab (TCZ) como tratamiento para SARS-CoV-2, criterios de utilización y evaluación de la respuesta al fármaco.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo (marzo-mayo 2020) de pacientes afectados de SARS-CoV-2 tratados con TCZ. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, días de ingreso, perfil de prescripción de TCZ, tratamiento concomitante. Se evaluó la adecuación del uso según los criterios establecidos por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS): neumonía intersticial con insuficiencia respiratoria grave, empeoramiento rápido respiratorio que necesite ventilación invasiva (VMI) o no invasiva, presencia de fallo orgánico extrapulmonar y/o criterios de respuesta inflamatoria sistémica grave (IL-6 > 40pg/ml o dímero-D (DD) > 1500ng/ml o en progresivo aumento). La efectividad de TCZ se midió según 2 variables: 1) ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y/o necesidad de VMI a los 7 días; 2) exitus dentro de los 28 días posteriores. La información se obtuvo del sistema de prescripción electrónica/historia clínica.

Para establecer la asociación entre variables, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS; se consideraron estadísticamente significativos aquellos resultados con una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se registraron 52 pacientes con SARS-CoV-2 en tratamiento con TCZ (80,76% hombres; edad: $65,69 \pm 11,46$ años) y con comorbilidades: hipertensión arterial (17,3%), diabetes mellitus (13,4%), dislipemia (9,6%), enfermedad oncohematológica (9,6%), enfermedad cardiovascular (7,6%). El inicio del tratamiento con TCZ fue $5,38 \pm 4,72$ días desde la fecha del ingreso; todos los pacientes tratados se adecuaron a los criterios establecidos por la AEMPS (53,84% con DD elevado; 46,16%, con DD en progresivo aumento). 35 pacientes recibieron una única dosis de TCZ; 10 pacientes, 2 perfusiones; 7 pacientes recibieron 3 dosis. Del total de pacientes, 35 (67,31%) recibieron tratamiento corticoide; ningún otro tratamiento inmunosupresor fue aplicado en ningún paciente. El 9,61% de los pacientes requirió ingreso en UCI/VMI a los 7 días del tratamiento; 19,23% fue exitus en los 28 días posteriores. En el análisis por subgrupos se encontró asociación significativa entre el número de perfusiones de TCZ recibidas y las variables de efectividad establecidas, encontrándose menos ingresos en UCI/VMI y exitus cuanto más administraciones de TCZ. Asimismo, existió asociación significativa entre el uso de corticoides y una menor tasa de ingresos en UCI/VMI y exitus, para el total de pacientes.

CONCLUSIONES

Todos los pacientes del estudio recibieron tratamiento con TCZ adecuándose a los criterios establecidos por la AEMPS. El análisis ha permitido identificar el perfil de pacientes tratados, en su mayoría hombres. En cuanto a la efectividad en función de las variables medidas, TCZ presenta una respuesta clínica satisfactoria, siendo mayor según el número de dosis recibidas y si se asocia a corticoides.

Con estos datos, TCZ ha demostrado ser una alternativa terapéutica eficaz a corto plazo. Sin embargo, sería necesario realizar estudios a largo plazo y con mayor número de pacientes para poder establecer el lugar que ocupa el TCZ, las dosis necesarias y la idoneidad del uso concomitante con corticoides dentro de las estrategias terapéuticas potenciales para la infección por SARS-CoV-2.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2416. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB SEGÚN EL MOMENTO DE ADMINISTRACIÓN EN PACIENTES COVID19

AUTORES

HERRANZ MUÑOZ C, FERNANDEZ CABALLERO R, HENARES LOPEZ A, COLLADOS ARROYO V, LOPEZ-VIDRIERO TEJEDOR R, ALCALDE RODRIGUEZ D
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA. AV. DE LOS REYES CATOLICOS, 21, 28342. MADRID

OBJETIVOS

El síndrome de liberación de citoquinas (SLC) es el causante del distrés respiratorio agudo en pacientes con neumonía por SARS-COV2 lo que conlleva un rápido empeoramiento clínico.

El objetivo del estudio es comparar la respuesta al tratamiento con tocilizumab dependiendo de los días transcurridos desde el ingreso hospitalario hasta la administración del fármaco.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado entre el 3 de marzo al 11 de mayo de 2020 de los pacientes tratados con tocilizumab intravenoso en un hospital de primer nivel. Los datos demográficos, clínicos y farmacoterapéuticos fueron recogidos de la historia clínica electrónica, programas Farmis-Oncofarm® y UCI-BSimple®.

La población se distribuyó en dos grupos en función de la mediana de días desde el ingreso hospitalario hasta la primera administración del fármaco: pacientes con administración de tocilizumab antes (incluyendo la mediana) (administración temprana) y después de la mediana de días (administración tardía).

Para evaluar la respuesta al tratamiento, se cuantificó la mejoría en los reactantes de fase aguda (PCR, ferritina), parámetros de respuesta inflamatoria sistémica grave (IL-6, Dímero-D) a los siete días tras la administración de tocilizumab.

Se analizaron las diferencias entre variables cuantitativas en los dos grupos, aplicando la prueba t-Student ($p \leq 0,005$). El análisis estadístico se realizó con SPSS 22.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 95 pacientes (76 hombres), edad media $58,8 \pm 11,80$ años. La mediana (rango) de tiempo desde el ingreso hasta la primera dosis fue de 3 días (0-31).

El 54,7% de pacientes ($n=52$) pertenecían al grupo de administración temprana. En este grupo la media de días de ingreso fue $20,62 \pm 17,95$ ingresando el 38,5% ($n=20$) en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con una estancia media de $31,35 \pm 20,03$ días y el 28,9% ($n=15$) en Unidad de Cuidados Intensivos Intermedios (UCIR) con una estancia media de $6,73 \pm 3,88$ días. La IL-6 media al ingreso fue de $95,43 \pm 86,95$ pg/ml. El 23% ($n=15$) de los pacientes fallecieron.

En el grupo de pacientes de administración tardía (45,3%) la media de días de ingreso fue de $23,77 \pm 13,88$. El 32,6% ($n=14$) cursó ingreso en UCI, siendo la estancia media $17,14 \pm 10,15$ días y el 58,1% ($n=25$) ingresó en UCIR con una estancia media de $6,88 \pm 6,91$ días. La IL-6 media al ingreso fue $96,75 \pm 98,52$ pg/ml. El 18,6% ($n=8$) de los pacientes fallecieron.

El descenso medio de los parámetros de respuesta fue: PCR $19,63 \pm 11,58$ mg/dl y $13,54 \pm 12,54$ mg/dl ($p=0,05$), ferritina $413,98 \pm 871,21$ ng/ml y $383,71 \pm 1003,42$ ng/ml ($p=0,89$) y Dímero-D $599,88 \pm 4202,13$ µg/l y $335,90 \pm 1821,56$ µg/l ($p=0,45$) en los grupos de administración temprana y tardía respectivamente.

CONCLUSIONES

Tocilizumab es un inhibidor de la IL-6 que frena la cascada inflamatoria implicada en el SLC. Este estudio sugiere que la administración temprana de tocilizumab (entre 0-3 días tras el ingreso) mejora la respuesta al tratamiento, observándose una mejoría de marcadores bioquímicos de inflamación (estadísticamente significativa para PCR). Dado el bajo número de pacientes sería necesario realizar estudios con mayor tamaño muestral para verificar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2425. APORTACIÓN DEL EQUIPO DEL ÁREA DE PREPARACIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

AUTORES

MARTÍNEZ PUJOL G, VEGA HANNA L, REY VECINO P, ZAFRA MORALES G, RODRIGUEZ JIMENEZ M, CASANOVAS NAVARRO MR, JUANES BORREGO E, PELEGRIN CRUZ R
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CARRER SANT QUINTIN 89 08041. BARCELONA

OBJETIVOS

Hacer frente a las faltas de suministro garantizando las condiciones adecuadas de manipulación de medicamentos.

MEJORAS ESPERADAS

Facilitar el trabajo al personal de los servicios afectados por la pandemia covid-19.

Aumentar la seguridad en la administración al paciente ingresado.

DISEÑO

En marzo de 2020 se planteó la posibilidad de reorganizar las funciones dentro de la jornada laboral para dar soporte al resto del hospital:

1. Solución hidroalcohólica: se aprobó la opción de elaborarlo desde el área de no estériles mediante la fórmula de la OMS además de reenvasar posibles donaciones procedentes de empresas externas.
2. Propofol: debido al suministro centralizado y escalonado por parte del ministerio se agotó en el hospital la presentación de propofol 1% 50 y 100 ml. Para evitar que el personal de enfermería preparase "a pie de cama" propofol de 100ml partiendo de 5 ampollas de 20ml se estudió acondicionarlo desde Farmacia.

CIRCUITO Y ETAPAS

Solución Hidroalcohólica: se fabricaba a partir de materias primas siguiendo la fórmula de la OMS. Para la preparación era necesario dos técnicos, materias primas (alcohol 96º, agua oxigenada, glicerol y agua), una garrafa de 30 L y envases. Se conseguía preparar 60 unidades de 500ml de solución por lote. Cada fabricación suponía un tiempo aproximado de 15 minutos para la fórmula y 40 para el reenvasado.

Propofol : En cabina de flujo laminar clase ISO 5 se filtraban 5 ampollas de propofol 1% 20ml y se acondicionaba en un frasco de vacío. Con dos técnicos por cabina se fabricaban 20 unidades en cada lote. El tiempo empleado aproximado entre preparación del material y manipulación era de 40 minutos.

IMPLANTACIÓN

Se inició a finales de marzo de 2020 con fecha fin hasta restablecimiento de la situación. Durante dos semanas se reorganizó la plantilla para hacer frente a las preparaciones estériles y no estériles alargando el horario de manipulación en fines de semana.

RESULTADOS

La formulación magistral de solución hidroalcohólica requería 72h en cuarentena una vez reenvasado para así garantizar la actividad esporicida del peróxido de hidrógeno. Gracias a las donaciones recibidas pudimos agilizar este proceso. El reenvasado requería recipientes nuevos que presentaban dificultad para su adquisición por elevada demanda además del impacto medioambiental que generaban. Es por ello que se decidió, en consenso con el servicio de esterilización, someter los envases a un proceso de 90ºC que permitía su limpieza y desinfección para así poder reutilizarlos. Los requerimientos diarios eran de 170 envases de 500 ml y se conseguía preparar una media de 250 envases cada 24 horas. El consumo diario de propofol 1% oscilaba entre 150-200 unidades de 100ml en función de la velocidad infusión de las bombas de sedación. Se consiguió preparar una media de 180 frascos cada 24 horas.

LIMITACIONES

Al manipular el propofol y tratarse de una emulsión lipídica la estabilidad asignada era únicamente de 72h refrigerada frente a la habitual del frasco procedente del laboratorio.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Se puede aplicar en cualquier servicio que disponga de salas limpias, personal capacitado, posibilidad de reorganización y materias primas.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2431. PUESTA EN MARCHA DE LA PREPARACIÓN Y DISPENSACIÓN DE LA SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA POR DESABASTECIMIENTO DE LOS LABORATORIOS EN SITUACIÓN COVID

AUTORES

PERELLO MARTÍNEZ M, DE PACO MARTIN F, MAYOL SALAS J, VILANOVA BOLTÓ M, MARCH FRONTERA C
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON LLÀTZER. CARRETERA DE MANACOR KM4. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Garantizar la disponibilidad de solución hidroalcohólica en el hospital

Diseñar el circuito de preparación y dispensación de la solución hidroalcohólica

Difundir la información a todo el hospital

MEJORAS ESPERADAS

Proporcionar una solución ante el desabastecimiento general del producto debido al incremento de la necesidad

DISEÑO

Se seleccionó la fórmula de la solución hidroalcohólica de la OMS cuya preparación contiene los siguientes principios activos (fórmula OMS) por cada litro de preparación:

- Etanol 96%, 833 ml
- Peróxido de hidrógeno 5% 25 ml
- Glicerol 98% 16 ml
- Agua bidestilada 127,2 ml

Por parte de un Auxiliar de laboratorio y con una preparación de periodicidad semanal, se procedió a su preparación en función del procedimiento normalizado de trabajo (PNT) basado en las recomendaciones de la OMS.

Dentro del procedimiento, se incluyeron materias primas alternativas para suplir la falta de disponibilidad de las mismas (polietilenglicol en lugar de glicerina y diferentes concentraciones de peróxido de hidrogeno).

CIRCUITO Y ETAPAS

Se definió el circuito de dispensación que consistía en:

1. El personal del hospital a través del celador de su unidad, transportaba los envases vacíos, de la presentación comercial de solución hidroalcohólica de 1 litro, al Servicio de Esterilización para proceder a su lavado y esterilizado en autoclave.
2. Posteriormente los envases se transportaban al Servicio de farmacia para poder ser rellenados con la solución preparada en el Servicio de Farmacia. La solución se dejaba en cuarentena durante 72 h previa su liberación.
3. El Servicio de Farmacia los dispensaba al Servicio del Almacén del Hospital para su posterior distribución a las Unidades y Servicios.
4. Los supervisores de enfermería los solicitaban al Servicio de Almacén en el programa de gestión del hospital.

IMPLANTACIÓN

El circuito se implantó el día 24 de marzo y se difundió a todo el personal del Hospital a través de la intranet y correo electrónico.

RESULTADOS

Durante las 10 semanas de duración de la pandemia por SARS COVID, se prepararon un total de 1681 litros de solución, con la siguiente distribución mensual

Marzo (desde 21/03) : 631 litros

Abril 650 litros

Mayo 480 litros

LIMITACIONES

Desabastecimiento de las materias primas necesarias para la preparación de la solución.

No poder dar salida de manera rápida a las soluciones preparadas debido a la cuarentena de 72 horas indispensables después de la preparación.

Material y utensilios de volumen y tamaño demasiado pequeños para preparar grandes volúmenes.

Cabina de extracción de gases disponible en el servicio pero no apta para preparación de volúmenes tan elevados.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a cualquier Servicio de Farmacia con un laboratorio.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2436. IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE TELEFARMACIA Y DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN A DOMICILIO EN UN ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS

AUTORES

FRA YÁÑEZ J, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ A, BECERRA INGERTO L, ORALLO LUNA C, MARTÍN CARRO C, GONZÁLEZ SÁNCHEZ N, PUENTE MARTÍNEZ P, LAMAS LÓPEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HEROS, 6. ASTURIAS

OBJETIVOS

Implantar un Servicio de Atención Farmacéutica (AF) a pacientes externos (PEX) mediante un modelo de Telefarmacia en un Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH).

Establecer un circuito de dispensación de medicación a domicilio a PEX durante la crisis sanitaria COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

Asegurar la correcta dispensación y entrega de medicación a los PEX del Área Sanitaria (AS), garantizando una atención farmacéutica de calidad y evitando desplazamientos al Hospital durante el estado de alarma decretado por la situación de crisis sanitaria COVID-19.

DISEÑO

Como consecuencia de la declaración del estado de alarma, el SFH desarrolló un sistema de gestión, consulta telefónica de AF y entrega de medicación de dispensación hospitalaria a domicilio.

Se realizó Telefarmacia por vía telefónica y se elaboraron rutas de entrega de medicación a los PEX, ofreciendo el servicio a la totalidad de los PEX del AS.

Se excluyeron a los PEX que acudieron a Hospital de Día o a consulta médica presencial. Además, se prestó apoyo logístico a otros Hospitales enviando medicación a PEX con domicilio en nuestra AS, pero cuyo seguimiento se realiza en otras AS.

CIRCUITO Y ETAPAS

El circuito está constituido por 6 fases:

- 1) Previo a cada dispensación, se contacta telefónicamente con el paciente/cuidador para realizar una consulta de AF y seguimiento de la adherencia, así como resolución de dudas del nuevo servicio ofrecido.
- 2) En esta llamada se concretan las condiciones de entrega con el paciente y se registra en un sistema de citaciones al que tiene acceso el personal de reparto.
- 3) Diariamente se dispensa y prepara la medicación de los pacientes programados para dos meses de tratamiento (Orden SND/293/2020) y se prepara teniendo en cuenta las condiciones de conservación de cada especialidad y la distancia al domicilio.
- 4) Una vez a la semana se reciben los envíos de otros centros sanitarios para incluirlos en el posterior reparto
- 5) Reparto de la medicación al domicilio del paciente por parte de personal propio del Hospital.
- 6) En el momento de la entrega de la medicación, el paciente firma un "recibí" para que quede constancia de la recepción y confirma telefónicamente al SFH que la medicación recibida es la correcta.

IMPLANTACIÓN

El circuito se implantó en marzo de 2020.

RESULTADOS

Al inicio del proyecto, el número de PEX del SFH era de 1343. Durante el periodo de marzo-mayo de 2020 se realizaron 1046 envíos. El 86% (n=901) de los envíos fueron realizados a PEX de nuestro Hospital, correspondientes a 818 pacientes (61% del total de PEX). El 14% (n=145) de los envíos se realizaron a PEX pertenecientes a otro centro hospitalario. En cuanto al tipo de medicación enviada, el 37% era para enfermedades inmunomediadas, 14% para esclerosis múltiple, 13% medicación antirretroviral, 12% para insuficiencia renal crónica y el 24% restante, se trataba de medicación para otras patologías (antiinfecciosos, antineoplásicos, hormonas de crecimiento, etc.). Se realizó una media de 23 envíos/día laborable a domicilio.

LIMITACIONES

Requiere una reorganización del proceso de dispensación de medicamentos a PEX y disponibilidad de recursos humanos e infraestructuras.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este modelo es aplicable y extrapolable a otros Servicios de Farmacia Hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2439. ADECUACIÓN DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN POST COVID-19: GESTIÓN Y LOGÍSTICA DE LOS MEDICAMENTOS

AUTORES

GÁMEZ LECHUGA M, EROLES BAENA S, PLAZA DÍAZ A, PRAT RIERA A, RIERA MAGALLÓN A, MAS MALAGARRIGA N, RIERA ARMENGOL P, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. SANT ANTONI MARIA CLARET 167. BARCELONA

OBJETIVOS

- } Coordinar el equipo del Servicio de Farmacia (SF) para la retirada de medicamentos de las unidades de hospitalización (UH) en colaboración con la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI), personal de limpieza y enfermería.
- } Implementar un proceso de cuarentena del almacenaje de medicación en el SF acorde con la bibliografía científica y factible en la práctica diaria.

MEJORAS ESPERADAS

- } Optimizar la gestión del personal y del tiempo en el proceso de conversión de las UH mediante una rápida coordinación y trabajo interdisciplinar.
- } Garantizar la erradicación del SARS-CoV-2 que pudiera hallarse en la medicación retirada de las UH.

DISEÑO

Se creó un equipo de trabajo interdisciplinar constituido por miembros del SF, de la UEI, limpieza y enfermería. Se elaboró un procedimiento para la gestión de la medicación devuelta de las UH con pacientes infectados por SARS-CoV-2. Para ello, se realizó una revisión de la literatura científica sobre la persistencia del virus en superficies inanimadas, se planificó un proceso de cuarentena para los medicamentos susceptibles de estar contaminados y se estableció un procedimiento de limpieza adicional para los medicamentos refrigerados. El tiempo de cuarentena se estableció en base a la cinética de eliminación del SARS-CoV-2 en superficies inanimadas.

CIRCUITO Y ETAPAS

El circuito constaba de varias etapas:

- 1) Enfermería comunicaba al SF las fechas de cierre y apertura de las UH.
- 2) El SF se coordinaba con el personal de limpieza para la retirada de la medicación.

3) La medicación retirada se sometía a un proceso de cuarentena ± desinfección en el SF.

4) Tras la limpieza y desinfección de las UH, se procedía a la reposición de la medicación.

Si el tiempo entre el cierre y la apertura de la UH era > 72 horas, los medicamentos retirados permanecían en cuarentena en el SF hasta su nueva reposición. Si el tiempo era < 72 horas, la reposición se iniciaba con medicamentos nuevos (25% de la capacidad total) y se completaba con los medicamentos almacenados en el SF una vez transcurrido el periodo de cuarentena establecido. Debido a la mayor persistencia del virus a bajas temperaturas, los medicamentos termolábiles se sometieron a un proceso de limpieza adicional con hipoclorito sódico (500 mg/L).

IMPLANTACIÓN

El grupo de trabajo se creó en marzo de 2020. El procedimiento de actuación se aprobó a principios de abril de 2020.

RESULTADOS

Entre el 6 de abril y el 29 de mayo, 23 UH (9 de ellas de pacientes críticos) siguieron el circuito expuesto. En sólo 8 de ellas (35%) se dispuso de un tiempo > 72 horas para su adecuación. En todos los casos se consiguió la reposición de medicamentos en el tiempo convenido y no se detectó ninguna incidencia relevante en el proceso de cuarentena. Se aprovechó el circuito para la limpieza de los botiquines así como la revisión del estado y la caducidad de los medicamentos almacenados.

LIMITACIONES

Al ser un microorganismo de reciente aparición, se dispone de poca información científica contrastada y robusta.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este circuito es adaptable a otros SF y microorganismos infecciosos, tras estudiar el tiempo de permanencia en los distintos materiales.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2443. NUTRICIÓN PARENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO SARS-COV-2: PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

ÁLVAREZ ASTEINZA C, MARAY MATEOS I, GÓMEZ ÁLVAREZ ME, VELASCO ROCES L, PIERAS LÓPEZ Á, MACÍA RIVAS L, MENÁRGUEZ BLANC R, LOZANO BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVENIDA DE ROMA S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Conocer la utilización de la nutrición parenteral (NP) y la nutrición enteral (NE) asociada en pacientes críticos infectados por SARS-CoV-2.

Evaluar el grado de adaptación de las prescripciones a las recomendaciones de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional ambispectivo y descriptivo del uso de la NP y la NE asociada en nuestro Hospital en pacientes críticos infectados por SARS-CoV-2 (1 marzo-21 mayo 2020).

Los datos fueron recogidos de: a) Programa de NP: muestra, tipo de nutrición (central, periférica), aporte nutricional y duración. b) Historia clínica electrónica: datos demográficos y antropométricos, tiempo de hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos(UCI) y total, motivo de alta (exitus, planta), NE adicional, complicaciones infecciosas de la NP y factores de riesgo cardio-vascular(FRCV): hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DL), diabetes mellitus (DM), tabaco e índice de masa corporal (IMC) > 25.

Para analizar la adecuación a las recomendaciones se utilizaron las Guías para el manejo nutricional de pacientes con SARS-CoV-2 de la ESPEN: Kcal/kg, g proteína/kg/día y relación hidratos de carbono:lípidos(HdC:Lip).

RESULTADOS

El 19,57% (18/92) de los pacientes infectados por SARS-CoV-2 en la UCI recibieron NP. El 83,3% eran hombres, con una mediana de edad de 68 años(49-78). Los FRCV presentados fueron: HTA (66,67%), DL (38,89%), DM (27,78%), tabaco (50% fumadores/ex fumadores) e IMC > 25 (8/13;61,54%). El 27,78%(5/18) fue éxitus durante el estudio, el 38,89%(7/18) alta hospitalaria y el 33,33%(6/18) continúan hospitalizados (50% en UCI). La duración de la estancia hospitalaria total fue de media 45,17±13,68 días (UCI: 37,39±13,44).

Al 77,78% de los pacientes se le prescribió NP elaborada en el Servicio de Farmacia. La NP fue en todos los casos central. El 16,67%(3/18) con glutamina. La media de Kcal totales fue de 1510±279, de nitrógeno 13,11±2,66 g, de glucosa 176,97±45,67 g y de lípidos 47,50±15,10 g. La relación HdC:Lip fue de media 78,40:21,60%. La duración media de la NP fue de de 9,44±6,82 días.

Recibieron NE de forma concomitante a la NP 17 pacientes (29,4% con fibra). En 16/17 fue trófica, con una media de aporte de Kcal de 595,06 ± 170,5, siendo la normoproteica-hipercalórica (50:50%)(6/16) la más frecuente. Sólo 5/16 fueron hiperproteicas.

La media de Kcal totales (NP+NE) fue de 2039±285, siendo la media de Kcal/kg de 25,22±5,80 y de g proteína/kg de 1,29 ± 0,39. La relación HdC:Lip fue de media 75,20:24,80%.

Las prescripciones se adecúan a las recomendaciones ESPEN: aporte de 30 kcal/kg y ≥1g proteínas/kg. A pesar de que la mayoría de los pacientes estaban con ventilación mecánica, no se cumplió el ratio HdC:Lip 50:50%.

Las complicaciones relacionadas con la NP fueron: cuatro infecciones de la vía central (obligando en un caso a la retirada de la NP) y una isquemia intestinal secundaria a aumento de la NE.

CONCLUSIONES

La quinta parte de los pacientes críticos SARS-CoV-2 recibieron soporte nutricional vía parenteral, siendo el perfil de paciente varón, con HTA e IMC > 25.

La práctica habitual es asociar NE trófica a la NP, siendo la más utilizada la fórmula normoproteica-hipercalórica.

Las prescripciones se adecúan a las recomendaciones de la ESPEN en cuanto aporte calórico y proteico, si bien no se cumplió el ratio HdC:Lip.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2448. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN LA ACTIVIDAD DEL ÁREA DE FARMACOTECNIA DEL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

MURO CHIMENOS M, YEPES DONAIRE MC, CASASNOVAS OVEJERO C, CARMONA ROMERO A, ALÒS MORENO M, MIRA PRIETO S, LLOP RIU E, PONTÍ TARRÉS E
HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA. AV. ALCALDE ROVIRA ROURE, 80. LLEIDA

OBJETIVOS

Estudio del aumento de la carga de trabajo, en el área de farmacotecnia del Servicio de Farmacia (SF), para la dispensación intrahospitalaria durante el periodo de alerta sanitaria por COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el SF se elaboraron fórmulas para los pacientes COVID-19, tanto estériles (midazolam, REMIfentanilo, CISAt racurio, tocilizumab) como no estériles (solución hidro-alcohólica, lopinavir/ritonavir jeringas orales e hidroxiclороquina suspensión oral).

También se incrementó el volumen de elaboración de fórmulas magistrales ya existentes, por el aumento de ingresos en planta hospitalaria y en la unidad de cuidados intensivos: solución para descontaminación digestiva selectiva (DDS), pasta DDS y captoprilo solución acuosa.

Para comprobar el total de las preparaciones se utilizaron los libros de registros de fórmulas magistrales, acondicionamientos y mezclas estériles del año 2019-2020 (13 de marzo -13 de mayo).

RESULTADOS

En este periodo se prepararon las siguientes fórmulas destinadas a pacientes COVID-19 de nueva creación: 60 unidades de solución hidro-alcohólica 250mL, 322 unidades de midazolam 100mg/100mL (1mg/mL), 111 unidades de CISAt racurio 100mg/50mL (2mg/mL), 724 unidades de lopinavir/ritonavir (400mg/100mg)/5mL jeringa, 10 unidades de hidroxiclороquina 25mg/40mL suspensión, 130 unidades de REMIfentanilo 5mg/100mL, 38 unidades de tocilizumab 400mg/100mL y tocilizumab 600mg/100mL. La elaboración de fórmulas magistrales destinadas a paciente COVID, ya protocolizadas, en este periodo analizado del 2020 fueron: 214 solución descontaminante digestiva selectiva (DDS), 414 unidades de pasta DDS, 140 unidades de captoprilo 1mg/ml solución acuosa.

Las preparaciones totales en este periodo del año 2020 fueron 3645 unidades, de las cuales 2163 estaban destinadas a pacientes de COVID-19. Mientras que en el 2019 fueron 2627 unidades.

Durante el periodo estudiado, el total de las fórmulas ha aumentado un 38,7% sobre el mismo periodo del 2019. De este incremento, el 59% de las fórmulas fueron destinadas a pacientes COVID-19.

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos, se constata que ha habido un aumento de la carga asistencial en el área de elaboración de mezclas endovenosas y preparados no estériles del SF.

Los desabastecimientos en medicación derivados de la pandemia hizo necesario el reacondicionamiento de diferentes especialidades comerciales con el objetivo de reducir los errores de medicación al paciente y facilitar la administración por parte de enfermería.

La rápida y eficiente reorganización, de los técnicos de laboratorio junto con el personal farmacéutico, hizo posible cubrir las nuevas necesidades generadas por la COVID-19.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2449. NUTRICIÓN EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR COVID-19 EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

AUTORES

RICO GUTIÉRREZ T, RUIZ MOLINA F, PEREZ ROBRES Y, GARCIA MARIA M, ENRIQUEZ OLIVAR L, DE CACERES VELASCO C, CRIADO ILLANA MT
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA. LUIS ERIK CLAVERIA NEUROLOGO S/N.

OBJETIVOS

Revisión de la adecuación a las recomendaciones publicadas por el grupo de trabajo de Nutrición Clínica de la SEFH basadas en las guías de la Sociedad Americana y Europea de Nutrición Enteral y Parenteral (ASPEN y ESPEN) sobre el manejo de la nutrición en pacientes con COVID-19 ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Identificación de procesos optimizables y definición de medidas correctoras.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes COVID-19 ingresados en la UCI durante marzo y abril de 2020 en un hospital de segundo nivel. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, medidas antropométricas y días de estancia en UCI.

Según las recomendaciones de la SEFH sobre nutrición en pacientes críticos COVID-19 se seleccionaron 32 para evaluar su práctica en los pacientes ingresados en UCI. Se clasificaron en: evaluación inicial (1 recomendación), momento de inicio (2 recomendaciones), selección de la nutrición (16 recomendaciones), administración (7 recomendaciones) y seguimiento (6 recomendaciones).

Los datos se obtuvieron de la aplicación informática IntelliSpace Critical Care and Anesthesia v.J.00.01.

RESULTADOS

Se evaluaron 53 pacientes, 40 hombres y 13 mujeres, con una edad media de 60 años [31-77]. El peso medio fue de 81,7 kg ($\pm 15,4$), la altura de 1,69 m ($\pm 10,7$) y el IMC de 28,9 Kg/m² ($\pm 6,6$). La estancia media en UCI fue de 9,8 días ($\pm 8,2$).

En el manejo nutricional del hospital se siguieron 22 recomendaciones de las 32 propuestas (67,5%). La adecuación en la evaluación inicial fue de 0,7/1 (67,9%; IC95%: 61,6-74,2), en el momento de inicio de 1,8/2 (90,6%; IC95%: 86,6-94,5), en la selección de la nutrición de 9,6/16 (59,8%; IC95%: 57,5-62,1), en la administración de 4,9/7 (70,6% IC95%:67,1-74,1) y en el seguimiento de 2,9/6 (48,5%; IC95%:45,6-51,4).

La selección y el seguimiento se identificaron como los principales procesos optimizables; siendo en la selección: el ajuste de los requerimientos según edad y/o comorbilidades, adaptación del aporte nutricional de forma progresiva en pacientes frágiles, la estandarización de las necesidades nutricionales en pacientes obesos según el peso corporal ajustado y el aporte de fibra; en relación al seguimiento: falta de controles analíticos de fósforo y registro de la tolerancia a los aportes nutricionales.

Como medidas correctoras se propusieron: dar una charla formativa sobre las prácticas recomendadas a los facultativos prescriptores y el personal de enfermería implicado, establecer un protocolo de prescripción y seguimiento de los aportes nutricionales y realizar un póster informativo para los controles de enfermería.

CONCLUSIONES

El establecimiento de recomendaciones concretas en base a las guías publicadas permite evaluar la práctica habitual de forma rápida y sencilla e identificar puntos optimizables para minimizar los posibles errores asociados al soporte nutricional en pacientes críticos. La adecuación a las recomendaciones por parte de los clínicos ha sido moderada encontrando algunos puntos sensibles de intervención. La formación en estas prácticas a todo el personal implicado y su posterior aplicación mejorará la calidad del proceso.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2465. CAJÓN DESASTRE: TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN LA FASE INFLAMATORIA DEL COVID-19

AUTORES

ROMERA GARCÍA JM, MAYO CANALEJO B, SANCHEZ CADENA A, PORRAS LEAL ML, GONZALEZ GASCA FJ, PEREZ SERRANO R, VICENTE SANCHEZ P, RODRIGUEZ FERNANDEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. CALLE OBISPO RAFAEL TORIJA. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue describir la utilización de fármacos con efecto antiinflamatorio en pacientes con COVID-19 graves en un hospital de tercer nivel, así como analizar los resultados en salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes COVID-19 positivos que, tras empeoramiento con fármacos de primera elección, fueron tratados con terapia antiinflamatoria (excepto corticoides) entre Marzo y Abril de 2020.

VARIABLES recogidas: edad, sexo, fármaco administrado, servicio prescriptor, estancia, ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI) tras tratamiento, parámetros analíticos (linfocitos, Dímero D, ferritina, PCR), saturaciones de oxígeno (SatO₂), mejoría radiológica, reingreso a los 14 días y mortalidad.

Se analizaron diferencias entre las variables cuantitativas y el tipo de fármaco administrado mediante pruebas t de Student o U de Mann-Whitney según normalidad o mediante pruebas de χ^2 de Pearson para variables categóricas (programa SPSS).

RESULTADOS

121 pacientes recibieron tratamiento antiinflamatorio, 13 continuaban ingresados al final del periodo de estudio. La edad media fue de 63 años, siendo un 63,6% hombres. Los fármacos antiinflamatorios prescritos fueron: Tocilizumab (63,3%), Inmunoglobulinas (25,7%), Baricitinib (6,4%) y Anakinra (4,6%). Al 69,4% se le prescribió un único fármaco, al 24,1% dos, al 4,62% tres y al 1,85% los 4. El 77,7% de los tratamientos fue pautado por Medicina Interna (MIR) y el resto por UCI. La estancia media de ingreso fue de 20,6 días, la tasa de mortalidad fue del 32,4%. El 10,8% de los pacientes tratados en planta requirieron ingreso en UCI y el 6,9% de los pacientes requirieron reingreso hospitalario a los 14 días tras el alta.

No existieron diferencias estadísticamente significativas entre fármacos en ninguna de estas variables, a excepción del reingreso, que fue más frecuente en los que recibieron Baricitinib ($p=0.025$).

La diferencia en SatO₂ media fue de +4,11 %, siendo el grupo de Tocilizumab el que más mejoró este parámetro (diferencia: 6,75%, $p=0.030$).

Las diferencias medias en parámetros de analíticas previas al tratamiento y tras 5 días fueron: +0,27miles/mcl de linfocitos, -2050ng/ml de Dímero D, -8,7mg/dl de PCR, -127,4 ng/ml de ferritina. No hubo diferencias estadísticamente significativas en estas variables entre grupos, a excepción de la PCR que mejoró más en el grupo de Tocilizumab ($p=0,01$).

El 45% de los pacientes presentaron mejoría radiológica. Los pacientes con Tocilizumab y Anakinra presentaron tasas de mejoría mayores (51 y 50%, respectivamente $p < 0.05$)

CONCLUSIONES

Tocilizumab fue el fármaco más prescrito y el servicio prescriptor mayoritario, MIR. Hubo una elevada mortalidad, sin diferencias entre grupos respecto al tiempo de ingreso. Los parámetros que más mejoraron fueron Dímero D, PCR y SatO₂. La tasa de reingreso fue baja, siendo mayor con Baricitinib.

Los datos analizados indican que los pacientes a los que se les administra Tocilizumab tienen mejores resultados radiológicos, en oxigenoterapia y en disminución de PCR con respecto a los otros fármacos utilizados (inmunoglobulinas, Baricitinib y Anakinra), aunque serían necesarios estudios prospectivos de calidad que nos aporten una evidencia clara de mejoras en salud.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2467. PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO: TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN Y DESENLACE

AUTORES

MARTÍNEZ DE ARRIBA R, MARTÍNEZ FERNÁNDEZ M, DE LA MAZA URIARTE I, PICAZA ITURRICH A E, GARCÍA GONZÁLEZ B, BÓVEDA PÉREZ M, CARASA LÓPEZ I
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL. CTRA. ORÓN, 0. BURGOS

OBJETIVOS

Analizar los tratamientos utilizados para la infección por coronavirus SARS-CoV-2 en un centro socio sanitario (CSS), la evolución de los pacientes con prueba PCR positiva y el desenlace como éxitus o resultado inmunoglobulinas (Ig).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de la evolución de la infección por coronavirus en colaboración con el personal de enfermería del CSS. Se registraron los resultados de las PCR realizadas a pacientes con síntomas compatibles entre el 4 de abril, fecha del primer positivo, y el 24 de mayo de 2020. Se recogieron datos de edad, sexo, tratamientos utilizados, ingresos hospitalarios, pruebas de Ig y éxitus de pacientes con PCR positiva. Datos obtenidos del programa de gestión de farmacia, historia clínica electrónica hospitalaria y de atención primaria e historia en papel del CSS, así como resultados microbiológicos de las distintas pruebas.

RESULTADOS

Al inicio del estudio había 146 ingresados (73% mujeres).

Durante el periodo de estudio se realizaron PCR a 73 pacientes (50%) con síntomas compatibles, mediana 89 años (63-102), obteniendo resultado positivo en 40 de ellos (un 27,4% de todo el CSS) con una mediana de 89,5 años (73-101), el 80% mujeres.

Tres pacientes iniciaron tratamiento en ingreso hospitalario y 2 no recibieron tratamiento específico, uno por rápida progresión y otro por asintomático. De los restantes, el 100% iniciaron antibioterapia; 22 pacientes (63%) con amoxicilina/clavulánico oral + azitromicina oral, 9 pacientes (26%) con levofloxacino oral, 2 con ceftriaxona intramuscular y otros 2 con azitromicina oral. Tuvieron que recibir 2º ciclo de antibioterapia el 28,5% (10 pacientes), el 80% con ceftriaxona intramuscular y el 20% con ceftriaxona intramuscular + levofloxacino oral. Fallecieron 5 de los pacientes (50%) que necesitaron un segundo ciclo de antibioterapia.

El 91% de los pacientes (32) recibieron tratamiento anticoagulante (22 con enoxaparina y 10 con anticoagulantes orales). Un 40% (14) recibieron corticoide, en 2 de los cuales fueron intravenosos.

10 pacientes requirieron ingreso hospitalario; de ellos 5 recibieron tratamiento con hidroxiclороquina + azitromicina x 5 días + ceftriaxona intravenosa x 7 días, otros 2 ceftriaxona intravenosa en monoterapia, otro paciente 5 días de azitromicina + hidroxiclороquina, otro 5 días de levofloxacino intravenoso + hidroxiclороquina y otro levofloxacino intravenoso en monoterapia.

El 100% recibieron anticoagulación con enoxaparina y un 50% corticoides intravenosos.

Se obtuvo una mortalidad del 25% (10 pacientes, 1 de ellos en el hospital) con una mediana de 10 días hasta el evento (1-32) y una mediana de 90,5 años (84-97). En el mismo periodo el resto de CSS tuvo 11 éxitus (un 8%).

23 pacientes se consideran curados, 22 con IgG positiva y 1 con resultado de IgG e IgM negativos, mediana 36 días hasta resultado (19-42) y 7 pacientes aún aislados, con resultado IgM positiva, mediana de 39 días hasta resultado (15-48).

CONCLUSIONES

La infección por coronavirus revela un resultado de mortaliadad del 25%, doblando los registros de éxitus en el CSS durante el periodo de estudio.

Los tratamientos utilizados cumplieron las recomendaciones sanitarias para el manejo de la infección, tanto en el CSS como en el hospital, sin demostrar diferencias en la evolución de la infección en ninguno de ellos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2470. DISPENSACIÓN DOMICILIARIA EN TIEMPOS DE COVID-19: DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

AUTORES

MONTE BOQUET E, GARCÍA ROBLES A, TARAZONA CASANY MV, CUÉLLAR MONREAL MJ, PALANQUES PASTOR T, POVEDA ANDRÉS JL

HOSPITAL LA FE. AV. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Describir un programa de envío de medicamentos a domicilio puesto en marcha en una unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE) durante el estado de alarma debido a la pandemia COVID-19 y analizar los resultados obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio realizado en un hospital terciario con los pacientes incluidos en un programa de dispensación domiciliaria durante 8 semanas (3 de abril a 28 de mayo de 2020).

Se han analizado los pacientes incluidos y las dispensaciones realizadas (a partir de una base de datos creada para gestión de programaciones y envíos), así como el número de envíos y los bultos enviados (a partir de los partes de envío de la empresa de transporte). Se analizaron datos absolutos y medias diarias (\pm DE) y se calculó el porcentaje frente al total de pacientes atendidos (presenciales y domiciliarios). También se calculó, a partir del sistema de gestión de esperas, el tiempo medio de espera en la UFPE de los pacientes atendidos de forma presencial y se comparó con el del periodo anterior al estado de alarma.

RESULTADOS

Las características del programa fueron:

1. Todos los pacientes fueron candidatos y los que se incluyeron en el programa fue mediante solicitud del propio paciente vía web o correo electrónico y mediante contacto telefónico desde la UFPE
2. Se contactó con el paciente para realizar atención farmacéutica y concretar aspectos logísticos (dirección, día de entrega, teléfono)
3. Como máximo se dispensó medicación para dos meses (según Orden SND/293/2020 de 25 de marzo del Ministerio de Sanidad)
4. El envío lo realizó una empresa de transporte externa
5. Se realizaron entregas domiciliarias todos los días laborables (los lunes no se envió medicación termolábil)
6. El programa es voluntario y la UFPE siguió atendiendo a todo paciente que acudiera de forma presencial
7. La información del programa se publicó y difundió en la web de la UFPE. También se hizo difusión vía redes sociales y en el boletín interno del hospital (para conocimiento y difusión por parte de médicos y enfermeras)

Los resultados del programa durante el período de estudio fueron: 2001 pacientes incluidos, 1855 de ellos con medicación enviada (24,3% del total; $55,0 \pm 25,4$ diarios) y 146 ya programados (con fecha posterior al 28 de mayo), 3360 dispensaciones realizadas (25,1% del total; $93,3 \pm 48,5$ diarias), 2201 envíos realizados ($61,1 \pm 29,2$ diarios) y 2427 bultos preparados y enviados ($67,4 \pm 32,6$ diarios). El 60% de los pacientes solicitó el servicio por correo (30,2%) o por teléfono (29,8%), con el resto se contactó de forma proactiva desde la UFPE (40,0%). El tiempo medio de espera de los pacientes con atención presencial se redujo a la mitad (18,5 minutos antes y 9,6 minutos después).

CONCLUSIONES

El programa de envío de medicamentos a domicilio ha facilitado la permanencia de muchos pacientes en su domicilio durante el estado de alarma y ha reducido el tiempo de espera de los pacientes atendidos de forma presencial en la UFPE, contribuyendo todo ello a reducir el riesgo de contagio por el coronavirus SARS-CoV-2.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2471. CÁNCER Y SARS-COV-2: ¿MAYOR RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA?

AUTORES

SORIANO GUTIÉRREZ L, REDONDO CAPAFONS S, ORTONOBES ROIG S, LÓPEZ GARCÍA B, FLORIT SUREDA M, DE CASTRO JULVE M, PÉREZ CONTEL A, GÓMEZ VALENT M

CONSORCI CORPORACIÓ PARC TAULÍ. PARC TAULÍ, 1. BARCELONA

OBJETIVOS

El riesgo de enfermedad tromboembólica en pacientes oncohematológicos (POH) es 4-7 veces superior versus la población no oncológica.

La infección por SARS-CoV-2 podría estar asociada con coagulopatía. Inicialmente cursaría con elevación de dímero D (DD) y aparición de productos de degradación de fibrina/fibrinógeno. Las anomalías en el tiempo de protrombina (TP) y el recuento de plaquetas son relativamente poco frecuentes en las presentaciones iniciales.

El objetivo del estudio es analizar la incidencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en los POH infectados por SARS-CoV-2 respecto a la población oncológica no infectada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo del periodo 01/03/2020 a 14/05/2020.

Se incluyeron los POH que recibieron tratamiento en los últimos siete meses y con infección por SARS-CoV-2 confirmada por PCR o serología.

Se registró edad, sexo, obesidad, antecedentes de ACxFA y ETV (trombosis venosa profunda y/o embolismo pulmonar), localización tumoral, presencia de metástasis, tipo de tratamiento oncológico, valores analíticos (DD, TP, plaquetas, proteína C reactiva [PCR]), gravedad de la infección, días de hospitalización, fármacos prescritos y desarrollo de ETV durante el ingreso, medicación domiciliaria anticoagulante/antiagregante, profilaxis tromboembólica al alta y eventos de ETV a los 14 días post-alta.

Análisis estadístico realizado con Stata 13: Variables cuantitativas: mediana (rango intercuartil). Variables cualitativas: valor relativo.

RESULTADOS

Se incluyeron 26 pacientes cuya mediana fue de 67 años (57-75), 54% varones. Antecedentes personales: 8% ETV, 8% ACxFA, 27% obesidad. El 35% recibía antiagregantes/antiagregantes en domicilio.

Un 23% presentaban neoplasia de colon y un 15% de pulmón y vejiga respectivamente. El 50% tenían metástasis. Un 58% recibían tratamiento con quimioterapia y un 12% terapia dirigida. El 58% ingresaron con neumonía. Un 11% adicional acabó desarrollando neumonía durante el ingreso. El 31% restante de los POH se mantuvo sin neumonía. Sólo 1 paciente progresó a distrés respiratorio.

La mediana de duración de la enfermedad fue de 15 (13-16) días y la mediana de estancia hospitalaria (EH) de 12,5 (6-20).

En referencia al tratamiento para la COVID19, en un 85% fue quinina (hidroxicloroquina y/o cloroquina), 62% azitromicina, 42% lopinavir/ritonavir, 16% bolus de corticoides (al menos una dosis de 120 mg de metilprednisolona), 12% tocilizumab. Ningún paciente recibió remdesivir y/o anakinra.

POH con valores analíticos por encima de la normalidad: DD 50%, TP 31%, trombocitosis 8%, PCR 83%.

Un 81% de los POH se trató con HBPM durante el ingreso: un 73% con bemiparina y un 15% con enoxaparina. Ningún paciente desarrolló ETV durante el ingreso ni en el período de 14 días post-alta. Del 57% que superó la enfermedad, un 13% se altó con HBPM y ninguno con anticoagulantes orales.

CONCLUSIONES

A pesar de que los factores identificados en la bibliografía revisada como factor de riesgo de ETV empeoran durante la infección por SARS-CoV-2, los POH de nuestro estudio no presentan ningún evento ETV. Esto podría responder a la efectividad del protocolo de anticoagulación basado en tromboprofilaxis establecidos en el hospital.

Son necesarios más estudios con mayor tamaño muestral en esta población para poder extraer conclusiones robustas.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2476. DISPENSACIÓN DOMICILIARIA EN TIEMPOS DE COVID-19: SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

AUTORES

MONTE BOQUET E, CUÉLLAR MONREAL MJ, PALANQUES PASTOR T, TARAZONA CASANY MV, GARCÍA ROBLES A, POVEDA ANDRÉS JL

HOSPITAL LA FE. AV. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar el grado de satisfacción de los pacientes incluidos en un programa de envío de medicamentos a domicilio puesto en marcha en una unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE) durante el estado de alarma debido a la pandemia COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio realizado en un hospital terciario con los pacientes incluidos en un programa de dispensación domiciliaria durante 8 semanas (3 de abril a 28 de mayo de 2020).

Se elaboró una encuesta de satisfacción para los pacientes en la que se preguntó acerca del perfil demográfico, proceso de envío y entrega de la medicación, atención farmacéutica recibida y satisfacción con el programa. Además se les preguntó acerca de las principales ventajas e inconvenientes o aspectos de mejora del programa y si querían que se mantuviera tras el estado de alarma.

RESULTADOS

Durante el período de estudio, la encuesta fue enviada por correo electrónico a 540 pacientes (29,1% del total) que habían recibido su medicación en el domicilio. De ellos, contestaron 262 (48,5%), el 58,4% mujeres. El 7,6% eran menores de 18 años, el 72,6% tenían entre 18 y 65 años y el 19,8% eran mayores de 65 años. El 76,8% residían fuera de la ciudad del hospital (el 25,9% a más de 25 Km de distancia). El 17,9% son pacientes de la UFPE desde hace más de 10 años y un 17,2% desde hace menos de 6 meses. Los diagnósticos mayoritarios fueron esclerosis múltiple (13,2%), enfermedad oncohematológica (10,9%), artritis reumatoide (10,5%), trasplante de órgano sólido (9,1%) y fibrosis quística (7,3%). La mayoría eran pensionistas (37,5%) o con actividad laboral (36,8%). La mayor parte de pacientes conoció el

programa a través del hospital (34,0%) o de la web de la UFPE (29,4%). La medicación llegó en la fecha programada en el 97,7% de los casos y en el 96,6% sin errores. Solo en 4 casos se reporta algún problema con el transportista. Hubo contacto previo en el 95,4% de los casos y el 97,3% indican que pudieron resolver cualquier duda sobre su tratamiento. El 98,5% de los pacientes opina que la dispensación domiciliaria no afecta negativamente a la comunicación con la UFPE y que la atención farmacéutica prestada es mejor (63,0%) o igual (35,9%) que la presencial. El 99,2% de los pacientes recomendaría este programa y al 98,9% le gustaría que se mantuviera después del estado de alarma. El grado de satisfacción global fue de 9,6 (sobre 10), destacando como mayores ventajas el ahorro de tiempo y desplazamientos, la seguridad y la menor alteración de la vida diaria. Como aspectos a mejorar, destaca establecer un horario más concreto de entrega y mejorar la información sobre el programa y el sistema de gestión de las programaciones y envíos.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción de los pacientes con el programa de envío de medicamentos a domicilio ha sido muy elevado. Se constata el impacto positivo en la vida diaria de los pacientes, así como su demanda para disponer de un sistema de dispensación domiciliaria tras el estado de alarma.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2482. TELEFARMACIA Y DISPENSACIÓN A DOMICILIO ANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2, COVID-19

AUTORES

CAZORLA PODEROSO L, NAVARRO AZNAREZ H, PEREZ MORENO M, PASCUAL MARTINEZ O, ABAD BAÑUELOS B, MAGALLÓN MARTINEZ A, LOPEZ PEREZ A, ABAD SAZATORNIL MR
HOSPITAL MIGUEL SERVET. Pº ISABEL LA CATOLICA, 1-3.. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Evitar la interrupción o falta de persistencia al tratamiento crónico de los pacientes ambulatorios durante la pandemia por coronavirus.

MEJORAS ESPERADAS

Mejorar la adherencia y evitar discontinuaciones del tratamiento, así como la reducción de la propagación del virus y protección de los pacientes.

DISEÑO

Se detectó un menor número de pacientes en la Unidad de Pacientes Externos (UPE) del hospital y que la sala de espera no permitía las distancias sociales recomendadas. Además, de la necesidad de evitar la discontinuación del tratamiento, evitar aglomeraciones, nuevos contagios y propagación del virus. Se diseñó un circuito basado en atención farmacéutica telefónica y envío de medicación a domicilio gratuita para todos los pacientes que dieran su consentimiento, asegurando su confidencialidad. Esta iniciativa contó con la colaboración del Servicio de Informática, que realizó las modificaciones necesarias en el sistema informático para facilitar la detección de pacientes.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Identificación de pacientes.

La localización de pacientes se hizo a través de listados de la agenda de citas en UPE y de las prescripciones en papel de los servicios sin prescripción electrónica, ya que en aquellos con prescripción electrónica el sistema genera automáticamente una cita en UPE. Para contactar con el mayor número de pacientes posible se sacaban otros dos listados: pacientes citados previamente en farmacia no presentados y pacientes no citados pero que su prescripción era mayor que el periodo que cubría la medicación anteriormente dispensada.

2. Atención farmacéutica telefónica.

Una vez identificados los pacientes, vía telefónica se solicitaba el consentimiento para el envío a domicilio. Los pacientes eran atendidos por facultativos y residentes de Farmacia. Se realizaba una entrevista clínica, velando especialmente por la adherencia, pauta posológica adecuada y seguridad del paciente. Además, se confirmaba la dirección del domicilio de entrega explicando cómo, cuándo y quién realizaba esta actividad.

3. Preparación de pedidos.

Los pedidos se preparaban por el personal técnico de farmacia, apoyados por el almacén automatizado, en bolsas individuales con medicación para dos meses y la próxima cita en UPE. En la parte exterior llevaban una etiqueta identificativa del paciente, con su dirección y teléfono. En caso de que la medicación necesitara conservarse en frío, se guardaba en una nevera individual que garantizaba la correcta conservación.

4. Entrega medicación domicilio.

Los pedidos se enviaban a domicilio con ayuda de voluntarios de Cruz Roja, que previamente organizaban en rutas para minimizar el tiempo de entrega.

IMPLANTACIÓN

La actividad se inició el 25 de marzo de 2020.

RESULTADOS

A raíz de la crisis sanitaria, el número de pacientes diarios que acudían a la UPE descendió un 56% (media habitual: 215±25; media pandemia: 95±29). Durante 8 semanas se realizaron una media diaria de 70,2 [25-109] envíos en la ciudad y 11,4 [4-26] en los pueblos de la provincia. En total, 3116 envíos siendo el 88% a la ciudad y el 12% a pueblos. No hubo incidencias en la dispensación ni en la entrega.

LIMITACIONES

- Pacientes sin cita previa.
- Servicios sin prescripción electrónica.
- Ausencia de un protocolo de transporte establecido en el hospital.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Circuito aplicable a todos los Servicios de Farmacia Hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2494. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS, TRATAMIENTOS Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES SARS-COV-2 POSITIVO INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

LÁZARO CEBAS A, IZQUIERDO GARCÍA E, ALVARO ALONSO EA, SUCH DÍAZ A, FERNÁNDEZ JIMÉNEZ I, FONTÁN VELA M, RYAN MURUA P, ESCOBAR RODRIGUEZ I

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. AVENIDA GRAN VÍA DEL ESTE 80. MADRID

OBJETIVOS

Analizar las características, tratamientos y mortalidad de pacientes con diagnóstico de coronavirus (SARS-CoV-2) en un hospital de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se analizaron los tratamientos antivirales (hidroxicloroquina (HCQ), azitromicina (AZ), lopinavir/ritonavir (LP/r), interferón (INF) y remdesivir) y coadyuvantes (tocilizumab, corticoides) en pacientes adultos ingresados con SARS-COV-2 positivo (1/03/2020-30/04/2020).

Se recogieron al ingreso: sexo, edad, comorbilidades, saturación de oxígeno (SatO₂), radiografía de torax, dímero-D, lactato deshidrogenasa (LDH) y proteína C reactiva (PCR), interleukina-6 (IL-6), ferritina, inicio de los síntomas y estancia hospitalaria.

Se realizó un análisis univariante para examinar la asociación entre las variables recogidas y la mortalidad. Se realizó un análisis de subgrupos (< 65 años vs ≥ 65 años) para analizar la mortalidad asociada a las distintas combinaciones de tratamiento (HCQ_AZ±INF vs LP/r±AZ±HCQ±INF)

Los datos fueron recogidos en RedCap® y analizados con Stata14®.

RESULTADOS

Se incluyeron 1.332 pacientes (57,87% varones; 70 años (rango intercuartílico, RIQ:55-81). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (55,28%), diabetes mellitus (DM) (25,13%), cardiopatía crónica (24,54%) y obesidad (15,8%). Al ingreso, la SatO₂ basal fue de 94% RIQ(90-96) y el 91,80% presentaba infiltrados pulmonares (81,22% bilaterales). Desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso la mediana fue de 7 días RIQ(4-9). La mediana de estancia hospitalaria fue 9 días RIQ(6-14).

El 6,12% ingresó en unidad de críticos. El 77,25% fueron dados de alta y el 21,17% fallecieron. El 1,58% continúan ingresados.

Las variables asociadas con mortalidad fueron: sexo varón, mayor edad, menor SatO₂ basal, enfermedades crónicas [cardiopatía, hipertensión, enfermedad pulmonar, DM, enfermedad renal (ERC)], neoplasia sólida y hematológica, dímero-D, LDH y PCR.

El 96,55% recibieron tratamiento antiviral: 1,58% (n=21) HCQ monoterapia [61,90% varones, 80 años RIQ(70-86)], 60,74% (n=809) HCQ_AZ±INF [56,63% varones, 66 años (54-79)]; 2 pacientes recibieron además remdesivir], 34,23% (n=456) LP/r±AZ±HCQ±INF [(59,21% varones, 72 años RIQ(59-81)]. 46 pacientes (3,45%) no recibieron tratamiento [66,67% varones, 85 años RIQ(75-90)]. Se añadió al tratamiento en el 16,29% tocilizumab [73,27% varones, 62 años RIQ(53-70)] y en el 45,20% corticoides [46,18% con bolos: 67,99% varones, 68 años RIQ(56-79)].

La distribución de la mortalidad en los distintos grupos de antivirales fue: 42,86% en HCQ, 14,96% en HCQ_AZ±INF y 27,85% LP/r±AZ±HCQ±INF. La mortalidad en pacientes sin tratamiento antiviral fue del 54,35%.

En menores de 65 años (n=529) los grupos de tratamiento fueron comparables en las variables asociadas a mortalidad excepto ERC (1,59% pacientes HCQ_AZ±INF vs 4,83% LP/r±AZ±HCQ±INF, p=0,034) y neoplasia sólida (0,53% pacientes HCQ_AZ±INF vs 4,14% LP/r±AZ±HCQ±INF, p=0,003). La mortalidad asociada a HCQ_AZ±INF (n= 384) fue del 4,17% frente al 13,79% en LP/r±AZ±HCQ±INF (n= 145) (p=0,000). En los pacientes mayores de 65 años (n=734) los grupos fueron comparables excepto > LDH en HCQ_AZ±INF (327,81±126,343U/L vs 289,04±198,10U/L, p=0,0076), las diferencias en mortalidad fueron estadísticamente significativas [HCQ_AZ±INF n=423, mortalidad 24,82%; LP/r±AZ±HCQ±INF (n=311), mortalidad 34,41%; p=0,005].

CONCLUSIONES

Las variables asociadas a mortalidad fueron similares a las recogidas en otras cohortes. La mortalidad fue mayor en los grupos de tratamiento o no tratamiento con mayor mediana de edad. En pacientes menores y mayores de 65 años las combinaciones HCQ_AZ±INF estuvieron asociadas a menor mortalidad que las combinaciones de LP/r±AZ±HCQ±INF.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2503. CIRCUITO DE TRATAMIENTOS COVID19 AL ALTA DE URGENCIAS: SOLICITUD, DISPENSACIÓN Y SEGUIMIENTO TELEMÁTICO

AUTORES

MARIÑO MARTINEZ C, CASTELLANOS CLEMENTE Y, BRAVO LÁZARO C, FERNANDEZ ROMAN AB, SANCHEZ MINGORANCE JA, DOMINGUEZ GARCIA MJ, GARCIA GIL M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. C/ CAMINO DEL MOLINO, 2. MADRID

OBJETIVOS

Implantar un circuito multifuncional en la historia clínica electrónica (HCE) aplicado a pacientes en Urgencias que no requieren ingreso y reciben tratamiento con terapias COVID19 al alta.

MEJORAS ESPERADAS

Ante la gran demanda de dispensación de tratamientos COVID19 al alta de Urgencias, la implantación de este circuito permite la agilización de la misma, así como el registro sistemático del seguimiento farmacoterapéutico y la medición de resultados en salud de fármacos empleados fuera de las indicaciones aprobadas en ficha técnica.

DISEÑO

El circuito diseñado permite la solicitud de tratamiento, el registro sistemático de datos en HCE (Selene®), el seguimiento farmacoterapéutico y la evaluación de resultados en salud.

CIRCUITO Y ETAPAS

El circuito se inicia con una petición del Servicio de Urgencias (SU) en la HCE.

El Servicio de Farmacia (SF) recibe la petición y genera el consumo por paciente. Programa una cita en una agenda no presencial asociada a la petición para seguimiento farmacoterapéutico, cinco días más tarde de la fecha de realización de la misma. El día del seguimiento contacta telefónicamente con el paciente agendado, y genera un formulario que incorpora la información de la petición y recoge la información clínica relevante de efectividad y seguridad proporcionada por el paciente. Con el formulario genera un informe que permite exportar la información a una Nota de Farmacia para visibilizarla en la HCE.

Se programaron dos etapas para el desarrollo:

1. Formación del equipo multidisciplinar.
2. Diseño del formulario para la recogida de datos e informe farmacoterapéutico.

IMPLANTACIÓN

Se realizó una guía de realización de la petición que se distribuyó entre todos los facultativos y residentes del SU y del SF. La implantación tuvo lugar en marzo de 2020.

RESULTADOS

El equipo multidisciplinar constaba de tres farmacéuticos, un médico de urgencias y un informático.

Se definieron los siguientes campos en los formularios sistemáticos a cumplimentar por cada una de las partes implicadas:

SU:

- Tratamiento 1
- Tratamiento 2
- Observaciones

SF:

- Paciente y tratamiento: edad, sexo, neumonía, test, fecha dispensación kit, cambio de tratamiento, fecha dispensación kit cambio.
- Efectividad: fiebre, fatiga, tos seca, anorexia, mialgias, disnea, producción esputo, otros.
- Seguridad: cefalea, náuseas, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, visión anormal, signos de hipoglucemia, cansancio/debilidad, alteraciones sueño, erupción cutánea, otros.

Se realizaron un total de 635 peticiones, entre marzo y mayo. Todas las peticiones fueron correctamente cumplimentadas, permitiendo la explotación de datos clínicos de los pacientes.

Teniendo en cuenta que se dispensó tratamiento al alta para 1400 pacientes, desde el SF se pudo realizar seguimiento farmacoterapéutico del 45% de los pacientes con sospecha de COVID que no cursaban ingreso.

LIMITACIONES

La no realización de la petición, condicionada por la gran presión asistencial, compromete el seguimiento farmacoterapéutico.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Esta iniciativa se considera de fácil extrapolación a otros centros, siempre que exista un programa de HCE que permita la realización de peticiones al SF y el compromiso de los profesionales implicados en el proceso.

La utilización de esta tecnología ha permitido:

- Gestión y agilización de la elevadísima demanda
- Registro sistematizado de información e integración en la HCE.
- Organización de seguimiento farmacoterapéutico.
- Medición de resultados en salud.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2509. IMPLANTACIÓN DE UN SERVICIO DE ENVÍO A DOMICILIO DE MEDICACIÓN CRÓNICA DURANTE LA PANDEMIA COVID

AUTORES

CORRALES PEREZ L, SOLIS OLIVARES J, SOTO BASELGA I, MORIEL SANCHEZ C
HOSPITAL UNILV DE MOSTOLES. C/ RIO JUCAR, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Describir el proceso de implantación de un Servicio de envío a domicilio en un Servicio de Farmacia a partir de la pandemia COVID.

MEJORAS ESPERADAS

Evitar el desplazamiento de los pacientes para recoger su medicación crónica, minimizando el riesgo de infecciones (COVID-19), incrementado la satisfacción de los pacientes y minimizando las posibilidades de que abandonen el tratamiento, realizando conjuntamente consultas telefónicas.

DISEÑO

Se determinó el perfil de pacientes candidato al envío de medicación de manera proactiva y se realizaron las siguientes actividades previas: elaboración de base de datos Excell para el registro de pacientes candidatos y fechas de envío, elaboración de un consentimiento informado con registro en la Historia electrónica de Selene®, elaboración de una hoja recibí, selección de embalaje en función de los requerimientos de conservación de la medicación y anonimizado en el que no se pudiera identificar el contenido y elaboración de una encuesta de satisfacción.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Diariamente, el farmacéutico identifica los pacientes a enviar tratamiento y realiza la atención farmacéutica citándolos en agenda no presencial, con similares actividades a las que realizaría de manera presencial. Obtiene el consentimiento informado de entrega a domicilio que se registra en Historia clínica e imprime la orden médica del módulo de pacientes externos de Farmatools tras su validación, así como la hoja recibí/etiquetas de embalaje y en caso de primer envío, el consentimiento informado. Todo ello se lo entrega al técnico de Farmacia
- El Técnico prepara/acondiciona la medicación individualmente y según condiciones de conservación del medicamento, da consumo informático de la medicación por paciente y deja el albarán de medicamentos para el paciente dentro del embalaje. En caso de ser la primera dispensación a domicilio, se incluirá en el embalaje también el consentimiento informado.
- Se avisa telefónicamente a los pacientes de la fecha de envío y se prepara la ruta.
- Un celador identificado recoge la medicación individualizada y realiza la entrega en domicilio. En caso necesario, entrega/recoge contenedores de agujas y medicación que los pacientes deban devolver al Servicio de Farmacia.
- El farmacéutico registra la fecha del próximo envío en la base de datos en función de la fecha de vuelta, próximas consultas/analíticas presenciales, etc.
- Posteriormente, se realizará una encuesta de satisfacción a pacientes seleccionados aleatoriamente de manera telefónica.

IMPLANTACIÓN

El proyecto se diseñó entre el 16-20 de marzo-2020 y la primera entrega el 25 de marzo-2020.

RESULTADOS

Del 25-marzo al 25-mayo se envió medicación a 496 pacientes (58,11 años) realizándose 640 envíos. Los tratamientos enviados fueron principalmente inmunomoduladores (51,41%), antivirales (17,94%) y tratamientos onco-hematológicos (10,08%). Se realizaron 630 consultas telefónicas de atención farmacéutica.

LIMITACIONES

Tiempo limitado para diseñar e instaurar el circuito ante la urgencia sanitaria.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La situación de pandemia COVID ha implicado la necesidad de modificar algunos de nuestros circuitos, y esta situación debe considerarse como una oportunidad para promover nuevas acciones y formas de trabajar en nuestra labor asistencial con los pacientes crónicos, en concreto en la teleconsulta y en la posibilidad de envío de medicación a determinados grupos de pacientes, pudiendo ser aplicable a cualquier Servicio de Farmacia Hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2525. EVALUACIÓN DE LA ADAPTACIÓN POSOLÓGICA DE LA INMUNOTERAPIA EN LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

AUTORES

MARAY MATEOS I, ÁLVAREZ ASTEINZA C, CARBAJALES ÁLVAREZ M, FERNÁNDEZ LAGUNA CL, MACÍAS RIVAS L, PIERAS LÓPEZ Á, ORDOÑEZ FERNÁNDEZ L, LOZANO BLAZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVENIDA DE ROMA SN. ASTURIAS

OBJETIVOS

Describir la adaptación de la terapia antineoplásica basada en inmunoterapia durante la pandemia por SARS-CoV-2. Evaluar la seguridad y repercusiones del tratamiento en los pacientes con adaptación de la pauta posológica de inmunoterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS

En marzo de 2020 se consensuó entre los servicios de Oncología Médica y Farmacia la modificación de pautas de: atezolizumab a 1680mg c/4 semanas, pembrolizumab a 400mg c/6 semanas y a nivolumab 480mg c/4 semanas en la indicación de cáncer de cabeza y cuello (pauta ya usada previamente en el resto de indicaciones) con el fin de reducir desplazamientos al hospital durante la pandemia SARS-CoV-2.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes tratados con fármacos antineoplásicos basados en inmunoterapia con posología distinta a la habitual en el centro, entre el 19 de marzo al 19 de mayo de 2020.

Se recogió de la historia clínica electrónica datos demográficos de los pacientes, tratamiento, indicación, duración total del tratamiento, duración con la nueva posología, toxicidades previas y que han surgido desde la nueva pauta evaluadas con la escala CTCAE v5.0 y suspensiones del tratamiento. También se calculó el número de desplazamientos evitados al cambiar de posología.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio 35 pacientes (20 hombres) con una mediana de edad de 64 años (rango 45-84) fueron tratados con las pautas acordadas.

Antes de iniciar la nueva pauta, los pacientes habían recibido una mediana de 4 ciclos (rango 1-36). El 37% había presentado un total de 18 reacciones adversas al tratamiento. El 23% había sufrido toxicidad grado 1, otro 23% grado 2 y 3% grado 3. El 20% había experimentado toxicidad cutánea, 17% hipotiroidismo, 6% astenia, 3% anemia y 3% neumonitis. Con la nueva posología se administraron una mediana de 2 ciclos (rango 1-3), el 14% sufrió alguna reacción adversa, presentándose un total de 6 eventos adversos. El 9% del total tuvo toxicidad grado 1, 3% grado 2 y 3% grado 3. 2 pacientes padecieron toxicidad cutánea, 1 astenia, 1 edema, 1 toxicidad hepática y 1 síndrome nefrótico. Debido a efectos adversos, un paciente regresó a la anterior pauta posológica y 2 pacientes suspendieron el tratamiento. Uno de ellos fue exitus. Durante el tratamiento con la nueva posología se detectó progresión en 7 pacientes. Durante estos 2 meses se lograron evitar 40 desplazamientos al hospital debido al cambio posológico.

CONCLUSIONES

No se observó mayor incidencia de eventos adversos en las pautas modificadas con respecto a los registrados previamente con la posología convencional, aunque sería necesario evaluar un periodo de tiempo mayor con el fin de llegar a una conclusión significativa.

La adaptación posológica permite reducir el número de visitas al hospital, en pacientes más susceptibles de padecer infecciones y complicaciones.

Debido al espaciado de las consultas presenciales, sería conveniente el establecimiento de un estrecho seguimiento por parte del farmacéutico especializado en oncohematología, con el fin de detectar eventos adversos de manera precoz, mejorando la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2527. ANÁLISIS DEL USO DE FÁRMACOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT EN PACIENTES CON SARS-COV-2.

AUTORES

DE LA CALLE RIAGUAS B, GÓMEZ ESPINOSA P, ROMERO MARTÍN C, JULIÁ LUNA FJ, IRANZU APORTE MC, GONZALEZ JOGA B, GARCÍA ESTEBAN B, CASAMAYOR LAZARO B
HOSPITAL GENERAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. CARRETERA DE MADRID KM 114. TOLEDO

OBJETIVOS

Hidroxycloquinina y lopinavir/ritonavir pueden prolongar el intervalo QT. Ambos fármacos interactúan entre sí aumentando este riesgo, por lo que la adición de más fármacos con este efecto podría ser de mayor toxicidad y propiciar Torsión de Puntas (TdP). El objetivo de nuestro estudio es analizar la prescripción de fármacos que presenten riesgo de prolongar el intervalo QT en pacientes en tratamiento con estos fármacos e identificar los fármacos más implicados en la potenciación de este riesgo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo y transversal en un hospital general (Abril 2020). Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SARS-CoV-2 que tenían prescritos 2 o más fármacos con cualquier riesgo de producir TdP además de hidroxycloquinina y/o lopinavir/ritonavir. Se recogen: datos demográficos (sexo y edad), número y fármacos con riesgo de TdP y factores de riesgo (FR): patología cardiovascular, patología tiroidea, insuficiencia renal, insuficiencia hepática y alteración electrolítica. 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.

Los datos se obtuvieron del módulo de Dispensación a pacientes ambulatorios de Farmatools® e historia clínica electrónica (HCE).

RESULTADOS

Se evaluaron 33 pacientes (51,5% mujeres) con edad media 77,4 años (51-95 años). El 81,8% (27) eran mayores de 65 años. El 36,4% (12) de los pacientes llevaba prescrito hidroxycloquinina, el 12,1% (4) lopinavir/ritonavir y el 51,5% (17) ambos fármacos.

El 27,3% (9) presentaron un FR, el 69,7% (23) más de uno y el 3% (1) no presentaron ninguno. De los FR encontrados, el 38,1% (29) estaban relacionados con patología cardiovascular, el 5,3% (4) con patología tiroidea, el 15,8% (12) con insuficiencia renal, el 17,1% (13) con insuficiencia hepática y el 23,7% (18) con alteración electrolítica.

Además de hidroxycloquinina y/o lopinavir/ritonavir, el 48,5% (16) llevaban prescrito dos fármacos con riesgo de TdP, el 33,3% (11) tres, y el 18,2% (6) más de tres; entre los cuales un 31,5% (29) con riesgo definido, 5,4% (5) con riesgo posible y 63% (58) con riesgo condicional.

Los principales fármacos prescritos de riesgo definido fueron: azitromicina (58,6%), ondansetrón (17,2%) y haloperidol

(13,8%); con riesgo posible: venlafaxina (40%), mirtazapina (40%) y nicardipino (20%) y con riesgo condicional: omeprazol (44,8%), furosemida (13,8%) y trazodona (6,9%).

CONCLUSIONES

Aproximadamente la mitad (52%) de los pacientes llevaban prescritos más de tres fármacos con riesgo de TdP. Un 31,5% de estos fármacos tenían riesgo definido de TdP.

La mayoría de los pacientes presentaba FR.

Por estos motivos, en un posible repunte sería necesaria una validación exhaustiva de estos fármacos por el farmacéutico y crear equipos multidisciplinares para disminuir la prescripción de estos fármacos, especialmente en pacientes con hidroxycloquinina, lopinavir/ritonavir y factores de riesgo.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2531. PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES SOBRE EL LUGAR DE DISPENSACION DE LA MEDICACION AMBULATORIA ¿NOS ADAPTAMOS A ELLAS?

AUTORES

ALVAREZ EXPOSITO L, PENA VILLANUEVA P, CID ALMENDROS S, RUIZ GALVEZ L, LA ORDEN MARTINEZ C, GARCIA MUÑOZ E, MOLERA FARRE S, SEIJO LOPEZ A
HOSPITAL COMARCAL DE BLANES. ACCÉS CALA SANT FRANCESC, 5. GIRONA

OBJETIVOS

Establecer las preferencias de los lugares de recogida de medicación de los pacientes en el contexto de una pandemia mundial. Comparar dichas preferencias con la práctica habitual existente previa a la COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Al inicio de la pandemia se elaboró un PNT entre farmacéuticos y técnicos que incluyese todos los circuitos disponibles para la dispensación de medicación ambulatoria. En él, además de la clásica consulta de dispensación de medicación ambulatoria en el Servicio de Farmacia (SF) y la dispensación domiciliaria de las nutriciones enterales y espesantes (NEyE), se incluía la creación de tres puntos nuevos de dispensación: uno en el SF de acceso directo en coche, uno a nivel del centro de atención Primaria (CAP) de referencia del paciente (con dispensación rápida desde recepción) y un circuito para envío directo a domicilio del paciente a través de voluntariado a nivel local. Este último circuito se limitó a aquellos pacientes que fuesen personas de riesgo que no pudiesen adherirse a las dos primeras opciones. En todos de los casos se garantizó la confidencialidad de los pacientes y sus tratamientos.

Se estableció el periodo de estudio: del 14 de marzo (inicio alarma sanitaria) al 18 de mayo (fase 1 de la desescalada en el región sanitaria afectada). Se informó a los pacientes de las opciones disponibles cuando contactaban para solicitar información sobre la dispensación en el periodo Covid.

Se registraron todas las dispensaciones realizadas a cada paciente en el periodo de estudio y el método al que se adhirió cada uno. Además se realizó seguimiento telefónico de recepción de la medicación por parte del paciente, y de la aparición de incidencias o problemas con la medicación, relacionado con la autoadministración de los tratamientos subcutáneos (sobre todo cuando era la primera autoadministración).

RESULTADOS

Un total de 547 pacientes fueron atendidos por el SF en el periodo de estudio. De estos, el 87,6% (479 pacientes) debían acudir a la consulta en el SF y el 12,4% (68 pacientes) estaban en el programa de dispensación domiciliaria de NEyE. Durante la COVID-19, de los 479 pacientes que deberían acudir al SF, el 61,38% prefirió la recogida rápida en coche (294 pacientes) y el 4,18% el envío a los CAPs (20 pacientes). Respecto al envío domiciliario a través del voluntariado, solo fue necesario en el 0,63% (3 pacientes).

Con respecto a la dispensación en la consulta del SF, solo el 33,82% de los pacientes continuaron acudiendo según circuito previo presencial (162 pacientes).

CONCLUSIONES

En el contexto de la COVID-19, nuestros pacientes prefirieron mayoritariamente la dispensación rápida de acceso directo en coche, un nuevo circuito creado de forma temporal y por necesidad urgente durante la pandemia, dado que solo se pudo ofrecer dispensación domiciliaria a pacientes muy seleccionados y con ayuda de voluntarios.

La alarma sanitaria ha puesto de manifiesto la necesidad de implementar nuevos métodos de dispensación, adaptados a las preferencias del paciente, promoviendo la seguridad y la equidad en la dispensación de los tratamientos de dispensación hospitalaria en el territorio.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2532. TOLERABILIDAD DE LOPINAVIR/RITONAVIR EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2

AUTORES

CALDERÓN ACEDOS C, RUBIO CEBRIÁN B, GARRIDO PEÑO N, MORIEL SÁNCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. CALLE LUIS MONTES S/N. MADRID

OBJETIVOS

Lopinavir/ritonavir (LPV/r) es un inhibidor de la proteasa del VIH indicado en combinación con otros antirretrovirales para el tratamiento del VIH en adultos y desde los 14 días de edad. Aunque la evidencia sobre su eficacia en el tratamiento de la neumonía por SARS-CoV-2 es muy limitada, ha sido incluido en los protocolos de manejo clínico de estos pacientes en

la mayoría de los hospitales españoles. La posología utilizada ha sido 400/100 mg cada 12 horas vía oral durante 7 a 14 días. El objetivo es analizar su tolerabilidad en los pacientes ingresados en el hospital por COVID-19 y si ésta difiere de la descrita en ficha técnica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de los pacientes ingresados diagnosticados de COVID-19 por reacción en cadena de polimerasa (PCR), tratados con LPV/r desde marzo a mayo de 2020 en un hospital general de 300 camas. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica Selene® y del Módulo de Unidosis Farmatools®. Se recogieron datos de: edad, sexo, duración del ingreso, gravedad de la infección, duración del tratamiento con LPV/r, reducción de dosis, causa de suspensión y uso concomitante de loperamida y/o metoclopramida pautados. Además, se recopiló el número de pacientes que suspendieron tratamiento y las causas de suspensión en ensayos clínicos pivotaes de LPV/r de ficha técnica e informe EPAR.

RESULTADOS

690 pacientes (58,26% hombres) recibieron tratamiento con LPV/r con una media de edad de 65,08 (DE:14,17). La mediana de duración del ingreso fue 9 días, (1 a 48) En cuanto a la gravedad, el 2,4% tuvieron enfermedad no complicada, el 46,4% neumonía leve y el 51,2% neumonía grave, de los cuales el 16,23% (112) fallecieron. La mediana de duración del tratamiento fue 7 días (1 a 20) completando el tratamiento tras el alta un 39,1%. Se ajustó la dosis a la mitad en 2 pacientes por elevación de transaminasas. Recibieron metoclopramida un 4,49%, loperamida un 7,83% y 2,9% ambos. 116 (16,8%) no completaron 7 días de tratamiento: 56 (8,11%) por efectos adversos y 60 por exitus (8,7%). Las causas de suspensión fueron: Diarrea (24), mala tolerancia digestiva (náuseas y/o vómitos) (24), elevación de transaminasas (> 5 veces) (6) dolor abdominal (1) y rash (1). Por rango de edad suspendieron LPV/r por intolerancia gastrointestinal: < 40 años (2), 40-50 años (5), 51-60 años (6), 61-70 años (13), 71-80 años (12) y > 80 años (13).

CONCLUSIONES

En los ensayos clínicos en VIH recibieron LPV/r 326 pacientes (80% hombres) con una media de edad de 37,8 años (19-84) y una exposición de 196 días. El 4% (13) abandonaron por efectos adversos relacionados: problemas digestivos (8), rash (2) y elevación de transaminasas (> 5 veces) (1). En nuestro registro abandonaron el tratamiento el 8,11% con una exposición de 7 a 14 días y fue necesario reducir dosis en 2 casos, aunque no se produjeron efectos adversos muy graves. Si bien las causas de suspensión de tratamiento son similares, la tolerabilidad observada en los pacientes con COVID-19 de nuestro estudio es menor y parece disminuir con la edad.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2538. ATENCIÓN FARMACÉUTICA NO PRESENCIAL A PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA.

AUTORES

CALLEJA BUENO A, BARROSO CASTRO J, LIGROS TORRES M, ANTÓN MÉNDEZ X, FERNÁNDEZ PEÑA A, CASAS ARRATE J, BASKARAN KALTZAKORTA Z
HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. PZA. DE CRUCES, S/N. VIZCAYA

OBJETIVOS

Rediseñar el circuito de atención farmacéutica (AF) a pacientes con fibrosis quística (FQ), con el fin de limitar su contacto con el entorno hospitalario, en el contexto de la pandemia de COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

Los pacientes con FQ son pacientes crónicos polimedificados atendidos en unidades de referencia por equipos multidisciplinares. Desde la unidad de AF a pacientes externos (UFPE) del hospital se dispensa todo su tratamiento. Son una población bien identificada, de especial vulnerabilidad ante infecciones respiratorias y gran dispersión geográfica. Por todo ello, se detectó la necesidad de establecer un circuito específico, que permitiera ponerlo en marcha con rapidez, sin que ello supusiese una disminución en la calidad de la atención.

DISEÑO

Tras la declaración del estado de alarma se trabajó con la unidad de FQ en consensuar un procedimiento que se adaptase a una situación en la que gran parte de consultas médicas presenciales iban a ser canceladas o transformadas en telefónicas. El orden de prioridad para la atención y dispensación se estableció en función de la proximidad de la consulta cancelada, fecha aproximada en la que necesitarían medicación.

El 18 de marzo se contactó desde la UFPE con la asociación de FQ para comunicar cuales eran nuestros objetivos y necesidades y las acciones que se llevarían a cabo.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. La enfermera coordinadora de la unidad de FQ envía a UFPE la relación de pacientes cuya cita presencial ha sido suspendida.
2. El farmacéutico realiza una consulta telefónica de AF no presencial.
 - 2.1. Validación farmacoterapéutica.
 - 2.2. Seguimiento individualizado y necesidad de medicación.
 - 2.3. Registro en historia clínica electrónica (HCE).
 - 2.4. Consensuar método de entrega.
 - A. Call&Collect: recogida mediante vehículo particular.
 - B. Envío a domicilio según lo acordado con la asociación de pacientes FQ Euskadi.
 - C. Envío mediante empresa externa o Distribuidora farmacéutica.

D. Si no necesita aun medicación se programa una consulta telefónica posterior.

3. Preparación de medicación y dispensación.

IMPLANTACIÓN

Desde el 18 de marzo de 2020.

RESULTADOS

En nuestra UFPE se proporciona AF especializada a un total de 103 pacientes con FQ, 61 adultos y 42 menores de 18 años. Desde la implantación hasta el 18 de mayo se contactó con un total de 84 pacientes, de ellos 13 (15%) acudieron presencialmente (5 con consulta telefónica previa) y a 64 (76%) se les dispensó la medicación mediante alguno de los nuevos métodos propuestos. Se hicieron 32 entregas mediante la opción A, 25 opción B y 13 opción C.

Se registraron las intervenciones en la HCE, notificando actualizaciones de tratamiento (22) y faltas de adherencia (11). Cuatro pacientes iniciaron tratamiento con Tezacaptor/Ivacaftor o Lumacaftor/Ivacaftor, a los que se envió información escrita y una encuesta de la calidad de vida previa al inicio.

LIMITACIONES

La aplicabilidad fuera de este contexto es limitada, ya que los pacientes suelen acudir al hospital a consultas presenciales cada 2-3 meses. Sin embargo, realizar una consulta de AF previa permite disminuir los tiempos de espera en farmacia el día de la consulta, así como establecer el modo de entrega de medicación más adecuado para el paciente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a todas las UFPE que atiendan a pacientes con estas características.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2548. PANDEMIA COVID-19: INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN EL ANÁLISIS FARMACOTERAPÉUTICO DE INTERACCIONES.

AUTORES

DE LA CALLE RIAGUAS B, GÓMEZ ESPINOSA P, ROMERO MARTÍN C, JULIÁ LUNA FJ, GARCÍA ESTEBAN B, CASAMAYOR LÁZARO B, IRANZU APORTE MC, BERROCAL JAVATO MA
HOSPITAL GENERAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. CARRETERA DE MADRID KM 114. TOLEDO

OBJETIVOS

Describir y analizar el perfil de interacciones clínicamente relevantes en pacientes ingresados con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 y valorar el grado de aceptación de las intervenciones farmacoterapéuticas (IF) realizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal de un mes de duración (Abril 2020) en un hospital general. Se incluyeron pacientes hospitalizados en tratamiento con lopinavir/ritonavir y/o hidroxiclороquina con al menos una interacción farmacológica. Se recogen: datos demográficos (sexo y edad), comorbilidades, número y fármacos con riesgo de interacción y verificación de supervivencia al mes del ingreso.

Las interacciones se consideraron relevantes según su potencial (interacción potencial clínicamente significativa/no coadministrar) utilizando la base de datos online de la Universidad de Liverpool (covid19-druginteracciones.org). Se recogieron los tipos de intervenciones realizadas (reducción de dosis/monitorización/suspensión) y grado de aceptación por parte del médico prescriptor de la intervención sugerida.

Los datos se obtuvieron del módulo de Unidosis de Farmatools® e historia clínica electrónica (HCE) y se recogieron en tabla Excel®.

RESULTADOS

Se evaluaron 40 pacientes (45% mujeres) con edad media 75,6 años (51-95 años). El 80% (32) eran mayores de 65 años. El 97,5% (39) presentaba al menos una comorbilidad. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (70%), dislipemia (42,5%), diabetes mellitus (25%), insuficiencia renal crónica (19%) y síndrome depresivo (19%).

El 12,5% (5) de pacientes llevaba prescrito lopinavir/ritonavir, el 32,5% (13) hidroxiclороquina y el 55% (22) ambos fármacos.

Se detectaron un total de 49 interacciones, donde el 57,1% (28) fue considerada interacción potencial clínicamente significativa y el 42,9 (21) no coadministrar. El ratio de interacciones por paciente fue de 1,2 (rango 1-3).

Se realizaron 44 IF (23 disminuciones de dosis y/o monitorización y 21 retiradas de fármacos), de las cuales, 81,8% (36) fueron aceptadas (65,2% (15) en disminución de dosis y/o monitorización y 100% (21) en retiradas de fármacos).

Los principales fármacos implicados en las interacciones fueron: amlodipino (14,3%), ondansetrón (12,2%), haloperidol (12,2%), quetiapina (6,1%) y doxazosina (6,1%). Por grupos terapéuticos: antipsicóticos (24,5%), antihipertensivos (20,4%), antidepresivos (16,3%) y antieméticos (12,2%).

De los 40 pacientes, 33 permanecen vivos en la actualidad y 7 fueron exitus.

CONCLUSIONES

Casi la totalidad (98%) de pacientes presentaba comorbilidades y más de la mitad (55%) estaba en tratamiento con ambos fármacos, aumentando el riesgo de interacciones, registrándose un 43% candidatas a discontinuación de fármacos. En la totalidad de los pacientes fue necesario realizar IF, aceptándose el 100% en retiradas de fármacos. El fármaco más implicado en las interacciones fue amlodipino y por grupo terapéutico los antipsicóticos.

Ante la falta de experiencia con estos tratamientos y debido a la novedad que ha supuesto esta pandemia es importante el papel del farmacéutico hospitalario en el control de estas interacciones.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2551. EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADECUACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL A LAS RECOMENDACIONES DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EN PACIENTE CRÍTICO COVID-19****AUTORES**

ÚBEDA RUIZ B, ESCRIGAS FERNÁNDEZ C, BERMEJO LORERO B, CUERVO ESCRIBANO K, SAN ANDRES CORRAL C, PEREZ PEREZ D, LUQUE INFANTES MR
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. CTRA. ALCALÁ - MECO, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Ante la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2, las distintas sociedades científicas (SC) han emitido recomendaciones sobre el manejo nutricional en pacientes afectados por la enfermedad COVID-19.

El objetivo es analizar el soporte nutricional especializado (SNE) en pacientes que han requerido ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro hospital, y evaluar el grado de adecuación a la bibliografía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo del 13 de marzo al 15 de mayo de 2020. Se incluyeron pacientes críticos con PCR positiva para SARS-CoV-2, que precisaron nutrición parenteral total durante su ingreso en UCI. Se recogió información demográfica (sexo y edad), datos antropométricos (peso, talla e índice de masa corporal (IMC)), e información del SNE (nutrición enteral, nutrición parenteral individualizada y suplementos nutricionales) en los días uno y siete del ingreso en la unidad.

Se tomaron como referencia las siguientes recomendaciones de las SC: a) Inicio precoz de la nutrición enteral (NE); en las primeras 24-48 horas de la admisión en UCI o 12 horas tras la intubación e instauración del soporte ventilatorio. b) Inicio del SNE a dosis bajas (hipocalórica o trófica). c) Selección de fórmulas de NE ricas en ácidos grasos esenciales omega-3; ácido eicosapentaenoico (EPA) y ácido docosahexaenoico (DHA). d) Alcance de requerimientos energéticos de 15-20 kcal/kg de peso actual/día (70-80% de los requerimientos totales) y proteicos de 1.2-2.0 g/kg de peso actual/día en la primera semana.

Para la evaluación, se calcularon los requerimientos energéticos y proteicos teóricos por paciente. En pacientes obesos (IMC \geq 30 kg/m²) los cálculos se realizaron con su peso ajustado. Se compararon estos datos frente a los aportes recibidos, obtenidos de la terapia nutricional pautada en la historia clínica electrónica. Se asumió una diferencia entre valores teóricos y alcanzados del \pm 10%.

RESULTADOS

Se incluyeron 36 pacientes, 75% (n=27) hombres, edad media de 61 años [41-78] e IMC medio de 33,4 [23-51] kg/m². La estancia media en UCI fue 20,31 días [5-63]. Todos precisaron de intubación a su ingreso, y la NE se inició en las primeras 12 horas en el 47,22% (n=17). La fórmula escogida para el 52,78% (n=19) de los pacientes era rica en EPA y DHA. El SNE inicial fue hipocalórico en el 80,56% (n=29) de los pacientes. En la primera semana, se alcanzaron los requerimientos energéticos teóricos en el 29,03% (n=9). De los pacientes restantes, el 19,35% (n=6) estaba por debajo de sus necesidades y el 51,61% (n=16) por encima. Los aportes proteicos alcanzaron los valores recomendados en el 77,42% (n=24). No se pudieron valorar 5 pacientes; 2 por éxitus y 3 por traslado a otro centro.

CONCLUSIONES

En la mayoría de los pacientes, el SNE se inició de manera precoz y con una dosis ajustada a los estándares, así como el aporte proteico alcanzado en la primera semana. Sin embargo, destacó una tendencia a sobreestimar los requerimientos energéticos. Por ello, se detectó una oportunidad de mejora, a través de la evaluación e implantación junto con el Servicio de Nutrición y Endocrinología de un procedimiento estandarizado para el SNE en este grupo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2561. EFICACIA DE LOS PULSOS DE CORTICOIDES EN PACIENTES CON CORONAVIRUS****AUTORES**

BUSTOS MORELL C, SALAS JARQUE J, MONFORTE GASQUE MP, BAGÜESTE MORAN PL, LABRADOR ANDUJAR N, BAUTISTA ALONSO RE, LAZARO GALLARDO EM, CASTRESANA ELIZONDO M
HOSPITAL DE BARBASTRO. CTRA N 240 S/N. HUESCA

OBJETIVOS

Observar el efecto del tratamiento con esteroides en pacientes CoViD-19 en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multidisciplinar antes-después de dos meses, se incluyeron pacientes ingresados que recibieron pulsos de metilprednisolona \geq 125 mg/día durante 3-5 días y se analizaron variables epidemiológicas y clínicas obtenidas a través de la Historia Clínica Electrónica y del programa de prescripción. Se analizaron fiebre, disnea, tos y saturación de oxígeno, LDH (lactato deshidrogenasa), PCR (proteína C reactiva), procalcitonina, ferritina, fórmula leucocitaria y dímero D, así como imagen radiográfica, que se midieron antes y después de la administración de corticoides.

RESULTADOS

Se trató con corticoides a 41 de los pacientes ingresados diagnosticados de coronavirus (35,65%), 75,61% varones, media de edad de 71,9 años (DE de 12,19). El 2,4 % sufría EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica); el 4,88 %, cáncer; 58,54 %, hipertensión (de los cuales el 75 % tomaba IECAS (inhibidores enzima convertidora de angiotensina) y/o ARA-II (antagonistas de receptores de angiotensina)); 29,27 %, diabetes; 34,15 %, obesidad; 34,88 %, hepatopatía; 9,76 %, con

tabaquismo y extabaquismo; y 9.76 %, bajo tratamiento inmunosupresor.

El diagnóstico de la enfermedad se realizó mediante PCR (reacción en cadena de la polimerasa) en el 82.93 % de los pacientes y fue clínico en 17.07 % de ellos. La mediana del día del ingreso hospitalario se produjo en el 8º día desde los primeros síntomas. Permanecieron hospitalizados una media de 13.85 días, un 12.2% ingresó en UCI (unidad de cuidados intensivos) y hubo 6 fallecidos (14.63%).

Un 46.34 % de los pacientes recibió hidroxiclороquina en combinación con azitromicina, un 48.78 % de los pacientes recibió el triplete lopinavir/ritonavir, azitromicina e hidroxiclороquina. Un 19.51 % de los pacientes precisó tratamiento con tocilizumab.

La mediana de duración de la pulsoterapia con esteroides fue de 2 días (rango de 1-5 días), y la moda de la dosis del esteroide usado fue de 250 mg (rango de 500-125 mg). Sólo un paciente precisó dos tandas de 3 días de pulsos de 500 mg/24 h. La mediana de inicio del tratamiento esteroideo fue de 3 días al cabo del ingreso (0-9); y de 11 días desde el inicio de los síntomas (4-20).

Se realizó un análisis antes-después tomando como intervención la administración de pulsos de esteroides. Para ello se tuvieron en cuenta variables clínicas (fiebre [90.24% vs 7.32%], disnea [63.41% vs 17.07%], tos [75.61% vs 9.76] y SatO2 [media de 92% vs media de 95%]), analíticas (elevación de LDH [75.61% vs 28.94%], de PCR [97.5% vs 73.17%], de ferritina [94.74% vs 97.22%] y de dímero D [73.17% vs 76.32%]; ausencia de elevación de procalcitonina [91.67% vs 96%]; linfopenia [78.05% vs 46.34%]). Un 51.28% mejoró su imagen radiográfica, que permaneció sin cambios en un 33.33% y empeoró sólo en un 15.38%.

CONCLUSIONES

Nuestra población es anciana y pluripatológica, e ingresa normalmente a partir de la primera semana desde los síntomas iniciales. La pulsoterapia se prescribe antes de finalizar la primera semana del ingreso, consiguiendo mejorar los parámetros analizados salvo reactantes de fase aguda tardíos.

Limitaciones del estudio: tamaño de muestra y ausencia de grupo control.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2569. IMPACTO DEL TRATAMIENTO COMBINADO CLOROQUINA MÁS AZITROMICINA EN LA NEGATIVIZACIÓN DE LA CARGA VIRAL EN INFECCIÓN LEVE POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

AUTORES

RODRIGUEZ RODRIGUEZ MP, PASCUAL RODRIGUEZ F, CASADO VAZQUEZ L, RODRIGUEZ VAZQUEZ A, LOIS ALVAREZ V, TOJA CAMBA FJ, MISA GARCIA A, GONZALEZ PEREIRA ME
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE. RAMON PUGA 54-56. OURENSE

OBJETIVOS

La identificación del genoma viral del coronavirus SARS-CoV-2 mediante la reacción en cadena de polimerasa (PCR) en muestras de exudado nasofaríngeo es la técnica de elección para su detección precoz en el ámbito sociosanitario. Diversos estudios sugieren que el tratamiento con cloroquina/hidroxiclороquina asociado a azitromicina podría reducir más rápido la carga viral. El objetivo del presente estudio es comparar la eficacia de cloroquina más azitromicina en residentes asintomáticos de un centro sociosanitario con PCR SARS-CoV-2 positiva con un grupo control que no recibe tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron todos los residentes asintomáticos o con síntomas leves, ingresados en dos centros sociosanitarios A y B que presentaron PCR SARS-CoV-2 positiva en muestras de exudado nasofaríngeo en cribado realizado a todos los residentes. Se excluyeron los fallecidos o los que requirieron ingreso hospitalario a lo largo del estudio que comprendió el periodo desde primera PCR positiva hasta la semana 8.

En el centro A se procedió a aislamiento del residente + tratamiento antiviral (cloroquina fosfato 500mg cada 12 horas más azitromicina 500mg cada 24 horas durante 5 días) a todos los residentes con PCR positiva. El tratamiento se inició entre los días 1 y 3 tras obtener un primer resultado positivo. El centro B realizó solo aislamiento.

Los datos de edad, sexo, comorbilidades, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), obesidad, y farmacoterapia, uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas del receptor de angiotensina (ARAI), estatinas, anticoagulantes (ACO) se consultaron en la historia clínica electrónica.

El primer resultado se determinó la semana 4 tras la primera PCR positiva. Se registraron además las PCR a las semanas 6, 7 y 8.

Se utilizó el programa EPIDAT 4.2 para realizar el análisis descriptivo e inferencia sobre parámetros. Se compararon ambos grupos asumiendo un nivel de confianza del 95% utilizando la prueba X² Pearson en caso de variables cualitativas y prueba T para variables cuantitativas. Como medida de impacto se calculó el odds ratio (OR).

RESULTADOS

Centro A (n=41, 30mujeres, 11varones, edad media: 85,7±9,1), centro B (n=31, 31mujeres, edad media:87,9±7,9). La variable edad fue comparable en ambos grupos, p=0,28.

No se encontraron diferencias en cuanto a comorbilidades y farmacoterapia: HTA (A= 52,9%, B=38,7%, p=0,2), DM(A= 14,7%, B=19,3%, p=0,6), obesidad (A= 8,8%, B=9,6%, p=0,9), IECA (A= 8,8%, B=12,9%, p=0,6), ARAII (A= 20,6%, B=16,1%, p=0,6), estatinas (A= 26,4%, B=25,8%, p=0,9), ACO (A= 26,4%, B=22,5%, p=0,7).

El número de pacientes con PCR negativa la semana 4 fue superior en el centro A, 28/41(68%) frente a 10/31(32%) en el B, encontrándose una asociación estadísticamente significativa OR=4,5; p=0,002). En la semana 6 negativizan 19 residentes (61%) en el centro B y 8 en el A. En la semana 7 negativizan los 2 restantes del centro B y 4 del A. Solo 1 residente del centro A presentó PCR positiva en la semana 8.

CONCLUSIONES

Se ha detectado la persistencia de virus en residentes ancianos asintomáticos o con clínica leve de forma prolongada en el tiempo.

El tratamiento combinado cloroquina más azitromicina reduce el tiempo medio de negativización de la PCR.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2574. IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA ONCOHEMATOLÓGICA ADAPTADO A LA EMERGENCIA COVID-19.

AUTORES

TARDÁGUILA MOLINA P, MARTINEZ RUIZ E, LAVANDEIRA PÉREZ M, MENDOZA ACOSTA I, DE JUAN-GARCÍA TORRES P, CASARRUBIOS LAZARO GI, YUSTE GUTIERREZ AM, HORTA HERNÁNDEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. C/ DONANTE DE SANGRE, S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

- Apertura de una Consulta de Atención Farmacéutica (CAF) en el hospital de día oncohematológico (HDO).
- Implantar un sistema de teleconsulta farmacéutica y gestión de envío de medicación a domicilio.

MEJORAS ESPERADAS

- Realizar atención farmacéutica presencial o telefónica al paciente oncológico y hematológico incluyendo gestión de citas.
- Facilitar la comunicación del personal médico y de enfermería con el farmacéutico integrado en el equipo multidisciplinar.
- Reducir posibilidad de contagio por SARS-CoV-2 minimizando desplazamientos dentro del hospital.
- Disminuir tiempo de espera en consulta de atención farmacéutica.
- Reducir número de visitas al Servicio de Farmacia (SF) por recogida de tratamiento, entregando medicación hasta próxima consulta médica o completando dispensación por envío a domicilio.

DISEÑO

Debido a la emergencia sanitaria por COVID-19, se diseñó una estrategia en el SF para reducir el posible contagio de los pacientes más vulnerables. Por este motivo se implantó una CAF en HDO donde se encuentran las consultas de oncología y hematología.

Además se observó la necesidad de facilitar el acceso a la medicación de los pacientes atendidos por teleconsulta médica realizando teleconsulta farmacéutica y enviando la medicación a domicilio.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Identificación del problema: Necesidad de mantener distanciamiento y reducir tiempos de espera en la dispensación, para reducir el riesgo de contagio en estos pacientes inmunodeprimidos.
2. Diseño del circuito de atención al paciente oncológico y hematológico por el equipo multidisciplinar.
3. Planificación de citas mediante agenda de farmacia oncológica.
4. Ubicación de la CAF en la planta de HDO.
5. Selección de los pacientes que podían beneficiarse del servicio de telefarmacia y envío domiciliario de medicación.
6. Realización de encuestas de satisfacción de la CAF y de la consulta de telefarmacia y del envío domiciliario a los pacientes evaluando tanto aspectos logísticos (conservación de medicación en el envío, tiempo de espera, confidencialidad, confortabilidad de la sala de espera) como de la evaluación de la atención del farmacéutico.

IMPLANTACIÓN

La CAF en el HDO inició la actividad el 16/03/2020 y el sistema de telefarmacia el 8/4/2020.

RESULTADOS

Se atendió a un total de 453 pacientes. 355 a través de la consulta y 98 mediante telefarmacia hasta el 20/05/2020.

Se han realizado 88 encuestas de satisfacción 43 sobre CAF oncohematológica y 45 del servicio de telefarmacia.

Los resultados de la encuesta de satisfacción de la CAF han obtenido una puntuación superior a 9 sobre 10 en todos los ítems relacionados con la atención farmacéutica. Y superior a 7 sobre 10 en todos los ítems relacionados con los aspectos logísticos, excepto en la confortabilidad de la sala de espera del HDO cuya mediana fue 8(RC 7-9,5).

Los resultados de la encuesta de satisfacción del servicio de telefarmacia y envío de medicación han obtenido una puntuación superior a 9 sobre 10 en todas las cuestiones.

LIMITACIONES

Necesidad de un farmacéutico para integrarse en el equipo multidisciplinar y asumir las nuevas tareas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este modelo es aplicable a otros SF. Ambas acciones permiten realizar seguimiento farmacoterapéutico y facilitan el acceso al tratamiento durante la pandemia COVID-19 y cuando esta finalice.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2576. EXPERIENCIA DE USO DE ETOPÓSIDO EN LAS FORMAS GRAVES POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ I, DE FRUTOS DEL POZO M, CASTAÑO RODRÍGUEZ B, ESPINOSA GÓMEZ M, MATÉ ARBAIZA P, MACHÍN MORÓN M, GÜEMES GARCÍA M, VICENTE GONZÁLEZ B
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. AVENIDA ISLAS BALEARES 3. BURGOS

OBJETIVOS

Describir la experiencia de uso de etopósido (actual estándar para la linfocitopenia hemofagocítica, HLH) en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) grave por virus-SARS-CoV-2 en un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados con etopósido según el protocolo COVID19 del centro durante marzo-mayo 2020. Se recogió la siguiente información: edad, sexo, servicio médico, diagnóstico, adherencia al protocolo, pauta de etopósido (iv) y desenlace/evolución clínica. Para evaluar la adherencia al protocolo se revisó el cumplimiento de todos los siguientes parámetros: paciente ingresado por COVID-19, con hipoxemia, D-dímero > 1,5µg/L o ferritina > 1000ng/mL, con BCRSS≥3 (Brescia-COVID-Respiratory-Severity-Scale: gravedad ALTA), con ≥7 días de clínica y mala evolución tras tratamiento previo con hidroxiclороquina, azitromicina, bolos de metilprednisolona, enoxaparina e inmunomoduladores (tocilizumab y/o anakinra). Asimismo, se revisó el hemograma (neutrófilos y plaquetas), filtrado glomerular (FG), transaminasas (AST), bilirrubina total (BT) y se descartó la ausencia de sepsis documentada por otros gérmenes. La información se obtuvo a partir de los registros de preparación (Farmatools®) e historia clínica electrónica (Jimena®, ICIP®).

RESULTADOS

El Servicio de Farmacia, como integrante del grupo multidisciplinar COVID19 del centro, elaboró y actualizó permanentemente un protocolo de tratamiento que incluyó el uso de etopósido (off-label) en pacientes con SDRA graves, tras obtener el consentimiento informado del paciente y/o familiar responsable. Previo a la preparación, se validaron todas las prescripciones y se verificó que los pacientes cumplían los criterios de uso de etopósido establecidos en el protocolo.

Se trataron con etopósido 16 pacientes (87,5% hombres), con una mediana de edad de 59,5 años (41-79), 7 ingresados en la unidad de críticos y 9 en planta (medicina interna/neumología), todos con diagnóstico de SDRA grave por COVID-19. En cuanto al esquema de dosificación utilizado, 7 pacientes recibieron una dosis de 80-100 mg/m², 3 pacientes una dosis reducida de 50 mg/m² por edad y/o comorbilidad y los 6 restantes una dosis de 150 mg/m² tras realizar una actualización del protocolo. Siete pacientes recibieron una segunda dosis de etopósido espaciada al menos 72 h de la primera (3-5 días). Ningún paciente precisó ajuste de dosis por insuficiencia renal y/o hepática. La prescripción de etopósido se ajustó al protocolo establecido en el 100% de los pacientes.

En cuanto a la evolución clínica, 10 pacientes recibieron el alta (2 a planta y 8 a su domicilio), 1 requirió traslado a la unidad de oxigenación por membrana extracorpórea de otro hospital, 4 tuvieron un desenlace fatal y 1 paciente permanece actualmente ingresado con mejoría clínica.

CONCLUSIONES

En nuestro centro se ha considerado el uso de etopósido en pacientes con SDRA grave ante la falta de opciones terapéuticas, la severidad del cuadro clínico, y la posible implicación de un síndrome de activación macrofágica (similar a la del HLH) en la etiopatogenia de la enfermedad. La limitada experiencia de nuestro centro, con una muestra pequeña y heterogénea de pacientes y esquemas, muestra resultados esperanzadores, que deberían ser confirmados en estudios clínicos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2590. ANÁLISIS Y SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE ENTREGA A DOMICILIO DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA A PACIENTES PEDIÁTRICOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES

JIMÉNEZ NÚÑEZ C, ÁLVAREZ CRIADO J, ARANCÓN PARDO AB, GARCÍA-TREVIJANO CABETAS M, AYLLÓN MORALES M, ESCARIO GÓMEZ M, HERRERO AMBROSIO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. PASEO DE LA CASTELLANA, 261. MADRID

OBJETIVOS

Describir y analizar el proceso de entrega a domicilio de medicación de dispensación hospitalaria a pacientes externos pediátricos durante la pandemia COVID-19 desde el Servicio de Farmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se obtuvo semanalmente un listado de pacientes externos que tenían previsto recoger su medicación de forma próxima, y se realizaron llamadas telefónicas para obtener el consentimiento de entrega de medicación, realizar la atención farmacéutica y concretar los datos de entrega. Se evaluó el grado de satisfacción de los pacientes una vez había recibido la medicación mediante una encuesta telefónica de 5 preguntas.

Se recogieron datos de las entregas de medicación a domicilio a pacientes externos en el periodo de un mes (del 7 de abril al 7 de mayo), y se filtraron los datos de pacientes pediátricos. Se excluyeron pacientes hemofílicos, puesto que

contaban con un servicio similar a través de la asociación de pacientes.

Se utilizó para extraer los datos el módulo de dispensación a pacientes externos de Farmatools®, el registro de entregas a domicilio y una hoja de cálculo Excel® para realizar el análisis. Los datos clínicos y relativos al tratamiento se obtuvieron de Farmatools® e historia clínica electrónica HCIS®: edad, sexo, programa de dispensación asociado al tratamiento.

RESULTADOS

Se realizaron en total 155 entregas a domicilio a pacientes pediátricos, contactando previamente con los padres o tutores legales. En los pacientes pediátricos, se incluyeron además de la medicación y documentos informativos para familiares, un diploma personalizado para el paciente de buen comportamiento en la cuarentena y un juego infantil.

Los tratamientos más frecuentes de los pacientes que utilizaron este servicio fueron: tratamientos de fibrosis quística (38,06%), hormona del crecimiento (14,83%), fórmulas magistrales (12,25%), medicamentos para artropatías (9,67%), otros tratamientos (8,38%) (englobando antiinfecciosos y enfermedades raras), medicamentos de uso compasivo (5,8%) e hipertensión pulmonar (3,22%).

Respecto a la encuesta de satisfacción realizada a los padres o tutores legales, el 100% se mostró satisfecho con el servicio, aportando una nota media global de 9,6 sobre 10. Al 100% de los encuestados le gustaría que se mantuviera el servicio en el futuro, y el 91,66% está interesado en la consulta farmacéutica telefónica. Los aspectos más relevantes del servicio de envío a domicilio que consideraron los entrevistados fueron: el 91,66% evitar visitas al hospital, y el 41,66% conciliación laboral (pregunta multirrespuesta).

CONCLUSIONES

El servicio de entrega a domicilio de medicación fue ampliamente aceptado por los pacientes, y es beneficioso ya que evita visitas extraordinarias al hospital favoreciendo la conciliación laboral y familiar. Los pacientes pediátricos con tratamientos de dispensación hospitalaria son un colectivo vulnerable y dependiente, por lo que deben buscarse en los Servicios de Farmacia medidas que faciliten el acceso a la medicación. La atención farmacéutica por vía telemática es de gran interés para pacientes y cuidadores y es una opción de futuro en las Unidades de Pacientes Externos de los Servicios de Farmacia de Hospital.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2591. ADECUACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL A LAS GUÍAS CLÍNICAS DE NUTRICIÓN EN PACIENTE CRÍTICO SARS-COV-2

AUTORES

PARERA PASCUAL MM, MEDINA GUERRERO Á, MARCH FRONTERA C, COMPANY BEZARES F, RAMIS RIERA F, GONZALEZ MORCILLO G, MANDILEGO GARCIA A, PÉREZ DE AMEZAGA TOMÁS L
HOSPITAL SON LLÀTZER. CTRA. DE MANACOR, S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Describir el grado de cumplimentación en la práctica clínica diaria de las guías de nutrición artificial en paciente crítico SARS-CoV-2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que incluyó a todos los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) positiva de SARS-CoV-2 que precisaron terapia nutricional artificial (TNA), durante el periodo marzo-abril de 2020. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), tipo y duración de la TNA, necesidad de terapia de reemplazo renal, presencia de sepsis, gramos de proteínas/kg/día, calorías/kg/día, relación entre lípidos y carbohidratos diarios al inicio de la TNA, niveles analíticos de triglicéridos al inicio del soporte nutricional y cantidad diaria total de propofol administrada. Los datos fueron recogidos a través del programa de historia clínica electrónica (HCIS®) y de prescripción en UCI (PICIS®), y registrados en una base de datos Microsoft Excel®.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se recogieron datos de 29 pacientes con una media de 67 años (44 – 82), 11 eran mujeres y 18, hombres. 14 pacientes recibieron nutrición parenteral (NP) y 15 nutrición enteral (NE). 14/29 presentaban obesidad, 10/29 tenía sobrepeso, y 5/29, normopeso. La mediana de duración de la TNA fue de 8 días (3 – 24).

El aporte de proteínas fue de 1.3 g/kg/día en 14/29 pacientes (recomendado), 1.5-1.7 g/kg/día en 10/29 y 0.8-1g/kg/día en 5/29. De los pacientes que recibieron un aporte mayor de proteínas, 9/29 presentaban sepsis en el momento de iniciar la TNA presentando así requerimientos proteicos aumentados, y 1/29 llevaba hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC) debido a un fallo renal agudo.

En referencia a las calorías del inicio del soporte nutricional, 12/29 de los pacientes recibieron unos aportes diarios de 20 kcal/kg/día (recomendado), y 17/29 recibió 22 – 25 kcal/kg/día.

En cuanto a la relación de lípidos y carbohidratos, fue de 50:50 en 16/29 pacientes (recomendado), 30:70 – 40:60 en 12/29 y 1/29 no recibió lípidos. Los pacientes que recibieron un menor aporte de lípidos presentaban niveles de triglicéridos elevados (393 mg/dL de media) en la analítica, y 11/13 de estos últimos recibían una media de aportes de propofol de 8,4g diarios.

CONCLUSIONES

Los aportes nutricionales no se ajustaron en una parte significativa a las recomendaciones recogidas en el consenso del grupo de nutrición de la SEFH basado en las guías de la American Society for parenteral and enteral nutrition (ASPEN) 2020, Society of Critical Care Medicine (SCCM) 2020 y European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) 2020. Este estudio podría servir como punto de partida para identificar oportunidades de mejora en relación a la TNA en los pacientes críticos con SARS-CoV-2.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2626. RESULTADOS DE UN SERVICIO DE TELEFARMACIA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS DURANTE LA PANDEMIA DEL SARS-COV-2

AUTORES

DOMÍNGUEZ FARIÑA A, MATEOS EGIDO E, DORTA VERA D, FERNÁNDEZ VERA D, RUÍZ SANTOS I, LOMBARDEO PIN M, OTERO VILLALUSTRE C, PÉREZ CRUZ MÁ
COMPLEJO HOSPITALARIO INSULAR MATERNO-INFANTIL. AVDA. MARÍTIMA DEL SUR, S/N. LAS PALMAS

OBJETIVOS

Describir y analizar el plan de contingencia del Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel en el área de pacientes externos de oncohematología ante la situación de estado de alarma por el SARS-CoV-2, para evitar los desplazamientos a centros sanitarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes con citas sucesivas que no tenían que acudir a médico y los pacientes citados en las agendas de los servicios de Oncología, Hematología y Urología, con tratamiento oncoespecífico, entre el 08/04/2020 y el 27/05/2020. Se llegó a un consenso con los servicios mencionados para que, a los pacientes candidatos bajo su propio criterio, la consulta se realizará vía telefónica el día anterior al que tuviesen la cita.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes que por criterio médico debían realizar la consulta médica de forma presencial y pacientes con tratamiento combinado oral-intravenoso que debían acudir al hospital de día.

Se realizó la consulta de telefarmacia validando la prescripción en la historia clínica electrónica (Drago AE®, Farmatools®) y confirmando con el paciente la medicación (posología, forma de administración, adherencia, efectos adversos, etc.), la dirección de envío y el consentimiento informado. Se elaboró un registro de todos los pacientes incluidos y las siguientes variables: edad, diagnóstico, servicio, medicamento/s (incluyendo cambios de dosis e inicios de tratamiento), cantidad enviada y condiciones de conservación.

La medicación se preparó y etiquetó en bolsas individualizadas con los datos del paciente (nombre, apellidos y dirección) realizándose un doble check de verificación y se entregó al paciente el día siguiente por una empresa de transporte.

RESULTADOS

Del total de pacientes atendidos (n=379) durante el periodo analizado se envió medicación al 64,6% (n=245). Con una media de 8 [2 – 17] envíos por día. Del total de envíos, 3 tuvieron una incidencia que fue subsanada en menos de 24 horas.

La edad media de los pacientes beneficiados fue de 64 años [18 – 89]: < 20: 0,4% (n=1), 20 - 39: 5,3% (n=13), 40 - 59: 28,6% (n=70), 60 - 79: 55,5% (n=136), ≥ 80: 10,2% (n=25). Se realizaron 22 inicios de tratamiento y 17 cambios de dosis mediante telefarmacia.

La distribución por servicio fue de: oncología 47,8% (n=117), hematología 44,5% (n=109) y urología 7,8% (n=19). Los diagnósticos más comunes fueron: mieloma múltiple 12,2% (n=30), cáncer de próstata 11,8% (n=29), cáncer de mama 11,4% (n=28), leucemia mieloide crónica 11% (n=27), cáncer colorrectal 8,6% (n=21) y cáncer de pulmón no microcítico 6,9% (n=17).

Respecto a la medicación enviada el 70,2% era de conservación a temperatura ambiente, el 13,5% en nevera y el 16,3% restante tenía tanto medicación de temperatura ambiente como nevera.

El servicio de reparto tuvo un coste total de 1.102,5 € durante el periodo analizado.

CONCLUSIONES

El envío de la medicación al domicilio y la atención vía telefónica, por parte tanto del médico como del farmacéutico, mejora la satisfacción de los pacientes, evita desplazamientos al centro hospitalario, mejora la calidad asistencial y protege la salud en poblaciones vulnerables como son los pacientes oncohematológicos analizados en este estudio.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2630. APORTES PROTEICOS Y CALÓRICOS DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES INDIVIDUALIZADAS EN EL PACIENTE CRÍTICO CON CORONAVIRUS SARS-COV-2

AUTORES

BERTRÁN DE LIS BARTOLOMÉ B, SOLLANO SANCHO I, SAN MIGUEL TORVISCO P, RUBIO CEBRIÁN B, GÓMEZ CABALLERO EP, SOTO BASELGA I, MAROTO GARCÍA E, MORIEL SÁNCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. RÍO JÚCAR S/N. MADRID

OBJETIVOS

Analizar las prescripciones de nutriciones parenterales (NP) en pacientes críticos diagnosticados de neumonía COVID-19 durante la pandemia y los aportes proteicos y calóricos de sus nutriciones parenterales individualizadas (NPI), así como valorar la utilización de nutriciones enterales (NE).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado entre marzo y abril de 2020 en un hospital de segundo nivel. A través del programa de NP se localizaron los pacientes que durante su ingreso se les prescribieron NP y se obtuvo la composición calórica y proteica de las nutriciones para los pacientes con SARS-COV-2. Se revisaron las historias clínicas y los formularios realizados por el Servicio de Endocrinología (SE) para recopilar datos demográficos (edad y sexo), antropométricos (índice de masa corporal (IMC)) y clínicos (diagnóstico, servicio médico y situación clínica al finalizar el estudio) y para conocer si hubo prescripción de nutrición enteral (NE) complementaria. Se consultaron las guías European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) 2019 del paciente crítico y las recomendaciones ESPEN del manejo del paciente con infección por SARS-COV-2.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se localizaron 108 pacientes diagnosticados de neumonía COVID-19 a los que se les pautaron NP. 77 pacientes tuvieron NPI prescrita y formularios completos del SE, de los cuales 70 (91,9%) fueron pacientes críticos y constituyeron nuestra población a estudio. 56 (80%) fueron hombres, la mediana de edad 65,5 años [RIQ: 13,3] y la mediana del IMC 27,3 kg/m² [RIQ: 7,5]. Al término del estudio 39 pacientes (55,7%) fallecieron, 24 (34,3%) mejoraron y 7 (10%) fueron trasladados a otros centros.

La ESPEN recomienda un aporte proteico de 1,3 g/kg/día y energético de 20 Kcal/kg/día. Las medianas de los aportes de proteínas y calorías en las NP de nuestro estudio fueron 1,2 g/kg/día [RIQ: 0,3] y 20,8 Kcal/kg/día [RIQ: 3,2] respectivamente. 29 pacientes (41,4%) recibieron al menos 1,3 g/kg/día de proteínas a través de sus NP y 46 (65,7%) llegaron a las 20 Kcal/kg/día.

51 (72,9%) de nuestros pacientes tuvieron pautada además una fórmula de NE: 19 de ellos (27,1%) recibieron NP de al menos 1,3 g/kg/día de proteína y 32 (45,7%) de menor aporte proteico, siendo la mortalidad 36,8% y 59,4% respectivamente. De los pacientes que no tuvieron NE, 10 pacientes (14,3%) recibieron NP de al menos 1,3 g/kg/día de proteína y 9 (12,9%) de bajo aporte proteico, siendo la mortalidad 40% y 100% respectivamente.

CONCLUSIONES

Menos de la mitad de nuestros pacientes llegaron a las recomendaciones de requerimientos proteicos de la ESPEN en pacientes críticos con COVID-19 y casi dos tercios alcanzaron los energéticos. La inestabilidad de las NP con elevadas concentraciones de proteína pudo haber dificultado la prescripción de más nitrógeno en pacientes críticos, inestables hemodinámicamente y con restricciones de volumen.

El aporte proteico se pudo haber incrementado con la administración de NE. La combinación de NP de alto contenido proteico y NE obtuvo mejores resultados de mortalidad en nuestro estudio, mientras que la NP de bajo contenido proteico sin NE presentó peores resultados.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2633. PROTOCOLIZACIÓN Y ELABORACIÓN DE BOLSAS DE PROPOFOL AL 1% PARA PACIENTES CON CORONAVIRUS SARS-COV-2

AUTORES

PINTO MARTINEZ J, LÓPEZ MORALES S, ÁLVARO ALONSO EA, IZQUIERDO GARCÍA E, ESCOBAR RODRÍGUEZ I
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. AVENIDA GRAN VÍA DEL ESTE, 80. MADRID

OBJETIVOS

Protocolizar la elaboración de bolsas de propofol al 1% en el servicio de farmacia hospitalaria (SFH) para dar respuesta al incremento de la demanda de este medicamento para perfusión de pacientes críticos debido a la pandemia por SARS-Cov-2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Protocolización y elaboración de bolsas de propofol emulsión lipídica al 1% (10mg/mL) durante el periodo del 09/04/2020 hasta el 14/05/2020.

Se elaboraron bolsas de 240mL y 500mL (según prescripción) a partir de ampollas de propofol 10mg/mL de 20mL. Se prepararon en cabina de flujo laminar horizontal (CFLH), manteniendo las condiciones de esterilidad según normativa y siguiendo las recomendaciones de las Guías de Buenas Prácticas (GBP).

Técnica de elaboración:

Agitar suavemente las ampollas y cargar en jeringas (si se observan dos fases tras la agitación no se deben usar), transferir el contenido a Bolsas EVA multicapa de volumen correspondiente: para 240ml, 12 ampollas de 20mL (2400 mg) y/o para 500ml, 25 ampollas de 20mL (5000 mg). Se debe quitar el aire para evitar la oxidación de los lípidos, etiquetar y conservar en nevera (2-8°C), protegido de la luz. Se realizó el control de aspecto y homogeneidad de fases.

Evaluación del riesgo:

Se clasificó según matriz de riesgo para preparaciones estériles de la GBP (a cada criterio le corresponde un factor alfabético de la "A" a la "D" siendo este último el de mayor riesgo):

1. Proceso de preparación: procesos en los que existe riesgo de inestabilidad fisicoquímica (luz, O₂), precipitación, turbidez, coloraciones, separación de fases "C".
2. Vía de administración: intravenosa periférica "B".
3. Perfil de seguridad del medicamento: amplio margen terapéutico, baja incidencia de reacciones relacionadas con la administración "A".
4. Cantidad de unidades preparadas: entre 25 y 3 por lote "B".
5. Susceptibilidad de contaminación microbiológica: sustancias altamente susceptibles de contaminación microbiológica que se administran en infusiones de más de 8h "C".

6. Distribución de la preparación: uso exclusivo para el hospital que lo prepara "A".

Se clasifica como riesgo medio por lo que se asignaría una caducidad de 9 días en nevera (2-8°C) pero se decide una estabilidad máxima de 4 días en nevera (2-8°C) y 24 horas más a temperatura ambiente debido a la falta de datos de estabilidad en bolsas EVA multicapa, la alta manipulación y riesgo de contaminación microbiológica.

RESULTADOS

Se elaboraron un total 433 bolsas (268 bolsas de 240ml y 165 de 500ml). Es una emulsión lipídica (oleo-acuosa) de color blanco. En la validación no se aprecia separación de fases, ni cambios en la coloración ni partículas visibles en ninguna de las preparaciones.

CONCLUSIONES

La preparación centralizada en el SFH de bolsas de propofol al 1% garantiza la seguridad y asepsia de estas elaboraciones consigue optimizar las existencias ante problemas de desabastecimiento y permite aumentar el tiempo del personal de enfermería dedicado al cuidado del paciente crítico durante el periodo de pandemia del SARS-CoV-2, que en un hospital de segundo nivel con 8 camas de críticos cuadruplicó su capacidad.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2634. PERICARDITIS AGUDA: POTENCIAL COMPLICACIÓN ASOCIADA A LA POST-INFECCIÓN POR COVID-19

AUTORES

ESTEBAN CASADO S, TEJEDOR PRADO P, LÁZARO CEBAS A, SUCH DÍAZ A, IZQUIERDO GARCÍA E, ÁLVARO ALONSO EA, SANTIAGO PÉREZ A, ESCOBAR RODRÍGUEZ I
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. AVENIDA DE LA GRAN VÍA DEL SURESTE, 80. MADRID

OBJETIVOS

La pericarditis aguda (PA) es un síndrome inflamatorio cuya principal causa es idiopática-infecciosa (80%), siendo la etiología viral la principal.

Nuestro objetivo es describir los casos de PA que han requerido ingreso hospitalario en pacientes con diagnóstico clínico, radiológico y/o serológico previo de COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo realizado entre febrero-mayo 2020. Se realizó una búsqueda de todos los pacientes ingresados durante este período con prescripción de la combinación colchicina 0,5mg y ácido acetilsalicílico (AAS) 500mg/ibuprofeno 400-600mg. Se confirmó que los pacientes hubieran tenido diagnóstico previo de COVID-19. Se recogieron variables: edad, sexo, fecha de infección COVID-19, fecha de ingreso y alta, temperatura y frecuencia cardíaca al ingreso, presencia de roce pericárdico a la auscultación, presencia de derrame pericárdico y tamaño, resultados de pruebas diagnósticas (electrocardiograma, ecocardiograma), parámetros analíticos (linfocitos, GPT/GOT, CPK, troponina I, pro-BNP, lactato, D-dímero, ferritina, IL-6, PCR, serologías para virus relacionados con PA), así como el tratamiento para PA (colchicina, AAS, ibuprofeno y corticoides). Además, se recogieron los factores mayores de mal pronóstico asociados a PA (fiebre > 38°C, curso subagudo, derrame pericárdico > 20 mm, taponamiento cardíaco o falta de respuesta al tratamiento tras 7 días) y los menores (miopericarditis, inmunosupresión, trauma o tratamiento anticoagulante oral). Todas las variables fueron recogidas de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS

Tres pacientes cumplían los criterios de inclusión. Dos varones y una mujer de 68, 62 y 58 años; respectivamente. Entre la fecha de infección por COVID-19 y el diagnóstico de PA transcurrieron 73, 31 y 7 días. Todos los pacientes acudieron al servicio de urgencias con dolor torácico, uno de ellos con fiebre y dos con taquicardia asociada. En ninguno se escuchó roce pericárdico a la auscultación ni fueron detectadas alteraciones en el electrocardiograma. A todos se realizó ecocardiograma transtorácico, observándose en dos, derrame pericárdico (7 y 19mm). En cuanto a los parámetros analíticos, ninguno presentó leucopenia, elevación de CPK ni de troponina I. Un paciente presentó aumento de entre 2-5 veces el límite superior de la normalidad (LSN) de GPT/GOT junto con elevación del pro-BNP. Dos pacientes presentaron elevación por encima del LSN en: PCR, lactato, ferritina e IL-6 y los tres pacientes, elevación por encima del LSN del D-dímero. A dos pacientes se les realizaron serologías virales de los patógenos más comunes relacionados con PA, siendo negativas en ambos. Los tres pacientes recibieron tratamiento antiinflamatorio: colchicina 0,5mg ajustada a peso corporal + AAS 1000mg cada 8 horas. Ninguno recibió corticoterapia. Dos, presentaron factores mayores de mal pronóstico asociados a PA: uno de ellos, falta de respuesta al tratamiento tras 7 días y otro, fiebre > 38°C. Ninguno presentó ningún factor menor.

CONCLUSIONES

Ninguno de los pacientes presentó serologías positivas para ninguno de los agentes virales estudiados causantes de PA. Tampoco se encontró ninguna otra causa etiológica que justificase el diagnóstico. Debido al tropismo del SARS-CoV-2 por las células cardíacas, estos casos podrían estar relacionados con la infección por COVID-19. Por ello, es necesario realizar una vigilancia de los ingresos con síntomas compatibles con PA para evaluar la implicación del SARS-CoV-2 en esta patología.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2656. OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE DISPENSACION DE QUIMIOTERAPIA PARENTERAL Y ORAL EN EL PACIENTE HEMATOLÓGICO

AUTORES

DEL ESTAL JIMÉNEZ J, VUELTA ARCE M, JORNET MONTAÑA S, SANJUÁN BELDA A, ESTEVE PITARCH E, MARTÍN MARQUÉS M, LÓPEZ BROSETA PA, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Optimizar el circuito del manejo del paciente hematológico en nuestro centro durante la pandemia por la COVID-19 para reducir visitas al servicio de farmacia (SF) y/o tiempo de espera en el hospital.

MEJORAS ESPERADAS

Se espera evitar acumulaciones en las salas de espera para minimizar el riesgo de contagio por SARS-COV2 de un grupo de pacientes vulnerables, como son los hematológicos, que requieren múltiples visitas al hospital (analíticas, consultas médicas y farmacéuticas, administración de tratamientos y recogida de medicación ambulatoria).

DISEÑO

Análisis de los procesos de quimioterapia (QTP) parenteral y dispensación ambulatoria de pacientes hematológicos para detectar puntos débiles de nuestro circuito.

Redefinición del circuito de QTP parenteral para paliar su principal deficiencia, falta de agenda informatizada.

Definición de nuevos sistemas de dispensación ambulatoria.

Análisis de consumos y dispensaciones previstas.

CIRCUITO Y ETAPAS

QTP parenteral en hospital de día (HDD):

- creación de un grupo de seguimiento (hematología, enfermería, farmacia) de la programación de HDD,
- implantación de reuniones periódicas del grupo para analizar la programación diaria y coordinar analíticas, visitas telemáticas, validación, preparación y dispensación del tratamiento de cada paciente con la hora programada en HDD.
- establecimiento de horarios de administración de los diferentes esquemas terapéuticos de forma escalonada según su duración y recursos humanos disponibles.

Medicación ambulatoria:

- visita telefónica y envío de medicación al centro de atención primaria (CAP) o a domicilio. Dispensación de medicación para 2 meses.
- unificación de dispensación de la medicación ambulatoria junto con la QTP parenteral cuando el paciente tenía una visita en HDD. Dispensación de medicación hasta próximo ciclo. Entrega de calendario personalizado por paciente del esquema de QTP en los casos que está implantado en nuestro servicio (Mieloma múltiple y ESHAP ambulatorio (etoposido, cisplatino, citarabina, metilprednisolona)).

IMPLANTACIÓN

15 de Marzo de 2020.

RESULTADOS

Durante los 2 meses del estudio acudieron 99 pacientes, con 474 visitas a HDD. Se realizaron una media de 2 reuniones del grupo por semana. Se establecieron los siguientes horarios en función de la duración del tratamiento [9h: QTP \geq 7h; 10h: transfusiones y QTP=6-5h; 11h: QTP=4h; 12h: QTP=3-2h; tratamientos de soporte a partir de las 16h y tratamientos subcutáneos a partir de las 17h]. En ningún caso hubo retraso en la preparación de la QTP.

Pacientes atendidos con medicación ambulatoria: 220 pacientes, de los cuales el 44% fueron incluidos en los nuevos sistemas de dispensación: 14,5% envío al CAP, 12,7% envío a domicilio, 16,8% dispensación unificada con la QTP parenteral a HDD (que corresponde a un 37% de los pacientes que acudieron a HDD).

LIMITACIONES

La falta de recursos económicos y tecnológicos para poder enviar la medicación a la totalidad de pacientes.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Con las medidas adoptadas se ha disminuido la presencia de pacientes en las salas de espera. A raíz del plan de contingencia utilizado se ha redefinido el proceso de programación de HDD, cuyos horarios preestablecidos se continuarán aplicando. Puede ser útil a aquellos SF que tampoco dispongan de agenda informatizada de QTP.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2668. ADAPTACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

DE FRUTOS DEL POZO M, VICENTE GONZÁLEZ B, INFANTE CAMARERO A, MATÉ ARBAIZA P, GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ I, REVILLA CUESTA N, ESPEJA MARTÍNEZ AM, ESPINOSA GÓMEZ MP
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. AVENIDA ISLAS BALEARES Nº3. BURGOS

OBJETIVOS

Analizar la adaptación de los procedimientos de trabajo del Servicio de Farmacia (SF) ante la pandemia por COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis descriptivo de las medidas adoptadas en las distintas áreas de SF durante el periodo comprendido entre el 18 de marzo y 18 de mayo de 2020. Se recogieron datos necesarios desde: programa de historia clínica informatizada (Jimena®), Farmatools®, Prescriptools®, programa de citación HIS®, estaciones de medicación (Pyxis®) y Kabisoft®.

RESULTADOS

Externos: ante las recomendaciones sanitarias de minimizar el tránsito hospitalario de pacientes, se implantó el envío de medicación a domicilio. Se realizaron llamadas telefónicas para confirmar las direcciones de envío, se consultó el historial de dispensaciones y la fecha prevista de vuelta por paciente. El reparto de medicación se realizó con ayuda de agentes de medio ambiente de la comunidad autónoma. Se realizaron 2.956 dispensaciones, las cuales fueron enviadas a domicilio 2.013 (68,10%). Las 943 restantes (31,9%), correspondieron a pacientes que acudieron a otras consultas y pacientes oncohematológicos, cuya medicación oral se enviaba directamente a hospital de día, previa petición del facultativo a través de interconsultas. También se implantó un sistema de interconsultas para conocer las actualizaciones en los tratamientos realizadas mediante telemedicina. Actualmente se está trabajando en la implantación de citas a través del programa HIS® y consultas de telefarmacia.

Dispensación a pacientes ingresados/gestión: se creó una base de datos que recogió el tratamiento recibido durante el ingreso por COVID-19, que facilitó la dispensación y tramitación del mismo. Se solicitaron a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS): 53 envases de ritonavir/lopinavir comprimidos, 18 envases ritonavir/lopinavir solución, 610 envases de hidroxiclороquina y 966 viales de Tocilizumab. Se fomentó la prescripción electrónica asistida (PEA) a través de un protocolo denominado "coronavirus", que incluía todos tratamientos consensuados por el grupo de trabajo COVID del hospital. En plantas sin prescripción electrónica (unidades de críticos), se realizó una validación diaria de los tratamientos a través de Jimena®. Para facilitar la posología y duración del tratamiento, se prepararon kits de azitromicina e hidroxiclороquina dispensados por paciente. Se adaptó el contenido de medicamentos incluidos en Pyxis® de las plantas de aislamiento y se instaló una nueva estación en una de ellas.

Nutrición: en colaboración con Endocrinología, se elaboró un nuevo protocolo de nutrición parenteral (NP), adaptado al paciente crítico COVID. Este protocolo se utilizó en 12 pacientes.

Ambulantes: se crearon protocolos de preparación de mezclas intravenosas para COVID (tocilizumab y etopósido) en el módulo ambulantes de Farmatools®. Se realizó la validación de las prescripciones comprobando la adaptación al protocolo de tratamiento del hospital, incluyendo el ajuste por peso, edad, función renal o hepática. Para mayor seguridad, la dilución de tocilizumab se realizó en SF.

CONCLUSIONES

La pandemia por COVID-19 ha supuesto un aumento de carga asistencial en el SF en la mayoría de sus áreas; además el área de pacientes externos ha tenido que reorganizar la dinámica de trabajo. Se ha participado activamente en la implantación de protocolos de tratamiento de pacientes COVID, formando parte del grupo de trabajo multidisciplinar del hospital.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2689. ADAPTACIÓN DE LA UNIDAD FARMACÉUTICA DE ATENCIÓN A PACIENTES EXTERNOS (UFPE) DURANTE LA PANDEMIA SARS-COV-2

AUTORES

MIRALLES ANDREU G, POMARES BERNABEU M, ROCHINA ASTORGA A, GUTIÉRREZ PALOMO S, GARCÍA MONSALVE A, JIMÉNEZ PULIDO IP, MATOSOS CHIRIVELLA C, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CAMÍ DE L'ALMAZARA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

Describir la implantación de las medidas adoptadas a causa de la pandemia por SARS-CoV-2 en la UFPE del Servicio de Farmacia (SF).

MEJORAS ESPERADAS

Garantizar una correcta atención en la UFPE minimizando el riesgo de contagio.

DISEÑO

Ante la situación sanitaria provocada por SARS-CoV-2, el SF tiene el deber de garantizar el acceso a la medicación hospitalaria y ofrecer una continuidad en la atención farmacéutica (AF). Ello requiere modificaciones en los procedimientos de la UFPE.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se implantaron tanto medidas generales como específicas, para la prevención de COVID-19. Medidas generales: ampliación del horario de atención en la UFPE; limitación a 6 pacientes en la sala de espera, manteniendo al menos 1,5 metros de distancia entre ellos, y un aforo máximo de 2 personas por consulta. Como medidas higiénicas, uso obligatorio de mascarillas, lavado de manos del personal con solución hidroalcohólica tras cada dispensación de medicación y desinfección de superficies antes y después de cada consulta.

Específicamente, colocación de mamparas de metacrilato en las mesas de las consultas, para evitar el contacto paciente-sanitario; verificación visual de la identidad y prescripción médica, minimizando el intercambio de objetos; y uso de mascarilla FFP3 y guantes desechables por enfermería durante la administración de medicación. En pacientes con situación clínica estable, agilización de la dispensación, reduciendo el tiempo en la unidad. En inicios y modificaciones de tratamiento o problemas relacionados con el medicamento (PRM), citación en la consulta farmacéutica, haciendo uso de la mampara, con el fin de proporcionar una AF óptima.

Por otro lado, se habilitó un servicio de envío de medicación a domicilio. El servicio ofertado se difundió entre todas las unidades médicas implicadas y en las redes sociales. El farmacéutico obtenía un listado con los pacientes que tenían prevista recogida de medicación en los siguientes 15 días, revisándose y contactando telefónicamente con ellos. Asimismo, se atendía y enviaba medicación a quienes lo solicitaban. Se priorizaron pacientes trasplantados, enfermedades respiratorias, oncológicas, hematológicas o neurológicas. La AF se realizaba telefónicamente: el farmacéutico entrevistaba al paciente sobre su estado, tolerancia y nivel de adherencia al tratamiento, la aparición de PRM y dispensaba la medicación, para un periodo máximo de 2 meses. Los datos del paciente, junto con su dirección, se entregaban al personal administrativo, quien gestionaba el envío a través de la empresa de transporte. La enfermera preparaba las dispensaciones en bolsas individuales, selladas e identificadas, que serían recogidas por la empresa de transporte para realizar el reparto al día siguiente.

IMPLANTACIÓN

La implantación de las medidas se realizó a partir del 12 de marzo de 2020, tras decretarse el estado de alarma en España.

RESULTADOS

Hasta mayo, inclusive, la UFPE ha realizado un total de 2388 dispensaciones. De estas, 1160 fueron envíos a domicilio, correspondiendo a 1124 pacientes. Solo se detectó 1 error en un envío de medicación. No se ha registrado la pérdida de ningún envío. El nuevo servicio ha permitido reducir un 48,6% las dispensaciones presenciales, evitando la exposición del paciente al ambiente hospitalario. Hasta la fecha, ningún miembro del personal sanitario se ha infectado por SARS-CoV-2.

LIMITACIONES

La conservación de la medicación durante el proceso de transporte se delega en la empresa contratada, quien debe garantizar las condiciones adecuadas de la misma.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Es posible implantar estas medidas en cualquier SF con UFPE. Las medidas implementadas han demostrado reducir el número de visitas a la UFPE y han permitido proporcionar una AF de forma segura. Es importante considerarlas ante posibles rebrotes de la enfermedad.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2696. SEGURIDAD DE AZITROMICINA, HIDROXICLOROQUINA Y LOPINAVIR/RITONAVIR EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE COVID-19

AUTORES

PERALES PASCUAL J, DE LA LLAMA CELIS N, LÓPEZ PÉREZ A, REAL CAMPAÑA JM, HUARTE LACUNZA R, PÉREZ MORENO M, CAZORLA PODEROSO L, PINILLA RELLO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Evaluar los efectos a nivel cardiovascular de la asociación de azitromicina, hidroxycloquinina y lopinavir/ritonavir en pacientes diagnosticados de COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes que inician tratamiento con azitromicina, hidroxycloquinina y lopinavir/ritonavir de forma concomitante entre el 1 de marzo y el 26 de abril de 2020. Criterios de exclusión: ausencia de electrocardiograma basal.

Variables de estudio: edad, sexo, fecha de ingreso, fecha de alta/exitus, duración de tratamiento de azitromicina, hidroxycloquinina (HCQ), lopinavir/ritonavir (LPV/r); presencia de hipertensión (HTA), diabetes mellitus tipo II (DMII), fibrilación auricular (FA), otras enfermedades cardiovasculares, hipercolesterolemia, tratamiento durante el ingreso con fármacos que prolongan el intervalo QT, con diuréticos de asa, aparición de efectos adversos a nivel cardiovascular, electrocardiograma (ECG) basal, control (considerando los valores de QT corregidos (QTc) normales si son ≤ 450 ms en el caso de los hombres y ≤ 470 ms en el caso de las mujeres; y prolongados si son > 450 ms y > 470 ms respectivamente), potasio basal y control. Fuente de datos: historia clínica electrónica y programa informático FarmaTools. Estudio estadístico: SPSS Statistics 21.

RESULTADOS

Se analizaron 172 pacientes, 42 se excluyeron por no disponer del dato de ECG al ingreso. Hombres: 79 (60,8%), edad media $64.8 \pm 13,4$ años y edad media de mujeres $58,6 \pm 17,3$ años, $p=0,024$. El 38,5% presentaban HTA, 23,1% DMII, 10,8% FA, 12,3% otra patología cardiaca. El 6,9% recibían tratamiento concomitante con otro fármaco con riesgo conocido de alargar el intervalo QT (amiodarona, haloperidol o escitalopram) y el 30,8% con diuréticos de asa. El 13,8% de los pacientes ingresaron en UCI.

El 18,5% (24) de los pacientes presentaban un intervalo QT alargado al ingreso y 5 presentaba hipopotasemia.

La mediana de días de tratamiento con azitromicina fue 5 (1-9), con hidroxycloquinina 6 (1-15) y con lopinavir/ritonavir 5 (1-15). Un 9,2% (12) de los pacientes desarrollaron efectos adversos a nivel cardiaco (arritmias; 3 de ellos presentaban cifras de QTc alargadas al ingreso) y un 5,4% (7) prolongación del intervalo QT (de estos últimos 2 pacientes presentaron manifestaciones clínicas).

Se aplicó un modelo una regresión logística binaria, cuya variable independiente fue la presencia de manifestaciones clínicas de prolongación de QT, incluyéndose las siguientes variables dependientes: sexo (hombre vs mujer), edad, HTA, DMII, FA, enfermedad cardiaca conocida, en tratamiento con fármacos que prolongan QT, en tratamiento con diuréticos

de asa, tratamiento con HCQ > 5 días y tratamiento con LPV/r > 5 días. Las variables explicaban un 46,4% de la variabilidad de los resultados. Se obtuvo que presentaban capacidad explicativa predictiva, de maneras estadísticamente significativa (OR (IC95%)): sexo (6,46 (1,20-34,78)), hipercolesterolemia (4,91 (1,16-20,78)), toma de fármacos que prolongan QT (34,88 (2,18-558,13)) y la toma de diuréticos del asa (8,16 (1,66-40,24)).

CONCLUSIONES

La utilización de la terapia concomitante de hidroxiclороquina, lopinavir/ritonavir y azitromicina en nuestro grupo de pacientes con COVID-19, presenta mayor riesgo de aparición de manifestaciones clínicas cardiacas en hombres, con hipercolesterolemia, en tratamiento con otros fármacos que pueden prolongar el QT y/o con diuréticos del asa. Por lo que, en caso de utilizarse la triple terapia, se requiere una estricta monitorización. Son necesarios más estudios para confirmar los resultados obtenidos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2699. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE TELECONSULTA Y DISPENSACIÓN DOMICILIARIA PARA PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES

RECAREY GERPE V, MORENO GÓMEZ Á, VALVERDE MERINO MP, OLIVA OLIVA A, MARTÍN CILLERO MT, FURONES ARAUJO D, MARTÍN GUTIÉRREZ N, OTERO LÓPEZ MJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº DE SAN VICENTE, 58. SALAMANCA

OBJETIVOS

La pandemia por COVID-19 ha supuesto reorganizar las consultas externas de farmacia, para garantizar la atención de los pacientes y preservar su seguridad.

El objetivo de este estudio ha sido describir el sistema implantado y analizar la actividad de las consultas externas durante dicho periodo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 2 meses (16/03/2020 – 15/05/2020) sobre las consultas externas de Farmacia durante la pandemia por COVID-19. Se articuló un sistema con dos tipos de asistencia: 1) atención presencial a pacientes coincidiendo con consultas médicas en el hospital, y 2) teleconsulta y dispensación domiciliaria para el resto de pacientes. Se informó del mismo a profesionales sanitarios y a asociaciones de pacientes. Se establecieron procedimientos para la prescripción médica, atención farmacéutica y dispensación.

Tres farmacéuticos realizaron teleconsultas a los pacientes, informándoles sobre el procedimiento, resolviendo problemas con la medicación y recogiendo el consentimiento verbal para la dispensación.

Se establecieron tres mecanismos para la dispensación domiciliaria: 1) recursos del propio hospital para pacientes del área urbana/periurbana (conductor y auxiliar de farmacia), 2) servicio de paquetería externo y 3) punto de dispensación por enfermería en un centro anejo de otra localidad. Se garantizó el acondicionamiento adecuado de la medicación y la confidencialidad del paciente.

La atención farmacéutica y las dispensaciones se registraron en el módulo de pacientes externos Farmatools®. La actividad domiciliaria se registró también en una base de datos propia.

Se analizaron las siguientes variables: total de pacientes atendidos y dispensaciones realizadas, porcentaje de pacientes en teleconsulta y dispensación domiciliaria, porcentaje de pacientes en cada mecanismo de dispensación y porcentaje de incidencias detectadas en dispensación domiciliaria. Se definió como incidencia la necesidad de realizar un nuevo envío al mismo paciente en un periodo inferior a 14 días.

RESULTADOS

Se atendieron 3.488 pacientes, de los cuales 2.610 (74,8%) se beneficiaron de teleconsulta. Un 10,6% de los pacientes no pudieron ser contactados. En total se atendieron 3.450 teleconsultas (media: 1,3 teleconsultas/paciente). Todos los pacientes contactados accedieron a participar en el programa.

Se realizaron un total de 5.131 dispensaciones (1,5 dispensaciones/paciente), de las cuales 3.450 (67,2%) se realizaron a domicilio. De estas últimas, 1.840 (53,3%) dispensaciones correspondieron a pacientes del ámbito urbano/periurbano, 1.479 (42,9%) por mensajería externa y 131 (3,8%) a través del centro anejo. Respecto a las condiciones de conservación, un 38,2% de la medicación se transportó refrigerada.

Se identificaron 144 (4,2%) incidencias en la distribución domiciliaria.

CONCLUSIONES

El diseño e implantación inmediata de un nuevo sistema de teleconsulta y dispensación domiciliaria permitió garantizar la cobertura terapéutica y asistencial de los pacientes, evitando desplazamientos innecesarios al hospital y sus riesgos inherentes.

Este sistema se desarrolló considerando las características de cada paciente y medicamento, lo que implicó la coexistencia y coordinación de varios circuitos.

La elaboración de unos procedimientos asistenciales coordinados que abarcaran desde la prescripción a la recogida de la medicación contribuyó a la baja proporción de incidencias detectadas. El análisis de las mismas permitirá mejorar este sistema que se pretende mantener en pacientes seleccionados.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2704. ADECUACIÓN DEL APORTE CALÓRICO- PROTEICO MEDIANTE NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO COVID

AUTORES

SALVADOR LLANA I, MARTÍN DE ROSALES CABRERA AM, PÉREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN DE ALCORCÓN. C/ BUDAPEST 1. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el grado de cumplimiento de los aportes calóricos y proteicos recibidos en pacientes críticos COVID con nutrición enteral (NE) exclusiva continua de acuerdo a las recomendaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de dos meses de duración (15 marzo-15 mayo) de pacientes COVID ingresados en la Unidad de Críticos(UCC) que recibieron NE exclusiva continua durante un periodo mínimo de 7 días. La recogida de datos se realizó a partir de la historia clínica informática y del programa IntelliSpace Cuidados Críticos y Anestesia(ICCA). Se registró sexo, edad, peso, Índice de Masa Corporal(IMC), duración de NE, fórmula de NE, cambios de nutrición y posibles causas. Se registró tipo de Ventilación Mecánica No Invasiva(VMNI) o Invasiva(VMI) y el uso de drogas vasoactivas. Se calcularon los aportes calóricos y proteicos recibidos con la NE comparándolos con las necesidades energéticas (27kcal/kg/día) y proteicas (1,3g/kg/día) establecidas en las guías sobre el Soporte Nutricional de Pacientes COVID (ASPEN-ESPEN 2020). Se analizó en cada paciente el tiempo hasta alcanzar unos requerimientos calóricos y proteicos objetivo > 80% (rango objetivo 3-7 días según las guías) y el tiempo en hiponutrición permisiva < 40% (objetivo < 3 días) y las posibles causas.

RESULTADOS

Se evaluaron 39 pacientes (66.6% hombres) ingresados en la UCC con una edad media de 62,9 años (DE:12,3), peso medio de 80 kg (DE:15,2), y un IMC medio de 27.5 (DE:4,7) todos sin desnutrición previa al COVID. Un 30,7% (12) presentaban un IMC > 30. Un 74% recibieron perfusiones de drogas vasoactivas y un 56% de los pacientes presentaron VMI durante el periodo de nutrición enteral. Los pacientes recibieron NE durante una media de 21 días (7-51). Un 94.8% (37) de los pacientes recibieron una fórmula hiperproteica de inicio siendo 8 de ellos específicas de distress respiratorio (21.6%). De los que iniciaron con hiperproteica, 16 pacientes (41%) requirieron un cambio de nutrición: 8 por diarrea, 1 por vómitos, 1 por estreñimiento y 6 por otras causas. 17 pacientes (43,6%) no alcanzan requerimientos objetivos a lo largo del estudio, 3 pacientes precisaron nutrición parenteral y 13 pacientes fueron éxitos. Del resto de pacientes la media de días hasta alcanzar requerimientos objetivo (> 80%) fue para valores calóricos de 6,8 días (1-26) y para valores proteicos de 6,6 días (1-26). Los pacientes se mantuvieron en hiponutrición permisiva < 40 % de requerimientos durante una media de 2,9 días (1-8) para valores energéticos y durante 3,2 días (1-10) para valores proteicos.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra de pacientes críticos COVID sin desnutrición previa, el cumplimiento de los objetivos nutricionales con NE se alcanza tan solo en la mitad de los mismos. La situación aguda, hemodinámicamente inestable y la VMI podrían dificultar la tolerancia y poder llegar de forma temprana a los objetivos por lo que la elección de una fórmula hiperproteica adecuada y la monitorización estrecha de su tolerancia son esenciales. Es necesario realizar un seguimiento a largo plazo para continuar evaluando las consecuencias reales en la recuperación de nuestros pacientes.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2712. REMDESIVIR EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES GRAVES CON NEUMONÍA POR CORONAVIRUS TIPO 2 (SARS-COV-2)****AUTORES**

RUIZ BRIONES P, GARCÍA SANCHEZ S, VICENTE VALOR J, SOMOZA FERNÁNDEZ B, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ C, VILLANUEVA BUENO C, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. DOCTOR ESQUERDO 46. MADRID

OBJETIVOS

Describir las características y evolución clínica de los pacientes hospitalizados con infección por coronavirus tipo 2 (SARS-CoV-2) que reciben tratamiento con remdesivir.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: estudio observacional, retrospectivo.

Criterios de inclusión: pacientes ingresados con COVID-19 que recibieron remdesivir en un hospital terciario durante el periodo desde el 10 de marzo al 10 de abril de 2020.

Variables: demográficas, clínicas y de tratamiento.

La evolución clínica se evaluó mediante la mortalidad y los cambios en una escala ordinal a los 28 días tras la administración de remdesivir y al final del seguimiento. La escala ordinal utilizada asignaba los valores 1, 2 o 3 a pacientes con infección ya resuelta (orden creciente según necesidad de atención médica), los valores de 4 a 7 a pacientes con requerimiento de oxigenoterapia (orden creciente según agresividad de la técnica), y el 8 a pacientes que han fallecido. Se consideró evolución clínica favorable cuando se obtuvo una reducción de 2 puntos en la escala o una puntuación de ≤3.

Los datos se recogieron a través de la historia clínica electrónica y del programa de prescripción electrónica. El fin del seguimiento fue el 27/05/2020.

El estudio contó con la aprobación de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del centro.

RESULTADOS

Se incluyeron 32 pacientes, de los cuales el 84,4% eran varones, con una mediana de edad de 63 años (RIC=46-72). El 84,4% presentaba al menos una comorbilidad, siendo las más prevalentes la hipertensión arterial (43,8%) y la obesidad (31,3%).

El 100% de los pacientes habían recibido tratamiento con lopinavir/ritonavir +hidroxicloroquina +tocilizumab; el 28,1% recibió además azitromicina, el 93,8% interferón beta y el 75,0% glucocorticoides. La mediana de tiempo desde el inicio de síntomas hasta la administración de remdesivir fue 16 días (RIC= 13,8-18) y la mediana de días entre el ingreso y la infusión 9,5 días (RIC=8-11). En el momento de la administración de remdesivir, el 100% se encontraban con ventilación mecánica invasiva.

A los 28 días tras la administración de remdesivir había fallecido el 21,9% de los pacientes. La mortalidad al final del seguimiento (mediana de seguimiento de 67 días ; RIC=62,5-67) fue 34,4%.

El 37,5% y el 62,5% alcanzaron una reducción de 2 puntos en la escala ordinal a día 28 y a final de seguimiento, respectivamente. La mediana de tiempo en alcanzar dicha reducción a los 28 días y al final del seguimiento fue 12,5 días (RIC= 4,8-20,3) y 24 días (RIC= 8,3-31,5) en cada momento, respectivamente.

El 18,8% de la población obtuvo una puntuación de 1,2 o 3 en la escala a día 28, y un 53,1% al final del seguimiento.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el estudio no permiten asociar la administración de remdesivir a una mejoría clínica de los pacientes. Esto puede deberse al inicio tardío del tratamiento (en la bibliografía publicada no se observa un claro beneficio al administrar remdesivir después de 10 días tras el inicio de los síntomas).

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2729. TRATAMIENTO DE LA NUEVA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS: INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

MATÉ ARBAIZA P, VICENTE GONZÁLEZ B, INFANTE CAMARERO A, UBEIRA IGLESIAS M, DE FRUTOS DEL POZO M, GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ I, ORTOLL POLO V, REVILLA CUESTA N
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. AVENIDA ISLAS BALEARES 3. BURGOS

OBJETIVOS

El abordaje terapéutico de la nueva enfermedad por coronavirus (COVID-19) fue consensuado por un grupo multidisciplinar en un hospital de tercer nivel. Se estableció un protocolo revisado semanalmente, atendiendo a la práctica clínica y a las directrices de uso de los fármacos emitidas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

Desde el servicio de Farmacia, se fomentó la prescripción electrónica asistida (PEA) por protocolo, actualizado permanentemente acorde a las decisiones tomadas por el grupo.

El objetivo del presente estudio es analizar el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas sobre los medicamentos utilizados para el tratamiento de COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de 60 días de duración. Se revisaron diariamente analíticas, evolutivo y plan terapéutico de todos los pacientes ingresados por COVID-19 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron desde el programa informático de farmacia: número de historia clínica, principio activo, tipo de intervención y aceptación o no de la misma. Se excluyeron aquellas IF realizadas sobre medicamentos destinados al tratamiento de la patología crónica del paciente.

RESULTADOS

Se realizaron 634 IF en 517 pacientes diferentes de un total de 758 pacientes ingresados por COVID-19, lo que supuso 0,84 IF/paciente y 10,6 IF/día.

El número de IF por principio activo fue: hidroxicloroquina 236 (37,22%), azitromicina 185 (29,18%), acetilcisteína 63 (9,94%), enoxaparina 37 (5,84%), tocilizumab 29 (4,57%), interferón β 1B 24 (3,79%), metilprednisolona 17 (2,68%), prednisona 13 (2,05%), anakinra 11 (1,73%) lopinavir/ritonavir 10 (1,58%), ceftriaxona 5 (0,79%) y etopósido 4 (0,63%). La distribución de las IF por tipo fue: frecuencia de administración errónea 173 (27,29%), revisión duración 152 (23,98%), suspender medicamento 96 (15,14%), falta de adherencia a protocolo vigente 53 (8,36%), revisar presentación 35 (5,52%), monitorización efectos adversos 28 (4,42%), añadir medicamento 26 (4,10%), interacción 25 (3,94%), dosis incorrecta 22 (3,47%), duplicidad terapéutica 15 (2,36%), ajuste a función renal 5 (0,79%), cambio vía de administración 4 (0,63%). El 94,63% del total de IF fueron aceptadas por el médico prescriptor.

CONCLUSIONES

El grado de aceptación de las IF es elevado, siendo los fármacos más susceptibles de intervención la azitromicina, por frecuencia de administración errónea y la hidroxicloroquina, por la duración de tratamiento.

La PEA ha demostrado ser una herramienta útil, no sólo en la mejora de la seguridad para el paciente sino también en la eficiencia del proceso farmacoterapéutico ante la sobrecarga asistencial generada por COVID-19. Sin embargo, la validación farmacéutica individualizada es indispensable dada la variabilidad clínica de los pacientes y la utilización de fármacos con capacidad potencial de generar efectos adversos y que no forman parte de la práctica clínica habitual.

La integración del farmacéutico en el grupo multidisciplinar de COVID-19 resulta imprescindible para la actualización del protocolo así como para asegurar la adquisición de los medicamentos, siendo en muchos casos necesaria la tramitación a través de la AEMPS.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2732. PERFIL SEROLÓGICO DE VIRUS HEPATOTROPOS, TUBERCULOSIS E INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES COVID-19 TRATADOS CON TOCILIZUMAB

AUTORES

SOSA- PONS A, BORRÀS TRIAS L, SEGUÍ SOLANES C, MACORIGH L, GONZALEZ- MUÑIZ V, ALMENDROS- ABAD N, RODRIGUEZ- MAURIZ R, RUDI SOLA N
HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. AVDA. FRNACESC RIBAS, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Objetivo principal: conocer el perfil serológico del virus de la hepatitis B (VHB) y tuberculosis (TBC) en pacientes que recibieron tocilizumab como tratamiento para la infección por SARS-CoV-2.

Objetivos secundarios: evaluar la intervención farmacéutica (IF) realizada y el grado de aceptación de la misma, así como los perfiles serológicos frente al virus de la hepatitis C (VHC) y VIH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel durante la pandemia por COVID-19 (hasta 10 mayo 2020), en el que se incluyeron todos los pacientes con neumonía por virus SARS-CoV-2 que recibieron, al menos, una dosis de tocilizumab. Variables recogidas: sexo, edad, nacionalidad, perfil serológico de VHB (HBsAg, AntiHBs y AntiHBc), TBC (ensayo de liberación de interferón gamma (IGRAS)), VHC (anticuerpos VHC) y VIH (anticuerpos VIH).

Según el protocolo de tratamiento de la COVID-19 del centro, era necesario solicitar los marcadores serológicos de VHB y TBC en aquellos pacientes tratados con tocilizumab.

Se registraron en una hoja de Excel® todos los tratamientos con tocilizumab administrados durante la pandemia, así como las IF realizadas y el tipo de las mismas (telefónica, nota en historia clínica electrónica). El grado de aceptación de las IF se calculó según los perfiles serológicos cursados.

Los datos se recogieron de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS

Se incluyeron 38 pacientes que recibieron tocilizumab, con una media de edad de 64 años (DS=9,7), 30 hombres. Treinta y cinco de nacionalidad española y tres provenientes de Bolivia, Gambia y Senegal.

Diez (26%) de los 38 pacientes tenían perfil serológico completo de VHB y TBC.

En cuanto al perfil serológico de VHB, 16 pacientes tenían todos los marcadores evaluados. De estos, 4 con infección resuelta por VHB, 2 vacunados y 10 no estaban inmunizados. Ocho de los 22 pacientes restantes, no disponían de ningún marcador y en 14 pacientes el perfil serológico estaba incompleto. El marcador menos solicitado fue AntiHBs (55%). Un paciente tenía infección crónica activa por VHB previamente no conocida.

Se evaluó el IGRAS en 20 pacientes. Uno fue positivo, 9 negativos y 10 indeterminados (todos pendientes de confirmación).

Tras el cribado para el VIH, se detectó 1 paciente positivo de los 18 estudiados (previamente conocido y en tratamiento). Respecto a la serología del VHC, se analizaron 21 pacientes todos ellos negativos.

En 35 de los 38 pacientes se realizó IF, 10 a través de llamada telefónica y 25 con nota en la historia clínica. En cuanto al grado de aceptación, en un 26% fue total, en un 46% se solicitó de manera incompleta y en un 28% no fue aceptada.

CONCLUSIONES

Los perfiles serológicos de VHB y TBC de los pacientes que recibieron tocilizumab son incompletos a pesar de haber realizado IF en la mayoría de los pacientes, por lo que se completará el estudio al alta para determinar posibles riesgos de reactivación de VHB y TBC.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2733. CONTRIBUCIÓN DE TÉCNICOS EN LA IMPLANTACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL DE CAMPAÑA POR CRISIS SANITARIA COVID-19

AUTORES

MUÑOZ CABALLERO S, CEREZUELA CHAPARRO R, SÁNCHEZ GUERRRERO A, SANABRIAS FERNÁNDEZ DE SEVILLA R, ARANGUREN OYARZÁBAL A
HOSPITAL PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA. CALLE MANUEL DE FALLA 1. MADRID

OBJETIVOS

Describir el papel de los técnicos de farmacia (TF) en la implantación de un Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) en un hospital de campaña (HC) ante la situación de alerta sanitaria por COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

Organizar un SFH de forma urgente y proporcionar una prestación y atención farmacéutica en un HC.

DISEÑO

Tras la sobresaturación del sistema sanitario público, se estableció la creación de un HC con un SFH que, tras la autorización correspondiente, facilitó la prestación y atención farmacéutica a los pacientes ingresados.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. El SFH gestionó la obtención de equipamiento informático, material de oficina, estanterías y armarios de seguridad. Se utilizaron cámaras de refrigeración disponibles en el espacio destinado. Los TF realizaron controles de temperatura para

garantizar la correcta conservación de los medicamentos.

2. Se obtuvo medicación mediante préstamos de varios hospitales hasta poder generar pedidos propios a proveedores. Se estableció un circuito de control y recepción de pedidos en el que participaron auxiliares administrativos y TF.

3. Se implantó un programa informático para gestión de pedidos y prescripción electrónica. La dispensación de medicamentos se realizó mediante botiquines en las unidades de enfermería (UE) y dispensación individualizada por paciente para medicamentos no incluidos en el stock o que precisaron circuitos especiales de dispensación.

REPOSICIÓN DE BOTIQUINES: se solicitaba desde las UE por vía telemática. Los TF se encargaban de la organización y su preparación identificando la UE. El personal de enfermería inicialmente, y los TF después, se encargaron de la colocación de medicamentos en los botiquines.

MEDICACIÓN INDIVIDUALIZADA: Implementada la prescripción electrónica, se enviaba de forma activa desde el SFH, tras la validación farmacéutica y preparada por TF.

4. Para pacientes dados de alta a hoteles medicalizados se preparaba individualmente la medicación para cubrir el período de aislamiento.

5. A medida que las UE se fueron cerrando, los TF contribuyeron a reorganizar, redistribuir y reubicar la medicación, para el período de cuarentena correspondiente.

IMPLANTACIÓN

La actividad asistencial se inició el 21-marzo y finalizó el 1-mayo de 2020. Los TF realizaron las actividades mencionadas, en coordinación y siguiendo instrucciones del equipo de farmacéuticos, del 24-marzo al 15-mayo.

RESULTADOS

- Las semanas de máxima intensidad se dotó de 20 técnicos para 1.250 pacientes ingresados.
- Se establecieron botiquines en 25 UE (50 pacientes/unidad) y una UCI (8 pacientes).
- Se prepararon 1.330 pedidos para botiquines (189.294 unidades de medicamentos). Una vez implantada la prescripción electrónica los farmacéuticos validaron el 100% de tratamientos.
- Se prepararon de forma individualizada 17.188 unidades de medicamentos para 1.469 pacientes y 16.930 unidades para 431 pacientes de alta a hoteles. Se prestó atención sanitaria a 3.812 pacientes durante 42 días.

LIMITACIONES

- Necesidad de adaptación a los espacios físicos que se habilitaron.
- Urgencia en empezar a funcionar sin los medios necesarios.
- Distancia entre el SFH y las UE.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Futuros HC en alerta sanitaria o situación similar.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2735. ESTANDARIZACIÓN DE LAS INFUSIONES DE MEDICAMENTOS EN CUIDADOS CRÍTICOS DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

AUTORES

MARTÍNEZ PÉREZ S, LLINARES ESQUERDO M, POMARES BERNABEU M, GONZALEZ FERNANDEZ A, MURCIA LOPEZ AC, GARCIA MONSALVE A, MATOSES CHIRIVELLA C, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CAMÍ DE L'ALMÀSSERA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

La pandemia del COVID-19 ha supuesto un aumento en la presión asistencial y el estrés de los profesionales sanitarios, siendo esencial la aplicación de prácticas de seguridad para evitar errores de medicación.

El objetivo de este estudio fue estandarizar la forma de preparación de las mezclas intravenosas (MIV) empleadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para evitar errores de administración y proporcionar así, una atención segura y de calidad a las personas enfermas ingresadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se creó un equipo multidisciplinar (formado por la farmacéutica del Área de Nutrición y Mezclas Intravenosas y por médicos y personal de enfermería de la UCI) que determinó las MIV más frecuentemente empleadas en UCI que incluían medicamentos de alto riesgo (aquellos que utilizados incorrectamente presentaban una mayor probabilidad de causar daños graves y/o mortales a los pacientes) y que, por tanto, eran objeto de ser estandarizadas.

Las fuentes de información de referencia que se consultaron incluyeron: la ficha técnica del medicamento, Stabilis 4.0. Infostat, Guía de administración de medicamentos vía parenteral 2011, Trissel's TM 2 Clinical Pharmaceutics Database y el documento "Standardized Concentrations: Adult Continuous IV Infusions Version 1.01" de la Sociedad Americana de Farmacia Hospitalaria. Se recogió la siguiente información para cada una de las MIV: concentración en la que la dilución era estable, método de preparación, dosificación usual, condiciones de conservación (temperatura, tiempo y protección de la luz), incompatibilidades de administración con otros medicamentos y recomendaciones de infusión.

Se mantuvo la forma de preparación previa por parte del personal de UCI siempre que fuera estable y adecuada atendiendo a la bibliografía consultada. En aquellos casos en los que el método de preparación no era óptimo, se proponía una opción ajustada a las recomendaciones revisadas.

RESULTADOS

En la revisión, se incluyeron un total de 87 preparaciones intravenosas correspondientes a 82 fármacos distintos. Se estandarizaron 39 antibióticos, 7 catecolaminas y vasopresores, 5 antihipertensivos, 3 anestésicos, 3 electrolitos, 3

hipnóticos y sedantes, 2 relajantes musculares, 2 antiarrítmicos, 2 agentes antitrombóticos y 16 clasificados como otras familias.

En cuanto a los métodos de preparación, se mantuvo la llevada a cabo por UCI en el 93% (n=81) de las MIV, proponiéndose una opción nueva únicamente en el 7% (n=9) por mayor riesgo de errores de dosificación con el método de preparación llevado a cabo hasta el momento. El 19,5% (n=16) de los fármacos no requerían reconstitución y/o dilución, el 65,9% (n=54) eran estables tanto en soluciones de suero fisiológico 0,9% (SSF0,9%) como de suero glucosado 5% (SG5%), el 9,8% (n=8) se podían preparar únicamente en SSF0,9% y el 4,8% (n=4) en SG5%. Del total de preparaciones, 4 medicamentos se preparaban en el Servicio de Farmacia (SF) por ser antibióticos de uso controlado.

El 8,5% (n=7) de los medicamentos diluidos eran fotosensibles y debían ser administrados mediante sistemas de infusión opacos. 8 fármacos se debían conservar en nevera previa su dilución/reconstitución y/o empleo.

CONCLUSIONES

El papel del farmacéutico y la implicación de los SF en la elaboración de las bibliotecas farmacológicas son fundamentales para la mejorar la seguridad en la atención a pacientes ingresados críticos, en situaciones de mayor presión asistencial como la generada por la pandemia del COVID-19.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2740. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19

AUTORES

MIRALLES ALBORS P, FLORIT SUREDA M, ORTONOBES ROIG S, DE CASTRO JULVE M, SOLER BLANCO N, REDONDO CAPAFONS S, SORIANO GUTIÉRREZ L, GÓMEZ VALENT M
CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAULÍ. PARC TAULÍ, 1. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir las características, los tratamientos para la COVID-19 y las complicaciones de los pacientes que ingresaron en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante la pandemia por SARS-CoV-2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital universitario de segundo nivel.

Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la UCI con diagnóstico confirmado por PCR-SARS-CoV-2/serología y fecha de alta entre el 10/03/2020 y 07/05/2020.

Mediante la revisión de las historias clínicas y prescripciones médicas se registraron variables sociodemográficas, peso, días desde inicio de síntomas hasta ingreso en UCI, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), estancia en UCI, mortalidad, comorbilidades, polifarmacia (> 10 fármacos), tratamientos crónicos, tratamientos COVID-19 (número de pacientes, días desde inicio de síntomas hasta inicio del fármaco, duración o número de dosis) y complicaciones.

Variables cuantitativas expresadas en mediana (rango intercuartil) y las variables cualitativas en valor absoluto (relativo).

RESULTADOS

83 pacientes: 62 (74,7%) hombres, edad 62 (31-82) años. Peso: 81 (51-144) Kg. Días desde inicio de síntomas hasta ingreso en UCI: 10 (7-14), SDRA: 78 (94%), estancia en UCI: 10 (5-22) días, mortalidad: 51,8%.

Comorbilidades: obesidad 31 de 60 pacientes (51,7%), hipertensión 41 (49,4%), dislipemia 35 (42,2%), diabetes 18 (21,7%), inmunosupresión 9 (10,8%), insuficiencia renal crónica 4 (4,8%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 3 (3,6%), asma 3 (3,6%), fibrilación auricular 2 (2,4%) y tabaquismo 2 (2,4%). Polimedicados: 12 (14,5%).

Tratamiento crónico: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) 19 (22,9%), antagonistas del receptor de aldosterona (ARA-II) 14 (16,9%), otros antihipertensivos 25 (30,1%), estatinas 24 (28,9%), antidiabéticos orales 19 (22,9%), antiagregantes 14 (16,9%), neurolépticos 10 (12%), anticoagulantes 7 (8,4%), bifosfonatos 7 (8,4%). Tratamiento COVID-19: cloroquina/hidroxicloroquina 79 (95,2%) pacientes, 7 (5-10) días desde inicio de síntomas, durante 6 (5-9) días; azitromicina 78 (93,9%), 7 (6-10), 5 (5-6); ceftriaxona 75 (90,4%), 7 (0-21), 8 (2-15); lopinavir/ritonavir 56 (67,5%), 7 (5-9), 4 (2-6); tocilizumab 46 (55,2%), 11 (8-14), 1 (1-2); interferón beta-1b 42 (50,6%), 7,5 (2-15), 3 (2-3) dosis; bolus metilprednisolona ≥ 120 mg 26 (31,3%), 11 (7-13), 3 (2-3); remdesivir 9 (10,8%), 14 (12-16), 9 (5-10) y anakinra 2 (2,4%), 17 (13-21), 5 (2-8) dosis. Complicaciones: coinfección 38 (45,8%), trombosis venosa profunda (TVP) 13 (15,6%), tromboembolismo pulmonar (TEP) 10 (12%), confusión 13 (15,6%), dermatológicas 6 (7,2%) y reacciones adversas quininas 6 (8,4%), lopinavir/ritonavir 6 (10,2%).

CONCLUSIONES

-La mayoría de nuestros pacientes críticos eran hombres de 60 años con SDRA, con una mediana de 10 días desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso, 10 días de estancia en la UCI y la mitad de ellos fueron exitos.

-Destacaban antecedentes de obesidad, hipertensión, diabetes y polimedicación.

-Recibieron diferentes fármacos para la COVID-19 según el protocolo del hospital y la disponibilidad de estos.

-Las principales complicaciones fueron la coinfección y los eventos tromboembólicos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2744. FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19

AUTORES

FLORIT SUREDA M, MIRALLES ALBORS P, ORTONOBES ROIG S, SOLER BLANCO N, DE CASTRO JULVE M, SORIANO GUTIÉRREZ L, PÉREZ CONTEL A, GÓMEZ VALENT M
CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. PARC TAULI, 1. BARCELONA

OBJETIVOS

La pandemia originada por el SARS-CoV-2 ha causado miles de muertes en España. Y aproximadamente el 5% de los pacientes han requerido ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

El objetivo es determinar los factores de riesgo de mortalidad de los pacientes que ingresaron en nuestra UCI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital universitario de segundo nivel.

Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la UCI con PCR-SARS-CoV-2/serología positiva y fecha de alta entre el 10/03/2020 y 07/05/2020.

Variables registradas: sociodemográficas, días desde el inicio de síntomas hasta el ingreso en UCI, estancia en UCI, mortalidad, comorbilidades, polimedicación (> 10 fármacos), tratamientos crónicos, tratamientos COVID-19 (días de tratamiento recibidos, días desde el ingreso hasta el inicio del fármaco), complicaciones, analítica al inicio, mitad y alta del ingreso (linfocitos, proteína C reactiva (PCR), lactato deshidrogenasa (LDH), dímero-D, ferritina).

Variables cuantitativas expresadas en mediana (rango intercuartil), comparadas mediante test de Wilcoxon-Mann-Whitney. Variables cualitativas en valor absoluto (relativo), analizadas con Chi-cuadrado/test exacto de Fisher.

RESULTADOS

83 pacientes: 62 (74,7%) hombres, edad 62 (31-82) años. Días desde inicio de síntomas hasta el ingreso en UCI: 10 (7-14), estancia en UCI: 10 (5-22) días, mortalidad: 51,8%.

Análisis de 40 (48,23%) no exitus vs 43 (51,8%) exitus, hubo diferencias significativas con edad: 55 (48-61) vs 68 (64-73), $p=0,000$; estancia en UCI: 13 (6,5-31) vs 9 (5-14), $p=0,017$; diabetes: 5 (12,5%) vs 13 (30,2%), $p=0,050$; hipertensión: 13 (32,5%) vs 28 (65,2%), $p=0,003$; dislipemia: 15 (37,5%) vs 20 (46,5%), $p=0,050$; inmunosupresión: 1 (2,5%) vs 8 (18,6%) $p=0,018$; polimedicación: 1 (2,5%) vs 11 (25,6%), $p=0,003$.

Respecto al tratamiento crónico: estatinas: 6 (15%) vs 18 (41,9%), $p=0,007$; antiagregantes: 3 (7,5%) vs 11 (25,6%), $p=0,007$ y al tratamiento COVID-19: tocilizumab: 27 (67,5%) vs 19 (44,2%), $p=0,033$; días de tratamiento recibidos con lopinavir/ritonavir: 5 (4-6) vs 3 (2-6), $p=0,0321$.

Entre las analíticas, hubo diferencias en la LDH a mitad de estancia: 278 (243-386)U/L vs 374,5 (312-489)U/L, $p=0,005$ y en linfocitos al alta: 1,98 (1,53-2,22)x10⁹/L vs 1,185 (0,7-1,95)x10⁹/L, $p=0,002$; PCR al alta: 0,32 (0,17-1,3)mg/dL vs 11,73 (6,45-27,79)mg/dL, $p=0,000$; dímero-D al alta: 1189 (607-2076)ng/mL vs 4726 (1990,5-7702,5)ng/mL, $p=0,000$; ferritina al alta: 644,65 (379,5-1005,7)ng/dL, vs 1616,1 (770,6-2409)ng/dL, $p=0,000$; LDH al alta: 223,5 (194-286)U/L vs 436 (331-651)U/L, $p=0,000$. No hubo diferencias significativas con el resto de variables analizadas.

CONCLUSIONES

-Los factores de riesgo de mortalidad detectados en nuestros pacientes críticos fueron edad, diabetes, hipertensión, dislipemia, inmunosupresión y polimedicación.

-Los pacientes que recibieron tocilizumab y más días de tratamiento con lopinavir/ritonavir presentaron menor mortalidad.

-Los pacientes exitus presentaron los parámetros analíticos LDH, PCR, dímero-D y ferritina más elevados que los pacientes no exitus.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2745. EPIDEMIOLOGÍA Y RESULTADOS CLÍNICOS DE PACIENTES CON COVID-19: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

AMOR GARCÍA MÁ, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ CG, CHAMORRO DE VEGA E, MELGAREJO ORTUÑO A, VALERIO MINERO M, MUÑOZ GARCÍA P, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DEL DR ESQUERDO 46. MADRID

OBJETIVOS

Describir la epidemiología y los resultados clínicos de los 1.000 primeros pacientes que recibieron tratamiento para COVID-19 en un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional, retrospectivo.

Criterios de inclusión: Pacientes ingresados o atendidos en el Servicio de Urgencias que recibieron tratamiento para COVID-19 a partir del 01/03/2020, con resultado positivo confirmado por PCR para SARS-CoV-2.

Método: Se registraron variables demográficas, clínicas, analíticas y de tratamiento. La evolución clínica se evaluó mediante el desarrollo de síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI), mortalidad, duración de la estancia hospitalaria, nuevas visitas a Urgencias y re-ingresos. El periodo de reclutamiento finalizó el 24/03/2020 y el seguimiento el 24/05/2020.

Las variables cuantitativas asimétricas se expresaron mediante mediana y rango intercuartílico (RIC). La asociación entre variables dicotómicas o proporciones se comparó mediante prueba exacta de Fisher. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA/IC-14®.

El estudio contó con la aprobación de la AEMPS y el CEIm del centro.

RESULTADOS

Se incluyeron 1.000 pacientes, de los cuales 932 (93,2%) ingresaron y 68 (6,8%) fueron atendidos de forma ambulatoria. La mediana de edad fue 66,6 años (52,0-78,6). El 59,0% fueron hombres, 81,4% de raza caucásica y 16,7% latinoamericana. El 7,2% eran fumadores activos y el 14,7% obesos. Las comorbilidades más frecuentes fueron

hipertensión arterial (45,8%), enfermedad cardiovascular (34,1%), diabetes (20,8%) e insuficiencia renal (12,1%). El 78,5% de los pacientes presentaba linfopenia (0,8, 0,6-1*103/ μ L) y el 60,0% y 23,7% elevación de lactato deshidrogenasa (333, 280-418 U/L) y dímero D (845, 595-1733 ng/mL) al ingreso.

El 72,1% de los pacientes desarrolló neumonía bilateral. El 92,8% recibió una combinación de antivirales, con un retraso desde el inicio de los síntomas de 6 (4-8) días: 40,2% lopinavir/ritonavir+hidroxicloroquina, 37,6% lopinavir/ritonavir+hidroxicloroquina+ β -interferón 1b y 8,1% lopinavir/ritonavir+hidroxicloroquina+azitromicina+ β -interferón 1b. 31 pacientes (3,1%) recibieron remdesivir. La duración del tratamiento antiviral fue de 10 días (7-12). El 25,3% recibieron corticoides (7,3% en pulsos) y el 13,8% tocilizumab (1 dosis -29,0%- , 2 -30,4%- y 3 -40,6%-). El 75,2% de los pacientes precisó oxigenoterapia, con una duración de 8 días (4-13). El 38,4% precisaron ventilación mecánica no invasiva o alto flujo y el 10,3% ventilación mecánica invasiva.

De los 932 pacientes hospitalizados, el 43,1% desarrolló SDRA y el 12,3% precisó ingreso en UCI. La duración de la estancia en UCI y hospitalaria fue de 21 (10-34) y 13 (8-21) días, respectivamente. El 72,1% de los pacientes fueron dados de alta, el 25,9% fallecieron y el 2,0% permanecían ingresados al final del seguimiento. La mortalidad en los pacientes > 65 años fue del 40,4% ($p < 0,001$), 37,6% y 40,8% en los pacientes con hipertensión arterial ($p < 0,001$) y enfermedad cardiovascular ($p < 0,001$), y del 45,2% en los que requirieron ingreso en UCI ($p < 0,001$). Al alta hospitalaria, el 5,7% de los pacientes precisó nueva visita a Urgencias y el 3,3% ingreso hospitalario. De los pacientes seguidos de forma ambulatoria, falleció el 2,9%.

CONCLUSIONES

Este estudio presenta los resultados de una amplia cohorte de pacientes atendidos en un hospital español durante el inicio de la pandemia. La prevalencia de distrés y mortalidad en esta población fue elevada.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2753. EXPERIENCIA CON REMDESIVIR EN PACIENTES CRÍTICOS

AUTORES

FLORIT SUREDA M, MIRALLES ALBORS P, ORTONOBES ROIG S, SOLER BLANCO N, DE CASTRO JULVE M, REDONDO CAPAFONS S, PÉREZ CONTEL A, GÓMEZ VALENT M
CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. PARC TAULI, 1. BARCELONA

OBJETIVOS

Remdesivir, inhibidor de RNA-polimerasa viral que ha demostrado actividad in-vitro contra SARS-CoV-2. Durante la pandemia COVID-19, se solicitó su uso compasivo para pacientes críticos según criterios de las autoridades sanitarias. El objetivo es describir las características de los pacientes tratados con remdesivir ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y analizar los factores relacionados con la mortalidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital universitario de segundo nivel. Se incluyeron los pacientes tratados con remdesivir.

Variables registradas: sociodemográficas, peso, procedencia, días desde inicio de síntomas hasta ingreso en UCI, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), estancia en UCI, mortalidad, comorbilidades, polimedicación (> 10 fármacos), tratamientos crónicos, días de remdesivir, tratamientos COVID-19 (número de pacientes, duración o dosis), complicaciones, días desde inicio de síntomas hasta inicio de remdesivir, días desde ingreso en UCI hasta inicio de remdesivir, días desde inicio de remdesivir hasta alta UCI y analítica al ingreso y post-remdesivir (linfocitos, proteína C reactiva (PCR), lactato deshidrogenasa (LDH), dímero-D, ferritina, procalcitonina).

Variables cuantitativas expresadas en mediana (rango intercuartil), comparadas mediante test de Wilcoxon-Mann-Whitney. Variables cualitativas en valor absoluto (relativo), analizadas con Chi-cuadrado/test exacto de Fisher.

RESULTADOS

Pacientes con remdesivir 9; 7 (77,8%) hombres, 57 (50-66) años. Peso: 82 (75-119) Kg. Procedencia: 9 (100%) domicilio.

Días desde inicio de síntomas hasta ingreso UCI: 7 (5-9), SDRA: 9 (100%), estancia UCI: 32 (15-42) días, mortalidad: 3 (33,3%).

Comorbilidades: diabetes 5 (55,6%), obesidad 3 de 6 pacientes (50%), dislipemia 4 (44,4%), hipertensión 3 (33,3%). Polimedicados: 2 (22,2%).

Tratamientos crónicos: antidiabéticos orales 5 (55,5%), antihipertensivos 5 (55,5%), neurolépticos 4 (44,4%), estatinas 2 (22,2%).

Días de remdesivir: 9 (5-10). Tratamientos COVID-19: cloroquina/hidroxicloroquina 9 (100%) pacientes, 6 (5-6) días; interferón beta-1b 9 (100%), 3 (3-3) dosis; azitromicina 9 (100%), 6 (5-6); lopinavir/ritonavir 8 (88,9%), 4,5 (2,5-6). Complicaciones: coinfección 7 (77,8%), confusión 4 (44,4%),

tromboembolismo pulmonar 1 (11,1%), trombosis venosa profunda 1 (11,1%), dermatológicas 1 (11,1%).

Análisis de 6 (66,67%) no exitus vs 3 (33,3%) exitus, hubo diferencias significativas con edad: 53 (48-57) vs 70 (67-75), $p=0,021$; días lopinavir/ritonavir: 6 (5-6) vs 2 (2-3), $p=0,024$; días azitromicina: 6 (6-7) vs 4 (2-5), $p=0,015$; días desde inicio de remdesivir hasta alta UCI: 31 (21-38) vs 9 (6-9), $p=0,020$; analítica post-remdesivir de dímero-D 2401 (1358-2711) vs 4193 (4085-35696), $p=0,020$; procalcitonina 0,09 (0,13-0,47) vs 2,78 (0,49-9,96) $p=0,020$. No se observaron diferencias significativas con el resto de variables.

CONCLUSIONES

-El perfil de nuestros pacientes con remdesivir fue hombre de 60 años con SDRA. Inicio de síntomas hasta ingreso en UCI de una semana y estancia de un mes. Un tercio fallecieron. Presentaban diabetes, obesidad y dislipemia. Tuvieron complicaciones de coinfección y confusión.

-Recibieron diferentes fármacos COVID-19 según protocolo y disponibilidad. Ningún paciente recibió tocilizumab ni corticoides al no estar aún en el protocolo institucional. Los tratados con lopinavir/ritonavir y azitromicina sobrevivieron más.

-Independientemente de la fecha de inicio de remdesivir, este prolongó su estancia en UCI y su supervivencia.
 -Post-remdesivir, los pacientes exitus presentaron un aumento significativo del dímero-D y la procalcitonina respecto los pacientes no exitus.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2754. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA CON DIVERSOS CIRCUITOS DE ENVÍO DE MEDICACIÓN AMBULATORIA DE USO HOSPITALARIO

AUTORES

RODRÍGUEZ- MAURIZ R, SEGUÍ SOLANES C, RECHE FERNÁNDEZ MD, ALMENDROS- ABAD N, SOSA- PONS A, RUDI SOLA N
 HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. CALLE FRANCESC RIBAS S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir la implantación de un programa de envío de medicación de uso hospitalario a oficinas de farmacia (OF) y domicilio de pacientes.

MEJORAS ESPERADAS

Disminución del número de visitas al hospital de pacientes ambulatorios en periodo de pandemia.

DISEÑO

Se diseñó un programa con diferentes circuitos de envío de medicación desde un hospital con un área de influencia de 735 km² (39 municipios) como alternativa asistencial a acudir al centro de referencia por la situación ocasionada por la COVID.

De los 3200 pacientes externos atendidos habitualmente, se seleccionaron 1900 para recibir la medicación. Los criterios fueron por tipo de medicación o patología. Se excluyeron los pacientes con tratamientos por vía endovenosa. Los canales de envío utilizados fueron: empresa distribuidora de medicamentos, mensajería y voluntariado.

CIRCUITO Y ETAPAS

Creación del grupo de trabajo: dos farmacéuticos, un técnico, cuatro administrativos, dos empresas de mensajería y voluntarios.

Creación de una base de datos para poder gestionar los envíos: nombre, apellidos, tipo de medicación, fecha de envío, teléfono y dirección.

Definición del circuito:

1. Selección de pacientes: Se dividió a los pacientes que recogían medicación en la Unidad de Farmacia de Pacientes Externos (UFPE) en función del ATC de la medicación prescrita: aquellos con tratamiento para esclerosis múltiple o enfermedades inmunomediadas se incluyeron en el circuito de envío a OF, y el resto de pacientes se les ofreció envío a domicilio.
2. Contacto con pacientes: llamadas telefónicas realizadas por administrativos de Atención al Cliente y mediante consultas telefónicas de los propios pacientes al Servicio de Farmacia.
3. Registro de los pacientes en la base de datos.
4. Ejecución de la dispensación y facturación en el programa informático.
5. Preparación del envío por parte del técnico de farmacia diferenciando condiciones de conservación.
6. Contacto con la empresa de mensajería/OF confirmando el número de pedidos diarios.
7. Envío y recepción.
8. Notificación de posibles incidencias.

IMPLANTACIÓN

El grupo de trabajo se formó el 16 de marzo y la implantación se realizó el 24 de marzo.

Ha sido un programa dinámico que según las necesidades detectadas a lo largo de la pandemia se ha ido adaptando e incorporando más OF.

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre el 24 de marzo y 17 de mayo, se realizaron 1.075 envíos a 829 pacientes, 44% de los 1900 candidatos.

De los envíos, el 37% se realizó a OF y 63% a domicilios de pacientes.

-En la distribución colaboraron 38 OF, 2 empresas de mensajería y 1 voluntario.

-Se ha enviado medicación a los 39 municipios de nuestra área de influencia.

Se han notificado 23 incidencias, la mayoría por ausencia del paciente en domicilio. En un caso se tuvo que desechar la medicación por problemas de conservación.

LIMITACIONES

Dificultad para contactar con todos los pacientes y saturación de línea telefónica.

Dispersión geográfica que dificulta la distribución de los pedidos.

Coste de los envíos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

A todos aquellos servicios que atiendan a pacientes externos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2766. ADAPTACIÓN DEL HORARIO Y FUNCIONES DEL EQUIPO DE TÉCNICOS DE FARMACIA DURANTE EL PERIODO CRÍTICO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

AUTORES

CASTELLÓ GOMIS LC, MOLINA ZAPATA F, NUEVO MUÑOZ S, ISMAIL NAVARRO M, ANECULA ESEI . EM, ELIAS FLUXA A, DOMINGUEZ MALLORA L, RUIZ GOMEZ MA
HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. CARRER DE VILADOMAT, 288, 08029. BARCELONA

OBJETIVOS

Ofrecer por parte de servicio de farmacia una cobertura adecuada durante el periodo más crítico de la pandemia por SARS-COV-2 en un hospital de referencia para COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

1. Evitar contagios entre el personal.
2. Disminuir nº visitas presenciales de pacientes al hospital.
3. Dar cobertura adecuada para el aumento de ocupación previsto.

DISEÑO

Se reestructura el horario del equipo (cinco farmacéuticos especialistas y un residente, dos administrativos y diez técnicos) en dos grupos equivalentes que harán turnos semanales rotatorios, sin coincidir entre ellos. Se redistribuyen las tareas de los técnicos según las necesidades emergentes en cada área de la farmacia.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Reestructuración de horario: los técnicos trabajan a semanas alternas, compactando casi todas las horas de dos semanas en una. En esta semana, hacen turno de mañana(8 horas) y tarde(12 horas) de lunes a domingos incluyendo festivos, alternándose diariamente en grupos de dos/tres. De lunes a viernes, un técnico del otro grupo trabaja en turno nocturno(5 horas). El resto de técnicos del grupo no presencial descansa. Farmacéuticos y administrativos mantienen horario habitual, alternando semanalmente trabajo presencial y teletrabajo.
2. Los técnicos reciben formación en medidas de higiene para prevenir contagios: mascarilla quirúrgica, distanciamiento social, higiene de manos.
3. Adaptación de funciones de técnicos según necesidades emergentes:
 - Reorganización física del espacio para albergar la alta demanda de medicamentos generada.
 - Creación de carros para la dispensación por unidosis y stocks en las nuevas unidades de hospitalización creadas.
 - Aumento de volumen de reenvasado.
 - Dispensación bimensual en lugar de mensual a pacientes ambulatorios con enfermedad estable.

IMPLANTACIÓN

Marzo-Abril 2020: El sistema se implanta del 16 de marzo (al inicio del estado de alarma y previo al momento crítico de la pandemia), hasta el 27 de abril (final del momento crítico de la pandemia), consensuado con Comité de Crisis COVID-19, del que farmacia forma parte.

RESULTADOS

1. La redistribución del personal permitió aumentar la distancia de seguridad entre trabajadores y, junto con las medidas de higiene implementadas, fue efectiva para limitar contagios: únicamente se registró 1 baja por COVID-19 entre los técnicos durante el periodo de aplicación de la reestructuración.
2. La ampliación de la cobertura del periodo entre dispensaciones de medicación en pacientes ambulatorios asegurará la disminución del número de visitas para recoger medicación, aunque fuera del periodo crítico de la pandemia.
3. En marzo-abril 2019 hay 14407 estancias hospitalaria totales, 447 en UCI; en marzo-abril 2020: 17748 y 866, respectivamente. Las estancias hospitalarias se incrementan un 23,19% (93,74% UCI) respecto al mismo periodo del año anterior. Se crearon 6 unidades nuevas para pacientes COVID (1 de críticos), llegando a ser en total 20 unidades de hospitalización (2 de críticos). La cobertura proporcionada por el servicio de farmacia fue adecuada para gestionar dicho aumento, dispensándose medicación para el total de pacientes ingresados al aumentar el horario de apertura de farmacia en 31 horas semanales totales y reforzándose en 5 horas semanales el área de reenvasado,

LIMITACIONES

Gran coste emocional para el equipo (mejorable con más recursos)

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a cualquier servicio de farmacia hospitalaria con personal y recursos similares en contexto de situación crítica epidémica/pandémica.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2768. EL PAPEL DE LA TELEFARMACIA EN LA CRISIS SANITARIA COVID-19

AUTORES

NOTARIO DONGIL C, PROY VEGA B, ALAÑÓN PARDO MM, MORENO PERULERO ML, GÓMEZ LLUCH MT, ANDRÉS NAVARRO N
HOSPITAL LA MANCHA CENTRO. AVDA. CONSTITUCIÓN,3. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

El objetivo fue la implementación de un sistema con un circuito de dispensación de medicamentos a domicilio.

MEJORAS ESPERADAS

Su implementación permite garantizar la seguridad de pacientes y/o familiares que recogen medicación en el área de pacientes externos (APE) del hospital debido a la situación ocasionada por el SARS-CoV-2, minimizando el riesgo de contagio.

DISEÑO

El circuito se diseñó durante el periodo de pandemia, adaptando el área a las necesidades de los pacientes, evitando desplazamientos al centro y proporcionando labor asistencial vía telefónica. Se incluyeron todos los pacientes que recogían medicación en el APE. Los envíos se realizaron con la colaboración de la Empresa de Gestión Ambiental de la Comunidad Autónoma y Protección Civil.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Registro de la actividad en agenda de citas: Para garantizar el seguimiento, se utilizó la agenda de citaciones del APE, contactando con los pacientes gracias a su adaptación con un listado que contenía las direcciones de los domicilios y teléfonos de los pacientes.
- Consulta telefónica: Previo al envío de medicación, se contactaba con el paciente realizando consulta de atención farmacéutica vía telefónica y se solicitaba autorización para el envío del tratamiento. Para minimizar errores, se contrastaba la dirección de entrega.
- Planificación de la ruta de entrega: Nuestra área sanitaria (AS) abarca numerosos municipios de distintas provincias. Se elaboró un calendario con los días previstos de entrega de medicación por localidades, con un máximo de 40 envíos diarios.
- Preparación de la medicación: Se dispensó medicación hasta un máximo de 2 meses para cada paciente. La preparación de envíos se realizaba el día anterior a la fecha de entrega exceptuando la medicación de conservación en nevera, que se preparaba el mismo día correctamente identificada y refrigerada.
- Programación de nueva cita: Se programó nueva cita en 2 meses, garantizando el seguimiento individualizado de manera periódica. Dicha cita fue entregada junto con la medicación.

IMPLANTACIÓN

La actividad se inició el 31 de marzo de 2020.

RESULTADOS

Desde su implantación hasta el 29 de mayo, se realizaron 912 dispensaciones de medicamentos (52% temperatura 2-8°C, 48% temperatura ambiente) para un total de 787 pacientes. Se hizo llegar medicación a 30 localidades distintas pertenecientes al AS, con una frecuencia de entrega media cada 10 días. Se detectaron 6 errores de entrega (0,7% del total de medicamentos). Se contactó con el 100% de estos pacientes, realizando teleconsulta a todos ellos y obteniendo consentimiento y recibí a la hora de realizar la entrega. Para evitar desplazamientos al hospital de referencia de pacientes que no pertenecían al AS, se tramitó y se dispensó la medicación de 13 pacientes, previo consentimiento de los Servicio de Farmacia (SF) de referencia.

LIMITACIONES

Aquellos pacientes sin cita quedan fuera del registro de la agenda de citación, no siendo candidatos a su llamada. Los pacientes con patologías oncohematológicas que acudían a consulta, seguían recogiendo el tratamiento en el APE. La entrega a domicilio se realizaba exclusivamente en días hábiles. Requiere la labor de voluntarios.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El proyecto es aplicable a todos los SF que dispensen medicación hospitalaria desde el APE, facilitando la labor asistencial y evitando discontinuaciones de los tratamientos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2771. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y TELEFARMACIA A PACIENTES EXTERNOS EN TIEMPOS DEL COVID-19

AUTORES

TAMAYO BERMEJO R, LINARES ALARCON A, ORTEGA DE LA CRUZ C, MUÑOZ CASTILLO I
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA. AV. CARLOS HAYA, S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Implantar un circuito de Atención Farmacéutica y telefarmacia a pacientes externos en tiempos del COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

Facilitar la accesibilidad en la dispensación de medicamentos ofrecida a pacientes externos que acuden a la Consulta de Atención Farmacéutica (CAF) del Hospital a recoger tratamiento.

DISEÑO

Se diseñó un nuevo circuito de Atención Farmacéutica y telefarmacia ajustado a las características individuales de cada paciente, con objeto de disminuir el número de desplazamientos al hospital, manteniendo el contacto y el seguimiento farmacoterapéutico gracias a las tecnologías de la información y comunicación.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Identificación de necesidades, posibilidades, estructuras y medios materiales/humanos del centro.
2. Propuesta de circuito.
3. Adecuación de recursos materiales: aprovisionamiento y gestión de stock.
4. Búsqueda de solución logística mediante proveedor externo adaptada a nuestras necesidades y revisión de

estabilidades de medicamentos termolábiles acorde a circuito propuesto.

5.Reestructuración de recursos humanos: definición del equipo, funciones, responsabilidades y asignación de nuevos roles: un farmacéutico y un técnico de farmacia en turnos rotatorios. Los nuevos roles del farmacéutico incluyen el cribado de pacientes en función de las necesidades individuales y la formación de técnicos en telefarmacia: capacitación tecnológica y habilidades de comunicación.

6.Planificación y organización del circuito: Se implementó un circuito polivalente, útil tanto con acceso remoto como presencial. Cuando el paciente contacta, es atendido por un farmacéutico que realiza el cribado y la entrevista (inicio/seguimiento), quien tras revisión de la historia clínica, valida el tratamiento y selecciona el proceso de dispensación del paciente según necesidades individualizadas, a continuación se programa el envío, y se repasa junto a él la información necesaria (posología, precauciones, efectos adversos, interacciones, conservación y protección de datos). La preparación de envíos se organiza mediante utilización de recurso vía web, por un técnico y en horario concreto, partiendo de un listado de envíos por día, hojas de dispensaciones y etiquetas personalizadas. Una vez preparadas las dispensaciones se realiza doble check por otro técnico en un turno distinto.

IMPLANTACIÓN

La actividad se inició en marzo de 2020.

RESULTADOS

Desde el 23/03/2020 hasta el 29/05/2020 se beneficiaron del nuevo circuito 1103(31,32%) pacientes de un total de 3521 pacientes que recogieron medicación en nuestra CAF en este periodo.

LIMITACIONES

A pesar de disponer de 3 líneas telefónicas y una dirección de correo electrónico que ya existían anteriormente, no ha sido suficiente para atender a todas las demandas en un periodo menor a 24h.

Por lo que se implementó una estrategia de información multicanal, mediante difusión en distintos medios sobre información básica del funcionamiento de la CAF y vías habituales de comunicación, que permitió reducir la avalancha de llamadas e invertir el tiempo en otros procesos.

Creemos que esta limitación puede solventarse fuera de la situación de emergencia, dado que la vuelta a la normalidad nos ha permitido atender todas las consultas en un periodo máximo de 24h. Otras limitaciones encontradas fueron: incidencias por parte del proveedor externo de servicios, errores en direcciones recogidas y envíos de dosis incorrectas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Circuito aplicable a otros Servicios de Farmacia que cuenten con CAF, con objeto de mejorar Atención Farmacéutica y la accesibilidad en la dispensación ofrecida a pacientes externos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2775. FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD ASOCIADOS A LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 (COVID-19)

AUTORES

VERA CABRERA M, LEÓN GIL JA, FERRER MACHÍN A, ÁLVAREZ TOSCO KI, PÉREZ MARTÍN CY, MERINO ALONSO FJ, MARTÍN CONDE JA
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Predecir los factores de riesgo de los pacientes infectados por coronavirus (COVID-19) que favorecen la mortalidad en un hospital de tercer nivel asistencial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes que fueron diagnosticados de infección por COVID-19 durante el periodo comprendido entre el 15 de marzo y 15 de mayo de 2020 en un hospital de tercer nivel. Se consultó la historia clínica de los pacientes a través de los programas de historia clínica electrónica.

Las variable dependiente del estudio fue la mortalidad durante el periodo de estudio (dicotómica).

Se realizó un análisis descriptivo inicial a través de la mediana y recorrido intercuartílico [P25-P75] para las variables numéricas, o el porcentaje (%) para las cualitativas.

Para predecir las variables que estaban asociadas a la mortalidad en los pacientes infectados por COVID-19 se usó un modelo de regresión logística binaria ajustado por edad, sexo, estancia en la unidad de cuidados críticos (UCI), presencia de diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) El Odds Ratio (OR) y los IC95% se calcularon mediante los coeficientes de regresión logística.

Los análisis se realizaron mediante el programa estadístico SPSS/PC (versión 24.0 para Windows, SPSS, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 195 pacientes de los cuales el 65% eran hombres. La mediana de edad fue de 66 años [53-75].

De los 195 pacientes, un 27% son diabéticos, 50% hipertensos, 9% presentan asma y 11% EPOC.

Un 19% (N=187) requirieron ingreso en UCI. Un 74% de los pacientes fueron dados de alta durante el periodo de estudio y la estancia fue de 17 días [10-23].

La mortalidad global de los pacientes incluidos en el estudio fue del 14% mientras que en aquellos ingresados en UCI fue del 28%.

La estancia en UCI y la edad mayor de 65 años se asoció a un mayor riesgo de mortalidad con diferencias estadísticamente significativas con OR 3.9 IC95% [1.4 - 10.4] y OR 5.2 IC95% [1.6 - 16.3], respectivamente. El modelo de regresión logística mantiene la DM como factor de riesgo asociado a una mayor mortalidad a pesar de no alcanzar la significación estadística.

CONCLUSIONES

La edad por encima de 65 años y el ingreso en UCI son considerados factores de mal pronóstico en pacientes con infección por COVID-19.

La DM parece estar relacionada con una mayor mortalidad. Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa probablemente debido al pequeño tamaño muestral.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2776. GESTIÓN DE LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES

LAZARO GALLARDO EM, MARTINEZ MECA B, GARCIA LABARIAS MDLA, HERNANDEZ PRIETO C, LOPEZ MARCO B, GABARRE GRASA N, PUERTOLAS TENA I, AMADOR RODRIGUEZ P
HOSPITAL SAN JORGE. AVENIDA MARTINEZ DE VELASCO, 36, CP:22004. HUESCA

OBJETIVOS

Durante la pandemia del COVID-19, el Servicio de Farmacia ha adaptado sus protocolos y ha puesto en marcha nuevos procedimientos para enfrentarse de forma más segura y eficaz a la nueva situación del hospital.

El objetivo de este estudio ha sido analizar las devoluciones de medicamentos desde las plantas de hospitalización mediante el sistema de dosis unitarias. Esta función ya estaba asignada a los Técnicos de Farmacia (TF), pero el protocolo se ha actualizado para incorporar las medidas de seguridad necesarias durante la pandemia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo para analizar las devoluciones realizadas en el sistema unidosis durante 15 días (del 11 al 25 de mayo de 2020).

El nuevo circuito de trabajo en relación a las devoluciones fue el siguiente:

o Se comunicó a las supervisoras de enfermería la reanudación de devoluciones de medicamentos al Servicio de Farmacia (actividad suspendida durante los dos meses anteriores).

o Los medicamentos devueltos en cada cajetín del carro unidosis se revisaron uno a uno, teniendo en cuenta su buen estado de conservación y correcta identificación.

o Se realizó la devolución por paciente en el módulo Gestión Unidosis Farmatools® y se dejó la medicación en cuarentena durante 7 días.

o La medicación devuelta por todas las plantas válida para su reutilización se almacenó en un mismo contenedor indicando el día correspondiente a la fecha de devolución.

o Transcurridos estos días se colocó la medicación en su lugar habitual, quedando libre el contenedor para la siguiente cuarentena.

Las variables recogidas para el estudio fueron: medicamentos devueltos (principio activo y presentación), nº de unidades devueltas, planta de hospitalización de la que provenían.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se realizó la devolución de 2249 unidades (media 150 unidades/día).

Los grupos farmacológicos a los que pertenecían los medicamentos devueltos fueron: Analgésicos 18%, Antipsicóticos 11%, Psicótrpos 10%, Antibióticos 8%, Antieméticos 7%, Antihipertensivos 7%, AINES 6%, Laxantes 4%, Protectores de estómago 4%, Diuréticos 4%, Corticoides 4%, Anticoagulantes 3%, Antidepresivos 3%, otros 11% (Hipolipemiantes, Suplementos del hierro, Antiestamínicos, Antiarrítmicos...)

Los cinco principios activos más devueltos por las plantas fueron: Paracetamol (263 unidades), Metoclopramida (118), Tramadol (89), Lorazepam (72) y Tiaprida (70).

En cuanto a las unidades clínicas que realizaron las devoluciones: 29% Planta COVID-19 (Neumología), 22% Planta COVID-19 (Medicina Interna), 16% Psiquiatría, 16% Traumatología, 14% Cirugía y 3% Ginecología.

CONCLUSIONES

Durante la pandemia del SARS-CoV-2 ha sido fundamental la adecuación de los protocolos de trabajo del Servicio de Farmacia. La adaptación de la recepción, revisión y manipulación de las devoluciones de medicamentos realizadas por los TF ha sido esencial para garantizar la seguridad durante todo el proceso.

Además, gracias a este nuevo procedimiento se ha revisado de forma detallada la medicación devuelta, lo que ha ayudado a analizar y valorar posibles medidas de mejora que reduzcan el número de devoluciones de medicación de las plantas.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2786. EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN Y GRADO DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE TELEFARMACIA DURANTE LA PANDEMIA COVID19

AUTORES

YUSTE YUSTE AM, BLANCO CRESPO M, LAZARO LOPEZ A, MENDOZA ACOSTA I, LAVANDEIRA PEREZ M, MARTINEZ RUIZ E, TARDAGUILA MOLINA P, HORTA HERNANDEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO GUADALAJARA. DONANTE DE SANGRE, S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

La pandemia provocada por el coronavirus SARS-CoV-2 ha hecho necesario implantar nuevas formas de trabajar en las Unidades de Pacientes Externos de los Servicios de Farmacia hospitalaria, destacando las actividades llevadas a cabo con el paciente de manera no presencial.

La telefarmacia, entendida como la suma de la entrevista no presencial con el paciente para recabar información de tolerancia, toxicidad, adherencia y posibles interacciones farmacológicas, más la coordinación con el equipo asistencial junto con el envío de la medicación a domicilio, es un ejemplo de esta nueva forma de trabajo.

El objetivo de este estudio es describir los pacientes en los que se ha realizado Telefarmacia durante la pandemia, conocer el grado de satisfacción y detectar posibles aspectos de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional ambispectivo realizado durante los meses de marzo a mayo de 2020.

Se registraron aquellos pacientes en los que se realizó telefarmacia. Variables recogidas: Edad, sexo, patología, servicio prescriptor.

Para medir el grado de satisfacción se realizó una encuesta voluntaria vía telefónica tras la dispensación. La encuesta se valoraba asignando una puntuación de 0 a 10, donde 0 era la peor valoración del servicio y 10 la mejor.

El cuestionario de satisfacción incluyó:

- 10 ítems: 1 sobre la confidencialidad, 3 sobre los profesionales farmacéuticos, 3 sobre el propio envío de medicación, 2 sobre seguridad del paciente.
- 1 pregunta abierta para sugerencias y mejoras.

Los datos se analizaron a través del programa SPSS v15®.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se dispensó tratamiento a 1951 pacientes. Un 20,9% de los pacientes (407) recibieron servicio de telefarmacia. El 31,7%(129) respondieron el cuestionario: 52,7% mujeres, mediana de edad 57 años (RIC: 45,5-67). Las patologías y servicios prescriptores fueron: enfermedades inmunomediadas 70,1% (reumatología (44,9%), dermatología (13,4%), digestivo (11%), oftalmología (0,8%)), esclerosis múltiple 16.5% (neurología 16.5%), enfermedad renal crónica 13.4%(nefrología (11%), medicina interna(0,8%), geriatría(0,8%), y hematología(0,8%)).

La mediana de puntuación obtenida en cada uno de los ítems del cuestionario fue: Confidencialidad en la dispensación-10 (RIC: 10-10), información recibida por el farmacéutico-10 (RIC: 10-10), amabilidad del farmacéuticos-10 (RIC: 10-10), facilidad para contactar con farmacia-10 (RIC: 9-10), llegada de medicación en fecha-10 (RIC: 10-10), y en condiciones adecuadas-10 (RIC: 10-10), trato del transportista-10 (RIC: 10-10), disminución de preocupación y mejora en la adherencia al tratamiento-10 (RIC: 10-10), seguridad por no acudir al hospital-10 (RIC: 10-10).

Respecto a las sugerencias aportadas, 57 se referían a continuar con el servicio de telefarmacia, 5 mejorar el acceso vía telefónica y 3 dispensar más medicación en cada envío.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción ha sido muy elevado en los pacientes que han recibido el servicio de telefarmacia, siendo los pacientes con enfermedades inmunomediadas y esclerosis múltiple los más frecuentes.

Menos de la mitad de los pacientes participaron en el cuestionario. Para favorecer una mayor participación, sería interesante el envío del cuestionario junto con la medicación o un enlace web para la realización de la encuesta online.

Uno de las sugerencias más solicitadas por los pacientes es el mantenimiento de este servicio de Telefarmacia.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2789. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN URGENCIAS DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

AUTORES

SOLER-RODENAS . A, BARRAGAN A, GOMEZ-VALENT M
CONSORCI CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAULÍ. PARC DEL TAULÍ, 1. BARCELONA

OBJETIVOS

- Describir el tipo y frecuencia de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en el Servicio de Urgencias durante la pandemia por Coronavirus SARS-CoV-2.
- Evaluar el grado de aceptación y analizar la relevancia de las IF realizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo realizado en un hospital universitario de segundo nivel que atiende a una población de aproximadamente 400.000 habitantes.

Se analizaron todas las IF realizadas en el Servicio de Urgencias durante el periodo 16/03/2020 - 30/04/2020 por la farmacéutica referente, con una dedicación durante este periodo de 8h de lunes a viernes.

El registro de actividad se realizó de forma prospectiva mediante una hoja Excel®, en la que se registraron las siguientes variables: fecha, número historia clínica, tipo y motivo de la IF, fármaco y aceptación de la IF. De forma retrospectiva se

recogieron: sexo, edad, anotación en curso clínico, grupo terapéutico del fármaco.

Para determinar su relevancia, las IF fueron clasificadas según su impacto en efectividad, seguridad, necesidad o económico.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 1063 IF sobre 491 pacientes (edad media 68,2 ± 15,7 años [21-98], 56% hombres).

Los tipos y frecuencia de IF fueron: incumplimiento de protocolos 301 (28,3%), interacciones 189 (17,8%), conciliación 126 (11,9%) [de las que 42 (33,3%) fueron por omisión de tratamiento domiciliario], dosis errónea 95 (8,9%), falta de suministro 90 (8,5%), sustitución de medicamento no incluido en guía 59 (5,6%), sustitución por prescripción por nombre comercial 45 (4,2%), horario inadecuado 36 (3,4%), otras 122 (11,4%).

Se realizaron 96 anotaciones en el curso clínico de pacientes, principalmente para aquellas IF que precisaban seguimiento posterior de variables clínicas y para indicaciones de conciliación.

Los grupos ATC sobre los que se realizaron más IF fueron:

J01 319 (30,0%): principalmente IF de adecuación a protocolo (249; 78,1%) y dosis errónea (32; 10,0%).

P01 242 (22,8%): por interacciones (116; 47,9%), sustitución de hidroxiquina a cloroquina y viceversa por problemas de suministro (79; 32,6%), y dosis errónea (28; 11,6%).

J05 80 (7,5%): por interacciones (69; 86,3%), y dosis errónea (4; 5%).

La aceptación de las IF fue de un 84,6%. Un 65,4% de las IF se realizó de forma autónoma por la farmacéutica sin contacto previo con el equipo médico. El 100% de las IF realizadas de forma autónoma fue aceptada y no corregida posteriormente.

Relevancia: Las IF tuvieron impacto en: efectividad 10,5%, seguridad 35,8%, necesidad (indicación no tratada) 15,6%, económico 11,7%, otros 26,4% (facilitar administración o descanso nocturno, información).

CONCLUSIONES

El alto número de IF realizadas en este corto periodo muestra la necesidad de incorporar una farmacéutica en el Servicio de Urgencias.

El grado de aceptación de las IF refleja la confianza del equipo médico en el trabajo realizado por la farmacéutica referente.

La actualización constante de las guías de tratamiento de la COVID propició que la IF más frecuente fuese la de adecuación a protocolos.

La revisión farmacoterapéutica por parte de la farmacéutica mejoró la adecuación a los protocolos del centro, evitó problemas por interacciones y mejoró la conciliación de los tratamientos domiciliarios.

La escritura en el curso clínico facilitó la comunicación de IF de monitorización clínica.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2790. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD EN PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS POR NEUMONÍA COVID-19

AUTORES

SOLER BLANCO N, ORTONOBES ROIG S, FLORIT SUREDA M, DE CASTRO JULVE M, SORIANO GUTIERREZ L, GÓMEZ-VALENT M

CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. PARC TAULÍ 1. BARCELONA

OBJETIVOS

- Describir las características de los pacientes nonagenarios ingresados por neumonía COVID-19.

- Analizar si la mortalidad está relacionada con características socio-demográficas, comorbilidades, estado funcional y cognitivo, farmacoterapia y parámetros analíticos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital universitario de 500 camas de agudos y 250 de sociosanitario.

Se incluyeron los pacientes SARS-CoV-2 confirmados durante la pandemia, mayores de 90 años con neumonía.

Variables registradas: socio-demográficas, procedencia (domicilio/residencia), funcionales (Índice Barthel, IB), cognitivas (Pfeiffer), comorbilidades, polifarmacia (> 10 fármacos), días de estancia hospitalaria (EH), días de inicio de síntomas pre-ingreso, tratamiento específico COVID-19, parámetros analíticos basales y mortalidad.

Variables cuantitativas: mediana (rango intercuartil), comparación mediante test de Wilcoxon-Mann-Whitney. Variables cualitativas: valor absoluto (relativo), análisis con Chi-cuadrado/Test exacto de Fisher.

RESULTADOS

De los 67 nonagenarios ingresados, 54 (80,6%) presentaron neumonía; edad 92,1 (90,9-94,3) años, 34 (63%) mujeres, 33 (61,1%) de residencia.

Estado basal: IB de 65 (40-80), Pfeiffer 5 (2-8), Hipertensión: 46 (85,2%), insuficiencia renal: 20 (37,0%), dislipemia: 19 (35,2%), Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC): 19 (35,2%), Diabetes: 15 (27,8%), enfermedad pulmonar (EPOC): 6 (11,1%), polifarmacia: 28 (51,9%).

La EH fue 11 (7-19) días, con inicio de síntomas: 3 (1-7) días pre-ingreso. Mortalidad 29 (54,7%).

En la comparativa exitus vs no exitus, hubo diferencias con; IB < 60: 17 (58,6%) vs 7 (28,0%), p=0,024; EH: 7 (5-11) vs 17 (11-26) días, p < 0,001; ICC: 14 (48,3%) vs 5 (25,0%), p=0,030, EPOC: 6 (20,7%) vs 0 (0,0%) p=0,016; tratamiento con

antagonista receptor angiotensina-II: 6 (20,7%) vs 0 (0,0%) $p=0,016$, antiagregantes: 17 (58,6%) vs 7 (28%) $p=0,024$. No hubo diferencias con; edad: 92,22 (90,91-93,73) vs 92,04 (90,96-94,27) años, $p=0,742$; sexo: 19 (65,5%) vs 15 (60,0%) mujeres, $p=0,675$; Pfeiffer: 7,5 (4-8) vs 4 (1-8) $p=0,285$; resto de comorbilidades (diabetes, hipertensión, dislipemia), inicio síntomas: 3 (1-7) vs 3 (1-9) días, $p=0,820$; polifarmacia 15 (51,7%) vs 13 (52,0%) $p=0,984$, resto de fármacos crónicos y fármacos específicos COVID-19: cloroquina/hidroxiquina: 25 (86,2%) vs 23 (92,0%), $p=0,499$; azitromicina: 25 (86,2%) vs 23 (92,0%), $p=0,499$; lopinavir-ritonavir: 12 (41,4%) vs 6 (24,0%), $p=0,177$; corticoides: 5 (17,2%) vs 2 (8,0%), $p=0,431$; tocilizumab: 3 (16,0%) vs 4 (10,3%), $p=0,692$.

Parámetros analíticos; linfocitos ($\times 10^9/L$): 0,83 (0,73-1,2) vs 1,08 (0,81-1,25), $p=0,330$; Proteína-C reactiva (mg/dl): 4,47 (1,78-9,64) vs 5,4 (2,57-8,22), $p=0,964$; ferritina (ng/dL): 374,75 (108,9-670,1) vs 258 (171,6-534), $p=0,704$; Dímero-D (ng/mL): 1243 (942-2074) vs 1451,5 (710-2742), $p=0,961$; Lactato deshidrogenasa (U/L): 260 (184-312) vs 260,5 (212-309), $p=0,676$.

CONCLUSIONES

Mayoritariamente nuestros pacientes nonagenarios ingresados por neumona COVID-19 fueron mujeres procedentes de residencia con una dependencia leve que presentaron hipertensión y polifarmacia.

La mortalidad de esta población en época pandémica fue mayor que la descrita en la bibliografía relacionándose también con la morbilidad respiratoria y cardiaca.

El consumo de antihipertensivos y antiagregantes plaquetarios se relacionó con una mayor mortalidad, lo que refuerza la idea de la patología cardiaca como factor de mal pronóstico en estos pacientes.

Los pacientes con IB < 60 presentaron mayor mortalidad, lo que sugiere que la funcionalidad es un factor pronóstico de mortalidad en los pacientes nonagenarios con neumonía COVID-19.

El estado inflamatorio basal y el tratamiento COVID-19 específico recibido no influyeron significativamente en la mortalidad, aunque los pacientes exitus, recibieron un mayor número de fármacos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2794. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES COVID-19 QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

AUTORES

SOLER BLANCO N, ORTONOBES ROIG S, DE CASTRO JULVE M, PEREZ CONTEL A, LÓPEZ RICO I, BARRAGAN MUÑOZ A, DE PEDRO AMBROSIO V, GÓMEZ-VALENT M
CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. PARC TAULÍ 1. BARCELONA

OBJETIVOS

- Describir las características de los pacientes SARS-CoV-2 positivos que recibieron tocilizumab y analizar su influencia sobre la mortalidad.
- Evaluar si hubo diferencias en la mortalidad en función de la dosificación por peso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital universitario de segundo nivel. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico COVID-19 confirmado ingresados durante la pandemia que recibieron tratamiento con tocilizumab (antagonista IL-6).

Variables registradas: socio-demográficas, peso, comorbilidades (EPOC, hipertensión, inmunodepresión), coinfección; estancia hospitalaria (EH), días de inicio de síntomas pre-ingreso, tratamiento específico COVID-19 (número de pacientes y días), tiempo entre inicio síntomas y administración tocilizumab, parámetros analíticos pre-administración tocilizumab y 5 días post-tratamiento (_pre, _post), mortalidad.

Para analizar la dosificación del tocilizumab, se incluyeron los pacientes con una sola dosis de acuerdo a las recomendaciones de las autoridades sanitarias.

Variables cuantitativas: mediana (rango intercuartil), comparación mediante test de Wilcoxon-Mann-Whitney. Variables cualitativas: valor absoluto (relativo), análisis con Chi-cuadrado.

RESULTADOS

Pacientes con tocilizumab: 257, edad 68,3 (58,7- 75,14) años, 168 (65,4%) hombres, peso 80 (71-89) kg. Recibieron hidroxiquina/cloroquina 256 (99,6%) pacientes; azitromicina 252 (98,1%), lopinavir-ritonavir 132 (51,8%); interferón beta-1b 35 (13,6%); metilprednisolona > 120mg: 148 (57,6%); anakinra 13 (5,1%).

Inicio de síntomas pre-ingreso: 7 (4-10) días, tiempo hasta administración: 12 (9-16) días. Mortalidad: 65 (25,3%).

Hubo diferencias exitus vs no exitus, en: edad 73,9 (67,8-79,8) vs 65,4 (54,9-73,7) años, $p < 0,001$; HTA: 47 (72,3%) vs 97 (51,0%), $p=0,003$; inmunodepresión: 11 (16,9%) vs 13 (6,8%), $p=0,015$; EH: 13 (9-18) vs 19 (14-27) días, $p < 0,001$; coinfección: 13 (20,3%) vs 17 (8,9%), $p=0,014$; días de hidroxiquina/cloroquina 6 (5-9) vs 10 (6-11), $p < 0,001$; lopinavir-ritonavir: 5 (3-7) vs 7 (4-8), $p=0,030$.

No hubo diferencias significativas con el resto de variables analizadas.

Analítica exitus vs no exitus; linfocitos_pre ($\times 10^9/L$): 0,77 (0,49-1,01) vs 0,89 (0,66-1,24) $p=0,012$; linfocitos_post: 0,94 (0,58-1,41) vs 1,35 (0,92-1,81), $p < 0,001$; PCR_pre (mg/dl): 10,49 (4,81-21) vs 9,96 (4,97-19), $p=0,667$; PCR_post: 1,2 (0,67-3,08) vs 0,69 (0,23-1,56), $p=0,007$; dímero-D_pre (ng/mL): 1602,5 (772-4375) vs 1146 (688-2198), $p=0,068$;

dímero-D_post: 6874 (3476-21327) vs 1711,5 (808-4462), $p < 0,001$; ferritina_pre (ng/dL): 1156,5 (751,35-1887,45) vs 1377,8 (768,2-2009,3), $p=0,669$; ferritina_post: 1249,1 (771,7-2434,8) vs 956,7 (622,6-1517), $p=0,019$; LDH_pre (U/L): 431,5 (308-554) vs 334 (267,5-400,5), $p < 0,001$; LDH_post: 544 (405-649) vs 286 (237-367), $p < 0,001$.

Pacientes que recibieron una sola dosis: 230 (89,5%). Diferencias según dosificación (exitus vs no exitus): 6,45 (5,71-7,28) vs 6,79 (6,11-7,5) mg/kg, $p=0,032$.

CONCLUSIONES

En nuestros pacientes, fueron factores de mal pronóstico la edad, inmunodepresión, HTA y coinfección. En cambio, recibir más días de hidroxiclороquina/cloroquina y lopinavir-ritonavir resultó ser un factor protector.

Se relacionó con mortalidad una mayor linfopenia inicial y la no disminución de ferritina tras la administración de tocilizumab. Estos podrían ser factores de selección para una segunda línea de tratamiento (como añadir una diana anti-IL1).

La mortalidad se relacionó con una menor dosificación, lo que plantea que en los pacientes COVID-19, una pauta a 8 mg/kg, como la recomendada según ficha técnica, podría ser más beneficiosa.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2798. ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO PARA EL SARS-COV-2.

AUTORES

MORONA MINGUEZ I, RUBIO CEBRIAN B, GOMEZ CABALLERO EP, CALDERON ACEDOS C, GARRIDO PEÑO N, VAZQUEZ CASTILLO MJ, SOTO BASELGA I, MORIEL SANCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. CALLE DOCTOR LUIS MONTES, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el número de interacciones detectadas en los tratamientos para la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19). Describir el tipo de interacción mayoritaria y el grado de aceptación por parte del médico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo con componente analítico, transversal y retrospectivo. Se analizaron las intervenciones del farmacéutico del 1 de marzo al 30 de abril de 2020 en relación con las interacciones farmacológicas del tratamiento para el SARS-COV-2. Para establecer las interacciones clínicamente relevantes se consultaron las siguientes fuentes: ficha técnica de los fármacos empleados en el tratamiento de la COVID-19 (cloroquina, hidroxiclороquina y lopinavir/ritonavir), Lexicomp®, Botplus®, Liverpool COVID-19 Drug Interactions® y documento "Manejo farmacológico de trastornos psicóticos en personas mayores con tratamiento de la infección por COVID19: interacciones y recomendaciones terapéuticas" publicado en marzo 2020. Se creó un texto asociado en el módulo de Unidosis de Farmatools® para registrar y notificar al médico en la historia clínica electrónica Selene® del efecto de la interacción farmacológica y la recomendación a seguir. La aceptación se estableció como la suspensión de uno de los dos fármacos, el cambio de un fármaco por otro con menor grado de interacción, reducción de dosis en los casos recomendados o la monitorización del electrocardiograma. A través de Selene® y el módulo de prescripción de Farmatools® se recopilaron datos demográficos (edad, sexo), aceptación de la intervención y si el fármaco suspendido era crónico o correspondía al tratamiento de la COVID-19.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 333 intervenciones por interacción farmacológica, de las cuales el 75,68% (n=252) involucraron algún fármaco para la COVID-19. El número de pacientes que presentaron interacción con fármacos para la COVID-19 fueron 212, la media de edad fue 72 años (DE: 13,99) y 118 eran hombres (55,66%).

La interacción mayoritaria fue amlodipino con lopinavir/ritonavir (n=77; 30,56%), cuya recomendación era monitorizar el electrocardiograma. Las siguientes interacciones más frecuentes fueron: hidroxiclороquina con levofloxacino (n=29; 11,51%), cuya recomendación era suspender o monitorizar y claritromicina con lopinavir/ritonavir (n=28; 11,11%) cuya recomendación era monitorizar o sustituir por azitromicina.

Las intervenciones aceptadas por el médico fueron 183 (72,62%), siendo el tipo de aceptación principal la suspensión de uno de los dos fármacos (n=84, 45,90%), después la monitorización (n=50, 27,32%) y por último el cambio de tratamiento (n=49, 26,78%). No se aceptó ninguna recomendación de ajuste de dosis.

El fármaco más retirado fue amlodipino (n= 22; 26,19% de las suspensiones) y el cambio de tratamiento más frecuente fue claritromicina por azitromicina (n=12; 24,49% de los cambios).

En el caso de interacciones con fármacos crónicos, se prefirió suspender el tratamiento crónico frente al tratamiento para el COVID-19 en el 91,18% de los casos (n=31).

CONCLUSIONES

Las interacciones farmacológicas tienen importancia en el tratamiento de cualquier patología, pudiendo suponer toxicidad o falta de efectividad del tratamiento. El grado de aceptación del médico fue elevado, poniendo de manifiesto que el papel del farmacéutico y la colaboración multidisciplinar son claves en el manejo del tratamiento en el paciente ingresado. Se prefirió priorizar el tratamiento agudo de la enfermedad frente al tratamiento crónico del paciente.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2814. INTERACCIONES DE LA FARMACOTERAPIA EXPERIMENTAL EN LA COVID19: VELANDO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA UNIDAD DE FARMACIA

AUTORES

LAO DOMÍNGUEZ FÁ, CANTUDO CUENCA MD, CONTRERAS MACIAS E, GUTIÉRREZ PIZARRAYA A, MORILLO VERDUGO R
HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE VALME. CTRA. DE CÁDIZ, KM. 548,9. SEVILLA

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia y gravedad de las interacciones farmacológicas del tratamiento experimental prescrito para la COVID-19 con la medicación concomitante durante el ingreso hospitalario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal de prevalencia, unicéntrico en el que se incluyeron todos los pacientes adultos diagnosticados microbiológicamente de infección por SARS-CoV-2 e ingresados desde el 20 de marzo 2020 hasta el 30 de abril 2020. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (comorbilidades, ingreso en UCI y gravedad al ingreso, desenlace), analíticas y farmacoterapéuticas (tratamiento experimental para COVID-19, medicación concomitante e interacciones). La gravedad de las interacciones se estableció como leve, potencial o contraindicada conforme a las recomendaciones de la Universidad de Liverpool (<https://www.covid19-druginteractions.org/>). La información clínica fue recogida de la historia electrónica y las prescripciones mediante el programa Farmatools®. El estudio ha sido autorizado por Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Para el análisis estadístico descriptivo, las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar. Las categóricas con frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS

Se incluyeron 164 pacientes, de los cuales 125 (76,8%) utilizaron alguno de los tratamientos experimentales disponibles para la COVID-19. La edad media fue de 69,2±16,7 años y el 51,2% (n=84) fueron mujeres. Las comorbilidades más comunes fueron: hipertensión arterial (n=85; 51,8%), diabetes mellitus (n=45; 24,4%) y demencia (n=36; 22,0%). El valor medio del índice de Charlson fue 4,3 puntos. Se analizaron distintos parámetros analíticos al ingreso como el recuento de leucocitos (7,2±3,5 cels/mm³), el dímero D (3241,5±11074,3 µg/L) y la ferritina (703,2±732,4 µg/L). El 6,7% (n=11) de los pacientes requirieron ingreso en UCI, con una gravedad media al ingreso de 22±17,2 puntos según escala APACHE II. La tasa de mortalidad hospitalaria registrada fue del 26,8% (n=42). Los fármacos experimentales más comúnmente prescritos fueron hidroxiclороquina (n=112, 88,9%), lopinavir/ritonavir (n=83, 65,9%), metilprednisolona (n=38, 30,4%), azitromicina (n=25, 20%), interferón beta-1b (n=12, 9,5%), tocilizumab (n=7, 5,6%) y anakinra (n=2, 1,6%). Un total de 82 pacientes (50%) tuvieron al menos una interacción, registrándose un total de 168 interacciones. De éstas, el 57,1% (n=96) debidas a lopinavir/ritonavir y el 40,5% (n=68) a hidroxiclороquina. Respecto a la gravedad de las mismas, el 82,1% (n=138) fueron clasificadas como potenciales, el 14,2% como contraindicadas (n=24) y el 3,7% leves (n=6). El tipo de interacción más frecuentemente observada fue la prolongación del segmento QT (n=84, 50%).

CONCLUSIONES

La prevalencia de interacciones farmacológicas entre la terapia experimental para la COVID-19 y la medicación concomitante es elevada, fundamentalmente asociadas a lopinavir/ritonavir e hidroxiclороquina, y frecuentemente con elevación del segmento QT.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2819. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 SOBRE LA GESTIÓN ECONOMICA DE UN SERVICIO DE FARMACIA****AUTORES**

MUROS ORTEGA M, SANCHEZ MARTINEZ I, VILLA MARIN CP, ABELLAN GUARDIOLA L, VILLA MORENO E, LUCAS VILLA N, RODRIGUEZ MOLINA MA, VALIENTE BORREGO F
HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CARRETERA DE ABARÁN S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar el impacto que la pandemia por SARS-COV-2 del año 2020 ha supuesto sobre las compras y consumos de medicamentos en comparación con el mismo periodo de 2019.
Comprobar el porcentaje de desviación "impacto presupuestario" en bienes y servicios (Capítulo 2 del presupuesto).
Analizar el indicador LM-2 "Relación de adquisiciones/consumos" del cuadro de mandos jerarquizado de la SEFH

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio incluye las compras y consumos durante los meses Marzo y Abril del año 2020, del Servicio de Farmacia de un Área de Salud de unos 54.483 pacientes, según datos de 2018 de la Consejería de Sanidad. Este Servicio de Farmacia tiene un presupuesto asignado para el año 2020 de 314.999,62 €/mensuales.
Desde que a mediados de Marzo de 2020 se declarase el estado de alarma sanitaria debido a la pandemia, se ha realizado un incremento en las compras de medicamentos por parte del Servicio de Farmacia para dar soporte a las necesidades que de los pacientes de nuestra Área de Salud.
Se plantea un estudio observacional retrospectivo de las compras y consumo de medicamentos durante los meses de Marzo y Abril de 2020, en comparación con el mismo periodo del año 2019 y con el presupuesto asignado. Se ha realizado un análisis detallado de la demanda asistencial que ha supuesto la pandemia.

RESULTADOS

Durante los meses de Marzo-Abril de 2020, se produjo un aumento en las compras del 14,5% y en el consumo del 12%, respecto al mismo periodo de 2019. Este aumento se debió a un aumento del 175% (3.408,1€ frente a 290€ en 2019) del gasto de medicación directa para COVID-19 como son los principios activos: azitromicina, hidroxiclороquina, lopinavir/ritonavir, tocilizumab, beclometasona inhalada. Aumento del 6% en medicación indirecta como: midazolam, morfina,

fantanilo, remifentanilo, propofol, noradrenalina y metilprednisolona para aprovisionar a los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, dar cobertura al Centro de Atención a Drogodependientes para dos meses, Urgencias y botiquines de planta. Aumento del 51% en el consumo de pacientes externos, donde se ha dispensado medicación para 2 o más meses y evitar las visitas de los pacientes al Servicio de Farmacia.

También se aumentó el gasto respecto al presupuesto asignado para estos dos meses en un 14,4% (720.646 € frente a 629.999€), siendo solo en el mes de Marzo del 49,14%.

El indicador LM-2 "Relación de adquisiciones/consumos" de ambos meses ha sido de 1,03.

CONCLUSIONES

La pandemia por SARS-COV-2 ha supuesto un incremento en las compras de medicamentos y sobre el presupuesto para dar cobertura a las necesidades de los pacientes a los que abastece. Sin embargo, se ha mantenido una relación adquisiciones/consumos excelente, sin roturas de stocks, ni incremento del inventario inmovilizado.

Estos resultados denotan una adecuada gestión económica del Servicio de Farmacia del área frente al estado de alarma sanitaria.

Será necesario diseñar estrategias de control del gasto y el consumo para reducir la desviación presupuestaria a lo largo del año.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2820. LOPINAVIR/RITONAVIR EN PACIENTE SARS-COV-2: ¿EXISTE DIFERENCIA ENTRE RECIBIR EL FÁRMACO O NO?

AUTORES

SALAR VALVERDE I, MUÑOZ GARCIA I, PASTOR MONDEJAR C, GIL CANDEL M, ONTENIENTE CANDELA M, MARTINEZ SOTO A, CABALLERO REQUEJO MDC, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. AV. INTENDENTE JORGE PALACIOS. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar el uso de Lopinavir/ritonavir en pacientes ingresados afectados por SARS-CoV-2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo durante el periodo de pandemia declarada en España por el virus SARS-CoV-2 (marzo-mayo 2020) en un hospital general.

Se incluyeron todos los pacientes confirmados para SARS-CoV-2 mediante reacción en cadena de la polimerasa que requirieron ingreso hospitalario, dividiéndose en 2 grupos, según habían sido tratados o no con Lopinavir/Ritonavir 400/100mg cada 12 horas.

Se recogieron datos demográficos, clínicos y farmacológicos, obtenidos de los programas informáticos Selene®, Mira® y Savac®. Los datos fueron exportados a través de la plataforma RedCap como parte del proyecto RERFAR-COVID19 financiado por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Las variables analizadas fueron la mejoría a los 7, 14, 21 y 28 días del ingreso, entendida como mejorías de los síntomas (fiebre, tos...) junto con mejoría radiológica y/o saturaciones de oxígeno > 93% sin administración de oxigenoterapia, y la situación del paciente al final del ingreso (alta/éxito).

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS® v26, asumiendo significación estadística $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se obtuvieron 63 pacientes, con una edad media de $63'5 \pm 15'5$ años, 40 fueron hombres (63'5%). Se excluyeron 2 pacientes que continuaban ingresados a fecha de corte del estudio.

Como antecedentes previos, padecían hipertensión arterial (HTA) 38 pacientes (60,3%) y 30 (47'6%) estaban en tratamiento con IECA/ARA-2.

Estuvieron en tratamiento con lopinavir/ritonavir, 44 pacientes (72'1%), con una edad media de $63'4 \pm 15'2$ años, hombres el 63'6% y presentaban antecedentes de HTA 26 (59'9%) y estando 22 (50%) en tratamiento con IECA/ARA-2.

Sin tratamiento con lopinavir/ritonavir (grupo control), se obtuvieron 17 pacientes (27'9%), con una edad media de $63 \pm 17'2$ años, hombres el 58,8%, con HTA 11 (64'7%), y 8 estaban en tratamiento con IECA/ARA-2 (47'1%).

La mejoría clínica a los 7 días del ingreso se observó en 18 pacientes tratados y en 17 del grupo control ($p=0'004$).

A los 14 días, de los pacientes tratados con lopinavir/ritonavir ($n=37$), 24 experimentaron mejoría y en el grupo control ($n=11$), lo hicieron 10 ($p=0'139$).

La mejoría a los 21 días, se observó en 13 pacientes de los tratados con lopinavir/ritonavir ($n=19$), mientras que en los que no recibieron el fármaco ($n=4$), mejoraron todos ($p=0'539$).

A los 28 días, de los 13 que habían recibido lopinavir/ritonavir 9 mejoraron su situación clínica, 1 paciente que no había recibido el fármaco, mejoró ($p=1'000$).

La situación final al ingreso, de los 44 pacientes tratados con lopinavir/ritonavir, 36 recibieron el alta médica por mejoría, el resto fueron éxitos. De los 17 pacientes del grupo control, todos recibieron el alta por mejoría ($p=0'092$).

CONCLUSIONES

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en la mejoría clínica a los 7 días de ingreso entre aquellos que recibieron lopinavir/ritonavir frente a los que no, sin embargo, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la variable situación al final del ingreso, así como en la evolución a los 14, 21 y 28 días del ingreso.

Estos datos van en la línea de lo publicado por Cao B. y col., 2020, donde analizaron en 199 pacientes con SARS-CoV-2 el

uso de lopinavir/ritonavir.

Se hace necesario por tanto confirmar estos resultados con la cohorte total de pacientes incluida en el registro RERFAR-COVID19.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2823. ¿QUÉ FACTORES PUEDEN SER PRONÓSTICOS EN LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON SARS-COV2?

AUTORES

BLÁZQUEZ ROMERO C, TOLEDO DAVIA MA, IBÁÑEZ SEGURA AD, DOMÍNGUEZ BARAHONA A, LABRADOR ANDÚJAR N, GONZÁLEZ SUÁREZ S, LÓPEZ ÁLVAREZ R, MOYA GOMEZ P
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. AVDA. BARBER, 30. TOLEDO

OBJETIVOS

La infección por SARS-CoV-2 ha afectado a millones de pacientes a nivel mundial. Para el seguimiento y valoración de la gravedad de la enfermedad se han estudiado múltiples parámetros bioquímicos, entre ellos el dímero D. En varias series de casos publicados, los pacientes con peor pronóstico son los que presentaban niveles de dímero D más altos. Incluso algún estudio sugiere que valores > 1.000 ng/ml pudiera ser factor de mal pronóstico.

El objetivo de este estudio es analizar la asociación entre el dímero D y la mortalidad. Como objetivo secundario se pretende analizar si hay otros factores tales como el sexo, la edad o la profilaxis/tratamiento con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) que pudieran influir en la mortalidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo, transversal (abril 2020) de todos los pacientes adultos (> 18 años) ingresados con diagnóstico positivo para SARS-Cov2 y con una prescripción activa de HBPM, en un hospital de tercer nivel. Se recogen las siguientes variables: datos demográficos (edad, sexo), dímero D al ingreso, pauta de HBPM (profilaxis vs tratamiento) y mortalidad.

Para ello se utiliza el sistema de prescripción Farmatools® y Mambrino XXI®. El tratamiento estadístico de los datos se realiza mediante el programa STATA/MP 16.0.

RESULTADOS

Se revisaron 388 pacientes. La edad media fue 62,20 años (SD: 12,88 años; rango 20-94 años), siendo el 63,7% de sexo masculino. La mediana del valor de dímero D fue de 915 ng/ml (RIQ: 569-1.561 ng/ml). Un 44,3% (172 pacientes) presentaba un dímero D > 1.000 ng/ml). El 69,6% (270 pacientes) tenía una pauta de HBPM de profilaxis, teniendo el resto una pauta de tratamiento. El 10,8% (42 pacientes) fallecieron; de este grupo la media de edad fue de 69,3 años (SD: 11,43 años).

En cuanto al análisis estadístico, se vio que los pacientes que fallecieron presentaban en promedio unos niveles de dímero D de 5.000 ng/ml más altos que los pacientes no fallecidos ($p=0,0001$; IC95%: 2.553,7-7.447,6 ng/ml).

Los datos sugieren la existencia de relación estadística entre los pacientes que presentaban un dímero D > 1.000 y la mortalidad, siendo esta relación estadísticamente significativa ($p=0,002$).

Los pacientes fallecidos, además presentaban una media de 7,92 años más que los no fallecidos ($p=0,0001$; IC95%:3,85-11,99 años).

Ni el sexo ni la pauta posológica instaurada de HBPM (profilaxis o tratamiento) presentaban asociación alguna con la mortalidad ($p=0,802$ y $p=0,936$ respectivamente).

CONCLUSIONES

Tal y como se esperaba por resultados publicados en otros estudios, el SARS-Cov2 afecta en mayor proporción al grupo de varones > 60 años (40%).

El valor del dímero D y la edad podrían actuar como factores predictivos de la mortalidad, más aún cuando el dímero D al ingreso supera los 1.000 ng/ml.

En nuestra serie, el sexo y la pauta de HBPM no influyen en la mortalidad. Sin embargo, tenemos las limitaciones propias de estudios observacionales y para poder interpretar correctamente los resultados sería necesario ampliar el estudio teniendo en cuenta factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades del paciente, así como otros datos analíticos, clínicos y radiológicos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2827. ADAPTACIÓN DEL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A PACIENTES AMBULATORIOS DURANTE EL ESTADO DE ALARMA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

AUTORES

RUIZ GÓMEZ A, MANCEBO GONZÁLEZ A, MENÉNDEZ NARANJO L, SÁEZ GARRIDO M, LAORDEN CARRASCO A, DÍAZ RAMÓN M, CANO MOLINA JA, MARTÍNEZ IBÁÑEZ MÁ
HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Adaptar el circuito habitual de dispensación ambulatoria del Servicio de Farmacia (SF) durante la crisis sanitaria por coronavirus SARS-CoV-2 mediante el envío de medicación a domicilio.

MEJORAS ESPERADAS

Garantizar la dispensación ambulatoria y continuidad asistencial a los pacientes más vulnerables, evitando así su desplazamiento o la de sus familiares al hospital.

DISEÑO

Se realizaron los repartos por áreas de salud (AS) (nueve), abarcando pacientes de toda la comunidad al tratarse del hospital de referencia. El reparto de las áreas 1, 6, 7 y 9 se realizó dos veces por semana, y del resto (2, 3, 4, 5 y 8) se realizó un reparto semanal. Se contó con la colaboración de Protección Civil, Emergencias y enlaces de las distintas AS.

Se procuró la dispensación de medicación para dos meses. Para transportar la medicación termolábil se utilizaron neveras portátiles donadas a través de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, que permitieron unas condiciones óptimas de conservación. Además, se colaboró entre servicios, incluyendo pacientes oncológicos con consulta médica telefónica y de la Unidad de Hospitalización a Domicilio Infantil.

CIRCUITO Y ETAPAS

Para elaborar los listados de pacientes que precisan medicación se establece la solicitud de medicación telefónica y, paralelamente, se realiza una atención farmacéutica a los pacientes con dispensaciones previstas en las próximas semanas, que permite la resolución de dudas y consultas por parte del paciente. Se revisa el tratamiento en la prescripción electrónica ambulatoria, el programa de gestión de tratamientos antineoplásicos y la historia clínica informatizada, consultando con el facultativo en caso de duda.

Finalmente, se prepara la medicación y se etiqueta, garantizando la confidencialidad. Se envían los listados el día anterior al reparto con las direcciones y teléfonos de los pacientes al personal responsable que organiza el itinerario.

IMPLANTACIÓN

El SF comenzó a realizar envíos de medicación a domicilio el 27 de marzo de 2020 a los pacientes con fibrosis quística, aumentando progresivamente las AS que se incluían en los repartos y ampliando al resto de patologías.

RESULTADOS

Durante cuatro semanas se han realizado 28 repartos, con un total de 306 dispensaciones a 293 pacientes. Por AS: 159 dispensaciones en el área 1; 14, área 2; 24, área 3; 17, área 4; 13, área 5; 30, área 6; 27, área 7; 17, área 8, y cinco, área 9.

Los diagnósticos más frecuentes fueron: fibrosis quística (45), esclerosis múltiple (32), artritis reumatoide (22), infección por VIH (20), oncológicos (19) y anemia asociada a insuficiencia renal (17). La mediana de fármacos dispensados por paciente fue de uno (rango 1-27), siendo los más dispensados: pancreatina (34 pacientes; 13811 unidades), adalimumab (29 pacientes; 94 unidades), colecalciferol (23 pacientes; 88 unidades) y epoetina (20 pacientes; 197 unidades). Además, 22 pacientes precisaron nutrición enteral, sumando 2509 unidades dispensadas.

LIMITACIONES

- En áreas con repartos semanales los pacientes deben prever con antelación la necesidad de medicación.
- Dificultad para comprobar que los pacientes presentasen impedimentos para recoger la medicación.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a cualquier SF, siempre que se disponga de los medios que garanticen la correcta conservación y entrega de medicación, ya sea mediante una empresa externa o asociaciones de voluntarios.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2830. PACIENTES SARS-COV2 POSITIVO, NEUMONÍA LEVE, SIN FACTORES DE RIESGO NI ALTERACIONES ANALÍTICAS ¿QUÉ PODEMOS HACER POR ELLOS?

AUTORES

BLÁZQUEZ ROMERO C, DOMÍNGUEZ BARAHONA A, GONZÁLEZ SUÁREZ S, TOLEDO DAVIA MA, LABRADOR ANDÚJAR N, MOYA GÓMEZ P
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. AVDA. BARBER, 30. TOLEDO

OBJETIVOS

Desde el comienzo de la pandemia por SARS-CoV2, la Agencia Española del medicamento y Productos Sanitarios ha llevado a cabo una distribución controlada de los medicamentos indicados para tratar esta enfermedad, siendo uno de esos medicamentos la hidroxycloquina. Desde el Servicio de Urgencias (SU) en colaboración con el Servicio de Farmacia se elaboró un protocolo en el que se decidió que a los pacientes que acudieran al SU y tuvieran resultado positivo para Sars-CoV2, que presentaran neumonía leve, sin factores de riesgo y sin alteraciones analíticas, se les podría dispensar el tratamiento completo con hidroxycloquina para su seguimiento domiciliario telefónico, evitando así un ingreso hospitalario.

El objetivo de este estudio es analizar el perfil de pacientes a los que desde el SU se ha dado el alta y dispensado hidroxycloquina, y ver la evolución de los mismos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, de 2 meses de duración (abril-mayo 2020) realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes que acuden al SU con sintomatología compatible con SARS-CoV2, que tras resultado positivo y siguiendo el protocolo del hospital, desde el SU se les ha dado el alta y se les ha dispensado hidroxycloquina. Se recogieron las siguientes variables: datos demográficos (sexo, edad), síntomas presentados, tipo de neumonía (No/Unilobar/Bilobar), alteraciones analíticas, factores de riesgo, nuevas visitas al SU, necesidad de ingreso posterior, necesidad de ingreso en UVI, éxitus.

RESULTADOS

En total 108 pacientes fueron dados de alta desde el SU con hidroxiclороquina. La edad media fue de 51,48 años (SD: 14,83) y el 62,96% fue de sexo femenino.

Los pacientes presentaban una media de 3,20 síntomas (SD: 1,55). Estos fueron: fiebre 64,81% (70 pacientes), tos 63,89% (69), malestar general 59,26% (64), disnea 57,94% (62), diarrea 24,07% (26), mialgias 21,30% (23), anosmia/ageusia 18,52% (20), cefalea 8,33% (9) y náuseas y/o vómitos 2,78% (3). Hubo dos pacientes asintomáticos y que acudieron al SU por otras causas.

El 87,03% (94) presentaba neumonía. De ellos, el 62,96% (68) presentaba neumonía unilobar y el 24,07% (26) bilobar. Todas éstas se clasificaron como neumonías leves. Ningún paciente presentaba factores de riesgo ni alteraciones analíticas importantes.

El 28,70% (31) tuvieron que volver al SU por persistencia o empeoramiento de sus síntomas. De todos ellos, el 32,26% (9,26% del total) (10 pacientes) tuvieron que ser ingresados. Un paciente llegó a ingresar en UVI. Sin embargo, ningún paciente falleció.

CONCLUSIONES

Siguiendo el protocolo del hospital, más de 100 pacientes se han podido beneficiar de esta medida, pudiendo completar su tratamiento en el domicilio y no ocupando una cama de hospital, tan necesaria durante este período.

Los pacientes fueron en su mayoría mujeres y la edad de presentación de casi 52 años. Todos, a excepción de los 2 pacientes asintomáticos, presentaban algún tipo de síntoma y neumonía leve. Los pacientes que tuvieron que reingresar fueron pocos (menos del 10%) lo que nos indica que se hace una selección muy restrictiva de los casos a los que se les aplica el protocolo desde el SU.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2837. OPORTUNIDADES DE UN MODELO ASISTENCIAL NO PRESENCIAL MEDIANTE LA SALUD MÓVIL DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

AUTORES

GOMIS PASTOR M, GALVEZ E, MIRABET PEREZ S, BROSSA LOIDI V, LOPEZ LOPEZ L, ROS ABARCA S, DE DIOS LOPEZ A, MANGUES BAFALLUY MA

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. SANT ANTONI MARIA CLARET, 167. BARCELONA

OBJETIVOS

La pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 conllevó la necesidad de llevar a cabo un seguimiento telemático intensivo de pacientes inmunodeprimidos de alto riesgo. El objetivo de esta comunicación es describir la aplicación de un programa de telemedicina en pacientes trasplantados cardíacos durante la pandemia, así como el potencial del modelo aplicado en las instituciones sanitarias.

MEJORAS ESPERADAS

El nuevo modelo asistencial multidisciplinar telemático descrito permite una mejor gestión de la pandemia en pacientes de elevado riesgo y promueve la expansión de la salud digital en diferentes patologías que puedan beneficiarse en el futuro.

DISEÑO

El Servicio de Farmacia diseñó una plataforma web y App de seguimiento integral del paciente complejo. Esta plataforma durante la pandemia se empleó para aplicar asistencia no presencial integral e intensiva de pacientes desde el Hospital.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Todos los miembros del equipo interdisciplinar de trasplante se comunicaban con los pacientes a través de la plataforma.
2. Las principales funcionalidades fueron: mensajería, videoconferencia, monitorización de síntomas, educación e información sanitaria sobre la pandemia.
2. Una cadena de emails multidisciplinar permitía consensuar decisiones clínicas.

IMPLANTACIÓN

El Servicio de Farmacia organizó la coordinación de departamentos legales, seguridad, calidad, etc. para asegurar que el programa se implementara como una práctica consolidada en la institución. El modelo se encuentra en fase de implementación para múltiples patologías (onco-hematología, dislipidemia, riesgo cardiovascular, migraña, etc.). Ha sido necesaria la implicación de la Dirección del centro para organizar el crecimiento y sostenibilidad del modelo no presencial implementado.

RESULTADOS

El seguimiento telemático se llevó a cabo durante la pandemia en 145 pacientes trasplantados cardíacos. El programa asistencial permitió: prescindir de las visitas presenciales que no fueran estrictamente esenciales, resolver consultas de pacientes de forma individualizada, actuar de forma anticipada frente a síntomas de alarma sugestivos de infección por covid-19 o realizar seguimiento domiciliario de pacientes infectados sin sintomatología grave. El equipo interdisciplinar envió más de 18 campañas formativas (medidas de seguridad higiénico-dietéticas, ejercicio, bienestar mental, etc.) con el objetivo de informar y promover la calidad de vida y salud de estos pacientes de especial riesgo durante el confinamiento. El liderazgo del Servicio de Farmacia en este programa y su extensión a todo el equipo permitió posicionar la atención farmacéutica como una práctica inherente al seguimiento integral de la complejidad. Además, de visibilizar el papel del farmacéutico a los pacientes, familias y resto de profesionales y aportar valor a la institución.

LIMITACIONES

El modelo asistencial telemático se centraba en la optimización de la asistencia a la complejidad de un hospital terciario. Esto permitió a los profesionales de la especializada monitorizar a los pacientes desde su domicilio. Actualmente, se ha puesto el foco en adaptar la ruta asistencial para incluir la coordinación con atención primaria, centros socio sanitarios y oficinas de farmacia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El modelo asistencial implementado es extensible a los servicios de farmacia que persigan el objetivo de optimizar la asistencia presencial. El farmacéutico hospitalario tiene las competencias necesarias para liderar programas innovadores que implican un cambio de paradigma en la práctica farmacéutica y que pueden conllevar un cambio en la práctica asistencial de toda la organización.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2842. CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES EXTERNOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES

MONFORTE GASQUE MP, BUSTOS MORELL C, SAHUN GARCIA EM, GASTON AÑAÑOS JF, LABRADOR ANDUJAR N, LAZARO GALLARDO EM, GUTIERREZ VALENCIA M
HOSPITAL BARBASTRO. CARRETERA NACIONAL 240 CP 22300. HUESCA

OBJETIVOS

Elaborar un circuito excepcional de dispensación de medicamentos a pacientes externos, para facilitar el acceso a los tratamientos farmacológicos y evitar, en lo posible, el desplazamiento hasta el hospital.

MEJORAS ESPERADAS

Facilitar la accesibilidad de los pacientes atendidos en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos durante la situación del estado de alarma.

DISEÑO

En la situación de crisis que estamos viviendo por la pandemia del SARS-CoV-2, es prioritario el mantenimiento del aislamiento social y la restricción de los desplazamientos de los pacientes. En este contexto, el Servicio de Farmacia diseñó un procedimiento para permitir la accesibilidad de la medicación a los pacientes atendidos en la unidad de pacientes externos durante esta situación.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Elaboración del protocolo de colaboración con Cruz Roja, a través del proyecto "Cruz Roja Responde".
- El paciente que solicite este servicio (debe estar estable clínicamente y sin modificación de su tratamiento), entra en el circuito. Se comunica al paciente el día de recogida de la medicación.
- Se le indica el teléfono de contacto con Cruz Roja de su zona geográfica, para que se ponga en contacto con ellos y facilite su nombre, dirección de entrega y día de recogida de la medicación.
- El voluntario/a de Cruz Roja, debidamente formado y cumpliendo las recomendaciones de protección y seguridad para la prevención del COVID-19, viene a la unidad de pacientes externos del Servicio de Farmacia en el día indicado.
- El farmacéutico prepara la medicación dentro de una bolsa con el nombre del paciente, para asegurar la confidencialidad.
- Se entrega la medicación al voluntario/a, y ese mismo día se dispensa al paciente.
- En los casos en los que sea necesario, se contactará con el paciente vía telefónica para asegurar su correcto seguimiento farmacoterapéutico.

IMPLANTACIÓN

Se llevó a cabo la puesta en marcha en marzo de 2020, en coordinación con Cruz Roja y con la aprobación de la gerencia y dirección del centro.

RESULTADOS

A través de este circuito se han atendido a 134 pacientes, el 75,3% pacientes propios de nuestro centro y el resto procedentes de otros centros. La distancia media entre el Servicio de Farmacia del hospital y el lugar de entrega fue 29,4 kilómetros (2-114). Se dispensó medicación para dos meses de tratamiento dada la estabilidad de los pacientes incluidos, excepto aquellos pacientes que tenían cita médica próxima en el hospital, que se dispensó medicación hasta entonces. Los perfiles de pacientes incluidos fueron: 26,7% enfermedades reumatológicas, 13,8% enfermedad renal crónica, 8,9% enfermedades infecciosas, 6,9% psoriasis, 5,9% esclerosis múltiples y el resto otras patologías.

LIMITACIONES

Este procedimiento es excepcional en la situación de pandemia que estamos viviendo, pero en el futuro podrán definirse líneas de colaboración para situaciones en las que sea posible la realización de telefarmacia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Es aplicable a otros Servicio de Farmacia, sobre todo aquellos que tienen una elevada dispersión geográfica.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2852. ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y COVID-19, ¿POBLACIÓN DE RIESGO?

AUTORES

PÉREZ CONTEL A, MOLAS FERRER G, LÓPEZ GARCÍA B, GÓMEZ-VALENT M
CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAULÍ. PARC TAULÍ, 1. BARCELONA

OBJETIVOS

Durante la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) se ha considerado como población de riesgo a los pacientes con esclerosis múltiple (EM) en tratamiento con fármacos inmunosupresores o inmunomoduladores. Los objetivos de este trabajo fueron:

- Identificar los pacientes seguidos en nuestro centro en tratamiento activo durante la pandemia con fármacos modificadores de la enfermedad y localizar los infectados por COVID-19.
- Describir qué fármacos produjeron mayor linfopenia y evaluar si existe una propensión a la infección por COVID-19.
- Registrar las administraciones y los cambios de tratamiento que fueron atrasados por el riesgo de inmunosupresión, siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron los pacientes bajo tratamiento entre febrero y mayo de 2020.

Se registraron mediante Microsoft Excel las siguientes variables: demográficas, tratamiento de EM, administraciones o cambios de tratamiento demorados, linfocitos durante la pandemia o en la última analítica, infección por COVID-19, prueba diagnóstica de COVID-19 y exitus.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio 257 pacientes estuvieron bajo tratamiento activo. Con interferón-β1 un 36,9%, teriflunomida 21,0%, fingolimod 9,4%, dimetilfumarato 8,9%, acetato de glatirámico 7,0%, natalizumab 5,5%, ocrelizumab 4,7%, cladribina 3,9% y rituximab 2,7%.

Los fármacos que produjeron una mayor linfopenia fueron: fingolimod en el 91,6% de pacientes, con un promedio de $0,5 \times 10^9$ linfocitos/L (valor de normalidad 1,5-4) y cladribina en el 60%, con un promedio de 1,2. El porcentaje de pacientes con linfopenia con los demás fármacos fue: dimetilfumarato 15%, rituximab 14%, teriflunomida y acetato de glatirámico 5%, interferón-β1 4% y natalizumab y ocrelizumab 0%.

Únicamente 2 pacientes presentaron infección por COVID-19 con PCR confirmada, ambas con neumonía bilateral e ingreso hospitalario. Una estaba bajo tratamiento con interferón-β1 y la otra con dimetilfumarato. Se interrumpió el tratamiento al ingreso y se reanudó al alta.

Hubo 3 sospechas de infección, con sintomatología leve, a las que no se realizó PCR o fue negativa. Dos estaban en tratamiento con teriflunomida, una con dimetilfumarato y no se interrumpió el tratamiento.

Todas las pacientes con infección o sospecha fueron mujeres, menores de 65 años y solamente una presentó linfopenia. Ningún paciente fue exitus.

Se retrasó en 2 pacientes la administración de cladribina, en 2 la de ocrelizumab y en 2 la de rituximab. Se pospuso el cambio a un fármaco más asociado a linfopenia en 9 pacientes.

CONCLUSIONES

Se registró un bajo número de infecciones por coronavirus en la población estudiada.

No podemos establecer una relación entre linfopenia e infección puesto que solamente hubo una paciente linfopénica infectada. No hubo ninguna infección en pacientes tratados con los fármacos que inducen una mayor linfopenia.

Aunque puede existir un sesgo porque probablemente los pacientes con EM han seguido más estrictamente estrategias para evitar el contagio, nuestros resultados no sugieren que estos pacientes sean más vulnerables que la población general.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2856. ADAPTACIÓN DEL SERVICIO DE PACIENTES EXTERNOS A LA PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES

OLIER OLIER MARTÍNEZ P, ALVAREZ MARTIN T, FERNANDEZ GARCIA ME, ALONSO DE PABLO V, RUANO DE LA TORRE R, CUESTA LOPEZ I
HOSPITAL SANTA BÁRBARA. PASEO SANTA BÁRBARA S/N. SORIA

OBJETIVOS

Adaptación de la dispensación en el área de pacientes externos ante la situación de emergencia sanitaria generada por la pandemia de COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

Evitar acúmulos de pacientes y exposición a la infección por SARS-CoV-2.

Evitar desplazamientos durante la situación de confinamiento en una provincia con una elevada dispersión geográfica y población de avanzada edad más vulnerable a la infección.

DISEÑO

Se diseñó, por una parte, un sistema de reparto domiciliario en base a áreas sanitarias y fecha de próxima dispensación. Por otra parte, se creó una agenda para que los pacientes acudiesen de forma organizada evitando colas y aglomeraciones.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se contactó telefónicamente con todos los pacientes para confirmar domicilio, explicar el procedimiento de actuación y resolver dudas. Además, se difundió información con instrucciones de actuación mediante prensa local.

En la primera semana de confinamiento coexistió el sistema de citación y se gestionaron envíos de medicación principalmente a centros de salud, posteriormente, desde la segunda semana de confinamiento se dispuso de conductores funcionarios y el reparto fue fundamentalmente a domicilio.

Se utilizaron otros medios de reparto como personal sanitario, oficinas de farmacia o protección civil de forma más marginal.

IMPLANTACIÓN

Se inició el 16-03-2020 y se ha mantenido de forma generalizada durante el confinamiento y la fase 0 de la desescalada que se ha extendido hasta el 24-05-2020. Tras el inicio de la Fase 1 el servicio se ofrece a aquellos pacientes de elevado riesgo o en cuarentena.

RESULTADOS

Se dispensó medicación a 918 pacientes, el 92% fueron subsidiarios del servicio. Se excluyeron pacientes oncológicos y en programa de hemodiálisis que tenían que acudir igualmente al centro.

Partiendo de un sistema de dispensación a demanda se consiguió que el 70% evitase a acudir al hospital mediante los envíos, el 22,5% acudió citado y tan solo un 7,5% acudiese sin contacto previo con el servicio.

Se realizaron 590 envíos (70%), el 77% se realizaron a domicilio, el 13,5% a centros de salud, el 2,5% a oficinas de farmacia y el 7% mediante otros medios (personal sanitario del centro, voluntarios de cruz roja...).

Se citó a 170 pacientes durante la semana del 16 de marzo del 2020 y a partir del 11 de mayo del 2020. No se citó en fechas intermedias a las indicadas, en este período el 100% de los pacientes recibieron la medicación en su domicilio o en casos puntuales en la oficina de farmacia o centro de salud más cercanos a su domicilio.

LIMITACIONES

Elevada dispersión geográfica y deficientes comunicaciones.

Dificultad de contacto por datos desactualizados en historia clínica y brecha tecnológica (hay municipios en la provincia sin cobertura móvil).

Repetidos retrasos en los pedidos de proveedores obligando a la modificación de rutas y ajuste de las mismas en base a las existencias.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Ante la situación de emergencia sanitaria se ha dispuesto de medios especiales con los que no se cuenta en una situación normal, sin embargo, el sistema de trabajo por áreas sanitarias utilizando medios de transporte disponibles, como valijas de centros de salud, permitiría acercar la medicación a pacientes seleccionados candidatos de beneficiarse del servicio.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2867. COVID-19 EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN: ¿EVOLUCIONAN PEOR LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA?

AUTORES

GARCÍA MORENO FJ, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ CG, GIMÉNEZ MANZORRO Á, ROMERO JIMÉNEZ R, SOMOZA FERNÁNDEZ B, GARCÍA SÁNCHEZ S, ÁLVAREZ-URÍA MIYARES AM, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Comparar la evolución clínica de pacientes con hipertensión tratados con inhibidores de enzima convertora de angiotensina (IECA) o antagonistas de receptor de angiotensina-II (ARA-II) que ingresan por COVID-19 versus hipertensos no tratados con estos fármacos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: estudio observacional, retrospectivo.

Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de hipertensión que ingresaron por COVID-19 en un hospital terciario durante el periodo 01/03/2020-24/03/2020.

Variables: demográficas, clínicas, analíticas y de tratamiento.

La evolución clínica se evaluó mediante: necesidad de oxigenoterapia, desarrollo de síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y mortalidad.

Los datos se recogieron a través de la historia clínica (HP-HCIS®) y del programa de prescripción electrónica (Farhos®). El seguimiento concluyó el 10/05/2020.

Las variables cuantitativas asimétricas se expresaron mediante mediana y rango intercuartílico (RIC). La asociación entre variables dicotómicas o proporciones se comparó mediante prueba exacta de Fisher y, entre variables cuantitativas, mediante U Mann-Whitney. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA/IC-14®.

El estudio contó con la aprobación de la AEMPS y del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos (CEIm) del centro.

RESULTADOS

Se analizaron 1.228 pacientes, de los cuales 572 (46,6%) tenían hipertensión. De ellos, 399 (69,8%) estaban en tratamiento con IECA (40,4%) o ARA-II (29,4%), que se compararon con 173 (30,2%) que no recibían estos fármacos.

Entre el grupo de pacientes tratados con IECA/ARA-II vs no tratados, el sexo (62,4% vs 53,8% varones), el tabaquismo (7,8% vs 5,8%), las comorbilidades adicionales (78,9% vs 84,4%), así como la diabetes considerada individualmente (34,6% vs 36,4%) tenían representación similar ($p > 0,05$). Los pacientes tratados con IECA/ARA-II eran más jóvenes (75 -RIC=64-81- vs 78 -RIC=71-84 años-, $p < 0,01$), y la coexistencia de enfermedad cardiovascular (49,6% vs 59,0%; $p=0,04$) e insuficiencia renal (19,5% vs 30,1%, $p=0,01$) era menor, pero un mayor porcentaje presentaba obesidad (20,6% vs 12,7%; $p=0,03$).

Ambos grupos tenían características clínicas similares al ingreso: hipoxemia ($pO_2 < 90\%$) (25,6% vs 31,1%), linfopenia (60,3% vs 62,6%), elevación de lactato deshidrogenasa (71,4% vs 67,1%), dímero-D (85,4% vs 85,0%) y proteína C reactiva

(98,3% vs 95,4%), e igual número de casos desarrollaron neumonía bilateral (77,2% vs 74,6%).

El 90,0% de pacientes recibieron lopinavir/ritonavir+hidroxicloroquina, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en los esquemas de tratamiento empleados en ambos grupos.

La necesidad de oxigenoterapia fue del 90,5% en los pacientes tratados con IECA/ARA-II vs 94,8% ($p > 0,05$), siendo la duración de la oxigenoterapia de alto flujo de 6 (RIC=3-11) y 4 (RIC=2-9) días, respectivamente ($p > 0,05$). No se encontraron diferencias en el desarrollo de SDRA (46,1% vs 49,7%) ni en la necesidad de ingreso en Cuidados Intensivos (11,0% vs 7,5%), aunque la duración de la estancia hospitalaria fue menor en el grupo de los tratados (13 -RIC=7-20- vs 15 días -RIC=10-22-, $p < 0,01$). La mortalidad fue del 29,8% entre los tratados con IECA/ARA-II vs 39,9% ($p=0,02$), con una mediana de tiempo hasta exitus de 7 días en ambos grupos.

CONCLUSIONES

Los pacientes con hipertensión tratados previamente con IECA/ARA-II presentaron SDRA en una proporción similar a los no tratados con estos fármacos. El hallazgo de menor mortalidad debe interpretarse con cautela, pues la población tratada presentaba ligeramente menor edad y comorbilidades relevantes.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2872. INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD COVID-19 EN LOS PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

AUTORES

SANMARTIN FENOLLERA P, CARRASCO PIERNABIEJA L, ROLDAN NAVARRO P, PLO SECO I, GOMEZ PEDRERO AM, MARTINEZ SIMON JJ, PEREZ ENCINAS M
FUNDACIÓN HOSPITAL ALCORCÓN. BUDAPEST S/N. MADRID

OBJETIVOS

Estimar la incidencia de la enfermedad COVID-19 en pacientes que son atendidos en la Unidad de Dispensación a Pacientes Externos (PEX) del Servicio de Farmacia y compararla con la incidencia en la población adscrita al centro hospitalario. Estimar la tasa de incidencia de la enfermedad COVID-19 de PEX en función de sus patologías/grupos farmacológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de cohortes, unicéntrico, durante marzo-abril 2020, mediante la explotación de bases de datos (BBDD): 1) "Registro COVID-Hospital" (incluye el número total de pacientes diagnosticados de COVID-19 atendidos en el hospital (diagnóstico clínico; preferiblemente confirmado mediante PCR), durante el período del 4 de marzo al 27 de abril de 2020). 2) BBDD de Farmacia (módulo gestión PEX) que proporciona los pacientes con tratamiento activo durante el periodo estudiado. 3) Padrón municipal.

La tasa de incidencia bruta (TIB)/1000 de la enfermedad COVID-19 y ajustada por edad y sexo se estimará globalmente para PEX, y se comparará con la población general asignada al hospital. Se calculará la TIB/1000 según patologías/grupos farmacológicos mediante la agrupación en epígrafes del Contrato Programa de la consejería de sanidad para PEX. Por último, se calculará la TIB/1000 agrupando por familias de fármacos postuladas para el tratamiento del COVID-19 y se compararán mediante la prueba exacta de Fisher.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado fueron atendidos en el hospital 2178 pacientes diagnosticados de COVID19 (55,00% hombres) y el número de PEX en tratamiento activo fue 3076, de ellos 2043 pertenecientes al área asignada al hospital (50,95% hombres). En la población general la TIB/1000 de COVID-19 fue 12,85 (IC95% 12,32-13,40), en hombres 14,65 (IC95% 13,84-15,51) y mujeres 11,17 (IC95% 10,48-11,89). Entre los PEX asignados la TIB/1000 fue 36,71 (IC95% 28,88-46,02), en hombres 44,19 (IC95% 32,35-58,94) y mujeres 28,94 (IC95% 19,38-41,57). Cociente de Incidencia bruta 2,86. La incidencia ajustada por edad y sexo fue 24,03 (IC95% 18,38-29,67), en hombres 26,58 (IC95% 18,92-34,24) y mujeres 21,64 (IC95% 13,40-29,89). Cociente de incidencia ajustada 1,87.

La TIB/1000 en pacientes agrupados según patologías/grupos farmacológicos fue: Neutropenia postquimioterapia 100 (IC95% 58,25-160,11); Insuficiencia Renal Crónica (IRC) con eritropoyetina 72,07 (IC95% 16,28-230,72); Antineoplásicos orales 66,35 (IC95% 0,00-307,41); VIH con Terapia AntiRetroviral 23,95 (IC95% 10,34-47,20); Hepatitis B en tratamiento con antivirales 47,06 (IC95% 12,82-120,49). En pacientes que reciben terapia biológica anticitocinas-inflamatorias/inhibidores-JAK/apremilast la TIB/1000 para Psoriasis fue 39,47 (IC95% 8,14-115,36), Artropatías 3,12 (IC95% 0,08-17,36), y en Enfermedad inflamatoria intestinal y otras indicaciones de esta terapia biológica, ningún caso. Finalmente hemos calculado la TIB/1000 agrupando por tratamientos biológicos anticitocinas-inflamatorias/Inhibidores-JAK y antivirales, resultando respectivamente 8,10 (IC95% 0,17-16,03) y 28,10 (IC95% 12,36-43,84) ($p=0,023$).

CONCLUSIONES

La tasa de incidencia de enfermedad de COVID-19 en nuestros pacientes externos, bruta y ajustada, es superior a la población general. Los grupos de pacientes más afectados son los oncohematológicos en tratamiento y los pacientes con IRC, a priori, pacientes más frágiles. Los pacientes en tratamiento con terapia biológica anticitocinas-inflamatorias/inhibidores-JAK presentaron la incidencia más baja, hecho que se corresponde con la hipótesis propuesta de posible efecto protector, no ocurriendo lo mismo con los pacientes en tratamiento con antivirales.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2873. EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON INMUNOSUPRESORES

AUTORES

TALADRIZ SENDER I, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ CG, COLLADO BORRELL R, ESCUDERO VILLAPLANA V, REVUELTA HERRERO JL, TORROBA SANZ B, VILLANUEVA BUENO C, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DR ESQUERDO 47. MADRID

OBJETIVOS

Describir la epidemiología y la evolución clínica de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes en tratamiento crónico con fármacos inmunosupresores que reciben atención hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo en pacientes en tratamiento crónico con inmunosupresores que recibieron atención hospitalaria y tratamiento antiviral para infección por SARS-CoV-2 durante el periodo 01/03/2020-24/03/2020.

Se analizaron variables demográficas, clínicas y de tratamiento. Se definió tratamiento inmunosupresor: radioterapia y/o fármacos antineoplásicos(Grupo-A), terapia biológica(Grupo-B), fármacos inmunosupresores(Grupo-C) y corticoides sistémicos(Grupo-D).

La evolución clínica se evaluó mediante el ingreso hospitalario, requerimientos de oxigenoterapia, el desarrollo de síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), estancia en UCI(Unidad Cuidados Intensivos) y mortalidad hasta el 27/05/2020.

Los datos se obtuvieron de la Historia Clínica Electrónica y programa de prescripción electrónica FARHOS®.

Las variables cuantitativas se expresaron mediante media y desviación estándar. La asociación entre variables dicotómicas o proporciones se comparó mediante prueba exacta de Fisher y entre variables cuantitativas mediante U Mann-Whitney. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA/IC-14®. El estudio contó con la aprobación de la AEMPS y el CEIm(Cómité Ético Investigación con medicamentos) del centro.

RESULTADOS

Se incluyeron 73 pacientes, 64% hombres, con una edad media de 63,9±16,7 años. El 95,6% era de raza caucásica y 4% latina; el 13,7% eran fumadores activos y el 6,9% presentaban obesidad.

Los comorbilidades más frecuentes para el uso de inmunosupresores fueron: 31,5% enfermedades inflamatorias inmunomediadas, 19,2% neoplasias de órgano sólido, 17,8% trasplante de órgano sólido, 15% neoplasias hematológicas y 11% otras enf.autoinmunes. El 46,6% de los pacientes estaban en tratamiento crónico con fármacos inmunosupresores, el 27,4% con antineoplásicos, el 13,7% recibían terapia biológica y el 12,3% corticoides sistémicos en monoterapia. Además, un 67,1% presentaban otras comorbilidades asociadas, siendo las más prevalentes hipertensión(67,1%), enfermedad cardiovascular(41,1%), diabetes(22%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica(13,7%). En el momento de ingreso, un 13,7% de los pacientes presentaba presión oxígeno < 90%.

El 81,3% de los pacientes presentó neumonía(75,4% bilateral) y el 71,2% recibió tratamiento antiviral combinado. La combinación más frecuente fue hidroxiclороquina+lopinavir/ritonavir (42,5%), seguida de hidroxiclороquina+lopinavir/ritonavir+interferón-beta-1-B(26%). Sólo 1 paciente (1,4%) recibió remdesivir. El 20,5% recibieron corticoides, el 12,3% tocilizumab y un 1,4% anakinra.

El 89% de los pacientes requirieron ingreso (100% de pacientes del grupo-D, 90% grupo-A, 88,7% grupo-C y 80% grupo-B), con una a media de 14(±12) días (grupo-B fue de 16(±13) días, grupo-A de 15(±11,3) días, grupo-C de 14(±12,4) días y grupo-D de 14(±12)días). Un 35,6% precisó de ventilación mecánica no invasiva o alto flujo (44,4% grupo-D, 40% grupo-B, 35% grupo-A y 32,4% grupo-C). El 38,4% desarrolló SDRA (55,6% grupo-D, 40% grupo-A, 40% grupo-B y 32,4% grupo-C) y un 9,6% requirió ingreso en UCI(22,2% en el grupo-D, 11,8% en el grupo-C, el 5% en el grupo-A). La mortalidad global fue del 32,9% (55,6% en el grupo-D, 40% en el grupo-B, 35% en el grupo-A y 23,5% grupo-C).

CONCLUSIONES

La prevalencia de distrés y mortalidad en esta población fue elevada, superior en el subgrupo de pacientes en tratamiento con glucocorticoides en monoterapia. Sería recomendable ampliar el estudio con una cohorte más amplia de pacientes y comparar estos resultados con la población no inmunodeprimida.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2875. TOCILIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA COVID-19: EXPERIENCIA DE UTILIZACIÓN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO****AUTORES**

DE CASTRO JULVE M, ORTONOBES ROIG S, SOLER BLANCO N, FLORIT-SUREDA M, LÓPEZ GARCÍA B, MIRALLES ALBORS P, MOLAS FERRER G, GÓMEZ-VALENT M
CORPORACIÓN SANITARIA PARC TAULÍ. PARC TAULÍ, 1. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir y analizar las características de los pacientes con COVID-19 que recibieron tocilizumab en un hospital universitario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con infección por SARS-CoV-2 confirmada por PCR/serología, ingresados durante la pandemia en un hospital de segundo nivel, tratados con tocilizumab, posicionado según el protocolo institucional y dosificado según recomendaciones de las autoridades sanitarias.

Se registraron y analizaron variables sociodemográficas y clínicas: edad, sexo, peso, comorbilidades, tabaquismo, tratamiento crónico, tiempo desde inicio de síntomas hasta ingreso hospitalario, presencia de neumonía, tiempo entre inicio de la sintomatología y administración del tocilizumab, dosis de tocilizumab, tratamientos COVID previos, parámetros analíticos antes y después del tocilizumab, aparición de síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), coinfección, complicaciones trombóticas (TVP/TEP), ingreso en UCI, estancia hospitalaria y mortalidad.

Las variables cuantitativas se expresan en medianas (rango intercuartil). Análisis estadístico para la diferencia de parámetros analíticos pre y post-tocilizumab con test Wilcoxon-Mann-Whitney para datos apareados.

RESULTADOS

De un total de 1513 pacientes ingresados, 257 (17%) recibieron tocilizumab. Edad 68,3 (58,7-75,1) años; hombres 168 (65,4%). Peso 80 (71-89) kg; 12,8 % pacientes > 100kg; de 211 pacientes con datos de IMC, 41,7% obesos.

Hipertensión 144 (56,0%) pacientes, dislipemia 96 (37,3%), EPOC/asma 36 (14,0%), inmunodeprimidos 23 (9,0%), fumadores 10 (3,9%). Tratamiento crónico con IECA 76 (29,6 %), ARA-II 37 (14,4%), estatinas 87 (33,8%), antiagregantes 48 (18,7%), anticoagulantes 20 (7,8%).

Días desde síntomas hasta ingreso 7 (4-10); neumonía al ingreso 206 (80,1%); neumonía durante el ingreso 254 (98,8%); días entre síntomas y administración de tocilizumab 12 (9-16). Dosis tocilizumab 6,8 (5,9-7,6) mg/kg; 233 (91,7%) pacientes recibieron una sola dosis: 400mg 74 (28,8%) pacientes, 600mg 153 (59,5%) y 800mg 6 (2,6%); 21 (8,3%) pacientes recibieron 2 dosis.

Otros tratamientos COVID (pacientes, días desde síntomas hasta inicio del fármaco, duración): hidroxiclороquina/cloroquina 256 (99,6%) pacientes, 7 (5-10) días, duración 9 (6-11) días; azitromicina 252 (98,1%), 7 (5-10), 5 (5-5,5); lopinavir-ritonavir 132 (51,8%), 8 (6-12), 7 (4-8); interferón beta-1b 35 (13,6%), 8 (6-10), 4 (2-6); metilprednisolona ≥ 120 mg 148 (57,6%), 11 (8-14), 3 (3-3).

Parámetros analíticos pre-administración/post 5 días del tocilizumab: linfocitos 0,85 (0,62-1,16) /1,27 (0,87-1,72) $\times 10^9$ /L, PCR 10,01 (4,95-19,59) /0,775 (0,29-1,74) mg/dL, ferritina 1319,1 (757,0-1981,0) /997,9 (629,6-1613,0) ng/dL, LDH 353 (277-438) /301 (246-431) U/L, dímero-D 1228 (717-2490) /1998 (920-5899)/pre-alta 1120 (537-2481) ng/mL; en todos los casos $p < 0,0001$. Determinación de interleucina-6 no disponible en nuestro centro.

SDRA 63 (24,5%); coinfección 30 (11,7%); TVP/TEP 26 (10,1%). Ingreso en UCI 45 (17,5%); estancia hospitalaria 17 (13-26) días; mortalidad 65 (25,3%).

CONCLUSIONES

En nuestra población la mayoría fueron hombres, sin patología respiratoria previa. La mitad de los pacientes eran hipertensos y una proporción importante obesos. Estos resultados son bastante similares a otras cohortes descritas en la literatura.

Los tratamientos COVID se administraron según el protocolo establecido, utilizando los inmunosupresores en la fase más avanzada.

La dosificación de tocilizumab utilizada fue inferior a la habitual recomendada para otras patologías (8mg/kg). La influencia de este factor sobre la evolución clínica requiere de análisis más específicos.

Los parámetros analíticos mejoran post-administración del tocilizumab, siendo el dímero-D el que tiende a normalizarse posteriormente.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2878. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN-VALIDACIÓN DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT EN PACIENTES CON COVID-19

AUTORES

ABRAIRA MERIEL C, COLÓN LÓPEZ DE DICASTILLO A, SENRA AFONSO L, GUTIÉRREZ PÉREZ I, LORENZO MARTÍN S, URIARTE ESTEFANÍA F, PARRA ALONSO EC, PINO ACEREDA T
HOSPITAL SIERRALLANA. BARRIO DE GANZO S/N. 39300. CANTABRIA

OBJETIVOS

El empleo de fármacos fuera de indicación para el tratamiento de la infección por COVID-19, con datos limitados sobre su eficacia, hace que la monitorización de su seguridad sea un pilar fundamental. Dos de los fármacos más empleados, como hidroxiclороquina, azitromicina y su uso combinado, se asocian al riesgo de prolongación del intervalo QT, vinculado a la aparición de arritmias ventriculares por Torsades de Pointes (TdP) potencialmente mortales. El objetivo de este trabajo es describir la implantación en un hospital comarcal de un circuito de prescripción y validación farmacoterapéutica de los fármacos anteriormente mencionados.

MEJORAS ESPERADAS

Minimizar el riesgo de aparición de arritmias ventriculares por TdP en el grupo de pacientes tratados con hidroxiclороquina, azitromicina ó ambas.

DISEÑO

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar, formado por un cardiólogo, un neumólogo y dos farmacéuticos hospitalarios. El trabajo se distribuyó de la siguiente manera:

- Cardiología y Neumología se centraron en la selección de fuentes bibliográficas, escalas de valoración del riesgo inicial y parámetros de monitorización durante el ingreso del paciente.
- Farmacia Hospitalaria se encargó de la selección de fármacos con posibilidad de producir interacciones de gravedad media/alta con el tratamiento instaurado para la infección por COVID-19, para establecer un sistema eficaz de alerta al prescriptor, ofreciendo al mismo tiempo, alternativas terapéuticas consensuadas.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se protocolizaron las siguientes etapas en el circuito:

1. Valoración inicial al ingreso: Electrocardiograma (ECG) basal mediante un sistema de sensores que minimicen el contacto con el paciente (KardiaTM), revisión y conciliación del tratamiento domiciliario con riesgo de prolongación del QT, utilizando la app "crediblemeds.org" y cálculo del score de riesgo usando la app "MDCalc" (Tinsdale Risk Score for QT).
2. Definición de los criterios para catalogar un riesgo alto que suponía contraindicar el tratamiento con la combinación de fármacos hidroxycloquina-azitromicina.
3. Para los pacientes con riesgo medio-bajo que iniciaron tratamiento, monitorización de los siguientes parámetros: iones (calcio, magnesio y potasio), prescripción de nuevos fármacos de riesgo y realización de un ECG periódico (cada 48 h si riesgo medio y 72 h si bajo).
4. Implementación durante la validación farmacéutica de los siguientes intercambios terapéuticos con el fin de usar fármacos con menor riesgo de prolongación del QT: empleo de metoclopramida en lugar de ondansetrón, risperidona por haloperidol, racecadotril por loperamida y beta-lactámicos por quinolonas.

IMPLANTACIÓN

Este circuito se incluyó dentro del protocolo institucional hospitalario de tratamiento de los pacientes COVID-19, con implantación inmediata en todas las unidades clínicas con estos pacientes.

RESULTADOS

Desde el inicio de su aplicación, en Abril/2020 este circuito ha precisado la intervención farmacéutica en 76 ocasiones durante la validación del tratamiento de los 328 pacientes ingresados con infección/sospecha por COVID-19, con al menos uno de los dos fármacos (hidroxycloquina o azitromicina) prescritos. No se ha notificado ningún caso de arritmias malignas por TdP.

LIMITACIONES

Necesidad de externalización de la determinación de los niveles de magnesio y aumento de la carga asistencial en una situación crítica.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Modelo exportable a otros hospitales.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2884. USO DE ANAKINRA PARA EL TRATAMIENTO DE RESCATE EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR COVID-19

AUTORES

ORTONOBES ROIG S, DE PEDRO AMBROSIO VJ, SOLER BLANCO N, DE CASTRO JULVE M, FLORIT-SUREDA M, MIRALLES ALBORS P, SORIANO GUTIÉRREZ L, GÓMEZ-VALENT M
 CONSORCI CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. PARC TAULÍ, Nº1. BARCELONA

OBJETIVOS

- Describir las características de los pacientes que recibieron anakinra después de considerarse fracaso terapéutico el tratamiento previo con tocilizumab.
- Analizar las variaciones de los parámetros analíticos inflamatorios después de la administración de tocilizumab y anakinra.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital universitario de 800 camas donde se incluyeron todos los pacientes ingresados con diagnóstico confirmado por PCR-SARS-Cov-2/serología durante la pandemia, seleccionando los pacientes en tratamiento con anakinra (antagonista del receptor de interleucina-1). En nuestro hospital, se introdujo anakinra en el protocolo de tratamiento después del primer mes de iniciarse la pandemia y se posicionó tras un fracaso terapéutico en el quinto día post-tratamiento con tocilizumab (inhibidor de la interleucina-6). Se consideró fracaso terapéutico a tocilizumab: PaFi < 300 con empeoramiento gasométrico y alteración analítica: ferritina > 700 ng/mL y/o Dímero-D > 200 ng/mL y/o lactato deshidrogenasa (LDH) > 250 U/L.

Variables recogidas: sociodemográficas, peso, estancia hospitalaria, comorbilidades, polifarmacia (> 10 fármacos), tratamiento específico para COVID-19, analíticas pre/post tratamiento con tocilizumab y anakinra, co-infección, mortalidad.

Variables cuantitativas expresadas como mediana (rango intercuartil), variables cualitativas expresadas como valor absoluto (relativo). Análisis estadístico de analíticas mediante el test de U-Mann-Whitney para datos apareados; realizado con Stata13.

RESULTADOS

De 1513 pacientes ingresados, 257 (17,0%) recibieron tocilizumab, mortalidad 65 (25,3%). Iniciaron tratamiento con anakinra, 17 (1,12%): edad 77,5 (65,8–80,1) años, 9 (52,9%) hombres. Peso: 81 (74-88) Kg. Estancia hospitalaria: 26

(17-43) días. Hipertensión: 9 (52,9%). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 2 (11,8%). Polimedicados: 5 (29,4%). Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina: 7 (41,2%). Estatinas: 7 (41,2%). Días de inicio de síntomas hasta ingreso: 5 (1-10). Tratamiento COVID-19 (pacientes, duración): hidroxiquina/cloroquina 17 (100%) pacientes, 9 (6-10) días; azitromicina 16 (94,1%), 5 (5-6); lopinavir/ritonavir 9 (53,0%), 7 (7-7); metilprednisolona > 120mg 17 (100%), 3 (3-3); tocilizumab 17 (100%), dosis única de 6,78 (5,75-7,5) mg/kg. Días desde el ingreso hasta administración de tocilizumab, 4 (3-6). Días desde el ingreso hasta administración de anakinra, 13 (11-13). Número de dosis de anakinra, 9 (9-12). Días entre la administración de tocilizumab y anakinra, 7 (7-9). Co-infección 3 (18,8%). Mortalidad 6 (35,3%).
 Analíticas pre vs post tocilizumab (n=17, posteriormente tratados con anakinra): proteína C reactiva (PCR) (mg/dL) 14,6 (5,6-20,8) vs 0,74 (0,22-2,2) p=0,005; ferritina (ng/mL) 1228,9 (913,9-1851,3) vs 1216,9 (922,9-1943,6) p=0,906; dímero-D (ng/mL) 1102 (600-1458) vs 1956 (1645-4512) p=0,007; LDH (U/L) 343 (262-382) vs 411 (358,5-504,5) p=0,007.
 Analíticas pre vs post anakinra (n=17): PCR 0,93 (0,2-2,26) vs 0,40 (0,08-1,78) p=0,866; ferritina 1080,4 (691,6-1943,6) vs 954,4 (401,5-1186,6) p=0,006; dímero-D 2455 (1650-6905) vs 975 (690,5-4829) p=0,001; LDH 398 (314-518) vs 267 (219-375) p=0,234.

CONCLUSIONES

- Debido a la introducción tardía en el protocolo, se trataron pocos pacientes con anakinra, pudiendo haber sido más utilizado conociendo la mortalidad de los casos tratados únicamente con tocilizumab.
- Tocilizumab disminuye significativamente los valores de PCR mientras que la administración del anakinra reduce los de ferritina. En cambio, los valores de dímero-D incrementan con la administración del tocilizumab y disminuyen más tarde. Esto permitiría posicionar estos dos fármacos en el mismo nivel, y administrarlos en función del estado clínico del paciente y sus parámetros analíticos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2891. INSTAURACIÓN DE UN PROGRAMA DE ALTA PRECOZ CON TRATAMIENTO ANTIVIRAL EN PACIENTES ADULTOS CON COVID-19 DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

TORROBA SANZ B, DE LORENZO PINTO A, GARCÍA SÁNCHEZ R, GÓMEZ MARTÍNEZ-SAGRERA P, SEVILLANO FERNÁNDEZ JA, ANDUENZA LILLO JA, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Debido al crecimiento sin precedentes de la presión asistencial causada por el SARS-CoV-2 en el sistema sanitario, fue necesario implantar un programa de alta precoz a domicilio desde el Servicio de Urgencias (SU) a pesar de la incertidumbre que existía sobre la evolución de la enfermedad.

Nuestro objetivo es describir la implantación de un programa de alta precoz con tratamiento antiviral en pacientes adultos con COVID-19 desde el SU así como los resultados clínicos obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo llevado a cabo durante el 20 al 31 de marzo del 2020 en un hospital de tercer nivel. La información fue obtenida de la historia clínica del hospital y la plataforma HORUS.

Los pacientes tenían que cumplir los siguientes criterios para ser incluidos en el programa de alta precoz: a) signos y síntomas sugestivos de infección viral por COVID-19; b) neumonía confirmada por radiografía de tórax; c) buen estado general; d) oxigenación arterial $\geq 95\%$ sin oxigenoterapia; e) no criterios de ingreso según las escalas PSI y CURB-65.

Los pacientes incluidos fueron dados de alta con tratamiento antiviral. El protocolo institucional incluía 3 tipos de esquemas de tratamiento durante 5 días que fueron preparados y dispensados por el Servicio de Farmacia junto con una hoja informativa (Kit A: lopinavir/ritonavir+hidroxiquina; Kit B: hidroxiquina; Kit C: hidroxiquina+azitromicina). El médico seleccionó el esquema en función de la historia clínica y las interacciones farmacológicas y evaluó la necesidad de asociar terapia antibiótica empírica.

Los resultados clínicos fueron el porcentaje de visitas al SU y de ingreso en los 30 días posteriores y el porcentaje de éxitos.

RESULTADOS

Durante este periodo, 1378 pacientes fueron atendidos en el SU por COVID-19. De todos estos, 137 (10%) fueron incluidos en el programa de alta precoz con terapia antiviral.

El 54% de los pacientes fueron mujeres con una mediana de edad de 49 años (RIC: 22-78). El 38% presentaban alguna comorbilidad siendo las más frecuentes hipertensión (15%), asma (11,7%) y obesidad (9,5%).

La mediana de días que transcurrieron desde el inicio de los síntomas hasta la visita al SU fue de 7 días (RIC: 0-30). La neumonía fue unilateral en la mayor parte de los enfermos (74,6%) y bilateral en el 23,8%. El test PCR fue positivo en el 61,3% de ellos.

El esquema de tratamiento antiviral más utilizado fue el Kit A (75,9%), seguido del Kit B (14,6%). Un 70% de los pacientes fue dado de alta también con antibioterapia empírica, siendo la cefixima el antibiótico más prescrito (49,6%).

En cuanto a los resultados clínicos, el porcentaje de enfermos que volvió al SU en los 30 días posteriores fue del 16% (22 pacientes) y, de ellos, 12 pacientes requirieron ingreso (un 8,7% del total). Se produjo un éxito.

CONCLUSIONES

A pesar de la situación de incertidumbre sobre la evolución del SARS-CoV-2, el programa de alta precoz con tratamiento antiviral permitió liberar recursos en el SU con un porcentaje bajo de ingresos hospitalarios.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2895. LA FUNCIONALIDAD COMO HERRAMIENTA PARA ADECUAR EL TRATAMIENTO EN PACIENTES NONAGENARIOS CON NEUMONÍA POR COVID-19****AUTORES**

ORTONOBES ROIG S, SOLER BLANCO N, TORRENTE JIMÉNEZ I, MIRALLES ALBORS P, REDONDO CAPAFONS S, GÓMEZ-VALENT M

CONSORCI CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. PARC TAULÍ, Nº1. BARCELONA

OBJETIVOS

- Confirmar si la mortalidad de los pacientes nonagenarios con neumonía por COVID-19 está relacionada con el Índice de Barthel (IB).
- Analizar si hay diferencias en el tratamiento específico para la COVID-19 según el IB y determinar si ha habido adecuación del esfuerzo terapéutico en este grupo de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital universitario de más de 500 camas de agudos y 250 de sociosanitario. Se incluyeron todos los pacientes ≥ 90 años ingresados con diagnóstico confirmado por PCR-SARS-Cov2/serología durante la pandemia. Variables registradas: variables sociodemográficas, comorbilidades, polifarmacia (> 10 fármacos), IB, neumonía, tratamiento específico para la COVID-19, valores analíticos y mortalidad.

Se dividieron los pacientes en 3 grupos en función de su IB (< 40 , 40-55, ≥ 60). Se comparó la mortalidad en función del IB con los datos de una cohorte de pacientes nonagenarios del mismo centro ingresados en 2017.

Variables cuantitativas expresadas como mediana (rango intercuartil), variables cualitativas expresadas como valor absoluto (relativo). Análisis estadístico mediante prueba de Kruskal-Wallis para variables cuantitativas y pruebas de Chi-cuadrado/Test exacto de Fisher para cualitativas; realizado con Stata13.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 67 pacientes nonagenarios; mediana de edad 93,1 (90,8-94,7) años; 44 (62,0%) mujeres. Obesidad 14 (20,9%) pacientes; hipertensión 56 (83,6%); ICC 25 (37,3%); EPOC 10 (14,9%); polifarmacia 39 (58,2%). Neumonía: 55 (82,1%).

Cohorte pandemia COVID-19 (n=67). Pacientes con IB < 40 : 17 (25,4%); IB 40-55: 15 (22,4%); IB ≥ 60 : 35 (52,2%).

Mortalidad: pacientes con IB < 40 : 12 (70,6%); IB 40-55: 10 (66,7%); IB ≥ 60 : 13 (37,1%) p=0,034.

Cohorte 2017 (n=257). Pacientes con IB < 40 : 71 (27,6%); IB 40-55: 66 (25,7%); IB ≥ 60 : 120 (46,7,2%). Mortalidad: pacientes con IB < 40 : 29 (40,9%); IB 40-55: 24 (36,4%); IB ≥ 60 : 29 (24,2%) p=0,038.

Comparativa del % de mortalidad entre las dos cohortes: IB < 40 p=0,027; IB 40-55 p=0,032; IB ≥ 60 p=0,129.

Diferencias según IB < 40 vs 40-55 vs ≥ 60 del tratamiento específico COVID: hidroxiclороquina/cloroquina 12 (70,6%) vs 12 (80,0%) vs 32 (91,4%), p=0,165; azitromicina 14 (82,4%) vs 13 (86,7%) vs 30 (85,7%), p=0,932; lopinavir/ritonavir 6 (35,3%) vs 6 (40,0%) vs 9 (25,7%), p=0,540; metilprednisolona > 120 mg 1 (5,9%) vs 2 (13,3%) vs 3 (8,6%), p=0,732; tocilizumab 0 (0%) vs 2 (13,3%) vs 5 (14,3%), p=0,249.

Diferencias analítica ingreso: PCR (mg/dL) 4,4 (3,1-10-2) vs 4,2 (1,8-12,5) vs 4,9 (1,4-7,7), p=0,793; dímero-D (ng/mL) 2411 (1525-4608) vs 958,5 (705-1325) vs 1301 (776-2181), p=0,074; ferritina (ng/mL) 532,8 (399,4-1302) vs 460 (248,7-590,6) vs 272,4 (106,6-432,4), p=0,063.

CONCLUSIONES

- En los pacientes nonagenarios con neumonía por COVID-19 la funcionalidad sigue siendo factor pronóstico de mortalidad independientemente de la edad. La mortalidad global durante la pandemia por COVID-19 ha sido superior al año 2017.
- En los pacientes con IB < 60 , a pesar de recibir el mismo abordaje terapéutico, la mortalidad ha sido mayor en el periodo de pandemia. Sin embargo, los pacientes con IB ≥ 60 no presentan diferencias significativas, por lo que el tratamiento podría haber sido beneficioso.
- Se propone modificar el protocolo de tratamiento de COVID-19 teniendo en cuenta la funcionalidad del paciente para realizar una mejor adecuación del esfuerzo terapéutico.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2896. TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES GRAVES CON NEUMONÍA POR COVID-19****AUTORES**

NARRILLOS MORAZA Á, CHAMORRO DE VEGA E, RODRIGUEZ GONZALEZ C, MANRIQUE RODRIGUEZ S, LOBATO MATILLA ME, OLMEDO SAMPERIO M, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Describir las características clínicas de los pacientes hospitalizados con infección por SARS-CoV-2 que reciben tratamiento con tocilizumab (TCZ), así como la respuesta al tratamiento y cambios analíticos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo.

Criterios de inclusión: pacientes ingresados con diagnóstico confirmado de COVID-19 que recibieron TCZ entre el 19/03/2020 al 30/03/2020 en un hospital terciario.

Las variables analizadas fueron demográficas, clínicas, de tratamiento (farmacológico y oxigenoterapia) y analíticas al ingreso, previas y posteriores a la administración de TCZ.

La evolución clínica se evaluó mediante la tasa de mortalidad, la duración de la estancia hospitalaria, los cambios en los requerimientos de oxigenoterapia (reducción en al menos dos puntos en una escala ordinal del 1=alta hospitalaria al 6=exitus) y cambios analíticos.

El fin del seguimiento fue el 10/05/2020.

RESULTADOS

Se incluyeron 100 pacientes, de los cuales el 67,0% eran varones, con una mediana de edad de 61 años (RIC 20-81). El 82,0% eran de raza caucásica y 17,0% latina. El 32,0% de los pacientes presentaba obesidad, el 40,0% hipertensión arterial, el 24,0% diabetes mellitus y el 18,0% enfermedad cardiovascular. Al ingreso, el 46,0% de los pacientes presentaba hipoxemia severa ($pO_2 < 90\%$).

El 69% de los pacientes recibieron tratamiento antiviral con lopinavir/ritonavir + hidroxiclороquina + interferón β \pm azitromicina, seguido de un 29,0% que recibieron lopinavir/ritonavir + hidroxiclороquina \pm azitromicina. Sólo el 8,0% recibió tratamiento con remdesivir. El 84% recibieron corticoides durante el ingreso (21,4% bolus), de los cuales el 33,0% se administraron concomitantemente con TCZ. El número total de dosis de TCZ administradas fue de 1 (35,0%), 2 (27,0%) o 3 (38,0%) dosis.

La mediana del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso hospitalario y la administración de TCZ fue de 10 (RIC 2-35) y 14 (RIC 0-14) días, respectivamente. En el momento de administración de TCZ, el 98,0% presentaba Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA), el 57,0% de los pacientes se encontraban en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y el 50,0% en ventilación mecánica invasiva.

Al final del seguimiento, con una mediana de 52 (RIC 50-54) días transcurridos tras la administración de TCZ, el 46,0% de los pacientes habían recibido el alta hospitalaria (19,0% UCI, 27,0% no UCI), el 31,0% había fallecido (27,0% UCI, 4,0% no UCI) y un 23,0% continuaban hospitalizados.

Tras la administración de TCZ, los requerimientos de oxigenoterapia mejoraron en el 2,0% y 45,0% de los pacientes a los 7 y 28 días, respectivamente. A los 7 días tras la administración, se observó un aumento significativo en el recuento total de linfocitos ($0,2 \times 10^3 \mu\text{L}$) y una disminución de proteína c-reactiva (PCR) ($-16,9 \text{ mg/dL}$) y ferritina ($-731,5 \text{ ng/mL}$) ($p < 0,001$; $p < 0,001$ y $p=0,028$, respectivamente).

CONCLUSIONES

Tocilizumab se utilizó en pacientes con infección grave, mayoritariamente dentro de las UCIs, en los que la mortalidad resultó elevada. En esta población no se observó una reducción significativa de los requerimientos de oxigenoterapia de forma precoz, si bien mejoraron los parámetros inflamatorios. Resulta necesario estudiar el potencial beneficio de tocilizumab en etapas más precoces de la enfermedad.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2899. INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL

AUTORES

VALENCIANO MARTÍNEZ S, ESCRIGAS FERNÁNDEZ C, SÁNCHEZ NAVARRO IM, BALDOMINOS UTRILLA G, SÁNCHEZ PRIETO I, ARGÜELLO MARINA M, CASTILLA GARCÍA L
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. CALLE ALCALÁ-MECO S/N. MADRID

OBJETIVOS

En el momento actual no existe suficiente información sobre la morbimortalidad de los pacientes con neoplasias hematológicas con infección por SARS-CoV-2. En España se disponen de datos preliminares de una cohorte de 6424 pacientes ingresados en medicina interna con una mortalidad del 21,1% y una estancia media de 10,4 días. (En <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.24.20111971v1>). Por ello, el objetivo de nuestro estudio es identificar las características clínicas de los pacientes hematológicos con infección por SARS-CoV-2 ingresados en nuestro centro y evaluar los tratamientos recibidos, su respuesta y evolución

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado de forma multidisciplinar por el servicio de Farmacia y el servicio de Hematología. Se identificaron los pacientes ingresados por infección de SARS-CoV-2 objetivada por técnica de PCR con procesos neoplásicos hematológicos entre los meses de marzo y abril 2020. Las variables evaluadas fueron comorbilidades del paciente, proceso neoplásico hematológico, pacientes en tratamiento quimioterápico activo, tipo de infección por SARS-CoV-2, tratamiento recibido, estancia media y mortalidad

RESULTADOS

Ingresaron un total de 30 pacientes con edad media de 71 años (46 a 96 años), 60% varones. La enfermedad hematológica de base más frecuente fue mieloma múltiple 26,7% (n=8) junto a linfoma no hodgkin 26,7% (n=8) seguida de la leucemia linfática crónica 16,7% (n=5). Un 53,3% (n=16) se encontraban en tratamiento activo para su enfermedad hematológica.

Un 86,7% de los pacientes presentaban comorbilidades, siendo las más prevalentes: hipertensión (60%), dislipemia (33,3%) y diabetes (23,3%). Un 80% (n=26) presentaron neumonía grave secundaria a infección por SARS-CoV-2, un 10% (n=3) neumonía leve y un 3,3% (n=1) infección no complicada. De ellos 2 presentaron distress respiratorio grave. Los tratamientos recibidos fueron hidroxiclороquina (96,7%), lopinavir-ritonavir (86,7%), interferón β (20%), fármaco en

ensayo clínico (6,7%) y darunavir en un solo paciente. Un 83,3% recibieron la doble terapia hidroxicloroquina/lopinavir-ritonavir. Un 70% de los pacientes recibieron uno o más antibióticos. Se prescribió corticoterapia y tocilizumab a un 33,3% y 16,7%, respectivamente. En relación con el tratamiento anticoagulante, un 30% presentaba anticoagulación previa manteniéndose durante el ingreso, el resto recibieron tratamiento anticoagulante a dosis profilácticas (n=21), presentando uno de ellos un episodio de enfermedad tromboembólica venosa.

La estancia media en el hospital fue de 16,2 días (4 a 57 días)

La mortalidad fue de un 33% (10/30) con una edad media de 75,3 (56 a 96 años). La mortalidad en los pacientes con tratamiento quimioterápico activo y de los que no estaban fue de un 25% (4/16) y un 42% (6/14) (diferencia 17,9%; IC95%: -15,6 a 51,4%).

CONCLUSIONES

A pesar del número reducido de pacientes, objetivamos que el tratamiento quimioterápico activo parece no relacionarse con una mayor tasa de mortalidad. La mayor parte de los pacientes recibieron la terapia antiviral estándar sin embargo la prescripción de corticoterapia fue baja no pudiendo extraer conclusiones del beneficio de la corticoterapia en relación con la infección por SARS-CoV-2. La totalidad de pacientes recibieron anticoagulación aunque en muchos de ellos se inició a dosis profilácticas de forma tardía, pudiendo esto influir en la evolución clínica.

Dados los resultados, serían necesarios futuros estudios multicéntricos con un mayor tamaño muestral

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2912. REINVENCIÓN EXPRES DE UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

PASCUAL ARCE B

HOSPITAL MUNICIPAL DE BADALONA. VÍA AUGUSTA Nº 9-13. BARCELONA

OBJETIVOS

La crisis COVID-19 llegó sin aviso previo. A marchas forzadas nos adaptamos a la nueva situación. Proteger, Priorizar, Hacer, Dejar de hacer, Aportar, Colaborar fueron las palabras que nos venían a la mente en pleno caos con los centros llenos de pacientes que se complicaban rápidamente y a los que no sabíamos tratar. Nuestro servicio de farmacia de un hospital comarcal con una plantilla escasa, afronta el desafío estableciendo 5 objetivos prioritarios:

- 1: proteger al personal y a los pacientes
- 2: evitar desabastecimientos
- 3: actualizar los protocolos de tratamiento con rigor y consenso
- 4: formarnos para ser referente en los tratamientos de UCI de nueva creación
- 5: mantener la actividad habitual priorizando oncología y hematología

MEJORAS ESPERADAS

Atención farmacéutica de calidad en tiempos de crisis

DISEÑO

Se reorganizan las funciones y los horarios. No es posible establecer turnos por el exceso de actividad ni teletrabajo, se amplían las jornadas y se trabajan todos los días festivos.

Cada farmacéutico cambia su trabajo, es referente de un objetivo prioritario. Se le asigna una función preferente y todos colaboran entre ellos.

CIRCUITO Y ETAPAS

Implantación

Objetivo 1:

Se restringe la entrada en la farmacia al personal del hospital y a los pacientes y se establecen horarios rígidos para las peticiones. La medicación en unidosis se dispensa embolsada y las devoluciones se dejan 14 días de cuarentena.

Se establece un sistema de consulta telefónica para la resolución de dudas y atención farmacéutica a los pacientes externos y entrega de medicación e información escrita a domicilio a través de voluntariado.

Se adapta la medicación de hospital de día para evitar desplazamientos de los pacientes

Objetivo 2:

Se solicita diariamente la medicación a medicamentos extranjeros, se actualizan las necesidades de stock de medicamentos imprescindibles, se exige la dispensación de la medicación COVID individualizada por paciente y tras prescripción médica, no se permite estocaje en planta.

Objetivo 3:

Se revisan diariamente las publicaciones, recomendaciones de organizaciones sanitarias y se establecen protocolos de tratamiento de forma conjunta con los médicos implicados. Toda la información se introduce en sistema prescripción electrónica asistida (PEA) en forma de protocolos sencillos, actualizando interacciones y contraindicaciones.

Objetivo 4:

Tras formación acelerada en soporte a pacientes de UCI, se revisa conjuntamente con el equipo de anestesia la medicación y nutrición, especialmente balance hidroelectrolítico y monitorización farmacocinética de antimicrobianos.

Objetivo 5:

Se validan y preparan todos los citostáticos y medicación de soporte. Se dispensa la medicación oral en el hospital de día junto con el oncólogo/hematólogo.

IMPLANTACIÓN

Del 19 de marzo al 16 de mayo de 2020.

RESULTADOS

Ningún farmacéutico ni técnico ha resultado positivo.

Se han realizado 348 entregas de medicación a domicilio para 212 pacientes, 83 consultas telefónicas registradas y 9 visitas presenciales

Todos los desabastecimientos de medicación han sido subsanados o sustituidos por un equivalente terapéutico.

Se han introducido 6 protocolos de tratamiento en el hospital y sociosanitario que incluyen medicación COVID, tromboprolifaxis, pulsos de corticoides y antibióticos. Se estableció un circuito extrahospitalario para atención primaria, residencias geriátricas y personal sanitario.

Se validaron diariamente el 100% de las prescripciones.

Se ha formado en la PEA a 11 médicos.

LIMITACIONES

No se recoge adecuadamente la actividad realizada ni resultados por la situación.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2913. IMPLEMENTACIÓN DE UN CIRCUITO DE ATENCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES

PORTILLO HORCAJADA L, GARCÍA YUBERO C, BIELZA GALINDO R, ARIAS MUÑANA E, UBACH BADÍA B, BARRO ORDOVÁS JP, GONZÁLEZ LUCENA A, MARTÍNEZ HERNÁNDEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFIA. PASEO DE EUROPA 34, 28702. MADRID

OBJETIVOS

Definir el procedimiento de coordinación para la atención y dispensación de medicamentos a pacientes institucionalizados en Centros Sociosanitarios (CS) del área de influencia del hospital implementado durante la pandemia COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS

Mejorar la atención sanitaria a pacientes institucionalizados en CS.

DISEÑO

Se constituye un grupo multidisciplinar (Geriatría, Farmacia, Enfermería y Dirección de Continuidad Asistencial) coordinado por el Servicio de Geriatría que establece un procedimiento de actuación para garantizar la prestación sanitaria a pacientes institucionalizados durante la pandemia COVID-19 en nuestra área sanitaria, que cuenta con 55 CS concertado-privados con un total de 4.200 residentes. Se define protocolo de manejo clínico, circuito de entrega de medicación y recursos humanos-materiales necesarios. Se crea un formulario en la historia clínica (HC) para la prescripción y petición de tratamiento individualizado al Servicio de Farmacia (SF) con campos estandarizados: tratamiento de uso hospitalario protocolizado (antibioterapia, analgesia, sueroterapia, medicación específica COVID, medicación paliativa), otros tratamientos de uso hospitalario, tratamiento a prescribir en receta electrónica y necesidad de dispensación de material fungible. Se establece un horario de atención continuada para la prescripción-validación de tratamientos de 08h-22h. Se coordina con la empresa concesionaria del hospital y Protección Civil el reparto de medicación.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. PRESCRIPCIÓN: El médico responsable del CS contacta telefónicamente con el geriatra consultor (GC) e informa de la situación clínica del paciente. El GC valora la necesidad de traslado. En los pacientes no derivados prescribe el tratamiento en la HC y envía el formulario de petición estandarizado al SF.
2. VALIDACIÓN: El farmacéutico valida la prescripción, proporciona información para la correcta administración y programa el reparto con la empresa de transporte correspondiente.
3. PREPARACIÓN Y DISPENSACIÓN: El técnico de farmacia prepara por paciente-residencia los tratamientos para una duración de 5 días. El personal de enfermería prepara Kits de material fungible que se distribuyen por paciente desde el SF.
4. DISTRIBUCIÓN: La empresa concesionaria (lunes-sábado) y Protección Civil (domingos) entrega la medicación en dos repartos diarios programados. Los tratamientos urgentes se recogen directamente en el SF por parte del CS.
5. ADMINISTRACIÓN: Enfermería del CS registra la medicación administrada según el protocolo establecido.
6. REGISTRO: El médico del CS cumplimenta los registros de evolución del paciente.

IMPLANTACIÓN

El procedimiento se define la semana del 16/03/2020, se difunde a los CS y se inicia el 20/03/2020.

RESULTADOS

Periodo analizado: 20/03/2020 a 21/05/2020. Se atendieron 387 pacientes (83% entre el 20/03/2020-20/04/2020), pertenecientes a 32 CS (58% del total del área), que han supuesto 499 actos clínicos. Las líneas de medicación dispensadas fueron 1.522 (3,08±1,9 dispensaciones/acto clínico) y se dispensaron 327 kit de material fungible a una media de 8,7±7,0 pacientes/día. Impacto económico: 12.040 € en medicación (36% sueroterapia, 23% antibioterapia,

11% inhaladores, 11% analgésicos, 19% otros) y 2.422 € en material fungible. El 12% (49/387) de los pacientes atendidos finalmente ingresaron en el hospital. Los CS reportaron datos de 301 pacientes (77,8%): 56,8% completan tratamiento, 21,6% no completan tratamiento y en un 21,6% se desconoce.

LIMITACIONES

Integración de los profesionales sanitarios con el equipo asistencial de la residencia. Ausencia de historia clínica compartida y/o registros únicos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2928. GESTIÓN DE ALTAS HOSPITALARIAS DE PACIENTES Y CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

AUTORES

LOPEZ MUÑOZ MJ, ESPINA FLORES I, HERNÁN PRADO MÁ, IZQUIERDO ZAMARRIEGO J, VALERO DE BERNABÉ MARTÍN DE EUGENIO FJ, MONTERO PASTOR B, FLOX BENÍTEZ MP, MARQUÍNEZ ALONSO I
HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA. MAESTRO VIVES 2 Y 3. MADRID

OBJETIVOS

Asegurar la continuidad asistencial de los pacientes dados de alta en hospital de apoyo y gestionar su traslado eficiente y seguro.

MEJORAS ESPERADAS

Los pacientes irán acompañados de los documentos, información y medicación necesarios.

DISEÑO

Ante las instrucciones cambiantes sobre altas durante la pandemia y la necesidad de coordinación, se formó un equipo de intervención para tramitar altas y traslados y conciliar y dispensar la medicación necesaria, y se definieron las responsabilidades de cada estamento (médicos, farmacéuticos, trabajadores sociales y enfermeras de enlace).

CIRCUITO Y ETAPAS

1. El médico responsable del paciente avisa del alta al equipo de intervención.
2. El médico del equipo verifica que la documentación es completa y correcta, informa al equipo y al médico preventivista, y gestiona el traslado del paciente (ambulancia, UME o Samur), o informa al familiar de la ubicación del punto de encuentro y facilita la información para un traslado seguro, instrucciones de aislamiento temporal necesarias y mascarillas para él y el paciente. Si el paciente cumple los criterios de ingreso en hotel medicalizado, tramita su admisión, confirma la aceptación y gestiona el traslado.
3. El trabajador social realiza el cribado para detección y derivación de casos que precisen medidas de apoyo social, y gestiona el regreso a la residencia de origen o el ingreso en otra residencia temporal o definitiva.
4. El farmacéutico revisa los documentos del paciente (historia clínica, prescripción y receta electrónica, informe de alta...). Confirma que los datos farmacoterapéuticos son coherentes, concilia la medicación, resuelve las discrepancias con el médico responsable, decide qué medicación y cuánta se entrega al paciente, y la dispensa personalizada a la unidad de hospitalización.
5. La enfermera de enlace contacta con su centro de salud y dirección asistencial para asegurar la continuidad de cuidados.

IMPLANTACIÓN

El equipo se formó el 26/3/2020.

RESULTADOS

Entre el 26/3/2020 y el 20/5/2020 se dieron de alta 214 pacientes (56% mujeres), con una mediana de 82 años (23-97). Se tramitaron 232 altas (algunos fueron inicialmente rechazados), con una mediana de 6 diarias (1-12). Fueron a domicilio (48%), residencia (39%) o a hotel medicalizado (13%), mediante ambulancia (72%), vehículo privado (16%) o UME-Samur (12%).

Se realizó conciliación al 100% y se preparó medicación al 56%: para pacientes de hoteles medicalizados, ante dificultades previsibles para conseguir el tratamiento (antivirales, heparinas, nutrición enteral, corticoides...), o por incidencias de receta electrónica.

Por unidades dispensadas, el grupo terapéutico mayoritario fue el N (36%), seguido de B (17%), A (12%) y C (12%).

En cuanto al coste, los grupos principales fueron J (43%), B (34%) y A (8%).

En el 25% de los casos se realizó intervención farmacéutica (60% por discrepancias entre prescripción e informe de alta y 40% para confirmar dosis o tratamientos), que fue siempre aceptada.

LIMITACIONES

La rapidez de cambios normativos y la necesidad de adaptación inmediata limitaron una planificación más exhaustiva. No disponer de hoteles asignados al hospital condicionó el rechazo inicial de algunos pacientes.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El procedimiento es aplicable a centros similares (hospitales de apoyo y de media-larga estancia) en esta situación.

La conciliación al alta es viable si hay colaboración y comunicación fluida entre médicos y farmacéuticos implicados en la atención a los pacientes.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2934. TRANSFORMACIÓN DEL ÁREA DE ELABORACIÓN ESTÉRIL DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2****AUTORES**

MARTÍNEZ BARROS H, PÉREZ MENÉNDEZ-CONDE C, ESTEBAN CARTELLE B, PINTOR RECUENCO R, RODRÍGUEZ MARÍN M, LEÓN GIL LA, QUESADA RAMOS M, ÁLVAREZ DÍAZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CTRA. COLMENAR VIEJO, KM. 9, 100. MADRID

OBJETIVOS

Adaptar la actividad del área de elaboración de fórmulas estériles durante la pandemia por SARS-COV-2 para dar respuesta a las nuevas necesidades del hospital.

MEJORAS ESPERADAS

Reducción de la carga de trabajo de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Incremento de la seguridad del paciente y del personal sanitario.

Optimización y mayor control sobre el stock de fármacos de uso habitual en UCI para garantizar la equidad en el suministro a todos los hospitales durante la pandemia.

DISEÑO

Identificar las necesidades de las UCI con respecto a las mezclas intravenosas (MIV), excluyendo las nutriciones parenterales individualizadas y citotóxicos.

Redactar los correspondientes procedimientos normalizados de trabajo (PNT) de las nuevas fórmulas magistrales.

Reorganizar la carga de trabajo y los recursos humanos del área (RRHH) para adaptarse a la nueva situación.

CIRCUITO Y ETAPAS

Creación de un grupo de trabajo formado por representantes del Servicio de Farmacia (facultativos y residentes de las áreas de farmacotecnia y gestión, Supervisor y Jefa de Servicio) y de las UCI (Supervisor y Jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación).

Búsqueda bibliográfica (Stabilis, Micromedex o el Grupo de Trabajo de Farmacotecnia de la SEFH, entre otras fuentes) para actualizar e introducir nuevos PNT.

Redefinición del circuito de elaboración, almacenamiento y dispensación de las MIV, promoviendo en el proceso una comunicación horizontal entre todos los profesionales involucrados (farmacéuticos, enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y técnicos auxiliares de farmacia).

Optimización de los stocks en los Sistemas Automatizados de Dispensación (Pyxis®) de las Unidades de Enfermería involucradas.

Análisis de los datos.

IMPLANTACIÓN

Se inició en respuesta a la pandemia por SARS-CoV-2 el 16/03/2020. Se beneficiaron del proyecto cinco unidades de críticos, que en el pico de la pandemia (31/03/2020) albergaban 97 pacientes.

RESULTADOS

Se elaboraron desde 16/03/20 hasta 30/04/20 un total de 8.112 preparados estériles, de las cuales 5966 fueron MIV. Esto supone, en comparación con el mes y medio anterior a la pandemia, un incremento del 41,5% y 593,7%, respectivamente. Se elaboraron de Stock cuatro nuevas MIV: MIV Cisatracurio 100 mg/50 ml, Propofol 2% 150 ml, Propofol 1% 200 ml y MIV Midazolam 1 mg/ml 100 ml.

No se ha notificado ningún error asociado al uso de las MIV en las UCI.

La centralización de la elaboración de MIV, así como la optimización de sus stocks en farmacia y en las UCI, ha contribuido al uso racional de fármacos de uso habitual en estas Unidades, manteniendo durante la pandemia las existencias necesarias de éstos.

LIMITACIONES

Dificultad a la hora de establecer una comunicación plenamente fluida con las UCI debido al gran número de personal nuevo contratado y la carga de trabajo durante la pandemia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Esta transformación es aplicable a cualquier otro Servicio de Farmacia, en mayor o menor medida en función de los RRHH disponibles.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2940. EFICACIA DE TOCILIZUMAB EN ETAPAS TEMPRANAS VS. AVANZADAS DE COVID-19.**

AUTORES

ROSADO ANCÍN M, GARCÍA ALBÁS JJ, HERNANZ CHAVES R, LARRABEITI ECHEVARRÍA A, RAMÓN RIGAU N, VALDAZO MARTÍN C, SANTAOLALLA SÁNCHEZ A, MARTÍNEZ MARTÍNEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA. C/ JOSE ATXOTEGI, S/N. ÁLAVA

OBJETIVOS

Analizar y comparar la eficacia del tratamiento con Tocilizumab en etapas tempranas vs. avanzadas de la enfermedad por coronavirus (COVID-19).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, para el que se seleccionaron los pacientes con COVID-19 que recibieron al menos 1 dosis de Tocilizumab entre el 16 de marzo y el 22 de abril de 2020 en un hospital terciario. Para valorar la eficacia, se utilizó la tasa de mortalidad a los 30 días (TM30), el tiempo de estancia hospitalaria (TEH) y el tiempo de resolución de síntomas (TRS) tras la administración de la 1ª dosis de Tocilizumab. Diversos estudios han demostrado que la carga viral alcanza su pico máximo en el organismo entre los días 7 y 10 tras el inicio de los síntomas, por lo que, se compararon los pacientes que recibieron el tratamiento en los 10 días siguientes a la aparición de síntomas, Grupo 1 (G1), con los que lo recibieron posteriormente, Grupo 2 (G2). Fiebre, disnea, tos seca, astenia y mialgia fueron los síntomas considerados.

El análisis de la variable cualitativa, TM30, se realizó con la prueba Chi-cuadrado y el de las variables cuantitativas discretas, TEH y TRS, con la prueba t-Student, utilizando para ello el programa estadístico SPSS® v.23.0.

4 pacientes (5,3%), 2 del G1 y 2 del G2, siguen ingresados y se excluyeron en el estudio del TEH y del TRS, al igual que los 19 que fallecieron (25%). Para el análisis del TRS, también fueron excluidos los 4 pacientes (5,3%) dados de alta que continúan sintomáticos.

RESULTADOS

La muestra está compuesta por los 76 pacientes con COVID-19 tratados con Tocilizumab, 58 hombres (76,3%) y 18 mujeres (23,7%), con una mediana de edad de 69,0 años (rango intercuartílico 60,4-75,4). 18 (23,7%) de ellos requirieron ingreso en UCI. 66 pacientes (86,8%) habían sido tratados previamente con Lopinavir/Ritonavir, Hidroxicloroquina y corticoides a dosis altas, 6 (7,9%) con Baricitinib y 14 (18,4%) con Interferón Beta-1B.

41 pacientes (53,9%) conforman el G1 y 35 el G2 (46,1%). La TM30 fue del 46,4% para el G1 y del 16,7% para el G2 ($p=0,075$). El TEH medio fue $21,2 \pm 14,0$ días (G1) vs. $15,9 \pm 12,7$ días (G2), con una $p=0,431$. El TRS medio fue $21,0 \pm 16,1$ días (G1) vs. $18,8 \pm 13,0$ días (G2), con una $p=0,435$.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren una mayor eficacia de la administración de Tocilizumab a partir del décimo día tras la aparición de síntomas en pacientes con COVID-19. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$), por lo que sería necesario realizar nuevos estudios con muestras más grandes y valorar otros parámetros de eficacia. Además, la administración temprana de Tocilizumab es indicativa de mayor severidad del cuadro, lo cual podría ser un factor de confusión.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2**2944. UTILIDAD DE LA TELEFARMACIA EN ENSAYOS CLÍNICOS EN TIEMPOS DEL COVID-19****AUTORES**

MARTÍNEZ NIETO C, SERRA LÓPEZ-MATENCIO JM, ALAÑÓN PLAZA E, RAMÍREZ HERRAIZ E, PAZOS URBANO C, ARMELL REYES N, GALLEGO ARANDA T, MORELL BALADRÓN A
HOSPITAL U. DE LA PRINCESA. DIEGO DE LEON 62. MADRID

OBJETIVOS

Describir la utilización de la telefarmacia en una Unidad de Ensayos Clínicos (EC) durante el transcurso de la pandemia por covid-19 y evaluar las condiciones de trazabilidad y seguridad requeridas en el manejo de las muestras en investigación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico observacional retrospectivo de los pacientes que han sido incluidos en el servicio de telefarmacia en una Unidad de EC desde el 20 de Marzo hasta la actualidad. Se revisaron las características de los EC (Servicio, patología y principio activo) utilizando los registros informáticos de EC (Fundanet®). Se confirmó que cada paciente había realizado un consentimiento informado oral antes de recibir la medicación. Se revisaron los registros de los "TempTale" que acompañaban a las muestras en cada envío para confirmar que estas estuvieron sometidas a las condiciones adecuadas de conservación en todo momento. Se revisaron los informes del Farmacéutico en Fundanet® para comprobar la Atención Farmacéutica Telemática (AFT) y las posibles consultas de los pacientes.

RESULTADOS

Se han realizado un total de 31 envíos en un periodo de 2 meses. El Servicio con más pacientes implicados ha sido Dermatología con 12 pacientes (38,7%), seguido de Hematología con 8 pacientes (25,80%), Digestivo con 6 pacientes (19,35%), Neumología con 3 pacientes (9,67%) y Neurología y Cardiología, cada uno con 1 paciente (3,22%). La patología más extendida entre los pacientes ha sido Dermatitis atópica con 12 pacientes (38,7%), seguida de Esofagitis Eosinofílica con 5 pacientes (16,12%), Leucemia Linfocítica Crónica con 5 pacientes (16,12%), Leucemia Mieloide Crónica con 3 pacientes (9,67%), Fibrosis Pulmonar Idiopática con 3 pacientes (9,67%) y Esclerosis Múltiple, Hidradenitis Suppurativa y Síndrome Coronario Agudo, cada una con 1 paciente (3,22%). El principio activo más enviado fue Tralokinumab (8 ocasiones), seguido de Upadacitinib, ibrutinib y budesonida (4 ocasiones), GLPG1690, ABL001 (3) y secukinumab,

dalcetrapib y ponesimod (1 ocasión). De ellos 10 se conservan en nevera y 21 a temperatura ambiente. El 100% de las muestras permanecieron en rango durante el envío. Se realizó AFT previa al envío en el 100% de los pacientes. Además en 10 (32%) pacientes el farmacéutico resolvió dudas, 3 relacionadas la farmacoterapia y 7 con la conservación de la medicación

CONCLUSIONES

En todos los pacientes en los que se empleó la telefarmacia, el resultado fue una terapia segura y de calidad. En gran parte gracias a que con su uso se ha garantizado en todo momento una Atención farmacéutica eficaz. La mayoría de los pacientes incluidos en el servicio de telefarmacia padecían enfermedades relacionadas con el sistema inmune o recibían fármacos que actuaban sobre el mismo, lo cual puede tener relación con el miedo a poderse contagiar con el virus al acudir al centro sanitario. El uso de la telefarmacia no comprometió en ningún momento la seguridad de las muestras de EC, permitiendo una trazabilidad total del proceso, desde el envío hasta la recogida de estas por parte del paciente. Los autores consideran que el uso de la telefarmacia crecerá de forma exponencial en el ámbito de los EC.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2952. PROCEDIMIENTO DE ENTREGA A DOMICILIO DE LA MEDICACIÓN DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA DEBIDO A LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS.

AUTORES

URDA ROMACHO J, RUBIO CALVO D, AZNAR GARCIA M, TORRES RODRIGUEZ MDC, CASTRO VIDA MA, CANTO MANGANA J, HIERRO PEDROSA CM, HERNANDEZ DE HARO FJ
HOSPITAL DE PONIENTE. CTRA. ALMERIMAR S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS

Desarrollar e implementar un procedimiento de entrega a domicilio de la medicación de dispensación hospitalaria para evitar que los pacientes tengan que desplazarse al hospital a recoger su medicación de dispensación hospitalaria durante el estado de alarma (EA) originado por la pandemia por coronavirus.

MATERIALES Y MÉTODOS

Proyecto iniciado en marzo 2020 en un hospital comarcal, tras la declaración del estado de alarma por COVID19. Se incluyeron a todos aquellos pacientes que debían acudir a la Consulta Externa de Farmacia (CEF) a recoger su tratamiento en los 14 días que duraba el EA. Este procedimiento se ha ido renovando según se han ido aprobando nuevas prórrogas del EA. Se contactó telefónicamente con los pacientes para informar sobre el servicio de dispensación a domicilio, confirmar la dirección de entrega y obtener consentimiento verbal de aceptación de envío. Si durante la llamada se detectaba algún problema relacionado con la medicación (PRM), se intentaba resolver y en caso necesario se informaba a su médico responsable. Pacientes excluidos: primera visita, pacientes no localizados y pacientes que no consintieron expresamente que se les enviase la medicación. La CEF continuó abierta en su horario habitual para estos pacientes. Se realizaron grupos de aproximadamente 40 pacientes, priorizando a aquellos que se les terminaba antes la medicación y se agruparon en función de su distribución geográfica para optimizar el reparto. Se dispensó medicación para dos meses de tratamiento, acondicionando la medicación en bolsas o sobres opacos. La medicación termolábil se etiquetaba para conservación entre 2-6°C y se almacenaba en cámara frigorífica hasta que era recogida por la empresa de transporte. El vehículo destinado al transporte estaba dotado de cámara frigorífica para garantizar que se mantenía la cadena de frío. Tras la entrega de la medicación, se devolvía a Farmacia una hoja de firmas como comprobante de que el paciente había recibido su tratamiento.

RESULTADOS

Datos obtenidos desde el 13 de marzo hasta el 27 de mayo de 2020. Durante este periodo se realizaron 946 envíos de medicación a 771 pacientes. Porcentaje de pacientes atendidos en CEF a los que se les envió medicación: 53,24%. 209 pacientes prefirieron acudir a la CEF a por su tratamiento y no dieron su consentimiento para el envío de medicación a su domicilio. En 8 ocasiones el transportista devolvió la medicación a la CEF por no localizar al paciente en su domicilio, posteriormente se contactó con los pacientes y se resolvió la situación. Se detectaron 16 PRM, principalmente debido a intolerancias, efectos adversos y mala adherencia, informando a los facultativos responsables.

CONCLUSIONES

Durante el EA, la implantación del procedimiento de entrega a domicilio ha garantizado el acceso de los pacientes a la medicación de dispensación hospitalaria permitiendo continuar con una correcta adherencia a los tratamientos.

Con este procedimiento, se ha minimizado el riesgo de exposición al virus, permitiendo a su vez el aislamiento domiciliario estricto decretado por el EA.

La colaboración con el resto de equipos asistenciales permite resolver y prevenir PRM, mejorando la calidad de la asistencia sanitaria prestada al paciente.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2960. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA TELEMÁTICA Y ENVÍO DE MEDICACIÓN A DOMICILIO A PACIENTES EXTERNOS

AUTORES

PEÑA PEDROSA JA, RODRÍGUEZ CABEZAS MÁ, LIRAS MEDINA Á, ARENAZA PEÑA AE, ZAMORA BARRIO D, GARCÍA SACRISTÁN A, MOLINERO MUÑOZ M, MARTÍNEZ SESMERO JM
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. C/PROFESOR MARTÍN LAGOS S/N. MADRID

OBJETIVOS

Implantar un sistema de Telefarmacia para pacientes externos, basado en consultas telefónicas de Atención Farmacéutica y envío de medicación a domicilio.

MEJORAS ESPERADAS

La pandemia de SARS-COV-2 ha puesto de relieve la necesidad de reducir la exposición de los pacientes a espacios con mayor probabilidad de contagio, como hospitales. La dispensación a domicilio permite evitar la necesidad de desplazamientos, beneficiando particularmente a pacientes con dificultades de movilidad, confinados temporalmente en otras Comunidades Autónomas, con residencia lejos del hospital y aquellos especialmente vulnerables a la infección por coronavirus debido a su farmacoterapia o patología previa. Asimismo, al requerir una programación de envíos, se posibilita un mejor control de stock.

DISEÑO

Se organizó un sistema logístico de envío de medicación al lugar de residencia del paciente o cuidador previa entrevista clínica de Atención Farmacéutica.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se han realizado las siguientes etapas en el desarrollo del proyecto:

- Obtención de recursos humanos: Refuerzo de los facultativos de la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UAFPE) en dos efectivos.
- Obtención de recursos materiales y de servicios.
- Establecimiento del horario de recogida de envíos y sistema de seguimiento de los mismos con las empresas de transporte.
- Diseño del circuito de trabajo diario.
- Adaptación de espacios de trabajo.
- Formación del personal técnico y administrativo.
- Inicio del servicio y revisión y mejora periódica.

IMPLANTACIÓN

La prestación del servicio de Telefarmacia se diseñó para alcanzar a la totalidad de los pacientes atendidos en UAFPE del Servicio de Farmacia. Se obtuvieron los siguientes recursos:

o Contratación pública del servicio de transporte.

o Donación por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria de 400 envíos.

o Refuerzo de las vías de comunicación de la UAFPE con una línea móvil y una dirección de correo electrónico adicional.

El servicio de Telefarmacia se inicia previo consentimiento informado del paciente y bajo tres supuestos:

- A petición del propio paciente.
- Por iniciativa del Servicio de Farmacia.
- A petición del médico responsable del paciente.

Con anterioridad al envío de medicación se realiza vía telefónica entrevista clínica de atención farmacéutica al paciente, en esta comunicación se registran los datos para el envío de la medicación.

El servicio de Telefarmacia se inició el día 25 de marzo de 2020 y continua activo a fecha 31 de mayo de 2020.

RESULTADOS

Desde el inicio de la actividad hasta el 21 de mayo de 2020 se han realizado 4318 envíos para 3095 pacientes diferentes, 1570 envíos (36,4%) de medicación refrigerada. El 94,1% (4062) de los envíos se realizaron dentro de la Comunidad de Madrid y 256 a otras provincias.

LIMITACIONES

El circuito requiere revisión continua de la programación de pacientes y es vulnerable a errores informáticos. Diversas incidencias acaecidas con las empresas de transporte.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a cualquier Servicio de Farmacia con disponibilidad de recursos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2961. ADAPTACIÓN DE LOS CIRCUITOS DE ADQUISICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

AUTORES

TORROBA SANZ B, IBAÑEZ GARCÍA S, MARTÍN BARBERO ML, SAROBE GONZÁLEZ C, GARCÍA GONZÁLEZ X, GARCIA SANCHEZ S, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DEL DR. ESQUERDO, 46,. MADRID

OBJETIVOS

Dado el aumento de la presión asistencial sanitaria provocado por la pandemia por SARS-COV-2, asegurar un adecuado suministro de medicamentos es una de las funciones más importantes de los farmacéuticos de hospital.

El objetivo de este trabajo es describir las medidas llevadas a cabo por el área de gestión y logística de un Servicio de Farmacia (SF) durante la pandemia por SARS-COV-2 en un hospital de tercer nivel.

MEJORAS ESPERADAS

Garantizar el aprovisionamiento y dispensación de medicamentos de la forma más eficiente y segura.

DISEÑO

Se creó un grupo de trabajo para la gestión de los medicamentos constituido por seis farmacéuticos de las áreas de gestión y logística, y liderado por el jefe de servicio. Este grupo analizó de forma continua las necesidades que se presentaban en el hospital durante la pandemia:

- Incremento exponencial de la demanda de recursos
- Cambios constantes en los protocolos y decisiones terapéuticas
- Problemas de suministro de medicamentos

CIRCUITO Y ETAPAS

1- Se elaboró un listado que contenía los medicamentos esenciales para el tratamiento. Se establecieron stocks críticos según el consumo de las últimas 24 horas, y se elaboraron nuevos procedimientos para la adquisición de la medicación, incluyendo las donaciones.

2- Se redefinieron los circuitos de distribución de medicamentos a las unidades de hospitalización. Se modificaron los inventarios y stocks de medicación en los armarios automatizados de dispensación (SAD). Se difundió un procedimiento para el uso seguro de estos sistemas.

3- Para garantizar la continuidad asistencial, se crearon nuevos circuitos de dispensación de medicamentos:

- Pacientes derivados a otros centros: se elaboró un kit con la medicación específica para cuatro días de tratamiento, que se acompañaba de la medicación crónica del paciente
- Pacientes institucionalizados: se crearon botiquines específicos y se dispensó medicación individualizada por paciente.
- Pacientes al alta: se crearon kits que contenían la medicación necesaria para finalizar el tratamiento, acompañados de una hoja de información.

IMPLANTACIÓN

La implantación se llevó a cabo con carácter urgente en el SF para garantizar una adecuada respuesta a las necesidades presentadas para lo que fue necesario su apertura 24 horas/7 días.

RESULTADOS

1. El listado de medicamentos incluía la medicación específica para el COVID, así como broncodilatadores, corticoides, fluidoterapia y medicación para pacientes críticos. La demanda de algunos de estos medicamentos se incrementó en un 200-300%. El número de pedidos se incrementó en un 8,4%, aumentando el número de unidades totales en un 34,3%.
2. Se modificaron 50 SADs del hospital y se adaptó su utilización a las recomendaciones de seguridad. Se crearon nuevas plantillas de petición de botiquines para el adecuado aprovisionamiento de medicación en 7 nuevas unidades, 5 de ellas de críticos.
3. Se dispensó medicación para 505 pacientes trasladados a otros centros. Se crearon botiquines para 10 residencias y se dispensó medicación 172 pacientes institucionalizados. Se dispensaron 1220 Kits de medicación para pacientes al alta.

LIMITACIONES

La falta de evidencia disponible en esta patología ha generado una situación de cambio constante en el uso de los medicamentos a la cual el SF se ha tenido que ir adaptando.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este trabajo muestra medidas efectivas fácilmente aplicables a cualquier SF ante futuras emergencias sanitarias.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

2963. PROTECCIÓN DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS TRAS LA ANTICOAGULACIÓN CON HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES CON COVID-19

AUTORES

DEAN BARAHONA C, CASARRUBIOS LAZARO GI, MENDOZA ACOSTA I, PEREZ MAROTO MT, TORRALBA GONZALEZ DE SUSO M, JUAN SANCHEZ MDC, YUSTE GUTIERREZ AM, HORTA HERNANDEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. DONANTE DE SANGRE, S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio fue determinar el efecto del tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en la prevención de enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes ingresados por infección COVID-19. El objetivo secundario fue identificar los factores asociados al riesgo de aparición de ETE.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados por COVID-19 entre marzo y abril de 2020 en un hospital que da asistencia a toda la provincia.

La información se obtuvo de los soportes informáticos: módulo de prescripción electrónica Farmatools®, historia clínica electrónica Mambrino XXI® e Iconos®.

Se recogieron datos demográficos, datos analíticos como dímero-D, proteína C reactiva (PCR) y ferritina, motivo de alta (exitus/domicilio), uso de HBPM (profiláctico o terapéutico), diagnóstico de ETE (trombosis venosa profunda TVP o tromboembolismo pulmonar TEP). El diagnóstico de ETE se confirmó mediante TAC de tórax y Eco-Doppler de miembros inferiores venoso y/o de la unión cervicotorácica.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® versión 15. Los estadísticos utilizados fueron Chi-cuadrado para variables categóricas, T-student para variables continuas.

RESULTADOS

Del total de 956 pacientes ingresados por COVID-19, se incluyeron los 44 a los que se les realizó TAC/Eco-Doppler para el diagnóstico de ETE. La mediana de edad fue de 73 años (RIC 60-78). El 67% fueron varones. La estancia media fue de 21 días (DE=16,1). En 20 pacientes se observó ETE (40%TVP y 60%TEP). Un 17,8% fueron exitus, y 3 casos seguían ingresados al finalizar el estudio. De 12 pacientes (27%) en tratamiento previo con HBPM, 3 (25%) desarrollaron TVP y 3 (25%) TEP; de 21 pacientes (48%) con HBPM profiláctica, en 3 (14%) apareció TVP y en 4 (19%) TEP; en los 11 pacientes (25%) que no llevaron HBPM previa hubo TVP en 2 (18%) y TEP en 5 (45%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas asociadas al uso de HBPM tanto profiláctico como anticoagulante en la aparición de ETE ($p=0,774$). De la diferencia de medias, entre pacientes que no desarrollaron ETE y los que sí, se observó en el dímero-D un aumento de 5,3 mg/L (IC95% -2,2-12,8; $p=0,157$); en la PCR una disminución de 37,2 mg/L (IC95% -449,5-375,1; $p=0,689$); en la ferritina una disminución de 102,2 ng/dL (IC95% -1288,4-1084,0; $p=0,148$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la asociación de estos factores al riesgo de aparición de ETE.

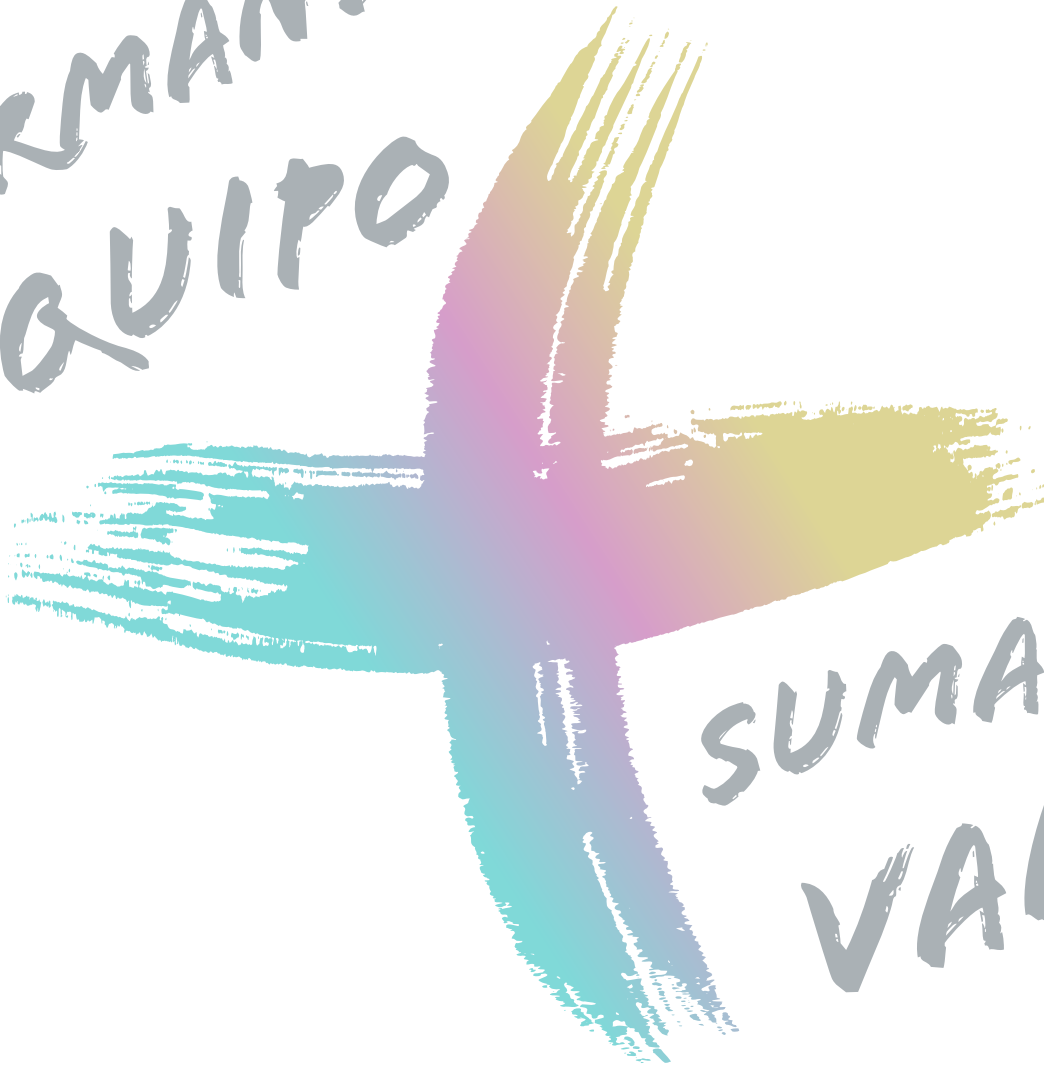
CONCLUSIONES

La administración de HBPM tanto en dosis profilácticas como terapéuticas, en pacientes con COVID-19, no se asoció con una disminución de ETE (TEP y TVP).

No se identificó una clara asociación entre los factores estudiados y el riesgo de aparición de ETE.

El estudio presenta un pequeño tamaño muestral, ya que no fue posible confirmar el diagnóstico de ETE con TAC/Eco-Doppler en todos los pacientes COVID-19. Este podría ser el motivo de la falta de significación hallada.

FORMANDO
EQUIPO



SUMANDO
VALOR