66 CONGRESO NACIONAL
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA 2021
VIRTUAL
18-21 OCTUBRE

LIBRO DE COMUNICACIONES

sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Patrocinado por:

Biogen Cipla Galápagos

FARO

FARMACIA | ADAPTACIÓN | RESULTADOS | OPORTUNIDADES

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

DELEGADA AUTONÓMICA CANARIAS
DÑA. MARÍA MICAELA VIÑA ROMERO

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

DELEGADO AUTONÓMICO COMUNIDAD DE MADRID
D. ISMAEL ESCOBAR RODRÍGUEZ

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. MONIKE DE MIGUEL CASCÓN

DELEGADO AUTONÓMICO PRINCIPADO DE ASTURIAS
D. JUAN JOSÉ CORTE GARCÍA

VOCAL DE RESIDENTES
D. JOSÉ M. SALAS PÉREZ

ISBN: 978-84-09-32495-8
Deposito Legal: M-32378-2021

PRESENTACIÓN

Estimados compañeros,

Desde el Comité del 66º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y II Congreso Virtual hemos diseñado un programa científico que esperamos haya sido de interés para todos los congresistas y que, además, ha incorporado la visibilidad de nuestras funciones hacia la sociedad, desde las más tradicionales hasta las más novedosas. En estos momentos de cambio en los modelos asistenciales, la Farmacia Hospitalaria en España debe afrontar retos que le permitan mantenerse en un lugar destacado dentro del Sistema Sanitario y contribuir de manera importante a mejorar los resultados en salud. El primer bloque del desarrollo del programa científico se ha basado en la Adaptación de nuestras actividades al siglo XXI, tanto a nivel de gestión, como de atención farmacéutica, docencia o investigación: digitalización, Big Data, telefarmacia, inteligencia artificial, etc. El segundo bloque lo han constituido los Resultados en salud, revisando en profundidad la gran evolución, desde los formatos más tradicionales hasta los nuevos sistemas de seguimiento de la efectividad y seguridad de los tratamientos y, especialmente, la incorporación de la opinión de los pacientes a título particular y/o asociativo. Finalmente, el tercer bloque de las Oportunidades de la Farmacia Hospitalaria a largo plazo, ha estado centrado en la valoración de estrategias y líneas de actuación.

Todos estos aspectos (Farmacia, Adaptación, Resultados y Oportunidades) han constituido el acrónimo del lema del congreso FARO, en referencia a la Torre de Hércules, faro que desde hace 20 siglos guía a las embarcaciones en la Ría de A Coruña, como esperamos que este Congreso nos ilumine en el desarrollo de nuestra profesión durante los próximos años.

Los resúmenes que se han presentado en el 66º Congreso Nacional de la SEFH y II Congreso Virtual, se publican en este Libro de Congreso. Las comunicaciones, casos clínicos, proyectos I+i y perlas farmacéuticas aceptados han sido escogidos mediante una evaluación anonimizada realizada por un gran grupo de farmacéuticos pertenecientes al Comité del 66º Congreso, a los Grupos de Trabajo de la SEFH y otros farmacéuticos hospitalarios que de forma voluntaria han colaborado activamente en la misma. La revisión se ha realizado de forma totalmente rigurosa (evaluaciones por pares) y ha dado como fruto el poder contar con una selección de trabajos de una alta calidad e interés científico. Este año se han recibido un total de 1.315 comunicaciones y se han aceptado 789 para su presentación en el Congreso.

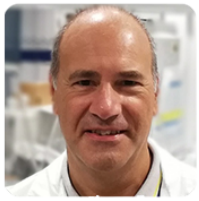
Gracias a todos los habéis hecho posible que este viaje llegue a buen puerto. Nos vemos en el próximo Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Olga Delgado Sánchez
Presidenta SEFH

Belén Padrón Rodríguez
Delegada Autonómica Galicia

Comité Coordinador

Belén Padrón Rodríguez
Vocal Autonómica SEFH
C.H. Universitario de Ourense



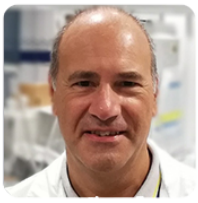
Luis Margusino Framiñán
Coordinador Comité Científico
C.H. Universitario de A Coruña

Noemí Mtnez. López de Castro
Coordinadora Comité Científico
C.H. Universitario de Vigo

María Isabel Martín Herranz
Coordinadora Comité Organizador
C.H. Universitario de A Coruña

Carlos Crespo Diz
Coordinador Comité Organizador
C.H. Universitario de Pontevedra

Comité Científico



Luis Margusino Framiñán
Coordinador
C.H. Universitario de A Coruña

Noemí Mtnez. López de Castro
Coordinadora
C.H. Universitario de Vigo

Rosario Olivera Fernández
Vocal
C.H. Universitario de Pontevedra

Anxo Fernández Ferreiro
Vocal
C.H. Universitario de Santiago

Paloma Sempere Serrano
Vocal
C.H. Universitario de Santiago

María Pereira Vázquez
Vocal
Hospital Comarcal de Valdeorras

Concepción Castro Rubiños
Vocal
Hospital Comarcal de Burela

Sonia González Costas
Vocal
C.H. Universitario de Vigo

Adolfo Paradela Carreiro
Vocal
C.H. Universitario de Vigo

Jose M.ª Gutierrez Urbón
Vocal
C.H. Universitario de A Coruña

Inmaculada López Rodríguez
Vocal
Hospital Universitario Lucus Augusti

Cristina Martínez Roca
Vocal
C.H. Universitario de A Coruña

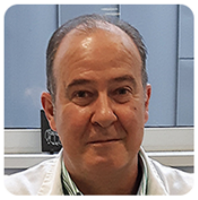
Marta Calvín Lamas
Vocal
C.H. Universitario de A Coruña

Comité Organizador

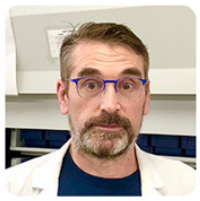
María Isabel Martín Herranz
Coordinadora
C.H. Universitario de A Coruña

Carlos Crespo Diz
Coordinador
C.H. Universitario de Pontevedra

Irene Zarra Ferro
Vocal
C.H. Universitario de Santiago



Víctor Manuel López García
Vocal
Hospital Universitario Lucus Augusti



José Vicente Aparici Bolufer
Vocal
Hospital Comarcal Monforte Lemos

Begoña Feal Cortizas
Vocal
C.H. Universitario de A Coruña

Mª Carmen López Doldán
Vocal
C.H. Universitario de Ourense

COLABORADORES

REVISORES EN FASE ADMINISTRATIVA

SILVIA BOULLOSA LALE
ANA CASTRO BALADO
CARLA FERNÁNDEZ OLIVEIRA
ALBA Mª FERNÁNDEZ VARELA
NEREA GARCÍA BELOSO
ANA RUT IGLESIAS VALÍN
FRANCISCO JOSÉ TOJA CAMBA

EVALUADORES TRANSVERSALES

ADOLFO PARADELA CARREIRO
AITZIBER ILLARO URANGA
AMELIA TRONCOSO MARIÑO
AMPARO TALENS BOLOS
ANA LOZANO BLAZQUEZ
ANA ROSA RUBIO SALVADOR
ANGELES PORTA SANCHEZ
ANXO FERNÁNDEZ FERREIRO
BELEN PADRON RODRIGUEZ
BERNARDO SANTOS RAMOS
CARLOS CRESPO DIZ
CRISTINA CAPILLA MONTES
CRISTINA MARTINEZ ROCA
EDUARDO LOPEZ BRIZ
EDURNE FDEZ. DE GAMARRA MARTINEZ
EVA GONZALEZ-HABA PEÑA
EVA MARIA NEGRO VEGA
FCO. JAVIER MARTINEZ BAHAMONDE
FERNANDO BUSTO FERNANDEZ
GARBIÑE LIZEAGA CUNDIN
HERMINIA NAVARRO AZNAREZ
INMACULADA LOPEZ RODRIGUEZ
IRENE MANGUES BAFALLUY
IRENE ZARRA FERRO
ISMAEL ESCOBAR RODRIGUEZ
JESUS MANUEL BALEA FILGUEIRAS
JOSE ANTONIO MARTIN CONDE
JOSE LUIS POVEDA ANDRES
JOSE Mª GUTIERREZ URBON
JOSE RAMON AVILA ALVAREZ
JOSE VICENTE APARICI BOLUFER
JUAN CARLOS YAÑEZ RUBAL
JUAN JOSE ORTIZ DE URBINA GONZALEZ
LUIS MARGUSINO FRAMIÑAN
LUIS RAMUDO CELA
M.ISABEL MARTIN HERRANZ
MARIA PEREIRA VAZQUEZ
MARTA CALVIN LAMAS
Mª DEL CARMEN LÓPEZ DOLDAN
Mª ROSARIO OLIVERA FERNANDEZ
MIGUEL ANGEL CALLEJA HERNANDEZ
MONICA MONTERO HERNANDEZ
MONICA SUAREZ BEREA
MONIKE DE MIGUEL CASCON
Mª JOSE GIMENO JORDA
Mª SANDRA ALBIÑANA PEREZ
Mª TERESA SAROBE CARRICAS
NOEMI MARTINEZ LOPEZ DE CASTRO
OLATZ IBARRA BARRUETA
PATRICIA SANMARTIN FENOLLERA
PEDRO VENTAYOL BOSCH
RAQUEL AGUILAR SALMERON
TERESA GIMENEZ PODEROS
VICTOR MANUEL LOPEZ GARCIA

EVALUADORES DE CASOS CLÍNICOS

ADOLFO PARADELA CARREIRO
INMACULADA LOPEZ RODRIGUEZ
JOSE Mª GUTIERREZ URBON
Mª ROSARIO OLIVERA FERNANDEZ
PALOMA SEMPERE SERRANO
CONCEPCIÓN CASTRO RUBIÑO

EVALUADORES DE PROYECTOS I+I

ANXO FERNÁNDEZ FERREIRO
FERNANDO GUTIERREZ NICOLAS
JOSE MANUEL MARTINEZ SESMERO
CRISTINA MARTÍNEZ ROCA
ADOLFO PARADELA CARREIRO

EVALUADORES DE COMUNICACIONES DE TÉCNICOS

CONCEPCION CASTRO RUBIÑOS
MARTA CALVIN LAMAS
Mª DEL CARMEN LÓPEZ DOLDAN
NURIA IBAÑEZ HERAS
PALOMA SEMPERE SERRANO
ROCÍO VÁZQUEZ SÁNCHEZ
TOMAS SANTOS AGREDANO

EVALUADORES PERLAS

CRISTINA MARTINEZ ROCA
MARIA PEREIRA VAZQUEZ
SONIA GONZÁLEZ COSTAS
INMACULADA LÓPEZ RODRÍGUEZ

EVALUADORES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

ALICIA LAZARO LOPEZ
ALVARO GIMENEZ MANZORRO
ANA BELÉN GUISADO GIL
ANA CARMEN RAMOS GARCIA
ANA Mª MULET ALBEROLA
ANNA DE DIOS LÓPEZ
BEATRIZ CALDERON HERNANZ
BELEN MENCHEN VISO
CARLA BASTIDA FERNÁNDEZ
CARLOS SEGUÍ SOLANES
CARMEN GALLEGO FERNANDEZ
CHRISTINE CIRUJEDA RANZENBERGER
CRISTINA GASTALVER MARTÍN
CRISTINA MORA HERRERA
ENRIQUE TEVAR ALFONSO
EVA CAMPELO SANCHEZ
EVA FERNANDEZ CAÑABATE
EVA Mª LEGIDO PERDICES
FERRAN CAPDEVILA BASTONS
FRANCISCO MORENO RAMOS
ICIAR MARTINEZ LOPEZ
INMACULADA PLASENCIA GARCIA
ISAURA RODRIGUEZ PENIN
JAN THOMAS DE POURCQ .
JAVIER MILARA PAYA
JAVIER RAMOS RODRÍGUEZ
JESÚS RUIZ RAMOS
JOSÉ JAVIER ARENAS VILLAFRANCA
JOSE LUIS PEREZ BLANCO
JOSÉ LUIS REVUELTA HERRERO
JOSÉ MANUEL CARO TELLER
JUAN CARLOS JUAREZ GIMENEZ
JUAN GONZALEZ VALDIVIESO
JUAN MANUEL RODRIGUEZ CAMACHO
JULIA SÁNCHEZ GUNDÍN
LEOCADIO RAFAEL LOPEZ GIMÉNEZ
M.BEGOÑA FEAL CORTIZAS
M.PILAR BACHILLER CACHO
MARGARITA GARAU GOMILA
MARIA DOLORES GARCÍA CEREZUELA
MARIA ESPINOSA BOSCH
MARIA EUGENIA RODRIGUEZ MATEOS
MARÍA LARROSA GARCÍA
MARIOLA SIRVENT OCHANDO
MARTA MULLERA MARTÍ
MERCEDES GIMENO GRACIA
MIRIAM ALVAREZ PAYERO
MIRIAM MAROTO HERNANDO
Mª ANGELES IRIARTE IZURA
Mª DE LAS AGUAS ROBUSTILLO CORTÉS
Mª DOLORES AUMENTE RUBIO
Mª DOLORES BELLES MEDALL
Mª ELENA LOBATO MATILLA
Mª JOSE AGUSTIN FERRANDEZ
Mª JOSÉ BLAZQUEZ ALVAREZ
Mª MICAELA VIÑA ROMERO
Mª PILAR FLOX BENITEZ
Mª REYES ABAD SAZATORNIL
NURIA CARBALLO MARTÍNEZ
OLALLA MONTERO PÉREZ
PABLO FRIAS RUIZ
PAU RIERA ARMENGOL
PIEDAD LÓPEZ SÁNCHEZ
RAMON MORILLO VERDUGO
RAQUEL SANABRIAS FDEZ. DE SEVILLA
ROBERTO COLLADO BORRELL
SANTOS ESTEBAN CASADO
SILVIA BERISA PRADO
SILVIA FÉNIX CABALLERO
SONIA LUQUE PARDOS
TERESA CHINCHILLA ALARCON
VICENTE AROCAS CASAÑ
VICENTE MERINO BOHORQUEZ
XANDRA GARCÍA GONZÁLEZ

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

SUMARIO

COMUNICACIONES ORALES CIENTÍFICAS 37

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS 37

126. ANÁLISIS DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 37

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS 37

425. RELACIÓN ENTRE CONCENTRACIONES SÉRICAS DE VEDOLIZUMAB EN FASE DE INDUCCIÓN Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA 37

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS 38

356. ESTUDIO MULTICÉNTRICO, OBSERVACIONAL Y PROSPECTIVO DE PACIENTES TRATADOS CON INHIBIDORES DE LA PCSK9. REAL-WORLD EVIDENCE. ANÁLISIS INTERMEDIO. 38

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN 39

770. COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN FARMACIA EN LA REDOSIFICACIÓN DE JERINGAS DE DUPILUMAB PARA PEDIATRÍA. EFICACIA Y SEGURIDAD 39

1021. ESTUDIO DE ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE DOS COLIRIOS DE METILPREDNISOLONA AL 0.1 Y 1% 39

1035. MAPA DE UTILIZACIÓN DE MEZCLAS ANALGÉSICAS POR VIA PARENTERAL E INTRATECAL EN ESPAÑA (PROYECTO MEDPAIN): RESULTADOS PRELIMINARES 40

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS . 41

1005. IMPACTO DE LA CENTRALIZACIÓN DEL PROCESO DE REENVASADO 41

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA 41

538. DESARROLLO DE UN MODELO CINÉTICO POBLACIONAL DE TEICOPLANINA PARA PACIENTES ADULTOS CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS MALIGNAS 41

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA 42

528. EXPERIENCIA CLÍNICA EN LA DISCONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA TIROSIN CINASA EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA. 42

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH) 43

1055. CARACTERIZACIÓN DEL ESTIGMA SOCIAL EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL 43

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS 44

183. ANÁLISIS DE LA FARMACOCINÉTICA, EFICACIA Y COSTES TRAS EL SWITCH A FACTORES FVIII DE VIDA MEDIA EXTENDIDA 44

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL 44

348. UTILIZACIÓN DE PARCHES TRANSDÉRMICOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL 44

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 45

688. ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN CENTRALIZADA DE VACUNAS ARN-MENSAJERO FRENTE A LA COVID-19 EN EL SERVICIO DE FARMACIA. 45

1240. IMPACTO DEL CONFINAMIENTO SOBRE LA FRAGILIDAD DE LOS RESIDENTES EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS 46

COMUNICACIONES ORALES OPERATIVAS 48

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS 48

154. CREACIÓN DE UNA ESCUELA DE PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGÍA DE PRÓTESIS DE RODILLA 48

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS 48
1316. PROYECTO PILOTO DE INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES Y RESULTADOS INICIALES 48
CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS 49
219. NUEVA HERRAMIENTA DE CONTROL DE CALIDAD DEL REGISTRO DOCUMENTAL DE DISPENSACIONES Y PREPARACIONES DE MEDICACIÓN DE ENSAYO CLÍNICO EN ONCOHEMATOLOGÍA 49
CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN 50
951. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO MULTIDISCIPLINAR EN EL DIAGNÓSTICO DE ALERGIA A MEDICAMENTOS 50
1042. ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DILUCIÓN DE INSULINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. 51
CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS . 52
109. DESARROLLO DE UN CUADRO DE MANDOS DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA DE UN SERVICIO DE FARMACIA.... 52
493. ADAPTACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIMIGRAÑA 52
CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA 53
1169. IMPORTANCIA DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO 53
CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL..... 54
11. CREACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN CHECK LIST DE VERIFICACIÓN EN LA ELABORACIÓN DE CITOSTATICOS PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL CIRCUITO 54
108. ELABORACION DE UNA GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL .. 55
216. IDENTIFICACIÓN DE LOS ENVASES DE MEDICACIÓN MEDIANTE ETIQUETAS PARA FACILITAR LA CORRECTA TOMA Y CONSERVACIÓN DIARIA DEL PACIENTE 56
571. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA 56
596. DOSIFICACIÓN EN EL PACIENTE OBESO CRÍTICO, UNA HERRAMIENTA DE AYUDA A LA PRESCRIPICÓN Y VALIDACIÓN FARMACÉUTICA 57
1260. UNIDAD CENTRALIZADA DE MEZCLAS INTRAVENOSAS: REFORZANDO LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y OPTIMIZANDO RECURSOS 58

CASOS CLÍNICOS 61
6. ABORDAJE DEL ANGIOEDEMA MEDIADO POR BRADICININA POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE URGENCIAS... 61
53. RASH MACULOPAPULAR INDUCIDO POR ALECTINIB EN PACIENTE CONCÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO AVANZADO 64
3. TERAPIA CON BACTERIÓFAGOS EN INFECCIÓN PULMONAR POR MYCOBACTERIUMABSCESSUS EN UNA PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA 67
41. GENOTIPADO DE LOS POLIMORFISMOS DEL GEN ***CYP3A5***, ¿EL FUTURO ALIADO EN LAMONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE TACROLIMUS? 70
38. MANEJO CLÍNICO MULTIDISCIPLINAR DE LA PANCOLITIS GRAVE UTILIZANDO LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE FÁRMACOS 73
32. INTERACCIÓN 5-FLUOROURACILO Y METRONIDAZOL 76
7. PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN CON ANAKINRA ANTE REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD TIPO IV 79
47. TROMBOLISIS CON ALTEPLASA Y SOPORTE INTEGRAL EN UNA LACTANTE CONVÓLVULO Y NECROSIS INTESTINAL 82
48. ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO SECUNDARIO A ENCEFALITIS VÍRICA: UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA 85
57. TRATAMIENTO DE TROMBOCITOPENIA INMUNITARIA PROTROMBÓTICA INDUCIDA POR VACUNA (VIPIT), EN UNA PACIENTE TRAS RECIBIR LA VACUNA RECOMBINANTE CHADOX1 FRENTE LA COVID-19. 88

PROYECTOS I+I 93
CLASIFICACIÓN: 93
6. EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN EXPOSICIÓN-RESPUESTA DE CETUXIMAB EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO Y CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO 93
12. RELEVANCIA CLÍNICA DEL GEN UGT1A EN LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA. ESTUDIO LEMICRUG 1 94
9. PROGRAMA DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DOMICILIARIO SUBCUTÁNEO (OSCAT-HVR) 95
24. POSICIONAR LA INVESTIGACIÓN COMO UN PILAR DE LA FARMACIA HOSPITALARIA: INNOVANDO EN LA ESENCIA 96
5. USO SEGURO DE LA FARMACOTERAPIA EN EL PACIENTE CRÍTICO NEONATAL: IMPACTO DE LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA EN LA DISMINUCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN 97
20. DESARROLLO Y ANALISIS COMPARATIVO DE ESPUMAS HIDROFILAS DE POLIURETANO PARA SU POSIBLE UTILIZACIÓN EN APOSITOS MEDICAMENTOSOS 98
1. DESARROLLO DE LA PLATAFORMA “NAVETA PROJECT” DE TELEFARMACIA ASOCIADA A CUESTIONARIOS DE RESULTADOS REPORTADOS POR LOS PACIENTES (PROMS) PARA TOMA DE DECISIONES FARMACOTERAPÉUTICAS 99

COMUNICACIONES E-POSTER 102
CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA 102
376. INFLUENCIA DE LA BITERAPIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL 102
490. ADHERENCIA Y PERSISTENCIA DE LOS INHIBIDORES DE PCSK9 EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL 102
532. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL 103
570. ADHERENCIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DEPRESIÓN MAYOR TRATADOS CON FENELCINA 104
783. TELEFARMACIA Y ADHERENCIA, UNA OPORTUNIDAD EN TIEMPOS DE PANDEMIA 104
939. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL: ¿CUÁL ES EL VALOR ÓPTIMO QUE PERMITE MANTENER LA SUPRESIÓN VIROLÓGICA? 105
1087. PERSISTENCIA TERAPÉUTICA DE VEDOLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL 105
1140. RECAPTACIÓN DE PACIENTES CON VIH QUE HAN PERDIDO SU VINCULACIÓN CON EL SERVICIO DE FARMACIA 106
1147. IMPACTO DEL SWITCHING DEL ADALIMUMAB DE REFERENCIA POR ADALIMUMAB BIOSIMILAR SOBRE LA ADHERENCIA 107
1190. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-12 EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA ORAL 108
1274. IMPACTO DE UN PROTOCOLO DE REFUERZO DE LA ADHERENCIA A HIDROXIUREA EN PACIENTE PEDIÁTRICO 108
1301. IMPACTO DE LA ADHERENCIA EN LA ESTANCIA Y MORTALIDAD HOSPITALARIA A TRAVÉS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS 109
CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS 110
8. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES VIH 110
65. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN EL PACIENTE UROLÓGICO CON INSUFICIENCIA RENAL 111
148. ANALISIS DE LA MONITORIZACION TERAPEUTICA DE CLOZAPINA: EVALUACION DE LA INFLUENCIA DEL GENERO Y TABACO 111
154. CREACIÓN DE UNA ESCUELA DE PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGÍA DE PRÓTESIS DE RODILLA 112
361. INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN EL CIRCUITO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA MAYOR AMBULATORIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 113
407. LA SIMULACIÓN COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE DE LOS ESTUDIANTES DEL GRADO DE FARMACIA 114
509. PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO AL INGRESO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA 114
526. INCIDENCIA DE DIABETES Y NEUTROPENIA POST-TRASPLANTE HEPÁTICO CON UN NUEVO PROTOCOLO DE TRATAMIENTO. 115

545. INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 116
561. EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CONCILIACIÓN AL INGRESO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA COMO MEDIDA PARA REDUCIR ERRORES DE MEDICACIÓN 117
572. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB EN LA PROFILAXIS DE MIGRAÑA EN ADULTOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL 117
614. APLICACIÓN DE LA TELEFARMACIA EN LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA Y RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA Y COMPLEJIDAD DEL TRATAMIENTO 118
768. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA GESTACIÓN EXTRAUTERINA 119
868. ATENCIÓN FARMACÉUTICA COOPERATIVA CON EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA AL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON HIPOCOLESTEROLEMIANTES 120
884. ADECUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA INSUFICICIENCIA CARDÍACA 121
898. ATENCIÓN FARMACÉUTICA TELEMÁTICA Y DISPENSACIÓN COORDINADA CON LA FARMACIA COMUNITARIA: UN AÑO DE EXPERIENCIA 121
938. PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA EN PACIENTES QUE INGRESAN EN UNA PLANTA DE GERIATRÍA SEGÚN CRITERIOS «STOPP» 122
965. EFECTIVIDAD EN VIDA REAL DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PROPROTEÍNA CONVERTASA SUBTILISINA/KEXINA 9 (IPCSK9) EN HIPERCOLESTEROLEMIA. ANÁLISIS POR SUBGRUPOS POBLACIONALES. 122
1008. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICO CANDIDATO A LA ADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA: PERSPECTIVA DE FARMACIA HOSPITALARIA 123
1027. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE CON ANTICUERPOS MONOCLONALES INHIBIDORES DE LA PROPROTEÍNA CONVERTASA SUBTILISINA/KEXINA TIPO 9: ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB 124
1067. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y USO DEL HIERRO CARBOXIMALTOSA 125
1093. RESULTADOS EN SALUD DE TERAPIAS BIOLÓGICAS ANTI-IL5 EN ASMA GRAVE NO CONTROLADA 125
1096. EFICACIA DE LOS INHIBIDORES DE PROPROTEÍNA CONVERTASA SUBTILISINA/KEXINA TIPO 9 EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL 126
1151. ANALISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE PATIROMER 127
1207. PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS EN MEDICINA INTERNA 127
1221. ANÁLISIS DE PERSISTENCIA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS ANTIFIBRÓTICOS EN LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA 128
1241. ¿ES ADECUADO EL USO DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PREOPERATORIA EN EL PARTO POR CESÁREA? 129

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL 129

69. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS ANTIMIGRAÑOSOS EN UN ÁREA DE SALUD 129
71. ESTUDIO DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS 130
125. INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN LOS ERRORES DE CONCILIACIÓN MÁS FRECUENTES AL INGRESO DE PACIENTES CRÓNICOS PEDIÁTRICOS 131
133. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS OPORTUNIDADES DE DESPRESCRIPCIÓN IDENTIFICADAS TRAS LA APLICACIÓN DE DOS HERRAMIENTAS EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS 131
136. FACTORES ASOCIADOS CON LA FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS CON MULTIMORBILIDAD 132
166. PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN A MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INADECUADOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA. ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO. 133
172. CIRCUITO ASISTENCIAL PARA LA DESPRESCRIPCIÓN Y ADECUACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES GERIÁTRICOS POLIMEDICADOS. 133
173. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A PERSONAS CON DIFICULTADES DE DEGLUCIÓN: ¿UN PROBLEMA MAYOR DE LO ESPERADO? 134
185. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS: ¿BIEN ACEPTADAS POR LOS PROFESIONALES? 135
193. RELACIÓN ENTRE XEROSTOMÍA Y/O XEROFTALMIA Y FÁRMACOS CON ACTIVIDAD ANTICOLINÉRGICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA 136

195. TENDENCIAS EN EL USO DE ESTATINAS EN MAYORES DE 75 AÑOS ¿NOS HEMOS ADAPTADO A LAS ÚLTIMAS RECOMENDACIONES? 136
201. COMPLEJIDAD DE LOS PACIENTES E IMPACTO DE LA REVISIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN EL INGRESO EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA 137
237. RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE COMPLEJIDAD TERAPÉUTICA Y LOS REINGRESOS EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 138
252. MEDICAMENTOS PRIORITARIOS EN LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO 138
258. DEPRESCRIPCIÓN MEDIANTE CRITERIOS STOPPFRAIL EN PACIENTES CON FRAGILIDAD Y ENFERMEDAD CRÓNICA U ONCOLÓGICA AVANZADA INGRESADOS EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO 139
270. IMPACTO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE AGUDOS DE GERIATRÍA 140
304. HEMOFILIA A: PROFILAXIS CON EMICIZUMAB. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. 140
325. IMPACTO DE LA COVID-19 EN EL ESTADO NUTRICIONAL Y ESCALA DE TINETTI DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES 141
334. MEDICAMENTOS QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES MAYORES ATENDIDOS POR ESTE MOTIVO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 142
341. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE FENTANILO DE LIBERACIÓN INMEDIATA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 142
343. RESULTADOS EN VIDA REAL CON INHIBIDORES DE PROPROTEÍNA CONVERTASA SUBTILISINA/KEXINA TIPO 9: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD 143
355. XEROFTALMIA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO: ¿CUESTIÓN DE DEPRESCRIPCIÓN? 144
370. COMPARISON OF DEPRESCRIBING STRATEGIES: LESS-CHRON CRITERIA VERSUS THE GOOD PALLIATIVE-GERIATRIC ALGORITHM IN A NURSING HOME 144
395. ¿PENSAMOS EN LA MEDICACIÓN COMO LA CAUSA DE LA CAÍDA? 145
399. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LOS INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA PCSK9: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 146
443. RESULTADOS DEL USO DE FÁRMACOS MODULADORES CFTR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 146
451. PERFIL TERAPÉUTICO Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA 2.0 EN EL ENTORNO MULTIDISCIPLINAR DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR ARTERIAL 147
537. RESULTADOS DE PROS, ADHERENCIA Y SATISFACCIÓN EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE 148
556. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DEL IMPLANTE DE DEXAMETASONA EN EDEMA MACULAR DIABÉTICO 148
579. PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN PACIENTES DE SALUD MENTAL RESIDENCIALES VERSUS RECURSOS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA Y CLÍNICA DE REHABILITACIÓN 149
584. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN CENTRO SOCIOSANITARIO PRIVADO. 150
589. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE SACUBITRILO-VALSARTÁN EN UN ÁREA INTEGRADA DE SALUD ¿CÓMO SE ESTÁ PRESCRIBIENDO? 151
593. UTILIZACIÓN Y ANÁLISIS COSTE-EFECTIVO DE ENOXAPARINA BIOSIMILAR EN UN ÁREA INTEGRADA DE SALUD.. 151
612. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES DE LOS USUARIOS PROCEDENTES DE CENTROS RESIDENCIALES 152
625. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO-2 EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL 152
639. PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO 153
659. ADAPTACIÓN DE LAS FORMAS FARMACÉUTICAS ORALES SÓLIDAS EN PERSONAS MAYORES CON PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES 154
671. PROYECTO COLABORATIVO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL, DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO 154
678. CONTROVERSIA EN EL USO DE BENZODIACEPINAS ¿AFECTAN A LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN UNA UNIDAD ORTOGERIÁTRICA? 155
745. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE PRODUCTOS DIETOTERÁPICOS E IMPACTO ECONÓMICO EN CENTROS SOCIOSANITARIOS EN UN AÑO DE PANDEMIA POR SARS-COV-2 156

748. ESTRATEGIA DE DESPRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTI-DEMENCIA 157
750. DETERMINACIÓN DE LA SERIE BLANCA CON UN ANALIZADOR PORTÁTIL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CLOZAPINA 157
793. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE DÉFICIT DE HIERRO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON HIERRO (III) CARBOXIMALTOSA 158
797. INDICACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ACETATO DE MEGESTROL PARA EL TRATAMIENTO DE CAQUEXIA DEBIDO A CÁNCER O SIDA 159
858. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP COMO TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA 159
861. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES CRÓNICOS EN UN CENTRO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD. 160
885. CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES ANCIANOS DE UN CENTRO RESIDENCIAL 161
931. ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DISFAGIA 161
961. ADECUACIÓN POSOLÓGICA DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA. 162
993. ADECUACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS: PROYECTO DE COORDINACIÓN SERVICIO DE FARMACIA Y GERIATRÍA 163
999. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS TRAS LA RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA RECETA ELECTRÓNICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 163
1002. IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA PREPARACIÓN DE LA MEDICACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS CON PERMISO DE SALIDA TERAPÉUTICO 164
1037. COMPARATIVA DE LOS INDICADORES ECONÓMICOS Y DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO ENTRE LOS AÑOS 2019 Y 2020 165
1061. IMPLANTACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA EN UNA RESIDENCIA SOCIOSANITARIA PÚBLICA DENTRO DEL ÁREA SANITARIA 166
1075. ESTUDIO DE POLIMEDICACIÓN EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS 167
1092. TERAPIA COMBINADA DE ANTICOAGULANTE Y ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO PROLONGADA EN EL TIEMPO: CONTINUA LA CONTROVERSIA 167
1136. ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES Y RESULTADOS EN SALUD EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN HEMODIÁLISIS 168
1141. PERFIL DE PACIENTES DIABÉTICOS EN UN CENTRO PENITENCIARIO, Y OPTIMIZACION DE SU TRATAMIENTO. .168
1159. CONCILIACIÓN AL INGRESO Y AL ALTA DE PACIENTES POLIMEDICADOS EN INGRESOS DE CORTA DURACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 169
1209. CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS POLIMEDICADOS INGRESADOS EN UNA PLANTA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA 170
1247. ANÁLISIS DE LAS RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS POR EL EQUIPO FARMACIA-GERIATRÍA. 171
1251. ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS A LA VÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA MEDIANTE UN PROTOCOLO FARMACOCLÍNICO 171
1273. ESTUDIO DE LA EFICACIA DE ETELCALCETIDA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS Y COMPARACIÓN CON CINACALCET 172
1277. EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN SEGUIMIENTO POR UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR QUE INCLUYE A UN FARMACÉUTICO DE HOSPITAL 173

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS 174

100. ESTANDARIZACIÓN DE LA BIBLIOTECA DE FÁRMACOS EN PERFUSIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO ADULTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 174
120. MANEJO DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 174
126. ANÁLISIS DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 175
139. CAMBIOS EN LAS INTOXICACIONES DURANTE EL PERIODO DE ALARMA DECRETADO POR LA PANDEMIA DE LA COVID-19 176
214. FACTORES DE RIESGO DE SÍNCOPES DE RECURRENCIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS 176

231. USO DE GASES HALOGENADOS INHALATORIOS COMO SEDANTES: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS 177
242. APLICACIONES MÓVILES SOBRE FÁRMACOS DE URGENCIAS: BÚSQUEDA SISTEMÁTICA Y ANÁLISIS DE CONTENIDOS 178
275. ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA: DOSIFICACIÓN EN FIBRILACIÓN AURICULAR 179
371. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: CONCILIACIÓN Y VALIDACIÓN FARMACÉUTICA PRESENCIAL EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN 179
396. ESTANDARIZACIÓN E INFORMATIZACIÓN DE LAS PERFUSIONES HABITUALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (SU) 180
418. EVALUACIÓN IN VITRO DEL EFECTO BACTERICIDA DE MEROPENEM FRENTE ENTEROBACTERALES PORTADORAS DE CARBAPENEMASA EN LÍQUIDOS PERITONEALES DE PACIENTES CRÍTICOS 181
665. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PACIENTES COVID: GRADO DE ACEPTACIÓN E INDICADORES DE ACTIVIDAD. 182
680. MANIPULACIÓN DE FÁRMACOS EN PACIENTES CRÍTICOS COVID-19 COMO MEDIDA DE SOPORTE A ENFERMERÍA 182
721. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: UN VALOR AÑADIDO AL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR 183
751. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL MANEJO DE LA GLUCEMIA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 184
761. EFECTIVIDAD DE ERITROMICINA Y/O METOCLOPRAMIDA EN LA DISFUNCIÓN GASTROINTESTINAL DEL PACIENTE CRÍTICO ANTE EL DESABASTECIMIENTO INTERNACIONAL DE ERITROMICINA. 184
772. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE TERCER NIVEL 185
777. TERAPIA ANTIINFECCIOSA EN PACIENTES OBESOS DE UNA UNIDAD DE CRÍTICOS 186
790. DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA 186
805. EVALUACÍON DE HIPONATREMIA ATRIBUIDA A FÁRMACOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 187
836. EVALUACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES QUEMADOS CRÍTICOS Y SU ADECUACIÓN A LAS GUÍAS ESPEN 2018 188
838. RELACIÓN ENTRE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA Y LA PRESCRIPCIÓN DE LAXANTES EN PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS 189
863. ANÁLISIS DE LAS INTOXICACIONES QUE HAN REQUERIDO EL PRÉSTAMO DE UN ANTÍDOTO A TRAVÉS DE UNA PLATAFORMA VIRTUAL 189
915. ANTIBIOTERAPIA E INFECCIONES SECUNDARIAS EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19 190
952. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN A LOS PROTOCOLOS DE INSULINIZACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 191
1065. IMPACTO CLÍNICO DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS AGENTES ANTITROMBÓTICOS IDENTIFICADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 191
1149. MORDEDURA DE OFIDIO: 4 AÑOS DE EXPERIENCIA DE USO DE SUERO ANTIOFÍDICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO 192
1189. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES COVID-19 INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS 193
1316. PROYECTO PILOTO DE INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES Y RESULTADOS INICIALES 193

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS 194

10. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE USTEKINUMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS RARAS 194
30. ANÁLISIS DE USO EN LA VIDA REAL DE ERENUMAB, GALCANEZUMAB Y FREMANEZUMAB EN UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO 195
48. EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PERCIBIDOS POR EL PACIENTE CON TERAPIA DIRIGIDA EN ARTRITIS REUMATOIDE 195
62. EFECTIVIDAD DE DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA MODERADA A GRAVE. ESTUDIO DE UTILZIACIÓN DE DUPILUMAB EN LA VIDA REAL 196
80. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS EN VIDA REAL DE ERENUMAB EN MIGRAÑA 197

86. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP EN LA PREVENCIÓN DE LOS ATAQUES DE MIGRAÑA 197
87. RESCATE DE PACIENTES REFRACTARIOS A ANTICUERPOS ANTI CGRP CON UN SEGUNDO ¿UNA NUEVA OPORTUNIDAD PARA LOS PACIENTES CON MIGRAÑA? 198
119. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA DE BRODALUMAB, GUSELKUMAB Y TILDRAKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 199
142. BRODALUMAB EN PSORIASIS MODERADA-GRAVE: EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD 199
156. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE GUSELKUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE REFRACTARIOS. 200
207. PRESCRIPCIONES DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL 201
265. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD TRAS EL SWITCH DE ADALIMUMAB ORIGINAL AL BIOSIMILAR EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE PSORIASIS 201
333. EFICACIA Y SEGURIDAD DE IXEKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PSORIASIS MODERADA-GRAVE EN PRÁCTICA REAL 202
420. RELACIÓN ENTRE NIVELES SÉRICOS DE USTEKINUMAB Y ACTIVIDAD CLÍNICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN 203
424. RESULTADOS EN VIDA REAL DEL TRATAMIENTO CON CLADRIBINA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE 203
425. RELACIÓN ENTRE CONCENTRACIONES SÉRICAS DE VEDOLIZUMAB EN FASE DE INDUCCIÓN Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA 204
427. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CLADRIBINA EN LA PRÁCTICA REAL 205
429. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE BENRALIZUMAB, MEPOLIZUMAB Y RESLIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE NO CONTROLADA 205
439. COMPARATIVA DE RESULTADOS EN SALUD DE ANTI-CD20 EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE PRIMARIA PROGRESIVA: OCRELIZUMAB Y RITUXIMAB 206
447. EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE ERENUMAB Y GALCANEZUMAB EN PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA 207
457. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BELIMUMAB SC EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO 207
459. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB 208
464. DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA GRAVE: EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y PATIENT-REPORTED OUTCOMES 209
466. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE GALCANEZUMAB 209
492. EXPERIENCIA DE USO DE DUPILUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA GRAVE REFRACTARIA 210
499. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE GALCANEZUMAB EN PROFILAXIS DE MIGRAÑA CRÓNICA Y EPISÓDICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO 211
502. PERSISTENCIA Y SEGURIDAD DE TOFACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE 211
521. RESULTADOS DE LA SECUENCIACIÓN DE ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP PARA EL TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA CRÓNICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 212
529. EXPERIENCIA DEL USO DE GALCANEZUMAB EN PROFILAXIS DE MIGRAÑA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 213
549. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE GALCANEZUMAB EN PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA 213
574. SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS INMUNOMEDIADAS CRÓNICAS EN TRATAMIENTO POR VÍA ORAL 214
583. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB Y GALCANEZUMAB EN LA PRACTICA CLÍNICA 215
591. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE CLADRIBINA EN VIDA REAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE 215
608. EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE PROCESOS ONCOHEMATOLÓGICOS TRAS UN TRATAMIENTO PROLONGADO CON FÁRMACOS INMUOMODULADORES. 216
641. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE MIGRAÑA GRAVE CON ERENUMAB Y GALCANEZUMAB, ESTUDIO COMPARATIVO MEDIANTE EL ANÁLISIS DE CUESTIONARIOS 217
648. INTERCAMBIO ENTRE BIOSIMILARES DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN REMISIÓN CLÍNICA 217

664. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SARILUMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL ... 218
682. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FREMANEZUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA ... 219
689. EXPERIENCIA CLÍNICA CON ERENUMAB PARA EL TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DE LA MIGRAÑA CRÓNICA 219
690. SWITCH DE ADALIMUMAB: ¿SE CORREN RIESGOS? ... 220
695. SWITCHING ENTRE ANTICUERPOS MONOCLONALES FRENTE AL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA EN PACIENTES DE MIGRAÑA CRÓNICA ... 221
723. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE CONCENTRACIONES SUPRATERAPÉUTICAS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CLOZAPINA ... 221
730. INTENSIFICACIÓN DE USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD DE CROHN. RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA ... 222
742. RITUXIMAB EN PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS: MÁS ALLÁ DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE ... 223
754. EFICACIA Y SEGURIDAD DE OMALIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA Y ASMA ALÉRGICA GRAVE ... 223
778. EFECTIVIDAD DEL SWITCHING ENTRE INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA EN PROFILAXIS DE MIGRAÑA ... 224
780. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESPECTRO DE LA NEUROMIELITIS ÓPTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ... 225
811. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA GRAVE TRAS 16 SEMANAS DE TRATAMIENTO. ... 226
823. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE ... 226
828. EFICIACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE INFLIXIMAB A ALTAS DOSIS. ... 227
832. NEUTROPENIA Y PLAQUETOPENIA ASOCIADAS A SARILUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS ... 228
839. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE USTEKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE CROHN ... 228
849. INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN MIASTENIA GRAVIS: RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL ... 229
853. ESTUDIO EN VIDA REAL DE ERENUMAB EN MIGRAÑA CRÓNICA O EPISÓDICA DE ALTA FRECUENCIA. ... 230
857. SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA CON ANTICUERPOS MONOCLONALES SUBCUTÁNEOS: ERENUMAB Y GALCANEZUMAB. ... 230
866. EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DE USO DE ERENUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL: EFICACIA Y SEGURIDAD ... 231
870. ANÁLISIS DE LAS MODIFICACIONES EN TRATAMIENTOS DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE ... 232
886. RESPUESTA A ERENUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LA PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ... 233
894. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR LA INMUNIDAD EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS ... 233
918. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE GALCANEZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ... 234
926. INFLUENCIA DE LA EDAD DE DIAGNÓSTICO DE LA MIGRAÑA EN EL TRATAMIENTO CON ERENUMAB ... 235
927. EFECTIVIDAD DE ERENUMAB USADO CONCOMITANTEMENTE CON TOXINA BOTULÍNICA EN MIGRAÑA CRÓNICA ... 235
934. INTERACCIÓN FLUVOXAMINA-CLOZAPINA: UNA OPCIÓN PARA OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA RESISTENTE QUE EXIGE ¡EXTREMA PRECAUCIÓN! ... 236
947. PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO Y REINGRESO HOSPITALARIO: ANTIPSICÓTICOS ORALES VERSUS INYECTABLES DE LIBERACIÓN PROLONGADA ... 236
964. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB EN VIDA REAL ... 237
966. PERSISTENCIA AL TRATAMIENTO CON ERENUMAB ... 238
1011. RE-INDUCCIÓN CON USTEKINUMAB INTRAVENOSO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN ... 238
1022. HIPOTIROIDISMO: CAUSA O EFECTO DEL TRASTORNO PSIQUIÁTRICO ... 239
1033. REACCIÓN TOXICORDÉRMICA EN UNA PACIENTE CON MIGRAÑA TRAS EL USO DE ERENUMAB, GALCANEZUMAB Y FREMANEZUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO ... 240

1034. DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA GRAVE: RESULTADOS EN SALUD. 240
1039. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB Y GALCANEZUMAB EN POBLACIÓN REAL CON MIGRAÑA EPISÓDICA DE ALTA FRECUENCIA Y MIGRAÑA CRÓNICA. 241
1051. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DE CLADRIBINA EN EL TRATAMIENTO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE DE ALTA ACTIVIDAD. 242
1073. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB, GALCANEZUMAB Y FREMANEZUMAB EN 15 MESES DE SEGUIMIENTO: ESTUDIO EN VIDA REAL. 242
1082. EFECTIVIDAD Y PERSISTENCIA DE ETANERCEPT BIOSIMILAR VERSUS ORIGINAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE 243
1089. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON MEPOLIZUMAB EN EL CONTROL DE LA RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES 244
1112. RESULTADOS EN VIDA REAL DEL USO DE ANTICUERPOS MONOCLONALES PARA LA PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA 244
1119. ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES CON PSORIASIS EN TRATAMIENTO CON FARMACOS BIOLÓGICOS 245
1125. MULTICENTER PILOT STUDY TO EVALUATE PATIENT EXPERIENCE SATISFACTION OF SMART DEVICE DURING 6 MONTHS OF CERTOLIZUMAB PEGOL TREATMENT IN RHEUMATOLOGY PATIENTS 246
1129. UTILIZACIÓN DE ANTI-TNF EN PSORIASIS EN PLACA MODERADA-GRAVE TRAS LA APARICIÓN DE NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS. ¿CONTINÚA TENIENDO UN PAPEL RELEVANTE? 246
1146. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DE GALCANEZUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA 247
1152. ANÁLISIS DE LA OPTIMIZACIÓN E IMPACTO ECONÓMICO DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA 248
1153. EVOLUCIÓN DE LA DISLIPEMIA EN PACIENTES TRATADOS CON TOFACITINIB Y BARICITINIB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 248
1155. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL CAMBIO DE INFLIXIMAB INTRAVENOSO A SUBCUTÁNEO GUIADO POR NIVELES FARMACOCINÉTICOS 249
1160. RESULTADOS EN SALUD DEL ALEMTUZUMAB A LARGO PLAZO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL, EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE 250
1164. PERSISTENCIA DE LOS INHIBIDORES DE LAS JANUS QUINASAS EN ARTRITIS REUMATOIDE 250
1176. ÁNALISIS DEL MANEJO CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRAS LA IRRUPCIÓN DEL NUEVO CORONAVIRUS 251
1208. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BARICITINIB Y TOFACITINIB EN REUMATOLOGÍA EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL 252
1224. CLADRIBINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚTIPLE REMITENTE RECURRENTE: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD 253
1233. VARIACIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE CORTICOIDES ORALES EN PACIENTES CON ASMA GRAVE TRAS TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS 253
1239. USO DE LOS ANTAGONISTAS DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA EN UNA UNIDAD DE CEFALEAS 254
1242. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DE DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA GRAVE: ESTUDIO REDUDA 255
1245. USO DE CANNABIDIOL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT: A PROPÓSITO DE UN CASO 255
1252. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA 256
1253. PERSISTENCIA Y MOTIVOS DE FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE ADALIMUMAB BIOSIMILAR VERSUS ORIGINAL EN ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS 257
1262. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FREMANEZUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA 258
1291. USO DE DUPILUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE: EFICACIA Y SEGURIDAD 258

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS 259

96. EFECTIVIDAD DE LUMACAFTOR/IVACAFTOR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA 259
152. EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO CON EMICIZUMAB PARA LA HEMOFILIA A GRAVE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 259
153. ADECUACIÓN A LOS CRITERIOS DE CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE FABRY 260

218. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL ÁCIDO OBETICÓLICO EN COLANGITIS BILIAR PRIMARIA 261
273. ANÁLISIS DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS ANTIFIBRÓTICOS INDICADOS EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA 261
332. CALIDAD DE VIDA EN EL TRATAMIENTO CON RESORCINA 15% CREMA DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA LEVE-MODERADA 262
453. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE LA ACROMEGALIA 263
627. EXPERIENCIA DE USO DE NINTEDANIB EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA 263
647. EFICACIA Y SEGURIDAD EN VIDA REAL DE TEZACAFTOR + IVACAFTOR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA 264
718. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON NEUMONITIS INTERSTICIAL 265
845. ADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA DE AGALSIDASA-A EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE FABRY 265
916. TEZACAFTOR+IVACAFTOR: CAMBIOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA. 266
937. DISCONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO CON AGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA TROMBOPOYETINA EN TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA. 267
949. USO DE CIDOFOVIR FUERA DE INDICACIÓN AUTORIZADA EN FICHA TÉCNICA 267
1038. TEZACAFTOR/IVACAFTOR EN FIBROSIS QUÍSTICA: UN AÑO DE RESULTADOS EN VIDA REAL 268
1114. INTERVENCIONES MENORES Y TERAPIA SUSTITUTIVA DE RESCATE EN HEMOFILIA A TRAS EL INICIO DE PROFILAXIS CON EMICIZUMAB 269
1249. EXPERIENCIA A LARGO PLAZO EN EL TRATAMIENTO DE LA POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 270
1315. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON NUSINERSEN EN PACIENTES ADULTOS CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL 270

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS 271

202. OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EXTERNO EN TRATAMIENTO CON MEDICACIÓN DE ENSAYO CLÍNICO 271
219. NUEVA HERRAMIENTA DE CONTROL DE CALIDAD DEL REGISTRO DOCUMENTAL DE DISPENSACIONES Y PREPARACIONES DE MEDICACIÓN DE ENSAYO CLÍNICO EN ONCOHEMATOLOGÍA 272
356. ESTUDIO MULTICÉNTRICO, OBSERVACIONAL Y PROSPECTIVO DE PACIENTES TRATADOS CON INHIBIDORES DE LA PCSK9. REAL-WORLD EVIDENCE. ANÁLISIS INTERMEDIO. 273
479. HOJA DE RUTA DE LAS UNIDADES DE ENSAYOS CLÍNICOS DE FARMACIA HOSPITALARIA TRAS LA PANDEMIA 273
491. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA IMPLICACIÓN DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS 274
547. IMPACTO ECONÓMICO DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA 275
590. ANALISIS DE LA MEDICACION CONCOMITANTE EN ENSAYOS CLINICOS: INTERACCIONES FARMACOLOGICAS Y EL PAPEL DEL FARMACEUTICO 275
594. TENDENCIAS EN LOS FARMACOS ONCO-HEMATOLOGICOS EN INVESTIGACIÓN. 276
658. IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS EN FASES TEMPRANAS 277
728. PERFIL DE SEGURIDAD ASOCIADO AL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA UROTELIAL Y RENAL DE CÉLULAS CLARAS EN EL ENTORNO DE ENSAYOS CLÍNICOS 278
810. PROCESO DE GESTIÓN DE ENSAYOS CLINICOS COVID19 DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 278
1127. EXPERIENCIA DE LA INTEGRACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE VALORACIÓN DE NUEVOS ENSAYOS CLÍNICOS 279
1309. SITUACIÓN ACTUAL DE LA FACTURACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA PARA LA GESTIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS. 280

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA 281

44. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y COSTE DE LOS INHIBIDORES DE PCSK9 281
88. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE SOFOSBUVIR/VELPATASVIR FRENTE A GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICO 281
130. ESTUDIO DE IMPACTO ECONÓMICO Y MINIMIZACIÓN DE COSTES SOBRE TRES ESCENARIOS DE DOSIFICACIÓN DE NIVOLUMAB Y PEMBROLIZUMAB 282

150. EFECTIVIDAD COMPARATIVA DE GALCANEZUMAB Y ERENUMAB EN MIGRAÑA CRÓNICA 283
189. ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES CON PEMBROLIZUMAB A DOSIFICACIÓN POR PESO VERSUS DOSIFICACIÓN FIJA EN CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO 283
190. AFIRMACIONES DE EFECTO DE SUBGRUPO DE FÁRMACOS VASODILATADORES PULMONARES: REPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS E IMPACTO EN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. 284
212. AHORRO GENERADO TRAS EL SWITCH A ADALIMUMAB BIOSIMILAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 285
229. ANÁLISIS DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO DE DARATUMUMAB SUBCUTÁNEO VERSUS DARATUMUMAB INTRAVENOSO 285
320. PEMBROLIZUMAB-LENVATINIB Y PEMBROLIZUMAB-AXITINIB COMO POSIBLES ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES EN PRIMERA LÍNEA DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES AVANZADO. 286
322. COMPARACIÓN INDIRECTA AJUSTADA ENTRE INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DE BRUTON PARA LA PRIMERA LÍNEA DE LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA. 287
328. ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES ENTRE EL USO DE FÁRMACOS VASOACTIVOS EN EL TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VARICES ESOFÁGICAS. 287
523. COMPARACIÓN INDIRECTA DE NIVOLUMAB+IPILIMUMAB+QUIMIOTERAPIA FRENTE A PEMBROLIZUMAB+QUIMIOTERAPIA EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO ESTADIO IV NO ESCAMOSO 288
565. IMPACTO ECONÓMICO DERIVADO DE LA OPTIMIZACIÓN DE LOS VIALES DE AZACITIDINA EN EL PROCESO DE ELABORACIÓN. 289
613. INTRODUCCIÓN PROGRESIVA DE RITUXIMAB Y TRASTUZUMAB BIOSIMILARES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 289
712. IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO TRAS MULTISWITCH DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL 290
744. EVALUACIÓN FARMACOECONÓMICA DE NIVOLUMAB A DOSIS FIJA FRENTE A DOSIS AJUSTADA A PESO CORPORAL 291
796. OPTIMIZACIÓN DEL USO DE NIVOLUMAB EN FUNCIÓN DEL PESO DE LOS PACIENTES 291
969. ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES DE RITUXIMAB-VENETOCLAX FRENTE A IBRUTINIB EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA EN RECAIDA O REFRACTARIO 292
982. EVALUACIÓN DE TRATAMIENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES ¿DE DÓNDE VENIMOS Y HACIA DÓNDE VAMOS? 292
1007. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO 293
1029. ESTUDIO DE LA PRESCRIPCIÓN DE HIPOLIPEMIANTES CON RECETA MÉDICA EN UN ÁREA DE SALUD 294
1041. TERLIPRESINA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HEPATORRENAL: ¿PERFUSIÓN CONTINUA O ADMINISTRACIÓN INTERMITENTE? 294
1056. ANÁLISIS DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS COMO POSIBLES ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE 295
1079. UTILIZACIÓN DEL ELTROMBOPAG EN EL TRATAMIENTO DE LA TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR LA QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS. 296
1098. IMPACTO ECONÓMICO DE LA INTRODUCCIÓN DE DARATUMUMAB SUBCUTÁNEO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 297
1107. IMPACTO ECONÓMICO DE LA INMUNOONCOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 297
1138. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE HIPOLIPEMIANTES ORALES EN UNA COMUNIDAD AUTONOMA DURANTE LOS AÑOS 2013-2020. 298
1139. HIERRO CARBOXIMALTOSA EN ANEMIA PREOPERATORIA. ¿USO ADECUADO? 299
1163. UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES EN ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO 299
1213. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE NUEVOS ANTICUERPOS MONOCLONALES EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA CRÓNICA. 300
1215. IMPACTO ECONÓMICO SUPUESTO POR LAS ACTUALIZACIONES DE USO DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN SITUACIÓN DE PANDEMIA 301

1228. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN PACIENTES TRATADOS CON INHIBIDORES DE PCSK9 A LA LUZ DE LAS NUEVAS GUÍAS EUROPEAS SOBRE DISLIPEMIAS 301
1293. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y EFECTIVIDAD DE OMALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA 302
CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN 303
34. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ESPECTROFOTOMÉTRICO PARA CONTROL DE CALIDAD DE CÁPSULAS DE METIL-PREDNISOLONA 303
35. ¿QUÉ CONTROL DE CALIDAD PODEMOS REALIZAR EN COLIRIOS E INYECCIONES INTRAVÍTREAS? 303
54. EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UNA NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA NORMOCALORICA VS HIPOCALORICA TRAS CIRUGÍA DIGESTIVA. 304
59. EFECTIVIDAD DE LOS ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3 VERSUS OMEGA-6 EN LA NUTRICIÓN PARENTERAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TRAS CIRUGÍA 305
117. ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE HIDROXOCOBALAMINA PARA SU ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR A ALTAS DOSIS 306
149. EVALUACIÓN DE LA PREPARACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL A TRAVÉS DE UN CHECK-LIST. 306
177. LA COMPOSICIÓN LIPÍDICA DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO 307
215. EFECTO DE LA ADICIÓN DE SUPLEMENTOS SOBRE LA OSMOLALIDAD DE LA LECHE MATERNA 308
224. DESARROLLO GALÉNICO DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL DE MORFINA, LIDOCAÍNA Y METRONIDAZOL PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS TUMORALES 308
226. GRADO DE SATISFACCIÓN CON UN PROGRAMA DE ENVIO DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL A DOMICILIO 309
246. ELABORACIÓN DE BOMBAS ELASTOMÉRICAS DE FUROSEMIDA PARA ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID19. 310
300. FÓRMULA MAGISTRAL DE NITRATO DE PLATA SOLUCIÓN AL 1% PARA EL TRATAMIENTO DE FÍSTULAS PERIANALES PERSISTENTES 310
308. UTILIZACIÓN DEL COLIRIO DE INSULINA COMO INDICACIÓN OFF-LABEL EN LOS DEFECTOS EPITELIALES CORNEALES PERSISTENTES 311
317. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL DILTIAZEM 2% GEL RECTAL PARA TRATAR LA FISURA ANAL CRÓNICA 312
360. ESTABILIDAD FISICOQUIMICA DE TOCILIZUMAB EN VIALES DE POLIETILENO TRAS SU PREPARACION Y ALMACENAMIENTO 312
367. ELABORACIÓN DE UNA PASTA DE CLOTRIMAZOL 1% EN ORABASE PARA EL TRATAMIENTO DE CANDIDIASIS ORALES 313
423. PLAN DE MEJORA EN EL ÁREA DE NUTRICIONES PARENTERALES DOMICILIARIAS 314
436. COMPATIBILIDAD Y ESTABILIDAD FÍSICO-QUÍMICA DE CUATRO MEZCLAS INTRAVENOSAS PARA ANALGESIA MULTIMODAL 314
477. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ESPECTROFOTOMÉTRICO PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE PREPARACIONES DE MORFINA 315
486. INFLUENCIA DEL PERFIL LÍPIDICO DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN EL DESARROLLO DE INFECCIONES SISTÉMICAS Y BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER 316
504. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA DE BUDESONIDA VISCOSA ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA 316
550. PROTOCOLIZACIÓN DE MEZCLAS DE ANTIBÓTICO Y HEPARINA PARA SELLADOS DE CATÉTER EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS 317
575. ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE NUTRICIONES PARENTERALES EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS 318
595. ESTUDIO DE COMPATIBILIDAD FÍSICA Y ESTABILIDAD QUÍMICA DE MEROPENEM A CONCENTRACIONES UTILIZADAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 319
604. PRUEBAS EPICUTÁNEAS CON QUININA AL 30% Y CLOROQUINA AL 2%: A PROPÓSITO DE UN GIN-TONIC 319
640. ADECUACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL EN PACIENTES QUIRÚRGICOS. EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA 320

655. ESTANDARIZACIÓN Y CENTRALIZACIÓN DE LA ELABORACIÓN DE MEZCLAS INTRAVENOSAS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA: ESTIMACIÓN DEL AHORRO 321
669. POMADA DE NITROGLICERINA 1,2% EN NEONATO CON LESIÓN ISQUÉMICA DE LA FALANGE. 321
700. DISEÑO Y ELABORACIÓN DE POMADA DE RAPAMICINA 0,4% PARA EL TRATAMIENTO DE SARCOMA DE KAPOSI 322
709. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PRUEBAS DE ALERGIA A EXCIPIENTES DE LAS VACUNAS COVID-19 323
729. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN NUTRICIÓN PARENTERAL 324
746. HIPOFOSFATEMIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS TRAS EL INICIO DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL 324
770. COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN FARMACIA EN LA REDOSIFICACIÓN DE JERINGAS DE DUPILUMAB PARA PEDIATRÍA. EFICACIA Y SEGURIDAD 325
800. CONTROL GRAVIMÉTRICO: GARANTÍA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA PREPARACIÓN DE MEZCLAS DE NUTRICIÓN PARENTERAL 325
807. ADAPTACIÓN DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES COMERCIALIZADAS A NUTRICIONES PARENTERALES INDIVIDUALIZADAS 326
837. EVALUACIÓN DE LA CENTRALIZACIÓN DE LA PREPARACIÓN DE ANFOTERICINA B LIPOSOMAL NEBULIZADA EN EL SERVICIO DE FARMACIA. 327
841. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FLUIDOTERAPIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL 327
881. FÓRMULA MAGISTRAL DE GLICOPIRROLATO SUSPENSIÓN ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA: ELABORACIÓN, VALIDACIÓN GALÉNICA Y RESULTADOS CLÍNICOS. 328
882. COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN ENTERAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO 329
889. ANÁLISIS DE LAS UNIDADES RELATIVAS DE VALOR, COSTES Y SEGURIDAD EN EL FRACCIONAMIENTO DEL ROMIPLOSTIM EN PACIENTES PEDIÁTRICOS 329
900. ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE COLIRIO DE INSULINA 10 UI/ML 330
917. VALIDACIÓN GALÉNICA DE UN COLIRIO DE 5-FLUOROURACILO AL 1% PARA EL TRATAMIENTO DE LAS NEOPLASIAS CORNEO-CONJUNTIVALES. 331
951. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO MULTIDISCIPLINAR EN EL DIAGNÓSTICO DE ALERGIA A MEDICAMENTOS 331
954. VALIDACIÓN MICROBIOLÓGICA DE FÓRMULAS ORALES LÍQUIDAS ELABORADAS A PARTIR DE VEHÍCULOS SEMIELABORADOS 332
956. DISEÑO Y CARACTERIZACIÓN GALÉNICA DE HIDROGELES TERMOSENSIBLES PARA INYECCIÓN SUBMUCOSA EN POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA. COMPARATIVA CON SOLUCIÓN EMPLEADA EN PRACTICA CLÍNICA. 333
978. ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA DE UN COLIRIO DE POVIDONA IODADA 5% EN MONODOSIS PARA PROFILAXIS QUIRÚRGICA OFTÁLMICA. 334
983. DISEÑO Y VALIDACIÓN GALÉNICA DE UNA FORMULACIÓN MAGISTRAL DE BACLOFENO APTA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS CELÍACOS 334
1001. DISEÑO DE UNA CALCULADORA DE NUTRICIONES PARENTERALES NEONATALES PARA EL PLAN DE CONTINGENCIA DEL ÁREA DE NUTRICIÓN 335
1021. ESTUDIO DE ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE DOS COLIRIOS DE METILPREDNISOLONA AL 0.1 Y 1% 336
1028. RESULTADOS CLÍNICOS DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL DE PARCHES EPICUTÁNEOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERSENSIBILIDAD MEDICAMENTOSA NO INMEDIATA 336
1035. MAPA DE UTILIZACIÓN DE MEZCLAS ANALGÉSICAS POR VIA PARENTERAL E INTRATECAL EN ESPAÑA (PROYECTO MEDPAIN): RESULTADOS PRELIMINARES 337
1042. ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DILUCIÓN DE INSULINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS 338
1045. EVOLUCIÓN DEL USO DE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS PARA REACCIONES ALÉRGICAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA 339
1046. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE TIOSULFATO SÓDICO 25% TÓPICO E INTRAVENOSO EN EL TRATAMIENTO DE LA CALCIFILAXIS. 339
1077. GEL VAGINAL DE ANFOTERICINA 3% Y FLUCITOSINA 17% PARA EL TRATAMIENTO DE LA CANDIDIASIS RESISTENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO 340
1116. ELABORACIÓN DE UN COMPENDIO MULTIDISCIPLINAR DE RECOMENDACIONES NUTRICIONALES 341

1120. VALIDACIÓN MICROBIOLÓGICA EN USO DE TRES FORMULACIONES DIFERENTES DE COLIRIO DE ATROPINA 0.01% PARA EL CONTROL DE LA MIOPIA INFANTIL. 342
1123. FORMULACIÓN DE UNA SOLUCIÓN INTRADÉRMICA DE ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA CON 5-FLUORO-URACILO PARA EL TRATAMIENTO DE CICATRICES QUELOIDEAS. 342
1145. OXIBUTININA 1 MG/ML, JARABE: DESARROLLO Y ESTUDIO DE ESTABILIDAD FISICOQUÍMICO Y MICROBIOLÓGICO 343
1183. PROTOCOLIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y ELABORACIÓN CENTRALIZADA DE ANTIMICROBIANOS PARA ADMINISTRACIÓN INTRATECAL 344
1201. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CRIBADO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO 345
1210. EVALUACIÓN DE LA ESTABILIDAD DE ARGININA Y LISINA EN SOLUCIÓN ACUOSA AL 2,5% MEDIANTE CROMATOGRAFÍA EN CAPA FINA 345
1231. VALIDACIÓN GALÉNICA DE SUSPENSIONES ORALES DE ZONISAMIDA A PARTIR DE LA ESPECIALIDAD EN CÁPSULAS 346
1243. ELABORACIÓN Y PUESTA A PUNTO DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL DE SALIVA ARTIFICIAL PARA CUIDADOS PALIATIVOS 347
1244. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO PARA DETERMINACIÓN DE METILPREDNISOLONA POR CROMATOGRAFÍA LÍQUIDA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PREPARACIONES FARMACÉUTICAS 347

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PRODUCTOS SANITARIOS 348

25. ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO DE LIMPIEZA EN LA UNIDAD DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTÉRILES Y PELIGROSOS 348
52. ANÁLISIS BIG DATA PARA OBTENER EL PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON VIH Y ESQUIZOFRENIA 349
78. MEJORA DEL MODELO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN (SAD) 350
81. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CONTRATOS RÍO HORTEGA Y JUAN RODÉS ENTRE ESPECIALISTAS DE FARMACIA HOSPITALARIA 350
109. DESARROLLO DE UN CUADRO DE MANDOS DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA DE UN SERVICIO DE FARMACIA 351
116. ¿SON DE CALIDAD LAS APLICACIONES MÓVILES DESTINADAS A PACIENTES HEMATOLÓGICOS? 352
122. SYMBALOO COMO HERRAMIENTA DIGITAL DIRIGIDA A PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS 353
138. EVALUACIÓN DE LAS APLICACIONES PARA SMARTPHONE ORIENTADAS A PACIENTES CON HEMOPATÍAS MALIGNAS 353
184. INFORMATIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. 354
192. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA AUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: RESULTADOS TRAS UN AÑO DE FUNCIONAMIENTO. 355
200. EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SOPORTE A LA DECISIÓN CLÍNICA MEDIANTE LA METODOLOGÍA VALIDATE 356
271. ENCUESTA NACIONAL DE UTILIZACIÓN DE APLICACIONES MÓVILES EN PACIENTES CON HEMOFILIA A Y B 356
388. ¿QUÉ SABEMOS SOBRE LAS APLICACIONES MÓVILES PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS? 357
402. EL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA MEDIADAS POR LA INMUNIDAD ANTE LA EHEALTH: NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD 358
409. IMPLANTACIÓN DE UN MODELO MIXTO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 358
413. IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA INTELIGENTE PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO Y LOS RESULTADOS EN SALUD 359
433. OPTIMIZACIÓN DEL BOTIQUÍN DE ANTÍDOTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 360
435. IMPLANTACIÓN Y ADECUACIÓN DE UN MODELO DE ENTREGA INFORMADA DE MEDICACIÓN DURANTE EL PRIMER AÑO DE PANDEMIA COVID-19 361
461. ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS CON EL PROGRAMA DE TELEFARMACIA Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO: OPORTUNIDADES DE MEJORA 362
493. ADAPTACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIMIGRAÑA 362

539. INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ASISTENCIA A PACIENTES CON ELA 363
541. DISEÑO DE UN MODELO DE TELEASISTENCIA DIGITAL PERSONALIZADA 364
546. INNOVACIÓN EN GESTIÓN DE STOCKS: INTERCAMBIOS DE MEDICAMENTOS 365
615. ANÁLISIS DE LAS DEVOLUCIONES DE MEDICAMENTOS EN EL SISTEMA DE DOSIS UNITARIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. 366
623. ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DE UN PROGRAMA DE IMPLANTACIÓN DE NUEVOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS 366
636. IMPLANTACIÓN DEL CIRCUITO DE TRATAMIENTO CON DARVADSTROCEL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y FISTULAS PERIANALES COMPLEJAS REFRACTARIAS 367
657. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE PROCEDIMIENTOS DE ENTREGA DE PROXIMIDAD DE MEDICAMENTOS, IMPLEMENTADOS COMO RESPUESTA A LA PANDEMIA DEL SARS-COV-2. 368
736. EXPERIENCIA DE UN AÑO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA TELEMÁTICA Y ENVÍO DE ANTINEOPLÁSICOS ORALES A DOMICILIO A PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS 369
756. IMPACTO ECONÓMICO Y ASISTENCIAL DE LA PREPARACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS DE REUMATOLOGÍA DESDEL SERVICIO DE FARMACIA 369
771. CREACIÓN DE LA UNIDAD DE TERAPIAS AVANZADAS DEL SERVICIO DE FARMACIA TRAS ANALIZAR SU INCREMENTO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL 370
786. CAMINANDO HACIA LA HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA ÚNICA: VISUALIZACIÓN DE TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS EN E-RECETA 371
787. TELEFARMACIA Y ENTREGA EN VENTANILLA DE SEGURIDAD: ADAPTACIÓN AL CAMBIO Y A LOS RECURSOS DISPONIBLES 372
802. ACONDICIONAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA EN EL SERVICIO DE FARMACIA. ¿CUÁL ES LA MEJOR OPCIÓN? 373
920. PLATAFORMA DE INTERCAMBIO DE MEDICAMENTOS: MEJORANDO LA EFICIENCIA 374
930. PROYECTO DE SINERGIA EN LA DISPENSACIÓN ESPECIAL DE ESTUPEFACIENTES EN EL ÁREA QUIRÚRGICA. .374
932. DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDIACO 375
936. LA SALUD MÓVIL AL SERVICIO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2: VISIÓN Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRASPLANTADO CARDÍACO 376
953. MEJORA DE GESTIÓN DE STOCKS DE MEDICAMENTOS EN UN CENTRO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS MEDIANTE IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE DOBLE CAJÓN 377
960. DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DIGITAL DE AYUDA A LA PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE FÓRMULAS DE NUTRICIÓN ENTERAL. 377
994. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS DE DOS MODELOS DE REPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES EN SISTEMAS DE DISPENSACIÓN AUTOMATIZADA 378
1005. IMPACTO DE LA CENTRALIZACIÓN DEL PROCESO DE REENVASADO 379
1115. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO CIRCUITO DE REENVASADO DE MEDICAMENTOS. 379
1124. IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS PRELIMINARES DE UN SERVICIO DE GESTIÓN INTEGRAL DE LA FARMACOTERAPIA PARA PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN CONTEXTO DE PANDEMIA 380
1178. ENVÍO DE MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA A OFICINAS DE FARMACIA 381
1199. DISPENSACIÓN A PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN SERVICIOS DE FARMACIA, ¿UN MODELO A CAMBIAR? 382
1225. DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ECONÓMICO Y EFICIENTE PARA LA DETECCIÓN DEL CORONAVIRUS TIPO 2 CAUSANTE DEL SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO 383
1226. PROCESO FARMACOCINÉTICO COMO HERRAMIENTA INTERDISCIPLINAR PARA UNA RED DE 19 CENTROS HOSPITALARIOS 383
1227. OPTIMIZACIÓN DEL SOPORTE A LOS PROFESIONALES USUARIOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE FARMACIA HOSPITALARIA 384
1261. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA AUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN INTEGRADO A LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 385

1270. REDISEÑO DEL ESPACIO DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS PARA CONSEGUIR UNA GESTIÓN MÁS EFICIENTE 386
1285. IMPLANTACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES EXTERNOS 387
1313. TELEFARMACIA EN LA ELIMINACIÓN DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN POBLACIONES DE RIESGO DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS 387
CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA 388
76. AJUSTE FARMACOCINÉTICO DE ÁCIDO VALPROICO: ANÁLISIS COMPARATIVO DE DOS PROGRAMAS FARMACOCINÉTICOS 388
107. MODELO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL DE TIGECICLINA EN PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA E INFECCIÓN GRAVE 389
175. RELACIÓN ENTRE CONCENTRACIÓN MÍNIMA DE TACROLIMUS Y ÁREA BAJO LA CURVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS TRASPLANTADOS RENALES 390
205. AJUSTE FARMACOCINÉTICO DE METOTREXATO: ANÁLISIS COMPARATIVO DE TRES PROGRAMAS FARMACOCINÉTICOS 390
261. UTILIDAD DE UNA PLATAFORMA FARMACOGENÓMICA DE SECUENCIACIÓN MASIVA PARA IDENTIFICAR VARIANTES FARMACOGENÉTICAS DE INTERÉS CLÍNICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS 391
336. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VORICONAZOL EN PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS 392
347. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA COMO HERRAMIENTA CLAVE EN LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON LINEZOLID EN EL PACIENTE CRÍTICO 392
381. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VEDOLIZUMAB: ¿MEJORA LA PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL? 393
406. DESARROLLO DE UN MODELO FARMACINÉTICO POBLACIONAL DE POSACONAZOL ORAL EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE ALOGÉNICO 394
412. PROGRAMA DE TERAPIA PERSONALIZADA BASADO EN LA MONITORIZACIÓN DE LAS CONCENTRACIONES DE ISAVUCONAZOL 395
449. ESTUDIO DE POLIMORFISMOS DE TPMT Y NUDT15 EN PACIENTES PEDIATRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CANDIDATOS A SER TRATADOS CON AZATIOPRINA 395
496. AJUSTE POSOLÓGICO DE VORICONAZOL DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 396
498. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA PROACTIVA DURANTE EL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN CON FÁRMACOS ANTI-TNF EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL 397
508. OPTIMIZACIÓN POSOLÓGICA DE MEROPENEM MEDIANTE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA 397
512. ¿QUÉ APORTA LA QUIMIOLUMINISCENCIA EN LA MONITORIZACIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS? 398
538. DESARROLLO DE UN MODELO CINÉTICO POBLACIONAL DE TEICOPLANINA PARA PACIENTES ADULTOS CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS MALIGNAS 399
542. FARMACOGENÉTICA DEL GEN DPYD: DESCRIPCIÓN POBLACIONAL Y PAPEL DEL FARMACÉUTICO ONCOLÓGICO..399
587. IMPACTO CLÍNICO DE LA MONITORIZACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS DE ADALIMUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL 400
603. ANALISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LAS CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE LEVETIRACETAM Y EL FILTRADO GLOMERULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES NEUROCRÍTICOS 400
617. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL 401
784. COMPARACIÓN DE PARÁMETROS FARMACOCINÉTICOS Y DE LA DOSIFICACIÓN DE VANCOMICINA EN PACIENTES CRÍTICOS OBESOS SEGÚN SU ÍNDICE DE MASA CORPORAL 402
809. EXPERIENCIA EN MONITORIZACIÓN CLÍNICA DE LINEZOLID: COMPORTAMIENTO FARMACOCINÉTICO Y PARÁMETROS DE ANÁLISIS. 403
831. EXPERIENCIA EN MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA E INDIVIDUALIZACIÓN POSOLÓGICA DE DAPTOMICINA EN UN HOSPITAL TERCIARIO 403
842. MODELO PARA LA INDIVIDUALIZACIÓN TERAPÉUTICA EN ONCOLOGÍA BASADO EN LA DETERMINACIÓN DE POLIMORFISMOS DE DIHIDROPIRIMIDINA-DESHIDROGENASA Y MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE 5-FLUOROURACILO 404
955. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA Y DIGOXINA. ... 405

968. FRECUENCIA ALÉLICA DE MUTACIONES EN EL GEN DPYD EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL, ESTUDIO PHOTODPYD 406
1014. ANÁLISIS DEL PERFIL FARMACOCINÉTICO DE ISAVUCONAZOL EN PACIENTES CRÍTICOS 406
1030. GENOTIPADO DEL GEN DPYD PARA EL TRATAMIENTO CON FLUOROPIRIMIDINAS 407
1031. VARIABILIDAD INTRAPACIENTE DE TACROLIMUS Y COMORBILIDADES EN TRASPLANTE DE PULMON 408
1036. DISEÑO DE UNA APLICACIÓN DE SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA. 408
1040. OPTIMIZACIÓN POSOLÓGICA DE INFLIXIMAB SUBCUTÁNEO GUIADA POR MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA E IMPACTO ECONÓMICO 409
1060. CORRELACIÓN ENTRE NIVELES PLASMÁTICOS DE USTEKINUMAB Y EFECTIVIDAD TERAPÉUTICA EN PSORIASIS 410
1175. UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN DE ADALIMUMAB EN INDUCCIÓN EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL 411
1193. CONCENTRACIONES SERICAS DE INFLIXIMAB Y ADALIMUMAB EN INDUCCIÓN EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, ¿ES NECESARIO MONITORIZAR? 411
1212. MONITORIZACION DE CONCENTRACIONES SÉRICAS DE USTEKINUMAB EN SEMANA 8 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN 412
1214. INFLUENCIA DE LA NEUTROPENIA EN LA FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS 412
1256. EVALUACIÓN DE LA FARMACOCINÉTICA-EXPOSICIÓN INICIAL DE TACROLIMUS DE DOS FORMAS FARMACÉUTICAS ADMINISTRADAS UNA VEZ AL DÍA EN TRASPLANTADOS RENALES 413
1259. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA EN PACIENTES OBESOS. 414

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA 415

23. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE TIROSINA QUINASA 415
24. STUDY OF BREAST CANCER PATIENTS UNDER TRASTUZUMAB TREATMENT USING BIG DATA 415
42. PREMEDICACIÓN DE HOSPITAL DE DIA MEDICO CENTRALIZADA EN EL SERVICIO DE FARMACIA. 416
50. INFLUENCIA DEL DEFICIT DE DIHIDROPIRIMIDINA DESHIDROGENSASA EN TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS: APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 416
56. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON ABIRATERONA VERSUS ENZALUTAMIDA SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO 417
57. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PALBOCICLIB VERSUS RIBOCICLIB EN PRIMERA LÍNEA METASTÁSICA 418
58. EFECTIVIDAD DE PERTUZUMAB EN COMBINACIÓN CON TRASTUZUMAB-TAXOL EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA HER2+ METASTÁSICO 418
60. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PAZOPANIB VERSUS SUNITINIB EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO 419
77. USO DE RUXOLITINIB FUERA DE FICHA TÉCNICA EN ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED REFRACTARIA 420
99. IMPLANTACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE VARIANTES DEL GEN QUE CODIFICA LA DIHIDROPIRIMIDINA DESHIDROGENASA PREVIO AL TRATAMIENTO CON FLUOROPIRIMIDINAS 421
101. TRIFLURIDINA/TIPIRACIL EN CA COLORRECTAL METASTÁSICO ¿UNA LÍNEA MÁS? 421
113. COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS EN TRATAMIENTO CON IBRUTINIB 422
115. EVALUACIÓN DEL USO Y SEGURIDAD DE INHIBIDORES DE PARP EN CÁNCER DE OVARIO 423
128. CAMBIO DE BEVACIZUMAB DE REFERENCIA A BIOSIMILAR: DESCRIPCIÓN DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y EFICIENCIA 424
155. ABORDAJE DEL PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO DE EDAD AVANZADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 424
157. ESPACIAMIENTO DE LA INMUNOTERAPIA EN PANDEMIA COVID-19. ¿MAYOR TOXICIDAD? 425
178. PARTICIPACIÓN DEL FARMACÉUTICO ONCOLÓGICO EN EL COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DE TUMORES DE UROLOGÍA. 426
187. DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN DE MODIFICACIONES POSOLÓGICAS Y TOXICIDADES ASOCIADAS A LENALIDOMIDA EN MANTENIMIENTO TRAS AUTOTRASPLANTE EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE 426
196. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO 427

211. EFECTIVIDAD DE NIVOLUMAB Y PEMBROLIZUMAB EN PRIMERA LÍNEA DE MELANOMA SEGÚN LA APARICIÓN DE TOXICIDAD GRAVE 428
233. BEVACIZUMAB EN GLIOBLASTOMA 428
234. EVALUACIÓN DE LA INFLUENCIA DEL AJUSTE DE DOSIS E INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO CON PALBOCICLIB EN SU EFICACIA 429
243. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE DURVALUMAB PARA CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. 430
260. EFECTOS ADVERSOS CARDIOLÓGICOS DE IBRUTINIB 430
268. VALORACIÓN DEL CAMBIO DE PROFILAXIS ANTIEMÉTICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON QUIMIOTERAPIA BASADA EN CARBOPLATINO A DOSIS ALTAS 431
269. ADHERENCIA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DABRAFENIB/TRAMETINIB EN MELANOMA IRRESECABLE O METASTÁSICO BRAF V600+ 432
280. ASOCIACIÓN DE LAS REACCIONES INMUNOMEDIADAS CON LA EFECTIVIDAD DE INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIOS EN MELANOMA AVANZADO 432
296. ASOCIACIÓN DE REACCIONES INMUNOMEDIADAS CON LA EFECTIVIDAD DE INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIOS EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO. 433
298. EXPERIENCIA DE USO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ALPELISIB EN CÁNCER DE MAMA AVANZADO O METASTÁSICO 434
303. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CABAZITAXEL EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN 434
350. EFICACIA Y SEGURIDAD EN VIDA REAL DE SUNITINIB Y PAZOPANIB EN CARCINOMA DE CELULAS RENALES AVANZADO O METASTASICO. 435
391. POMALIDOMIDA EN PACIENTES REFRACTARIOS CON MIELOMA MÚLTIPLE 436
419. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON DARATUMUMAB SUBCUTÁNEO. 436
421. EFECTIVIDAD Y TOLERANCIA DE TEMOZOLAMIDA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS RECURRENTES METASTÁSICOS 437
437. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ATEZOLIZUMAB EN CARCINOMA UROTELIAL EN SEGUNDA LÍNEA 438
440. QUIMIOTERAPIA Y TRASTUZUMAB EN ADENOCARCINOMA GASTROESOFÁGICO HER2+: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL AGAMENON-SEOM 438
450. EXPERIENCIA DE USO DE PEMBROLIZUMAB COMBINADO CON QUIMIOTERAPIA EN TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO 439
455. RESULTADOS EN VIDA REAL DE LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL 440
458. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA INMUNOTERAPIA ANTI-PD-1 EN PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS METASTÁSICOS E INESTABILIDAD DE MICROSATÉLITES 440
460. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON NIRAPARIB SEGÚN LOS CRITERIOS RADAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO 441
482. EFECTIVIDAD DE NIVOLUMAB EN PRIMERA LINEA DE TRATAMIENTO DE MELANOMA METASTÁSICO SEGÚN NIVELES DE LACTATO DESHIDROGENASA Y RATIO NEUTROFILOS/LINFOCITOS 442
487. TOXICIDAD HEMATOLÓGICA Y RENAL ASOCIADA A LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EN CIRUGÍA CITORREDUCTORA PARA EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL 442
507. SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD DE CABOZANTINIB EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL 443
513. FACTORES PREDICTIVOS DE LA SUPERVIVENCIA GLOBAL EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO CON ATEZOLIZUMAB. 444
518. IBRUTINIB EN LA LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA: REVISIÓN DE INTERACCIONES 444
522. SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE BELANTAMAB EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE 445
528. EXPERIENCIA CLÍNICA EN LA DISCONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA TIROSIN CINASA EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA. 446
531. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TERAPIA DIRIGIDA CON INHIBIDORES DE BRAF Y MEK EN MELANOMA METASTÁSICO CON MUTACIÓN BRAF-V600 POSITIVA 446

534. EXPERIENCIA CON OSIMERTINIB EN EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EGFR+ 447
553. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DEFIBROTIDE EN EL TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS. 448
558. ADAPTACIÓN DE LOS ANTINEOPLÁSICOS ORALES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN 448
562. DATOS EN VIDA REAL SOBRE EL USO DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO RECURRENTE O METASTÁSICO 449
573. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS POTENCIALES IDENTIFICADAS EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS AMBULATORIOS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DISCREPANCIAS ENTRE BASES DE DATOS 450
578. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON IMATINIB MESILATO EN VIDA REAL 451
598. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE PLERIXAFOR Y EFECTIVIDAD EN LA MOVILIZACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS 451
611. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE EVENTOS ADVERSOS INMUNO-RELACIONADOS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL PUNTO DE CONTROL INMUNITARIO 452
616. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD EN VIDA REAL DE LA INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN UN HOSPITAL COMARCAL 452
630. ANÁLISIS DEL PERFIL DE TOXICIDAD DE LOS INHIBIDORES DE CICLINAS EN EL CANCER DE MAMA METASTÁSICO 453
638. IMPACTO EN LA EFICIENCIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA POSOLOGÍA EXTENDIDA DE LOS INHIBIDORES DE PUNTO CONTROL INMUNOLÓGICO 454
662. OSIMERTINIB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD. 454
663. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA INCIDENCIA Y MANEJO DE TOXICIDADES ASOCIADAS A LOS MEDICAMENTOS ASISTENCIALES QUE CONTIENEN CÉLULAS T CAR ANTI-CD19 455
666. LINFOCITOSIS ASOCIADA A IBRUTINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA 456
677. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE IMATINIB COMO PRIMERA LÍNEA EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA 457
685. IMPACTO DEL ESQUEMA BORTEZOMIB-LENALIDOMIDA-DEXAMETASONA EN EL TRATAMIENTO DEL MIELOMA MÚLTIPLE SOBRE EL CONSUMO DE PLERIXAFOR 457
692. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DE NIVOLUMAB EN HEPATOCARCINOMA AVANZADO 458
701. EFECTIVIDAD DE ERIBULINA EN VIDA REAL EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO 458
705. ESTUDIO DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN UN HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO 459
707. EXPERIENCIA CON LA INFUSIÓN RÁPIDA DE DARATUMUMAB 459
714. IMPLANTACIÓN DE UN COMITÉ INTERDISCIPLINAR DE ONCOLOGÍA FARMACÉUTICA 460
717. TOXICIDAD DEL TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA 461
724. CORRELACIÓN DE TOXICIDAD Y RESPUESTA AL PEMBROLIZUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO 462
732. TOXICIDAD ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS MAYORES DE 70 AÑOS. 462
755. CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA REALIZAR TELEFARMACIA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS 463
791. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON OLAPARIB EN MUJERES CON CÁNCER DE OVARIO CON MUTACIÓN BRCA 1/2. 464
799. TISAGENLECLEUCEL: EXPERIENCIA LOGÍSTICA Y CLÍNICA EN EL LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 464
856. EFECTO DE RITUXIMAB-BENDAMUSTINA ± RITUXIMAB DE MANTENIMIENTO EN LOS NIVELES DE GAMMAGLOBULINAS E INMUNOGLOBULINAS DE PACIENTES CON LINFOMA FOLICULAR 465
864. ESTUDIO EN VIDA REAL DE PALBOCICLIB EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO 466
897. REACCIONES INFUSIONALES DE FÁRMACOS ONCOHEMATOLÓGICOS EN HOSPITAL DE DÍA 466
905. PATIENT REPORTED OUTCOMES EN EL SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE CON CÁNCER DE OVARIO AVANZADO. CONSENSO DE EXPERTOS/AS Y PACIENTES. 467
910. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DE LA COMBINACIÓN DE PEMBROLIZUMAB CON QUIMIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO 468

943. IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE SALUD DIGITAL PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES PSICO-SOCIALES Y MANEJO FARMACOTERAPÉUTICO EN CÁNCER DE MAMA 468
946. SUNITINIB EN CÁNCER RENAL: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN VIDA REAL 469
958. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA QUIMIOINMUNOTERAPIA CON PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO 470
972. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO EN EL ÁMBITO AMBULATORIO-DOMICILIARIO 470
973. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BRENTUXIMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 471
974. EFICACIA Y SEGURIDAD DE MIDOSTAURINA EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 472
984. EXPERIENCIA CON OSIMERTINIB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO 472
986. PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO EN TRATAMIENTO CON SUNITINIB. SEGUIMIENTO DE 16 AÑOS. 473
995. EFICACIA Y VALORES PREDICTIVOS DE RESPUESTA CON LA UTILIZACIÓN DE NIVOLUMAB EN CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CABEZA Y CUELLO 474
996. FACTORES RELACIONADOS CON NEUTROPENIA TEMPRANA ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON PALBOCICLIB..... 474
1009. INHIBIDORES CHECKPOINT DESDE LA PANDEMIA: TRUCO O TRATO 475
1013. IMPLEMENTACIÓN DE RESULTADOS REPORTADOS POR EL PACIENTE EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA ONCOLÓGICA 476
1017. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO 477
1018. IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN SEGUNDA Y TERCERA LÍNEA EN LA SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO. DATOS DE 3110 PACIENTES 477
1020. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ATEZOLIZUMAB EN SEGUNDA LÍNEA DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 478
1023. EFICACIA DEL RÉGIMEN DE SECUENCIACIÓN CON ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA EN PACIENTES CON CANCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO 479
1026. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE CANDIDATOS A TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS 479
1044. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y PERFIL DE SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON EVEROLIMUS EN CÁNCER RENAL Y MAMA METASTÁSICO 480
1048. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LOS ANTINEOPLÁSICOS ORALES EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS 481
1063. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE MEDICIÓN DE RESULTADOS EN SALUD REPORTADOS POR LOS PACIENTES (PROMS) 481
1088. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ONCOHEMATOLÓGICO EN HOSPITAL DE DÍA. 482
1099. AJUSTE DE DOSIS EN PACIENTE ONCOLÓGICO OBESO Y AMPUTADO 483
1108. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS 483
1121. UTILIZACIÓN DE PEG-INTERFERÓN ALFA-2A EN EL TRATAMIENTO DE MICOSIS FUNGOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO 484
1144. FACTORES PREDICTIVOS DE TOXICIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA 485
1169. IMPORTANCIA DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO 486
1170. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE INHIBIDORES DE CICLINAS EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO O LOCALMENTE AVANZADO 487
1171. INFLUENCIA DEL ESTADO FUNCIONAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA EFECTIVIDAD DE PEMBROLIZUMAB EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO-MICROCÍTICO. 487
1177. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EFECTIVIDAD DE TRIFLURIDINA/TIPIRACILO EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO 488
1186. DESENSIBILIZACIÓN A ANTINEOPLÁSICOS: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD. ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL 489

1195. ALTERACIONES TIROIDEAS DURANTE EL TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA 489
1204. RUXOLITINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED REFRACTARIA A CORTICOTERAPIA: RESULTADOS TRAS CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA 490
1206. MOTIVO POR EL QUE NO SE ADMINISTRA 1ª, 2ª O 3ª LÍNEA DE TRATAMIENTO A PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO. 491
1220. TOXICIDAD DERMATOLÓGICA ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON ATEZOLIZUMAB 491
1255. INTERACCIONES FÁRMACO-FÁRMACOS EN EL CONTEXTO DE LA TERAPIA CON ENZALUTAMIDA 492
1282. SECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN DE LA QUIMIOTERAPIA EN LOS ESQUEMAS DE GEMCITABINA CON CISPLATINO Y CARBOPLATINO: INFLUENCIA SOBRE LA NEUTROPENIA 492
1286. EFECTO DEL SUBTIPO DE LAUREN Y LOCALIZACIÓN EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICOPATOLÓGICAS DE 1665 PACIENTES CON ADENOCARCINOMA GASTROESOFÁGICO AVANZADO 493
1297. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PALBOCICLIB EN SEGUNDA LÍNEA Y SUCESIVAS DE CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO O LOCALMENTE AVANZADO 494

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)..... 494

31. EFFECTIVENESS OF SECOND-GENERATION DIRECT-ACTING ANTIVIRALS IN THE TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS C VIRUS IN A POPULATION-BASED COHORT 494
75. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL USO DE LOS ANTIMICROBIANOS 495
102. ¿SE ADECÚA LA UTILIZACIÓN DE NUEVAS CEFALOSPORINAS A LAS INDICACIONES AUTORIZADAS, FINANCIADAS Y APROBADAS? ESTUDIO DE UTILIZACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL 496
144. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA ELECTRÓNICO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS PRESCRIPCIONES DE ANTIMICROBIANOS EN UN HOSPITAL COMARCAL 497
151. AMPLIANDO HORIZONTES EN LOS PROA: DESARROLLO DE UN PROGRAMA FORMATIVO MULTIMODAL PARA LA MEJORA DEL USO DE ANTIMICROBIANOS 497
160. EVALUACIÓN DEL USO DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM Y AZTREONAM EN INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS 498
168. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN EL PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL A CARGO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL 499
186. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN DE FOSFOMICINA TROMETAMOL EN CENTROS RESIDENCIALES: PRIMERA ACCIÓN DEL PROA SOCIOSANITARIO 500
241. EVALUACIÓN DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA MAYORES DE 50 AÑOS 500
245. ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN FRENTE AL VIH EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 501
250. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL BEZLOTOXUMAB EN EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECURRENCIAS DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE. 502
259. EFICACIA, SEGURIDAD Y RENTABILIDAD ECONÓMICA DEL TRATAMIENTO CON DALBAVANCINA DE LAS INFECCIONES CAUSADAS POR MICROORGANISMOS GRAM POSITIVOS 502
283. TRASTORNOS DEL SUEÑO ASOCIADOS AL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA 503
314. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE LA METÓDICA AFINF DE EVALUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES HOSPITALARIAS DE ANTIMICROBIANOS 504
319. BEZLOTOXUMAB EN LA INFECCIÓN RECURRENTE POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE. 504
359. BITERAPIA ANTIRRETROVIRAL: SIMPLIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES CON EL VIH INDETECTABLE 505
387. FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN POR CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE 506
397. RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES DE HEPATITIS C TRATADOS CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA 506
410. DISPENSACIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS .507
416. EXPERIENCIA DE USO DE BEZLOTOXUMAB EN ENFERMEDAD POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE 508
417. OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD 508

470. PREDISPOSICIÓN AL CAMBIO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL ACTUAL A UNA FORMULACIÓN INYECTABLE DE ACCIÓN PROLONGADA 509
472. ¿SON APLICABLES EN NUESTRA UNIDAD LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS CLÍNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS INMUNODEPRIMIDOS? 510
515. EVALUACIÓN DE LAS PREFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH 511
524. ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LA HIPERFILTRACIÓN GLOMERULAR EN LA EFECTIVIDAD DE LINEZOLID 511
527. MEJORÍA DE LA FUNCIÓN RENAL Y OSEA TRAS LA SUSTITUCIÓN DE TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO A TENOFOVIR ALAFENAMIDA EN PACIENTES VIH 512
568. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA PROFILAXIS PREEXPOSICION AL VIH 513
592. EVOLUCIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL A LO LARGO DE 5 AÑOS. 513
622. IMPACTO DE UNA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE VIH CRÓNICO FRÁGIL 514
628. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON LA PRESENCIA DEL CONCEPTO 3-HIT EN PACIENTES VIH+ EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL CON POLIFARMACIA. 515
646. REACTIVACIÓN DE LA INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN EL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL 515
668. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS DESENSIBILIZACIONES A ANTIBIÓTICOS 516
683. ADECUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS 517
702. EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO 517
716. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA INFECCIÓN URINARIA 518
731. GRADO DE ACEPTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA) 519
735. ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE OXA-48: TRATAMIENTO DIRIGIDO Y RESISTENCIAS ADQUIRIDAS 519
766. UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS POR VÍA ORAL EN CENTROS SOCIOSANIATRIOS PÚBLICOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID 520
781. INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE DURACIÓN SUPERIOR A 7 DÍAS. 521
820. SWITCHING EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL: DE TENOFOVIR DISPOROXILO A TENOFOVIR ALAFENAMIDA EN PACIENTES VIH, ¿VERDADEROS RESULTADOS EN SALUD? 521
824. TRATAMIENTO DE LA ASPERGILOSIS INVASIVA EN PACIENTES CRÍTICOS GRAVES CON COVID-19 522
835. ANÁLISIS DE LA PROFILAXIS ANTIFÚNGICA CON ISAVUCONAZOL EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS 523
859. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL INICIO Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS DE PACIENTES CON HEPATITIS 523
876. FACTORES DE INADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCION DE ANTIMICROBIANOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS 524
901. ANÁLISIS DEL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UN HOSPITAL COMARCAL 525
902. PREVALENCIA DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS SEGÚN CRITERIOS MARC, STOPP Y PRISCUS EN UNA COHORTE DE PACIENTES VIH+ DE EDAD AVANZADA 526
914. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH: EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN 526
945. ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LA UTILIZACIÓN DE LA PROFILAXIS POSTEXPOSCIÓN AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. 527
957. ANALISIS DE LA EFECTIVIDAD EN VIDA REAL DE BITERAPIA BASADA EN DOLUTEGRAVIR Y LAMIVUDINA 528
959. SEGURIDAD, FARMACOCINÉTICA/FARMACODINAMIA Y EFICACIA DE DAPTOMICINA A DOSIS ELEVADAS. ¿HAY SUFICIENTE EVIDENCIA SOBRE LA PREVALENCIA DE SU POTENCIAL TOXICIDAD MUSCULAR? 528
962. BEZLOTOXUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: EFICACIA Y SEGURIDAD 529
979. CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO. IMPLICACIÓN DE LA INCORPORACIÓN DE LA UNIDAD DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO 530
991. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ISAVUCONAZOL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 530
1004. REVISION FARMACOTERAPÉUTICA DE PACIENTES VIH EN TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES. PAPEL DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO 531
1010. ANÁLISIS DEL CONTROL DEL USO DE ANTIBIÓTICOS RESTRINGIDOS DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS 532
1012. IMPACTO DE LA PANDEMIA SARS-COV-2 SOBRE EL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS Y RESISTENCIAS A LOS ANTIMICROBIANOS 532

1055. CARACTERIZACIÓN DEL ESTIGMA SOCIAL EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL 533
1068. IMPACTO DEL COVID-19 EN EL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA 534
1069. REPERCUSIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN LA PERCEPCIÓN DEL ESTIGMA SOCIAL 535
1070. EXPERIENCIA DE USO DE CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM EN INFECCIONES CAUSADAS POR ENTEROBACTERIAS MULTIRRESISTENTES 535
1071. ESTABILIDAD DE ANTIBIÓTICOS EN INFUSORES ELASTOMÉRICOS PARA TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DOMICILIARIO ENDOVENOSO 536
1074. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN INFECCIONES ODONTOLÓGICAS EN UN CENTRO PENITENCIARIO 537
1078. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDINA FRENTE ABACAVIR/DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDINA EN UNA COHORTE REAL DE PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA PRETRATADOS 537
1142. EVALUACIÓN DE LOS CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH 538
1161. EFICIENCIA DE LA SIMPLIFICACION A BITERAPIA CON DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDINA EN PACIENTES VIH 539
1168. EVOLUCIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: 5 AÑOS DE PROA 539
1172. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA SIMPLIFICACIÓN A DOLUTEGRAVIR+LAMIVUDINA DE PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUDEFICIENCIA HUMANA PRETRATADOS CON DOLUTEGRAVIR+LAMIVUDINA+ABACAVIR 540
1180. ¿QUÉ TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL RECIBEN NUESTROS PACIENTES VIH EN LA ACTUALIDAD? 541
1185. ESTRATEGIA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA EN INDIVIDUOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA CON AGONISTAS OPIÁCEOS 542
1198. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA BITERAPIA ANTIRRETROVIRAL CON LAMIVUDINA MÁS DOLUTEGRAVIR EN EL PACIENTE VIH 543
1238. ESTUDIO DEL USO CLÍNICO DE DAPTOMICINA EN ESPAÑA: PROYECTO DAPTOMISE 543
1314. ANALISIS DE LAS ALTERACIONES PRODUCIDAS EN EL PACIENTE VIH TRAS EL CAMBIO DE TRATAMIENTO A TENOFOVIR ALAFENAMIDA 544

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS 545

28. TOXICIDAD DE LOS INHIBIDORES DE BRAF-MEK EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL 545
40. ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA, MICROBIOLÓGICA Y ETIQUETADO DE LOS COLIRIOS DE SUERO AUTÓLOGO. 545
98. UTILIZACIÓN DE SIROLIMUS EN EL TRATAMIENTO DE ANOMALÍAS VASCULARES COMPLEJAS EN PEDIATRÍA 546
106. LA VÍA SUBCUTÁNEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NECESIDADES DE ATENCIÓN PALIATIVA: FÁRMACOS UTILIZADOS Y COMPLICACIONES OBSERVADAS 547
114. UTILIZACIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL CONTROL DE SÍNTOMAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NECESIDADES DE ATENCIÓN PALIATIVA 548
124. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA DORNASA ALFA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FIBROSIS QUÍSTICA 548
132. ERRORES DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN PACIENTES POLIMEDICADOS PEDIÁTRICOS 549
183. ANÁLISIS DE LA FARMACOCINÉTICA, EFICACIA Y COSTES TRAS EL SWITCH A FACTORES FVIII DE VIDA MEDIA EXTENDIDA 550
309. ¿QUÉ HAY TRAS LOS TRATAMIENTOS DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO INFANTIL? 550
313. FOTOGRAFIA DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ENDOVENOSO (TADE) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: ¿ES UNA ALTERNATIVA EFICIENTE Y SEGURA FRENTE A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL? 551
393. ANÁLISIS DE LAS PRESCRIPCIONES DE ALBÚMINA SÉRICA HUMANA EN CIRROSIS HEPÁTICA 552
560. EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE FACTORES IX DE LA COAGULACIÓN DE MEDIA VIDA MEDIA EXTENDIDA EN PACIENTES CON HEMOFILIA B. 552
600. REVERSIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN DE DABIGATRÁN CON IDARUCIZUMAB: RESULTADOS DE NUESTRA EXPERIENCIA. 553
650. IMPLANTACIÓN DE LA TELEFARMACIA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE CUIDADOS PALIATIAVOS PEDIÁTRICOS 554

660. MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HEMOFILIA B AL UTILIZAR FACTORES DE COAGULACIÓN DE VIDA MEDIA EXTENDIDA 555
681. DUPILUMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: ANÁLISIS DE USO Y REDUCCIÓN DE COSTES 555
808. ANÁLISIS DEL USO OFF-LABEL DE INMUNOGLOBULINAS INESPECÍFICAS INTRAVENOSAS 556
907. USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL REFRACTARIA PEDIATRICA 557
1222. EXPERIENCIA DE USO DEL DUPILUMAB EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE 557
1300. UTILIZACIÓN DE CONCENTRADO DE COMPLEJO PROTROMBÍNICO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA. 558

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL 559

2. CARROS DE PARADA LIBRES DE LÁTEX: UN PASO MÁS HACIA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 559
11. CREACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN CHECK LIST DE VERIFICACIÓN EN LA ELABORACIÓN DE CITOSTATICOS PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL CIRCUITO 559
53. IMPLEMENTACIÓN DEL CÓDIGO MEDICAMENTO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL HABITUAL 561
108. ELABORACION DE UNA GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL 561
112. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN UN CENTRO PSIQUIATRICO SOCIOSANITARIO 562
118. RESULTADOS INFORMADOS POR EL PACIENTE EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA PROPORCIONADA A PACIENTES ONCOLÓGICOS 563
137. RESULTADOS DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 564
141. INGRESO EN URGENCIAS POR EFECTOS SECUNDARIOS DEBIDOS A MEDICAMENTOS: ANÁLISIS DE PACIENTES 564
147. INFLUENCIA DEL GENERO SOBRE EL SINDROME METABOLICO ASOCIADO AL USO DE ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACCION 565
163. ANÁLISIS DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO 566
165. CONTROL DE CALIDAD DEL SISTEMA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS 566
216. IDENTIFICACIÓN DE LOS ENVASES DE MEDICACIÓN MEDIANTE ETIQUETAS PARA FACILITAR LA CORRECTA TOMA Y CONSERVACIÓN DIARIA DEL PACIENTE 567
230. COMPATIBILIDAD EN Y DE ATOSIBAN Y FÁRMACOS HABITUALMENTE UTILIZADOS EN OBSTETRICIA 568
238. ¿QUÉ OPINAN NUESTROS PACIENTES EXTERNOS DE LA DISPENSACIÓN DOMICILIARIA? 569
290. SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON HEPATITIS C CRÓNICA 569
348. UTILIZACIÓN DE PARCHES TRANSDÉRMICOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL 570
364. DISEÑO DE UNA INFOGRAFÍA SOBRE EXTRAVASACIÓN DE NO CITOSTÁTICOS: PREVENCIÓN Y ACTUACIONES INMEDIATAS 571
380. SEGURIDAD DE ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB: DATOS DE VIDA REAL 571
446. ANÁLISIS DE LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LAS VACUNAS ANTIGRIPALES DURANTE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 572
467. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO 573
476. ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS NORMALIZADOS DE TRABAJO EN UN ÁREA NUEVO DEL SERVICIO DE FARMACIA UTILIZANDO EL MÉTODO DACUM 573
488. DATA MINING EN DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE POSIBLES REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS: HEMORRAGIA DIGESTIVA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. 574
489. LOS 10 ERRORES DE MEDICACIÓN MÁS FRECUENTES 575
514. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL HEPÁTICO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON FINGOLIMOD 576
544. CIRCUITO DE USO DE TOXINA BOTULÍNICA FUERA DE FICHA TÉCNICA 576
571. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA 577
596. DOSIFICACIÓN EN EL PACIENTE OBESO CRÍTICO, UNA HERRAMIENTA DE AYUDA A LA PRESCRIPICÓN Y VALIDACIÓN FARMACÉUTICA 578
619. INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS EN LOS PROFESIONALES DEL CENTRO VACUNADOS FRENTE AL SARS-COV-2 579

626. EVALUACIÓN DEL GRADO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DEL USO INDIVIDUALIZADO DE PLUMAS DE INSULINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO 579
629. ADAPTACIÓN DE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL ELABORADOR A UN FORMATO SEMIPRESENCIAL EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19 580
632. LOS SIETE MAGNÍFICOS Y LOS ODIOSOS OCHO, MEDICAMENTOS Y PROCESOS CON MÁS PROBLEMAS NOTIFICADOS 581
635. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE EXTERNO ONCO-HEMATOLÓGICO EN HOSPITAL DE DÍA 582
637. EFECTO DE LA PANDEMIA COVID19 EN LA NOTIFICACIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS 582
670. EVALUACIÓN DE LA LEGIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN DIRIGIDA AL EMPODERAMIENTO Y FORMACIÓN DE PACIENTES EN MEDICAMENTOS Y FARMACOTERAPIA 583
672. INTERVENCIONES DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN UN HOSPITAL DE CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA EN 2020 584
710. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN TRANSVERSAL DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO 584
713. MAPPING THE PATIENT S JOURNEY FOR THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ALPHA-1-ANTITRYPSIN DEFICIENCY IN SPAIN 585
719. PARTICIPACION DEL TECNICO DE FARMACIA DE LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS EN EL PROGRAMA DE DISPENSACION DOMICILARIA DE MEDICAMENTOS 586
722. ELABORACIÓN DE MAPA DE BASES DE DATOS DESDE EL CENTRO DE INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 586
759. SEGURIDAD DE LA MEDICACIÓN EN EL ENTORNO PERIOPERATORIO: ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS 587
822. PANDEMIA POR SARS-COV2 Y NÚMERO DE INCIDENTES EN URGENCIAS POR INTOXICACIONES Y EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS 588
843. DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES EN LAS CONSULTAS DE FARMACIA HOSPITALARIA: IMPACTO Y REFLEXIÓN 589
869. DESCRIPCIÓN DE LA INTERACCIÓN DE ANTIMICROBIANOS Y METADONA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 589
890. CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON GALCANEZUMAB EN MIGRAÑA 590
893. RELEVANCIA DE LA INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOHEMATOLOGÍA 591
903. CLASIFICACIÓN DE FÁRMACOS NO CITOTÓXICOS SEGÚN RIESGO DE TOXICIDAD EN UNA EXTRAVASACIÓN 591
948. CALIDAD MICROBIOLÓGICA DE PREPARACIONES INTRAVENOSAS DE METOTREXATO Y GANCICLOVIR 592
975. ENCUESTA A PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA EN ADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA 593
998. ADECUACIÓN A LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DEL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA 593
1057. GESTIÓN DEL CAMBIO EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE CONTROL DE CALIDAD EN EL ÁREA DE ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS 594
1058. IMPLANTACIÓN DE UN MODELO MIXTO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA PRESENCIAL/ NO PRESENCIAL A PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA. 595
1117. RESULTADOS DE UN CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN FARMACIA HOSPITALARIA PARA EL PERSONAL TÉCNICO DEL SERVICIO DE FARMACIA 596
1131. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE MANEJO PREOPERATORIO DE LA MEDICACIÓN DE ALTO RIESGO 596
1134. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES RELACIONADAS CON INCIDENTES DE MEDICACIÓN 597
1135. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA INDIVIDUALIZADA EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS 598
1156. IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE PREPARACIÓN SEGURA DE CITOSTÁTICOS 599
1182. ANÁLISIS DE LA ALERTA DE ALERGIAS RELACIONADAS CON ANTIBIÓTICOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA. IMPLICACIÓN EN EL TRATAMIENTO. 599

1196. GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS QUE PRECISAN FILTRACIÓN PARA SU PREPARACIÓN Y/O ADMINISTRACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 600
1200. EFECTOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE SISTEMAS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS 601
1260. UNIDAD CENTRALIZADA DE MEZCLAS INTRAVENOSAS: REFORZANDO LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y OPTIMIZANDO RECURSOS 601
1267. EL TÉCNICO EN FARMACIA COMO GARANTE DEL CONTROL DE TEMPERATURA EN LOS ENVÍOS DE TELEFARMACIA 602
1271. GUIA DE INTERCAMBIO PARA LA DISPENSACIÓN SEGURA A PACIENTES CON FENILCETONURIA: RIESGO DE LOS MEDICAMENTOS CON EL EXCIPIENTE ASPARTAMO 603
1284. ESTRATIFICACIÓN DE ENVÍOS INFORMADOS DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA MÁS ALLA DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS 604

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 605

91. EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON NEUMONÍA COVID-19 TRATADOS CON REMDESIVIR EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE DÍAS DE SÍNTOMAS PREVIOS AL TRATAMIENTO 605
95. GANCICLOVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA REACTIVACIÓN DE CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CRÍTICOS CON SARS-COV-2 605
127. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE CRÍTICO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 606
249. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON EL SERVICIO DE TELEFARMACIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. 607
285. LA TÉCNICO DE FARMACIA COMO GESTORA DEL ENVÍO DE LA MEDICACIÓN HOSPITALARIA DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA A FARMACIA COMUNITARIA 607
312. FARMACOTERAPIA EN EL SINDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO VINCULADO A SARS-COV2. ¿INFLUYEN LOS PARÁMETROS INFLAMATORIOS EN EL AVANCE DE LAS LINEAS TERAPÉUTICAS? 608
324. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UNA UNIDAD DE NUTRICIÓN PARENTERAL DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS Y COSTE ASOCIADO 609
352. PREPARACIÓN DE PRUEBAS CUTÁNEAS DE POLISORBATO 80 PARA DIAGNÓSTICO DE ALERGIA A VACUNAS COVID-19 609
357. RESULTADOS DE REMDESIVIR EN PRÁCTICA CLÍNICA: EFECTOS SOBRE LA SUPERVIVENCIA Y DÍAS DE INGRESO COMPARADOS CON EL ENSAYO CLÍNICO PIVOTAL. 610
372. EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN LA PANDEMIA DE COVID-19 611
373. PROGRAMAS DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA 611
383. ENSAYO CLÍNICO FASE II ALCOVID-19: DATOS PRELIMIRARES SOBRE SEGURIDAD DEL ETANOL INHALADO EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 612
411. USO DE TWITTER COMO HERRAMIENTA PARA DIFUNDIR INFORMACIÓN ACERCA DE LA SEGURIDAD DE LAS VACUNAS CONTRA EL COVID-19 612
444. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA DE TELEFARMACIA Y ENVIO DE MEDICACIÓN DURANTE LA PANDEMIA 613
452. IMPACTO CLÍNICO EN LA ADMINISTRACIÓN PRECOZ DE REMDESIVIR EN LAS PRIMERAS 72 HORAS DEL INICIO DE LOS SÍNTOMAS 614
468. CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON COVID-19 EN TRATAMIENTO CON DEXAMETASONA 614
473. FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA EN INFUSIÓN CONTINUA EN PACIENTES CRÍTICOS CON SARS-COV-2: INFLUENCIA DEL ESTADO INFLAMATORIO 615
484. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE PERSISTENCIA DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIENTES TRATADOS PREVIAMENTE CON RITUXIMAB. 616
557. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BARICITINIB EN PACIENTES INGRESADOS CON NEUMONIA POR COVID-19 617
559. ESTUDIO DE ALERGIA A EXCIPIENTES DE VACUNA DE ARNM FRENTE A SARS-COV-2. 617
564. KITS OLOROSOS PARA LA REHABILITACIÓN DE LA ANOSMIA POR COVID19 618
597. EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL USO DE PSICOFÁRMACOS EN CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES 619
602. NIVELES DE 25-HIDROXICOLECALCIFEROL Y MORTALIDAD EN ANCIANOS QUE INGRESAN POR COVID-19 619

609. PANDEMIA COVID-19: UN ANTES Y UN DESPUÉS EN EL PERFIL DE UTILIZACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO. 620
653. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR PARA MEJORAR LA INFORMACIÓN Y ADHERENCIA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 621
688. ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN CENTRALIZADA DE VACUNAS ARN-MENSAJERO FRENTE A LA COVID-19 EN EL SERVICIO DE FARMACIA. 621
693. USO DE REMDESIVIR EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2 622
699. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON REMDESIVIR EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA POR SARS-COV-2 623
708. EFECTIVIDAD DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA POR SARS-COV-2 (COVID 19) EN UN HOSPITAL COMARCAL 623
711. REVISIÓN FARMACOTERAPEUTICA INTEGRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN RETO DURANTE LA PANDEMIA 624
715. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN Y COVID-19 625
763. EXPERIENCIA DE USO DE REMDESIVIR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 626
785. ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA DE TOCILIZUMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE EN ÉPOCA DEL SARS-COV-2 626
788. FARMACOVIGILANCIA DE LA VACUNA FRENTE A COVID-19 EN PACIENTES INGRESADOS EN UN CENTRO PSIQUIÁTRICO DE MEDIA/LARGA ESTANCIA 627
795. ANÁLISIS DEL USO DE VITAMINA D COMO TRATAMIENTO PARA LA INFECCIÓN POR SARS-COV2 628
815. EVOLUCIÓN DE LOS SUPERVIVIENTES DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO A LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA UN AÑO DESPUÉS 628
829. RESULTADOS DE LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO TRAS UN AÑO DE PANDEMIA 629
834. ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB Y ANAKINRA PARA COVID-19 EN UN HOSPITAL COMARCAL 630
848. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA 630
852. ADAPTACIÓN DEL PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD COVID 631
872. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO PARA COVID-19 CON TOCILIZUMAB Y ANAKINRA EN UN HOSPITAL COMARCAL 632
904. INFECCIÓN SARS COV-2 EN PACIENTES REUMATICOS QUE RECIBEN RITUXIMAB 632
913. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE LA ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA EN LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS 633
919. EVALUACIÓN DEL USO DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES GRAVES CON COVID-19 634
933. EXPERIENCIA DEL PACIENTE E IMPACTO DEL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN LA POBLACIÓN TRASPLANTADA CARDÍACA 634
950. EVOLUCIÓN DE USO Y PERFIL DE PACIENTES TRATADOS CON TOCILIZUMAB DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 635
967. FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB EN COVID-19 636
976. EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS DURANTE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 636
985. EVALUACIÓN DE PACIENTES INGRESADOS CON NEUMONÍA SARS-COV-2 CANDIDATOS A DESPRESCRIPCIÓN 637
1043. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO CON ANAKINRA VERSUS DOBLE INMUNOMODULACIÓN TOCILIZUMAB Y ANAKINRA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE NEUMONÍA POR SARS-COV-2 (COVID-19) 638
1085. USO DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES COVID: COMPARACIÓN DE DOS PROTOCOLOS INTRAHOSPITALARIOS 638
1091. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE COVID-19 639
1100. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE REMDESIVIR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SARS-COV-2 640
1109. MORTALIDAD EN EL PACIENTE GERIÁTRIO COVID-19: ABORDAJE TERAPÉUTICO IGUAL PARA TODOS? 640
1154. DISPENSACIÓN DE VACUNAS FRENTE A COVID-19 DESDE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA 641
1174. DIFERENCIAS EN PACIENTES CON INGRESO EN CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA SEGUNDA Y CUARTA OLA DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 642

1240. IMPACTO DEL CONFINAMIENTO SOBRE LA FRAGILIDAD DE LOS RESIDENTES EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS 643
1268. EXPERIENCIA EN TELEFARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN TIEMPOS DE COVID-19 643
1275. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE REMDESIVIR EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-COV2 644
1278. USO DE ANTIFUNGICOS EN PACIENTES COVID-19 INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS 645
1281. TRATAMIENTO CON REMDESIVIR EN VIDA REAL EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR CORONAVIRUS 645
1283. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DURANTE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS-19 646

COMUNICACIONES ORALES CIENTÍFICAS

FARO

FARMACIA | ADAPTACIÓN | RESULTADOS | OPORTUNIDADES

COMUNICACIONES ORALES CIENTÍFICAS

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

126. ANÁLISIS DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES
GONZÁLEZ FRANCO RM, ALONSO PERALTA CÁ, SÁNCHEZ GUNDÍN J, RAMIS BARCELÓ MB, PÉREZ-PERIAÑEZ ORILLO L, RIOJA CARRERA M, DEL RIO ORTEGA P, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA.VALDECILLA S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS
Analizar los resultados de la implantación de un programa para detectar medicación potencialmente inapropiada (MPI) en un Servicio de Urgencias (SU) y describir los grupos farmacoterapéuticos implicados con más frecuencia.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio unicéntrico, prospectivo, de 5 meses de duración (noviembre 2020-abril 2021) en las unidades de Observación y Corta Estancia del SU en un hospital de tercer nivel con presencia física de un farmacéutico (lunes a viernes; 08.00h a 15.00h). Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con una edad de 70 años o más, polimedicados (5 fármacos crónicos o más). Se excluyeron aquellos con sedación paliativa y los institucionalizados.Los datos se obtuvieron de la historia clínica, el programa de prescripción electrónica asistida, el módulo de receta electrónica y la entrevista con el paciente y/o cuidador. Se revisó la medicación potencialmente inapropiada prescrita siguiendo los criterios Beers, Priscus y Stopp/Start.Las variables recogidas fueron: edad, sexo, número de medicamentos crónicos, número de fármacos y grupos farmacoterapéuticos considerados como MPI. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® utilizando el test t de student para muestras independientes. Se tomó $p < 0,05$ como relación estadísticamente significativa.

RESULTADOS
Se incluyeron 249 pacientes, con una mediana de edad de 81 años (70-97), siendo el 53% mujeres y el 47% hombres. Se revisaron un total de 2.684 medicamentos crónicos, con una mediana de 14 medicamentos/paciente (rango: 5-20). Se detectaron 137 MPI en el 44% de los pacientes, lo que suponía para estos pacientes una media de 1.2 MPI. El 81% de los pacientes tenían prescrito un solo MPI, 14% tenían prescritos dos, 4% tres y sólo 1% cuatro. Los fármacos más frecuentemente involucrados como MPI fueron: hipnótico-sedantes (92%), aumentando el riesgo de sedación prolongada, confusión y caídas; antipsicóticos (7%) incrementando los efectos extrapiramidales y deterioro de la función psicomotora; antiespasmódicos urinarios (4%) con riesgo de aumento de efectos adversos de perfil anticolinérgico (estreñimiento, sequedad de boca) y prolongación del intervalo QT; y diuréticos ahorradores de potasio (3%) con elevación del riesgo de hiperpotasemia. Al comparar el número de medicamentos crónicos que llevaban los pacientes sin y con MPI prescrita, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas (10,03 ± 13,23 vs. 11,80 ± 12,77 respectivamente, $p < 0,05$).

CONCLUSIONES
Los resultados obtenidos en nuestro hospital muestran que casi la mitad de pacientes mayores de 70 años que visitan el SU están en tratamiento con MPI, aumentando el riesgo de acontecimientos adversos y la necesidad de atención médica, con el coste que esto conlleva. Además, el número de medicamentos crónicos prescritos está relacionado con la prescripción de MPI, siendo mayor el riesgo de prescripción de MPI cuantos más medicamentos crónicos tienen prescritos los pacientes. A la vista de estos resultados consideramos que sería de gran utilidad implementar un programa de atención farmacéutica para valorar la adecuación de las prescripciones en pacientes de edad avanzada y fomentar la descripción de medicamentos para mejorar la seguridad en este grupo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

425. RELACIÓN ENTRE CONCENTRACIONES SÉRICAS DE VEDOLIZUMAB EN FASE DE INDUCCIÓN Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

AUTORES
MARTÍN GIL M, MARTÍN GUTIÉRREZ N, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, REBOLLO DÍAZ N, MUÑOZ NUÑEZ F, PADULLÉS ZAMORA N, MIARONS FONT M, OTERO LÓPEZ MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO DE SAN VICENTE, 182, 37007 SALAMANCA. SALAMANCA

OBJETIVOS
Vedolizumab ha supuesto un importante avance en el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) en aquellos pacientes que no han respondido o no son candidatos a líneas farmacológicas previas, incluidos fármacos anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF). El objetivo del estudio ha sido evaluar la capacidad predictiva de las concentraciones séricas de vedolizumab (CSV) determinadas en la fase temprana de inducción para predecir respuesta al tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio prospectivo, multicéntrico y multidisciplinar de 3 años de duración. Se incluyeron pacientes diagnosticados de CU moderada o grave, que iniciaron tratamiento con vedolizumab con la pauta indicada en ficha técnica y en los que se realizó un primer control de CSV en la semana 6 de la fase de inducción. El estudio fue autorizado por los CEIm de los centros participantes. Se recogieron datos demográficos, de tratamiento, clínicos [índice mayo parcial (Mayop)], endoscópicos [índice Mayo endoscópico (Mayoend)] y biomarcadores de actividad [proteína C reactiva (PCR) y calprotectina fecal (CF)]. Se determinaron las CSV, en muestras pre-dosis de la semana 6, mediante técnica de inmunoabsorción ligada a enzimas (ELISA).Se consideraron pacientes respondedores a aquellos con respuesta bioquímica: CPF < 100 mg/kg y reducción de PCR respecto a valor basal; respuesta clínica: Mayop < 3; y respuesta endoscópica: valor índice Mayoend < 2. Se definió falta de respuesta precoz como la necesidad de administrar una dosis adicional en la semana 10 de inducción, y respuesta a largo plazo como aquella mantenida durante el primer año sin necesidad de intensificar el tratamiento debido a pérdida de respuesta.Se realizó un análisis de curvas ROC, con el fin de determinar el punto de corte de las CSV obtenidas en la semana 6 para la respuesta precoz y a largo plazo.

RESULTADOS
Se incluyeron 30 pacientes (13 mujeres), con una mediana (rango) de edad de 55 (18-85) años, de los que 16 habían recibido previamente terapia con anti-TNF. La mediana de CSV (rango) en la semana 6 fue de 19,2 (10,0-43,2) µg/mL.Diez pacientes precisaron una administración extra en la semana 10 de inducción, debido a falta de respuesta precoz. El punto de corte óptimo para la curva ROC en pacientes monitorizados en la semana 6 y a partir del que se observó respuesta precoz fue de 16,7 µg/mL, con un área bajo la curva (AUC) de 0,794 (IC95%: 0,600- 0,989; p < 0,05).A lo largo del primer año de tratamiento, 16 pacientes fueron intensificados y a 10 pacientes se les suspendió el tratamiento debido a pérdida de respuesta. El punto de corte de buena respuesta a largo plazo para la curva ROC de CSV en la semana 6 fue de 24,09 µg/mL, AUC: 0,837 (IC95%: 0,688-0,986; p < 0,05).

CONCLUSIONES
En esta cohorte limitada de pacientes se observó una relación entre las CSV determinadas en la semana 6 y la respuesta a la terapia a corto y largo plazo en pacientes con CU tratados con vedolizumab. Por tanto, la monitorización temprana de las CSV en la fase de inducción podría ser útil como herramienta predictiva de la respuesta al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

356. ESTUDIO MULTICÉNTRICO, OBSERVACIONAL Y PROSPECTIVO DE PACIENTES TRATADOS CON INHIBIDORES DE LA PCSK9. REAL-WORLD EVIDENCE. ANÁLISIS INTERMEDIO.

AUTORES
SEIJAS AMIGO J, GAYOSO REY M, MAURIZ MONTERO MJ, SUAREZ ARTIME P, CASAS MARTINEZ A, DOMIGUEZ GUERRA M, GONZALEZ FREIRE L, ESTANY GESTAL A
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE SANTIGO. C/TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS
El estudio observacional, multicéntrico y prospectivo para evaluar los cambios en la función cognitiva en pacientes tratados con inhibidores de la proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 (iPCSK9) (Estudio MEMOGAL) tiene como objetivo principal y a medio-largo plazo evaluar estos posibles cambios de la función cognitiva. El objetivo de este estudio preliminar es evaluar 1) Indicaciones de prescripción y análisis descriptivo de pacientes tratados con iPCSK9 durante la pandemia COVID-19; 2) Valorar la eficacia en reducción de colesterol-LDL (c-LDL) y diferencias entre Alirocumab y Evolocumab; 3) Reportar seguridad de los iPCSK9.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se trata de un análisis prospectivo con información de vida real (Real-World Evidence-RWE) de pacientes tratados por primera vez con iPCSK9 en las condiciones actuales de financiación en las consultas externas de Farmacia de 12 Hospitales del Sistema Sanitario Público (SNS) desde mayo 2020-mayo 2021. Se tomaron como valores basales de c-LDL los previos al inicio del tratamiento con iPCSK9 una vez firmado el consentimiento informado y como seguimiento los valores a los 6 meses. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 89 pacientes (edad media de 60,44 años; el 27% mujeres). El 25,8% presentaban hipercolesterolemia familiar, el 86,5% enfermedad cardiovascular y un 53,9% intolerancia a estatinas. El 20,2% presentaban diabetes y el 58,4% hipertensión. Un 78,8% de los pacientes recibía tratamiento con estatinas de alta intensidad, un 19,2% de intensidad media y un 1,9% de baja intensidad. Las estatinas más usadas fueron Rosuvastatina (34,1%) y Atorvastatina (20,5%). Un 62,9% estaban en tratamiento con Ezetimiba. El nivel basal de c-LDL fue 148,36 mg/dL y de 71,11 mg/dL al seguimiento (hasta 6 meses). 46 pacientes fueron tratados con Evolocumab (51,7%) y 43 con Alirocumab (49,3%). Los pacientes tratados con Alirocumab presentaban valores basales de 144,86 y de 73,30 al seguimiento y con Evolocumab de 151,63mg/dL basal y 69,26 mg/dL al seguimiento. La reducción de c-LDL fue de 51,14 %, siendo para Evolocumab 51,21% y Alirocumab 51,05%. El 43,1% presentaban a los 6 meses valores > 70mg/dL, el 19,4% entre 55 y 69 mg/dl y el 37,5% < 55 mg/dL. Los pacientes que obtuvieron una reducción > 50% de c-LDL fueron el 58,3%. Los eventos adversos presentados fueron: Reacción en el lugar de inyección (N=2), mialgias (N=1), síntomas pseudogripales (N=1) y deterioro neurocognitivo (N=1).

CONCLUSIONES

1) Más de la mitad de los pacientes tratados con iPSCK9 se debe a intolerancia a estatinas y en el 86% es en prevención secundaria; 2) Los pacientes tratados con iPCSK9 durante la pandemia presentan valores de reducción similares a los ensayos clínicos pivotales. A pesar de esto, un 39% no alcanzaron las recomendaciones de las guías ESC/EAS (< 55 mg/dL y/o reducción > 50%). No hubo diferencias significativas en la media de % de reducción de c-LDL entre Evolocumab y Alirocumab: 51,21% vs 51,05% (p=,972) ; 3) No se observaron eventos de especial interés con el uso de estos fármacos. El posible deterioro cognitivo será analizado como variable principal una vez completado el estudio MEMOGAL (NCT04319081).

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

770. COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN FARMACIA EN LA REDOSIFICACIÓN DE JERINGAS DE DUPILUMAB PARA PEDIATRÍA. EFICACIA Y SEGURIDAD

AUTORES

CID ALMENDROS S, PENA VILLANUEVA P, RUIZ GALVEZ L, GUERRERO GARCIA L, ALVAREZ EXPOSITO L, GARCIA MUÑOZ E, MARTINEZ BERNABE EM, GONZALEZ MARTINEZ J

HOSPITAL COMARCAL DE BLANES. ACCÉS CALA SANT FRANCESC, 5. GIRONA

OBJETIVOS

Describir el reacondicionamiento de dupilumab para un paciente pediátrico.Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Trabajo realizado por el técnico de Farmacia en colaboración con el farmacéutico del área de preparados estériles, con el fin de dar cobertura a un paciente pediátrico sin alternativas terapéuticas comercializadas.Paciente pediátrico que requiere una dosis de 200mg (comercializada solo presentación de 300mg en jeringa no-dosificada). Se realizó una búsqueda bibliográfica en PUBMED y una consulta al laboratorio fabricante sobre la estabilidad del medicamento. También se habló con el hospital de referencia en dermatología pediátrica para conocer su sistemática. Con los resultados se elaboró un protocolo normalizado de trabajo (PNT) que definía todo el proceso de elaboración.Se registró la edad, la aparición de reacciones adversas (RA) y las siguientes variables clínicas: EASI, PGA y DLQI antes de iniciar el tratamiento y a las 16 semanas post-tratamiento. El tratamiento se consideró eficaz si a las 16 semanas el paciente presentaba dos criterios: una reducción del EASI-50 ≥50%, además de una reducción del PGA ≥2 puntos.Se consideró que el tratamiento era seguro si no se producían reacciones adversas graves. Se tuvo en cuenta sólo aquellas reacciones que requirieron una consulta médica. Para valorar la eficacia y seguridad se consultó la historia clínica electrónica, al médico responsable y al paciente. Las variables se registraron en una hoja de cálculo.

RESULTADOS

No se encontraron datos de estabilidad en la búsqueda bibliográfica en PUBMED ni el laboratorio aportó información al respecto. Del hospital de referencia nos enviaron su PNT, que estaba alineado con las Guías de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria (GBPP). Con toda esta información, se elaboró nuestro PNT: en cabina de flujo laminar horizontal cargar en una jeringa de plástico luer-lock 0,66ml por cada 100mg que se necesitase administrar. La jeringa se dispensó en una bolsa fotoprotectora para su administración inmediata. El resto de medicación no utilizada se conservó en nevera en la jeringa de vidrio original con una caducidad de 14 días, calculado según la matriz de riesgo de preparados estériles de las GBPP.El paciente de 10 años presentó antes de iniciar un EASI=60, PGA=4 y DLQI=28. A las 16 semanas presentó EASI=55 (disminución del 8,3%), PGA=4 (sin variación) y DLQI=25. Durante este periodo presentó una única RA: sequedad ocular no grave que requirió visita con oftalmología.

CONCLUSIONES

La intervención del Servicio de Farmacia, y en concreto del técnico en Farmacia, ha sido imprescindible a la hora de buscar soluciones para dar cobertura a las necesidades del paciente elaborando un PNT de reacondicionamiento del dupilumab.El tratamiento con dupilumab ha sido seguro pero ineficaz en este paciente.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1021. ESTUDIO DE ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE DOS COLIRIOS DE METILPREDNISOLONA AL 0.1 Y 1%

AUTORES

MERINO BOHÓRQUEZ V, BERISA PRADO S, DELGADO VALVERDE M, CASTILLEJO GARCÍA R, ALONSO HERREROS JM, CAÑETE RAMIREZ C, DAVILA POUSA MDC, CAMEAN FERNANDEZ M

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA MACARENA. AVDA. DR. FEDRIANI 3. SEVILLA

OBJETIVOS

La metilprednisolona (MTP) es un corticoide de potencia media, elaborado en colirio se utiliza para indicaciones como Síndrome ojo seco o Síndrome Sjögren y patologías de la superficie ocular. Tiene la gran ventaja de no contener conservantes. Debido al extendido uso y a la falta de estudios de estabilidad, el objetivo de este trabajo es estudiar la estabilidad fisicoquímica y microbiológica de dos colirios de metilprednisolona al 0.1 y 1% durante 90 días.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboraron los dos colirios de MTP de dos concentraciones al:1%: partiendo de un vial de metilprednisolona 500 mg, reconstituir con 10 mL de agua para inyección (concentración de 50 mg/mL). 0.1%: partiendo de un vial de metilprednisolona 40 mg, reconstituir con 10 mL de agua para inyección (concentración de 4 mg/mL).Posteriormente se diluyen con cloruro sódico 0.9% hasta 50 mL. Y se alicuotan previa filtración esterilizante (filtro PES 0.22 micras) en envases de colirio esteril debidamente etiquetados.Se almacenaron en lotes de tres envases de colirios por cada condición de almacenamiento, según normas ICH: refrigeración (5±3ºC), temperatura ambiente (25±2ºC) y 40ºC (±2ºC). Una vez validada la técnica analítica, se realizaron controles fisicoquímicos de contenido en principio activo por Cromatografía Líquida de Alta Resolución acoplada a detector ultravioleta de diodos en serie (HPLC-DAD, Agilent 1260 Infinity), control de pH (pHmetro Crison GLP21), control de osmolalidad (OsmoSTATION® OM-6050 ARKRAY) y controles visuales. El rango de estabilidad se estableció 90-110% en contenido de MTP. Se realizó un estudio de esterilidad microbiológica en las condiciones de refrigeración, tanto en envases abiertos (hasta 30 días), como en envases cerrados (hasta 90 días), aplicando los criterios de la USP.

RESULTADOS

La condición a 5ºC fue la más estable, así el colirio al 0.1% se degradó por debajo del 90% a partir del día 21 y el del 1% a partir del día 42. La variación del pH no fue ≥1 unidad en todas las formulaciones almacenadas a 5ºC, siendo ≥1 en el resto. La osmolalidad no sufrió cambios superiores al 5% comparando día 0 y día 90 en todas las condiciones de almacenamiento. Las muestras de los colirios de MTP al 1% almacenados a 40 ºC y 25 ºC presentan un precipitado blanco a partir del día 14 y 28 respectivamente. Los colirios al 0.1% almacenados a 40 ºC y 25 ºC presentaron partículas en suspensión en el día 90. No hubo cambios de color durante los 90 días. Las pruebas de esterilidad microbiológica demostraron esterilidad durante los 90 días en los envases cerrados, pero en los abiertos mostraron contaminación a partir del día 21.

CONCLUSIONES

- Los colirios de MTP al 0,1% presentan una estabilidad fisicoquímica y microbiológica de 21 días en refrigeración, frente los 42 días que presentan los colirios al 1% en la misma condición de almacenamiento, aunque una vez abiertos por limitación de no llevar conservantes no deben usarse más de 7 días.- Los factores limitantes de estabilidad son: concentración de fármaco, temperatura, pH y la susceptibilidad microbiológica.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1035. MAPA DE UTILIZACIÓN DE MEZCLAS ANALGÉSICAS POR VIA PARENTERAL E INTRATECAL EN ESPAÑA (PROYECTO MEDPAIN): RESULTADOS PRELIMINARES

AUTORES

LARA CÁTEDRA C, LÓPEZ CABEZAS C, GARCÍA LÓPEZ I, GARCÍA CABRERA E, ALONSO HERREROS JM, MARTÍN DE ROSALES CABRERA AM, SALA VILAJOSANA N, ELVIRO LLORENS M

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. PASEO DE LA CASTELLANA Nº 261 28046 MADRID. MADRID

OBJETIVOS

Conocer las principales mezclas analgésicas (MA) que se utilizan en España para el tratamiento del dolor agudo, dolor crónico y sedación paliativa por vía parenteral e intratecal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal, multicéntrico. Se diseñó un cuestionario multirespuesta utilizando el software RedCap©, para su distribución a los socios de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Se requirió un cuestionario por hospital o centro sociosanitario y consentimiento para participar en el estudio. Se solicitaron: nombre y nivel del hospital/centro sociosanitario y Comunidad Autónoma (CA), así como información sobre las principales mezclas analgésicas utilizadas en cada centro: composición farmacológica de la MA, vía de administración, indicación, tipo de paciente (adulto/pediatría), ámbito en el que se utiliza (hospitalario/domicilio) y si la preparación se realiza en el Servicio de Farmacia o no. Se define como MA aquella cuya composición incluye dos o más principios activos, de los cuales al menos uno es un analgésico. Una misma combinación de fármacos a distintas concentraciones o administrada por diferentes vías, se considera una misma mezcla a efectos de este estudio. Para considerar válido un cuestionario, al menos debía tener la información completa de una MA.

RESULTADOS

Se recibieron 120 respuestas de aceptación a participar en el estudio, de las que 63 (52,5%) se consideraron válidas, representando a 13 CA. El 38,1% de los centros participantes fueron hospitales comarcales y el 36,5% hospitales de referencia. Se cumplimentaron un total de 433 MA que según la definición del estudio se corresponden con 89 MA diferentes. La mayoría de las mezclas registradas (91,5%) se usan en el ámbito hospitalario. Respecto a su indicación, el 50,2% se usan para dolor agudo (mayoritariamente postoperatorio), el 27,8% para sedación paliativa y el 12% restante para dolor crónico y sedoanalgesia. El 93,8% de las MA registradas se utilizan en pacientes adultos y el 6,2% en pediatría. En cuanto a los fármacos más utilizados, destacan morfina y tramadol como opiáceos (aparecen en el 38,1 y 17,6% del total de las MA respectivamente) y metamizol entre los analgésicos no opiáceos (11,5%). Entre los fármacos adyuvantes más utilizados destacan midazolam (24,2%), butilescopolamina (22,4%), metoclopramida (18,3%) y ondansetron (16,4%). Finalmente, las combinaciones de fármacos más repetidas en las mezclas recibidas fueron morfina/midazolam (93/433(21,5%)), seguido de tramadol/metamizol (26/433 (6%)) y tramadol/dexketoprofeno (23/433 (6%)). Aunque prácticamente la mitad de las mezclas estaban compuestas por dos fármacos (49,4%), también se han registrado mezclas de tres (37,4%), cuatro (11,1%) y cinco componentes (2,1%). La principal vía de administración de las MA analizadas es la

intravenosa (66,7%), seguida de la subcutánea (24,5%), epidural (15%) e intratecal (3,2%). Únicamente el 22% de las MA registradas en la encuesta se preparan en el servicio de Farmacia.

CONCLUSIONES

Con una buena representatividad territorial, de centros sanitarios y número de mezclas, este es el primer estudio que refleja la variabilidad de mezclas analgésicas que se utilizan en el tratamiento del dolor a nivel nacional. Es el primer paso para aportar información sobre compatibilidad, estabilidad físico-química y manejo correcto de estos fármacos para garantizar un tratamiento óptimo y seguro.

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

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

1005. IMPACTO DE LA CENTRALIZACIÓN DEL PROCESO DE REENVASADO

AUTORES

MUÑOZ LÓPEZ MA, GARCÍA PRIETO EM, SÁNCHEZ MARTÍNEZ R, OLMO RIVERA R, LUZÓN PÉREZ M, ROSARIO RODRÍGUEZ V, GARCÍA PEÑUELAS C, FERNÁNDEZ SALA X

CENTRE ASSISTENCIAL EMILI MIRA. PRAT DE LA RIBA, 171. BARCELONA

OBJETIVOS

Durante el año 2020 se procedió a la centralización en un único hospital del reenvasado de formas farmacéuticas sólidas procedentes de cuatro centros asistenciales. Esta estrategia se pudo llevar a cabo gracias a la adquisición de un robot de cortado y reenvasado en dosis unitarias.El objetivo del estudio es evaluar el rendimiento de la centralización del proceso de reenvasado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se compararon dos períodos: previo a la centralización del reenvasado (pre-centralización) (enero-marzo de 2019) y posterior a dicha centralización (post-centralización) (enero-marzo de 2021). Datos recogidos: diferentes presentaciones farmacéuticas reenvasadas, número de unidades de cada una de ellas, número de veces que se reenvasó una misma presentación, tiempo invertido en esta actividad por parte del técnico de farmacia y ratio ''unidades /número veces reenvasadas''.

RESULTADOS

Periodo pre-centralización: se reenvasaron 414 presentaciones farmacéuticas diferentes y 210.224 unidades.Periodo post-centralización: se reenvasaron 269 presentaciones farmacéuticas y 204.229 unidades.El rendimiento del reenvasado en aquellas presentaciones farmacéuticas de mayor volumen de reenvasado fue el siguiente: (Ratio unidades /número veces reenvasadas en 2019 y 2021 respectivamente): clometiazol 192 mg 7.374/25 (295,0); 6.236/19 (328,2), calcio carbonato 1250 mg/vitamina D 3.002/18 (166,8); 2.917/10 (291,7), ácido fólico 5 mg 5.410/16 (338,1); 4.799/10 (479,9), litio carbonato 400 mg 4.300/18 (238,9); 2.096/6 (349,3), levomepromazina 25 mg 3.924/9 (436); 3.076/6 (512,7), folinato cálcico 15 mg 1.820/12 (151,7); 709/4 (177,3), levodopa 25mg/ carbidopa 100 mg retard 320/4 (80,0); 996/4 (249,0), clonidina 0,15 mg 150/3 (50,0); 639/4 (159,8), tacrolimus 1 mg 812/16 (50,8); 1014/6 (169,0), levotiroxina 75 mcg 300/7 (42,9); 702/3 (234).Tiempo total invertido de 455,5 horas en el periodo pre-centralización frente a 340,4 horas en el periodo post-centralización.

CONCLUSIONES

- La centralización del reenvasado en un único centro ha optimizado la eficiencia del proceso mediante la obtención de una ratio superior del número de unidades reenvasadas de una presentación farmacéutica frente al número de veces que se reenvasa dicha presentación.- La adopción de esta estrategia también permite optimizar el tiempo invertido en esta tarea.- La unificación del reenvasado permite asignar la responsabilidad de esta tarea a técnicos concretos de farmacia, lo que reduce la variabilidad introducida en el proceso.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

538. DESARROLLO DE UN MODELO CINÉTICO POBLACIONAL DE TEICOPLANINA PARA PACIENTES ADULTOS CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS MALIGNAS

AUTORES

GARCÍA HERVALEJO M, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, CONDE GONZÁLEZ I, AVENDAÑO PITA A, OTERO LÓPEZ MJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO DE SAN VICENTE, 182, 37007 SALAMANCA. SALAMANCA

OBJETIVOS

Desarrollar un modelo farmacocinético poblacional (PopPK) que describa el comportamiento de teicoplanina en pacientes hematológicos que incorpore los principales factores que puedan afectar a su dosificación, y proponer un régimen posológico optimizado que permita alcanzar concentraciones terapéuticas desde el inicio del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado entre febrero de 2021 y abril de 2021. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de neoplasias hematológicas malignas en tratamiento antibiótico, tanto empírico como dirigido, con teicoplanina. Se recogieron datos demográficos, de tratamiento, clínicos y bioquímicos [albumina sérica (ALB), proteínas totales, creatinina sérica (CR), plaquetas, proteína C reactiva]. Todos los pacientes recibieron dosis iniciales intravenosas de 600 mg cada 12 h, posteriormente se optimizó el tratamiento mediante la monitorización de las concentraciones plasmáticas de teicoplanina (CPT). Las CPT fueron determinadas justo antes de la administración, con un primer control a las 24 h del inicio del antibiótico, y analizadas mediante técnica de inmunoensayo turbidimétrico (QMS® Themofhiser).El análisis PopPK se realizó aplicando 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). 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 factores identificados sobre la exposición al fármaco y su posible repercusión en la dosificación de teicoplanina.

RESULTADOS

Se incluyeron 60 pacientes (31 mujeres), con un diagnóstico de linfoma no Hodgkin (n=18), leucemia mieloblástica aguda (n=13), mieloma múltiple (n=10), leucemia linfoblástica aguda (n=5) y otras neoplasias hematológicas (n=14). La mediana (rango) de edad fue 61,5 (23-92) años y el peso corporal total de 72,5 (43-130) kg. Se analizaron un total de 113 muestras, con una CPT media (DE) de 14,23 (8,23) µg/mL.La cinética de teicoplanina se caracterizó mediante un modelo de un compartimento con eliminación de orden uno. El volumen de distribución (Vd) fue estimado en 98,7 L y el aclaramiento (CL) según la siguiente ecuación:CL(L/h)= (0,03*PESOideal_ajustado – 20,4) * (2,21 -0,3 ALB) * (FGCR /72,4)0.315.Donde: PESOideal_ajustado (Kg) = PESOideal+(PESOtotal-PESOideal)*0,25; ALB en g/dL y FGcr: filtrado glomerular estimado con la fórmula CKD-EPI en mL/min .La variabilidad interindividual del CL (coeficiente de variación) fue del 26,5% y la variabilidad residual (aditiva) del modelo fue 2,89 µg/mL.Las simulaciones mostraron que los pacientes con función renal normal precisan 3 dosis de carga de 12 mg/kg (calculadas con el peso ideal ajustado) cada 12 h, para asegurar concentraciones terapéuticas (> 15 µg/mL) a partir de las 24 h del inicio de tratamiento, que se mantendrían con dosis diarias de mantenimiento de 10 mg/kg.

CONCLUSIONES

Se ha desarrollado un modelo PopPK que permite caracterizar el comportamiento cinético de teicoplanina en pacientes hematológicos e incluye el peso ideal ajustado, la ALB y el FGcr como factores que afectan a su aclaramiento. Los pacientes podrían beneficiarse de 3 dosis de carga de 12 mg/kg cada 12 h, con las que presentarían concentraciones óptimas a las 24 h de iniciar el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

528. EXPERIENCIA CLÍNICA EN LA DISCONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA TIROSIN CINASA EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA.

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

El objetivo de este estudio ha consistido en 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 cuatro años de duración (2017-2021) 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 BRC-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

Se incluyeron un total de 72 pacientes. El 63.9% varones y la edad media de 58.1±16.9 años. La distribución de tratamientos fue:- Imatinib: 63.9% (46) de los pacientes. Todos, menos un paciente, en primera línea.- Nilotinib: 27.8% (20). El 65% en primera línea.- Dasatinib: 6.9% (5). El 80% (4) en segunda línea.- Bosutinib: 1.4% (1), en segunda línea. En el 44.4% (32) se ha realizado una discontinuación: el 62.5% en tratamiento con imatinib, el 31.3% con nilotinib y el 6.3% con dasatinib. Los niveles de expresión de BCR-ABL en el momento de la discontinuación fueron indetectables en el 62.5% de los pacientes y en el resto (37.5%) el valor medio de expresión fue de 0.00399±0.005%.El 75% de los pacientes han logrado mantener la discontinuación del tratamiento durante el periodo de estudio. La media en el tiempo de discontinuación ha sido de 18.1±9.1 meses (3.1-38.1). En el 25% (8) de los casos se produjo una pérdida respuesta, suponiendo un fracaso de la discontinuación y el reinicio del tratamiento, 5 se encontraban en tratamiento previo con

imatinib y 3 con nilotinib (p=0.77). Los pacientes que fracasaron lo hicieron en una media de 6.5±3.6 meses (3.1-13.8). Un 9.4% (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, sin embargo esto no ocurrió en los dos casos restantes, que continuaron discontinuados. Los pacientes que experimentaron SR estaban en tratamiento previo con imatinib (1), nilotinib (1) y dasatinib (1).

CONCLUSIONES

Con este estudio hemos mostrado los resultados, en condiciones de práctica clínica habitual, de una serie de casos (32 pacientes) sobre los que ya se ha realizado la discontinuación con ITC en el tratamiento de la LMC. Tras una media de 18 meses de seguimiento, los datos obtenidos son similares a los descritos en la bibliografía, observándose que no existe una diferencia significativa en la tasa de fracaso entre los ITC de 1ª y 2ª generación y mostrando resultados esperanzadores con esta estrategia terapéutica.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1055. CARACTERIZACIÓN DEL ESTIGMA SOCIAL EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

AUTORES

LÓPEZ GARCÍA Á, VÉLEZ DÍAZ-PALLARÉS M, PEÑA PEDROSA JA, SANMARTÍN FENOLLERA P, MARTÍNEZ NIETO C, SÁNCHEZ-RUBIO FERRÁNDEZ J, ONTENIENTE GONZÁLEZ A, IGLESIAS PEINADO I

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARRETERA DE TOLEDO, KM 12,500. MADRID

OBJETIVOS

Las personas que viven con VIH (PVVIH) son víctimas del estigma social que, por su impacto sobre la salud mental, puede afectar a la salud global, a la calidad de vida y a la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR).El estigma tiene dos componentes, experimentado, compuesto por vivencias personales (PS) y la percepción de estigma en la sociedad (CPA), e internalizado, compuesto por la autopercepción negativa (NSI) y el estigma anticipado (DC). Este trabajo pretende cuantificar el estigma de las PVVIH en TAR y analizar los posibles factores relacionados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico (5 centros), observacional, prospectivo y transversal. Se incluyeron PVVIH adultas en TAR dispensado desde el área de pacientes externos. Se excluyeron pacientes con tiempo desde diagnóstico (TD) inferior a 3 meses. El estigma global y sus componentes se midieron mediante el cuestionario validado VIH-Stigma-Scale traducido al castellano, con 40 ítems, puntuados de forma directa del 1 al 4 (“muy en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “de acuerdo” y “muy de acuerdo” respectivamente). El resultado es directamente proporcional al estigma; para cada componente se obtiene sumando los valores de los ítems que lo conforman.Como posibles factores asociados se analizaron edad, edad de diagnóstico, vía de transmisión, género, orientación sexual, identidad de género, soporte familiar, soporte de grupo, visibilidad social del estado serológico, situación de pareja, situación laboral e implicación en el trabajo sexual.Para la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas, y según su normalidad, se utilizó la T de Student o la U de Mann Whittney. Entre variables cuantitativas se estudió la correlación de Spearman.Se consideraron estadísticamente significativos los p-valor inferiores al 5%. El estudio fue aprobado por el comité ético y de investigación con medicamentos.

RESULTADOS

Se incluyeron 60 participantes, de entre 26 y 63 años ($\bar{x}$=44,8±10,5); 52 eran hombres, 7 mujeres, y 1 persona no binaria. La puntuación media del VIH-Stigma-Scale fue de 2,37/4 (PS=2,1/4; CPA=2,3/4; NSI=1,7/4; DC=3,0/4). El porcentaje de respuestas sugestivas de estigma (valores 3 y 4) fue del 44,96% (PS=31,9%; CPA=40,9%; NSI=32,2%; DC=71,8%). Las mujeres reportaron mayor estigma que los hombres ($\Delta\bar{x}$=25,5 IC95%:4,3-42,7; p=0,017), incluyendo CPA ($\Delta\bar{x}$=14,18 IC95%:4,6-23,8; p=0,004).La falta de apoyo familiar se relacionó con mayor estigma ($\Delta\bar{x}$=20,9 IC95%:5,3-36,5; p=0,010), incluyendo PS ($\Delta\bar{x}$=13,1 IC95%:5,6-20,7; p=0,001), CPA ($\Delta\bar{x}$=10,4 IC95%:2,4-18,4; p=0,012) y NSI ($\Delta\bar{x}$=8,5 IC95%:2,7-14,3; p=0,004). También se relacionó la falta de apoyo de grupo con mayor estigma ($\Delta\bar{x}$=18,1 IC95%:3,7-32,5; p=0,015), incluyendo PS ($\Delta\bar{x}$=9,7 IC95%:2,5-16,8; p=0,009), CPA ($\Delta\bar{x}$=10,2 IC95%:2,9-17,5; p=0,007) y NSI ($\Delta\bar{x}$=7,5 IC95%:2,2-12,8; p=0,006).Las personas socialmente visibles reportaron menor estigma ($\Delta\bar{x}$=20,4 IC95%:8,4-32,3; p=0,001), incluyendo CPA ($\Delta\bar{x}$=8,3 IC95%:2,0-10,8; p=0,011), NSI ($\Delta\bar{x}$=7,4 IC95%:2,9-11,9; p=0,003) y DC ($\Delta\bar{x}$=7,3 IC95%:3,8-10,8; p=0,000).La vía de transmisión sexual se asoció con mayor DC que la vía de transmisión parenteral ($\Delta\bar{x}$=7,8 IC95%:2,7-13,0; p=0,011).Se confirmó correlación entre DC y TD (r=-0,295; p=0,01).

CONCLUSIONES

El estigma social en PVVIH sigue siendo un problema actual. El componente con más peso es el anticipado, relacionado con mantener en secreto el estado serológico.Las mujeres, las personas infectadas por vía sexual, sin apoyo social, no visibles socialmente o diagnosticadas recientemente son más vulnerables frente al estigma del VIH, lo cual deberá considerarse en posibles intervenciones futuras.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

183. ANÁLISIS DE LA FARMACOCINÉTICA, EFICACIA Y COSTES TRAS EL SWITCH A FACTORES FVIII DE VIDA MEDIA EXTENDIDA

AUTORES
MEGÍAS VERICAT JE, BONANAD BOIX S, PALOMERO MASSANET A, LARRODE LECIÑENA I, MARQUES MIÑANA MR, HAYA GUAITA S, CID HARO AR, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE DE VALENCIA. AVINGUDA DE 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 (t1/2) 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 rurioctocog-alfa/damoctocog-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: t1/2, 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 t1/2, ratio AUC, nº dosis semanales, dosis/kg/semana, coste, tasa anual de sangrados totales (ABR) y articulares (AJBR), %pacientes cero sangrados. 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 75 pacientes procedentes de 7 hospitales (45 rFVIII-Fc; 30 PEG-rFVIII), 69 con HA grave y 6 HA moderada, con mediana de edad de 26 años (RIC:14-41) y sin diferencias de peso entre periodos. Se redujo la frecuencia de dosis [3,0 (RIC:3,0-3,5) vs 2,0 (RIC:2,0-3,0); $p < 0,0001$] y la dosis/kg/semana [83,0 (RIC:64,3-111,1) vs 69,0 (RIC:48,8-97,0) UI/kg/semana; $p < 0,0001$]. Las medianas de reducción fueron 33,3% en frecuencia (RIC:0-33,3%) y 20,2% en dosis/kg/semana (RIC:9,7-33,3%), evitando 39,1 infusiones/paciente/año (RIC:0-52,2) y suponiendo ahorros de 24.112 €/paciente/año.Mejoraron significativamente ($p < 0,0001$) todos los parámetros PK (mediana y RIC): t1/2 [11,5 (9,3-14,8) vs 16,5 (12,5-23,3) h]; AUC [8428 (6809-10941) vs 15957 (12005-24349)]; NP [71,0 (56,0-84,0) vs 93,5 (72,0-102,3)]; NV24 [12,4 (8,6-17,1) vs 24,7 (18,8-38,7)]; NV48 [3,6 (1,9-5,4) vs 9,8 (5,7-17,5)]; NV72 [1,3 (0,9-2,4) vs 3,9 (2,0-8,6)]; T5% [42,0 (31,8-50,0) vs 63,4 (50,5-91,1)]; T2% [59,0 (47,3-76,0) vs 87,4 (70,4-125,3)]; T1% [79,3 (63,1-101,1) vs 113,8 (89,6-159,5)]. Tras el switch a EHL se obtuvieron medianas en los ratios t1/2 y AUC de 1,3 (RIC:1,1-1,7) y 1,8 (RIC=1,3-2,3), menor ABR [2,0 (0,0-4,0) vs 0,0 (0,0-1,0); $p < 0,001$] y AJBR [1,0 (0,0-2,3) vs 0,0 (0,0-1,0); $p < 0,001$], y mayor %pacientes con ceros sangrados totales (27,3% vs. 57,6%) y articulares (42,4% vs. 74,2%). Los ratios t1/2 y AUC fueron 1,4 (RIC:1,3-1,7) y 1,9 (RIC:1,4-2,4) en ≥12 años, 1,3 (RIC:1,0-1,4) y 1,3 (RIC:1,1-2,0) en < 12 años tratados con rFVIII-Fc (aprobado en pediatría). No se observaron diferencias entre rFVIII-Fc y PEG-rFVIII, pero sí menor ABR [1,0 (0,0-2,0) vs 0,0 (0,0-1,0); $p=0.022$] y AJBR [0,0 (0,0-2,3) vs 0,0 (0,0-0,0); $p=0,012$] con PEG-rFVIII.

CONCLUSIONES
Los EHL de FVIII han demostrado mejorar significativamente PK y reducir ABR, AJBR, frecuencia semanal y dosis/kg/semana. En nuestra cohorte se cumplen las mejoras en los ratios de t1/2 y AUC definidas. El switch PK-guiado permite individualizar la profilaxis, mejorando la eficacia y reduciendo costes.

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

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

348. UTILIZACIÓN DE PARCHES TRANSDÉRMICOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES
PRIETO GONZALEZ J, GARZON GAGO MJ, ESTEBAN TEJERO MI, FERNÁNDEZ DE LA VEGA L, BORREGO VILLANUEVA C, ALONSO CASTAÑÉ MD, DOMINGUEZ JUAN M, GIL VALIÑO C
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVDA REQUEJO, 35, 49022. ZAMORA

OBJETIVOS
Los parches, en general, no se deben cortar, ya que el fármaco podría liberarse de golpe, produciendo una sobredosificación o salirse del parche antes de ser absorbido por la piel, reduciendo así su efecto. Por ello, es importante respetar las condiciones de uso recogidas en ficha técnica y no modificarlas sin asegurarse de que existe evidencia disponible de ello. Nuestro objetivo fue analizar su uso por el personal de enfermería de aquellos disponibles en el hospital y comprobar su correcta utilización.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo donde se realizó una revisión bibliográfica utilizando la ficha técnica además de distintas bases científicas, también se comprobó si existían diferencias entre las presentaciones existentes, tanto genéricas (g) como marca comercial (m). Se elaboró una encuesta para conocer el uso de estos parches: rotigotina (m), nitroglicerina (m1 y m2), buprenorfina (m), rivastigmina (g y m), fentanilo (m), lidocaína (m), capsaicina (m), povidona iodada(m).Se repartió al personal de enfermería de los servicios de Traumatología, Urología, Cirugía, Neumología, Medicina Interna, Cardiología, Digestivo, Hematología-Neurología, Unidad de cuidados intensivos (UCI) y Urgencias. La encuesta constaba de 11 preguntas con respuestas dicotómicas si/no en la mayoría: ¿Se prepara y revisa la zona de aplicación antes de administrarlo? ¿Rotáis las zonas de aplicación? ¿Cuál es la zona más frecuente de administración? brazo, tronco, otras. ¿Los cortáis? En caso de afirmación cuál: rotigotina, nitroglicerina (m1 y m2),buprenorfina, rivastigmina (m y g), fentanilo, lidocaína, capsaicina y povidona yodada ¿Si se mojan tenéis especial cuidado? ¿Cómo los manipuláis a la hora de administrar y retirar? Guantes, no protección ¿Anotáis la hora de administración y retirada? ¿Qué frecuencia es la más utilizada?24, 48, 72 ó 96 horas (h).Cuándo lo retiráis ¿tomáis alguna medida (contenedor residuos, plegarlo…)? Si se despega, ¿lo reemplazáis o esperáis a la siguiente administración? reemplazo, espero ¿Retiráis el parche si se va a realizar alguna prueba diagnóstica?

RESULTADOS
Distribución: 200 encuestas, participación: 55%(110). Los servicios de Digestivo, Urgencias y UCI mayor participación. Resultados de la encuesta: -90,9%(100) prepara y revisa la zona de aplicación. -97,3%(107) rota la zona de aplicación. -Zona de administración: tronco: 90,9%(100), brazo: 4,5%(5) otras: 4,5%(5). -50,9%(56) los cortan: 1,8%(1) nitroglicerina m1; 5,4%(3) nitroglicerina m2; 1,8%(1) rivastigmina m; 3,6%(2) rivastigmina g; 21,4%(12) buprenorfina; 46,4%(26) fentanilo; 51,8%(29) povidona yodada. -74,5%(82) tienen especial cuidado si se mojan. -97,3%(107) utilizan guantes para manipularlos. -86,4%(95) anota la hora de retirada y administración. -Frecuencia: 50%(55): 72h; 40%(44): 24h y 10%(11): 48h. -50,9%(56) toma medidas para desecharlo. -73,6%(81) lo reemplaza; 16,4%(18) espera; 5,5%(6) depende; 1,8%(2) pregunta al médico; 2,7%(3) no contestaron. -3,6%(4) lo retira previo a realizar prueba diagnóstica. De la revisión bibliográfica se obtuvo que sólo los parches de matriz homogénea y totalmente adhesivos podrían fraccionarse nitroglicerina (m1), nitroglicerina(m2),buprenorfina, capsaicina y povidona yodada. En ningún caso se podrían cortar rotigotina, rivastigmina (m y g),ni fentanilo.

CONCLUSIONES
En general se hace un uso correcto de los parches transdérmicos en nuestro hospital a excepción de los parches de fentanilo por lo que los técnicos de Farmacia podríamos elaborar herramientas (etiquetas, posters…) para fomentar una buena utilización de ellos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

688. ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN CENTRALIZADA DE VACUNAS ARN-MENSAJERO FRENTE A LA COVID-19 EN EL SERVICIO DE FARMACIA.

AUTORES
LÓPEZ MORALES S, PINTO MARTÍNEZ J, IZQUIERDO GARCÍA E, ESCOBAR RODRÍGUEZ I
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. AVENIDA GRAN VÍA DEL ESTE, 80. MADRID

OBJETIVOS
Describir el proceso de elaboración, acondicionamiento y su posterior validación de las vacunas ARNm en el Servicio de Farmacia (SF) para prevenir la Covid-19 causada por el SARS-CoV-2 mediante la inmunización activa.

MATERIALES Y MÉTODOS
Siguiendo las recomendaciones de las Guías de Buenas Prácticas (GBP), de las fichas técnicas (FT) y de las autoridades sanitarias, desde principios de enero del 2021 se organizó el proceso de elaboración centralizada en el SF de las vacunas ARNm para profesionales sanitarios y grupo 7 (pacientes de muy alto riesgo) según la estrategia de vacunación nacional. Se elaboraron en cabina de flujo laminar horizontal (CFLH) en sala blanca del SF siguiendo técnica aséptica. Los viales fueron previamente atemperados según FT para cada vacuna dependiendo de si estaban en nevera (2-8ºC) o congelador (-80ºC o -20ºC).Según la técnica de elaboración, es necesario invertir suavemente el vial antes de proceder a la carga de cada dosis y en el caso de esta marca fue necesaria una dilución previa con 1,8ml Suero salino fisiológico (SSF) 0,9% invirtiendo antes y después de esta. Se cargaron con aguja intramuscular de 23G en jeringas de un 1mL sin espacio muerto, eliminando las burbujas sin golpear ni agitar el vial y dejando purgada la aguja; repitiendo el proceso para cada dosis, sin pinchar en el mismo lugar del vial.Cada una de las jeringas se encapuchó y se etiquetó, acondicionándola individualmente en un sobre de papel. Una vez fuera de la CFLH se introdujeron en bolsa fotoprotectora y se etiquetaron indicando tipo de vacuna, lote, hora y día de elaboración.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), quedando como resultado final el conjunto CBBBAA para los 6 criterios.Por ello se considera preparación de riesgo medio, aunque su estabilidad máxima viene determinada por FT (6h a Tª ambiente), no teniendo suficiente estabilidad para asignarla por matriz de riesgo.Validación: Se realizó doble chequeo, primero por los técnicos en farmacia y después por los farmacéuticos, analizando: aspecto (puede contener partículas amorfas opacas blanquecinas o transparentes), control de volumen (0,3mL para una marca y 0,5mL para la otra.) y control de etiquetado.Además, fue necesario controlar los tiempos de elaboración para cada vacuna anotando la hora de apertura del vial.

RESULTADOS

Entre el 9/1/21 y el 30/4/21 se elaboraron un total de 7297 dosis entre las dos marcas. De estas fueron 656 para el Grupo 7 y 6641 para el personal sanitario.Obtuvimos un aprovechamiento máximo en la elaboración de las jeringas precargadas de 102,5%.

CONCLUSIONES

La centralización de la elaboración de las vacunas para la Covid-19 en el SF asegura un proceso aséptico, seguro y con control de calidad, permitiendo la optimización del proceso de vacunación en los hospitales, mejorando su eficiencia y seguridad.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1240. IMPACTO DEL CONFINAMIENTO SOBRE LA FRAGILIDAD DE LOS RESIDENTES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES

MIRALLES ANDREU G, RIZO CERDÁ AM, ORTIZ SAEZ P, JAVALOYES TORMO A, PASCUAL MARTÍNEZ M, MINUESA SÁNCHEZ R, SANSANO CLEMENT A, CÁNOVES ESCOLANO MÁ

SERVICIO DE FARMACIA SOCIOSANITARIO LA FLORIDA. C/SOCIEDAD CULTURAL DEPORTIVA BETIS FLORIDA, 43. ALICANTE

OBJETIVOS

El confinamiento debido a la COVID-19 ha afectado de manera negativa a la fragilidad de los pacientes en centros sociosanitarios. El objetivo de este estudio es describir el impacto del confinamiento sobre diferentes parámetros indicadores de fragilidad: la polifarmacia, el grado de dependencia, el riesgo de úlceras por presión y el deterioro cognitivo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo multicéntrico llevado a cabo en un Servicio de Farmacia sociosanitario. Se incluyeron los individuos de 3 residencias que habían permanecido institucionalizados durante el periodo de confinamiento en España(marzo-mayo 2020). Se recolectaron variables tales como sexo, edad, número de fármacos prescritos y puntuaciones de las escalas Barthel, Norton y Mini Examen Cognoscitivo de Lobo(MEC) de los 5 meses previos y los 5 meses posteriores al confinamiento. Los datos se obtuvieron de los registros del Servicio de Farmacia. Su distribución fue analizada con la prueba Kolmogorov-Smirnov,calculándose las medidas de dispersión y asociación según procediese. Para ello se empleó el programa estadístico SPSS Statistics 20.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 142 residentes con una prevalencia de hombres del 62,7% (89) y una edad media de 81±10 años, siendo su distribución: el 25,4% (36) tenían ≤74 años, el 33,1% (47) se situaban entre 75-84 años y el 41,5% (59) eran ≥85 años.La polifarmacia (N=133) se determinó con el número de fármacos prescritos, manteniendo su mediana en 9 fármacos tanto en el pre- como el post-confinamiento. El 45,1% (60) de los residentes sumaron al menos 1 fármaco en el periodo de 7 meses, detectándose un 42% con polifarmacia excesiva (≥10 fármacos). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar centro, edad o sexo.La escala Barthel (N=140) presentó una puntuación mediana de 50,0 (10,0-80,0) previa al confinamiento, resultando en 42,5 (6,3-80,0) tras el mismo. Las puntuaciones se agruparon en rangos, siendo más prevalente el grado de dependencia total previo (33,6%) y posterior (35,0%) al confinamiento. Al comparar entre periodos, el 60,1% (87) no sufrieron variaciones en la puntuación; sin embargo, un 25,0% (35) evolucionaron a grados de dependencia mayores, asociándose este aumento de la dependencia con el sexo masculino (p=0,04).La escala Norton (N=132) obtuvo una puntuación mediana de 15 (12-18) y 14 (11-18) previo y posterior al confinamiento respectivamente. En el 28,8%(38) de los residentes aumentó el riesgo de sufrir úlceras por presión, mientras que se redujo en el 24,2%(32). La escala MEC (N=44) mantuvo su puntuación mediana en 20,0 (7,3-25,0) durante el confinamiento En cambio, se detectó un deterioro del nivel cognitivo en el 45,5%(20) de los residentes, siendo este en el 80% de al menos 3 puntos en la escala.

CONCLUSIONES

Tras los meses de confinamiento por la COVID-19, se observó un aumento de la polifarmacia, del grado de dependencia, del riesgo de úlceras por presión y un deterioro significativo del nivel cognitivo. Además, casi la mitad de los residentes sufre polifarmacia excesiva. Todos estos factores son indicadores del aumento de la fragilidad de los residentes, pero debe completarse el estudio valorando su evolución respecto a años anteriores en los que no hubo limitación de la movilidad.

COMUNICACIONES ORALES OPERATIVAS

COMUNICACIONES ORALES OPERATIVAS

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

154. CREACIÓN DE UNA ESCUELA DE PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGÍA DE PRÓTESIS DE RODILLA

AUTORES
SOMOZA FERNÁNDEZ B, RIBED SÁNCHEZ A, MARTÍN LOZANO S, VEGA SAN VICENTE FM, MELGAREJO ORTUÑO A, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAÉZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ DR. ESQUERDO,46. MADRID

OBJETIVOS
Crear e implantar una escuela de pacientes que van a ser intervenidos de cirugía de prótesis de rodilla en el contexto de un programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Dicha escuela consiste en una consulta multidisciplinar donde se emiten las recomendaciones para hacer partícipe al paciente de su propio proceso quirúrgico y mejorar su seguridad.

MEJORAS ESPERADAS
El objetivo principal es disminuir las complicaciones y favorecer la recuperación postoperatoria.Otras mejoras:- reducir la estancia hospitalaria. La mediana de la estancia en 2019 fue 7 días (RIC 2-52).- disminuir los reingresos a los 30 días- evitar suspensiones de cirugía por una inadecuada preparación del paciente (en 2020 se suspendieron 14 cirugías por mal manejo de la medicación crónica y no ayuno previo)- conseguir una alta satisfacción del paciente- mejora de la calidad de vida

DISEÑO
En 2019 se creó un equipo multidisciplinar compuesto por traumatólogos, enfermeras, y farmacéuticos. Otros profesionales de apoyo fueron anestesiólogos, nutricionistas y rehabilitadores. Se realizaron 10 reuniones para desarrollar el programa ERAS y crear un documento informativo y cronograma quirúrgico para entregar al paciente en la escuela, y ejercicios para su recuperación. En 2021, se creó la agenda de Farmacia en la historia clínica electrónica para comenzar a citar a los pacientes.

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Creación del grupo (2019)2. Desarrollo del programa ERAS (2020)3. Implantación de la escuela (2021)

IMPLANTACIÓN
Los pacientes son citados la semana previa a la cirugía, y acuden a un aula del hospital donde el traumatólogo y la enfermera explican en qué consiste la intervención, la preparación y el postoperatorio. El farmacéutico atiende individualmente a cada paciente para conciliar la medicación y realizar las recomendaciones respecto a la misma. Entrega el manual informativo y el gel de clorhexidina para el lavado el día previo a la intervención. Se toman los exudados nasales para la detección de portadores de S.aureus. El farmacéutico revisa el resultado, y en caso de positivo, cita al paciente para dispensar la mupirocina nasal y realizar la atención farmacéutica

RESULTADOS
Entre marzo y abril, se han atendido a 23 pacientes. El 26,1% estaban antiagregados y/o anticoagulados. La mediana del número de fármacos crónicos fue 8. El 60,9% había entendido correctamente o recordaba el manejo preoperatorio de su medicación crónica. Se realizaron 30 intervenciones farmacéuticas preoperatorias. (AINES, antihipertensivos y antidiabéticos principalmente).El 13,0% de los pacientes fueron portadores nasales de S. aureus. Todos fueron citados por el farmacéutico y se administró correctamente la mupirocina.No se suspendió ninguna cirugía. Todos los pacientes fueron conciliados tras la misma (20 intervenciones farmacéuticas).La mediana de la duración de la estancia hospitalaria fue 5 días (3-6). Ningún paciente reingresó a los 30 días de la intervención. Todos los pacientes presentaron una satisfacción muy alta respecto la escuela (9,8/10).

LIMITACIONES
La pandemia actual lleva a extremar las medidas de prevención en la realización de reuniones.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
La participación multidisciplinar y la sistematización y protocolización del programa hacen que sea fácilmente reproducible en otros Servicios de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

1316. PROYECTO PILOTO DE INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES Y RESULTADOS INICIALES

AUTORES
SUAREZ-LLEDÓ GRANDE A, GAMARRA CALVO S, ALCALÁ SOTO Á, ESTOPIÑA ANTOLÍ M, BADÍA TAHULL MB, MALCHAIR P, JÓDAR MASSANES R
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE. C/FEIXA LLARGA S/N. BARCELONA

OBJETIVOS
Proporcionar atención farmacéutica centrada en el paciente e integrada en el equipo disciplinar para lograr: - Contribuir al diagnóstico que pueda ser de origen iatrogénico. - Optimizar los resultados terapéuticos mediante la validación de los tratamientos.- Minimización de los posibles errores de medicación derivados de la prescripción y administración.- Conciliación de la medicación crónica prioritaria para favorecer la transición asistencial.

MEJORAS ESPERADAS
Mejorar la calidad asistencial y garantizar la seguridad del paciente atendido en urgencias mediante la revisión de los tratamientos. Evitar o reducir los problemas relacionados con la medicacion y su administración. Favorecer la formación farmacológica del personal sanitario que trabaja en el servicio.

DISEÑO
Estudio restrospectivo y descriptivo del desarrollo del proyecto de integración de un farmacéutico presencial en el SU y su consecuente análisis posterior de la actividad desarollada. Iniciado en enero de 2020, y analizado tras 16 meses de actividad.

CIRCUITO Y ETAPAS
- Observacional (diciembre 2019-enero 2020): presentación al staff del farmacéutico, y conocimiento de las necesidades del servicio de manera presencial en los diferentes módulos.- Presencial (enero 2020 – mayo 2021):Trabajo inicial:- Adecuación del stock almacenado en los armarios de dispensación automática de cada módulo, adecuado a la patologia especifica que atiende.-Elaboración de guías que faciliten la administración de fármacos endovenosos: resumiendo las perfusiones más habituales, sus consejos de administración y la compatibilidad en Y entre ellas. Creación de un kit de extravasación con las acciones a realizar en caso de extravasación de las mismas.-Implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en el SU: previamente a su implementación, el programa usado en hospitalización fue adecuado a las necesidades urgentes, con la creación de nuevas codificaciones que se ajusten a los horarios, y de protocolos de prescripcion de las principales patologias atendidas en el SU, siendo revisados junto con los especialistas implicados. Trabajo posterior y paralelo a la implementación:- Actividad asistencial presencial que implica la revision de los tratamientos iniciados, la conciliación del tratamiento habitual y la resolución de consultas

IMPLANTACIÓN
Iniciada en diciembre de 2019, con la interrupción entre los meses de marzo y julio de 2020 debido a la pandemia COVID

RESULTADOS
Inicialmente esta labor se realizó en un único módulo debido a la falta de recursos personales. Posteriormente la actividad farmaceutica pudo realizarse en todos los modulos y durante cualquier dia del año gracias a la PEA.Tras el primer mes de actividad y a los 5 meses se evalúo la actividad realizada (previamente a la PEA). Se revisaron 1811 pacientes y se realizaron 503 intervenciones (27%). Las principales fueron relativas a antibioticoterapia (14%), cambio posologia (13%) , suspension/inicio medicamento (12%), Conciliacion al ingreso (28%), consultas (15%), monitorización (13%) y otros. Tras 5 meses de PEA se volvio a evaluar la actividad, siendo revisados 2884 pacientes y realizadas 705 intervenciones (25%). Los intervenciones realizadas fueron similares en procentaje a las previas, aunque mayor en numero

LIMITACIONES
No se tienen en cuenta los periodos vacacionales ni la pandemia COVID durante la actividad asistencial sin PEA

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Es aplicable a cualquier SF.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

219. NUEVA HERRAMIENTA DE CONTROL DE CALIDAD DEL REGISTRO DOCUMENTAL DE DISPENSACIONES Y PREPARACIONES DE MEDICACIÓN DE ENSAYO CLÍNICO EN ONCOHEMATOLOGÍA

AUTORES
RODRIGUEZ ROJAS J, FARRÉ CABRERIZO N, GARCIA DEU G, RUIZ PALAU C, BADAS MORENO M, LOZANO ANDREU T, GONZALEZ LAGUNA M, MIQUEL ZURITA ME
INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA (HOSPITAL DURAN I REYNALS). AVDA. GRANVIA DE L'HOSPITALET, 199-203. BARCELONA

OBJETIVOS
El adecuado registro documental de los movimientos de medicación de ensayo clínico (MEC) es esencial para la calidad de los ensayos clínicos (EC) y para una correcta trazabilidad del proceso. Objetivo: establecer una herramienta de control de calidad (CC) para identificar errores producidos en la transcripción manual de datos, tanto en el aplicativo de quimioterapia (AQT) como en el de gestión de MEC (AGMEC).

MEJORAS ESPERADAS
Detectar y corregir errores de registros de preparación y dispensación de MEC, transcritos al AQT o al AGMEC.Mejorar la calidad documental en la Unidad de EC del Servicio de farmacia (UECSF).

DISEÑO
Se diseña una herramienta mediante hoja de cálculo (HDC), para contrastar los datos registrados en el AQT respecto a los contenidos en el AGMEC y viceversa, con el fin de detectar discrepancias en la entrada de datos. Se contrastan las

siguientes variables obtenidas de la explotación de ambos aplicativos: fecha de dispensación/preparación; código de EC; paciente; fármaco; lote/caducidad; nºkit; cantidad.Cuando la concatenación de estos campos obtenida con la HDC a partir de la explotación de registros de cada aplicativo no coincide, la herramienta da un resultado negativo, ante el cual se procede a revisar los registros fallidos de ambos programas para detectar el origen de la discrepancia.

CIRCUITO Y ETAPAS

Registro de la preparación/dispensación de MEC en el AQT, por parte del técnico especialista (TE) de la UECSF, durante la dispensación o preparación. Impresión diaria y transcripción de los registros de preparación/dispensación de MEC correspondientes a todos los tratamientos de EC al AGMEC, por parte del TE.Explotación diaria por el TE de los registros de preparación/dispensación de MEC entrados en el AQT y AGMEC. Aplicación de la herramienta de CC y análisis de las discrepancias detectadas.Corrección de los potenciales errores de registro en el AQT o AGMEC si aplicara tras el análisis.

IMPLANTACIÓN

Este CC se implanta en la UECSF en septiembre de 2020.

RESULTADOS

Resultados del CC diario realizado entre enero-abril 2021:Se analizan 2908 pautas (tratamiento por paciente/día independientemente del nº fármacos/nº presentaciones), con un total de 4782 registros de preparación/dispensación (nº presentaciones de MEC utilizadas).Al aplicar la herramienta de CC se detectan 45 errores (0.93% incidencia de error respecto al total de registros, media de 11.25 discrepancias/mes).Tipo de errores detectados y corregidos: 11 errores (24%) de registro de nºkit, lote/caducidad o cantidad en el AQT;8 errores (18%) de transcripción nº kit, lote/caducidad o cantidad en AGMEC;8 errores (18%) de fecha de dispensación/preparación en la transcripción al AGMEC;13 errores (29%) dispensaciones/preparaciones no transcritas al AGMEC;5 errores (11%) dispensaciones/preparaciones transcritas al paciente erróneo en AGMEC.

LIMITACIONES

Los datos extraídos de los dos aplicativos tienen diferentes formatos, lo que obliga a adaptarlos antes del CC.El registro manual de cualquier dato está sujeto a posibles errores y a diferencias interpersonales en la manera de registrar que dificulta la estandarización del análisis.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La herramienta desarrollada es adaptable a otros centros que quieran implementar un CC en la entrada de datos manual, permitiendo un análisis rápido de las discrepancias y aumentando la calidad de los datos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

951. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO MULTIDISCIPLINAR EN EL DIAGNÓSTICO DE ALERGIA A MEDICAMENTOS

AUTORES

RUBIO RUIZ L, MARTÍN ZARAGOZA L, MARTÍN BLAS C, ANDRÉS PICAZO MJ, MUÑOZ GARCÍA E, RODRIGUEZ JIMÉNEZ B, MOLINA GARCÍA T

HOSPITAL DE GETAFE. CARRETERA MADRID-TOLEDO KM 12,500. MADRID

OBJETIVOS

Integración del área de farmacotecnia en el procedimiento de diagnóstico de alergia a medicamentos participando en la elaboración de protocolos, desensibilizaciones y pruebas cutáneas, con el objetivo de mejorar la calidad de dichas pruebas al prepararse en un entorno controlado y siguiendo procedimientos normalizados de trabajo (PT).

MEJORAS ESPERADAS

-Protocolizar el circuito: prescripción electrónica, elaboración y dispensación de pruebas cutáneas, epicutáneas, pruebas de exposición controladas con placebo (PEC) y desensibilizaciones. -Garantizar la preparación estéril de los fármacos cuya vía de administración sea intravenosa ó intradérmica. -Asegurar una mayor precisión en las dosis empleadas.-Al usar materias primas puras se aumenta la sensibilidad y especificidad de las pruebas porque se evitan interferencias debidas a excipientes. -Fomentar un uso seguro y responsable del medicamento.-Elaborar un placebo adecuado. -Facilitar el trabajo de enfermería al disponer de los fármacos ya preparados por farmacia.-Incorporar al itinerario formativo de los Farmacéuticos Internos Residentes (FIR) una rotación en el Servicio de Alergología.

DISEÑO

Creación de un equipo multidisciplinar (farmacia-alergología) en el que se establecen las líneas estratégicas a seguir para estandarizar los procesos de estudio de alergia a fármacos.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Creación de equipo entre ambos servicios para establecer los fármacos y las dosis más frecuentes empleadas en pruebas de alergia. 2. Revisión bibliográfica y diseño de los PT para elaboración y control de las pruebas establecidas.3. Diseño y creación de protocolos de prescripción para la realización de pruebas de alergia.4. Validación conjunta de los protocolos creados y del circuito establecido para la prescripción y dispensación de las diferentes pruebas.5. Puesta en marcha del circuito: revisión y validación de las prescripciones, elaboración de la prueba de alergia prescrita en el área de farmacotecnia y dispensación por paciente al Servicio de Alergología.

IMPLANTACIÓN
En noviembre del 2019 se inició la colaboración entre ambos servicios.

RESULTADOS
- Se ha diseñado un programa informático asociado al Servicio de Alergología para facilitar la prescripción y dispensación de las diferentes pruebas, para ello se han creado 68 protocolos de parches epicutáneos, 8 de provocaciones y 5 de desensibilización con antibióticos y ácido acetilsalicílico. - Se ha revisado y diseñado 71 PT de parches epicutáneos, 6 de cápsulas para pruebas de provocación, 2 de diluciones con excipientes de la vacuna COVID-19 para prick e intradermorreacción y 5 desensibilizaciones.- Se ha elaborado un total de 250 parches de los cuales 56 son con principios activos diferentes. - Se ha incorporado a la formación FIR una rotación en el Servicio de Alergología.

LIMITACIONES
Se trata de un circuito dinámico en fase de desarrollo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Este modelo es aplicable en todos los hospitales con Servicio de Alergología.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1042. ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DILUCIÓN DE INSULINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

AUTORES
MARTÍN SANZ P, PÉREZ MENÉNDEZ-CONDE C, RODRÍGUEZ MARÍN M, ALKADI FERNÁNDEZ K, GEMENO LÓPEZ E, PINTOR RECUENCO MDR, ADRIÁN ORTEGA JJ, ÁLVAREZ DÍAZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. M-607, KM. 9, 100, 28034 MADRID. MADRID

OBJETIVOS
• Elaborar un protocolo de utilización de insulina diluida en pacientes pediátricos.• Facilitar la administración de insulina diluida a nivel domiciliario en pacientes pediátricos.

MEJORAS ESPERADAS
• Obtener un mejor control terapéutico en pacientes con un debut errático de diabetes mellitus I. Las jeringas precargadas comercializadas permiten la administración de múltiplos de 0,5 UI de insulina, los pacientes pediátricos de corta edad necesitan dosificaciones más precisas.• Mejorar la seguridad en la utilización de insulina diluida a pacientes pediátricos. • Facilitar la administración de insulina en pacientes pediátricos a nivel domiciliario.

DISEÑO
1. Se formó un equipo multidisciplinar formado por pediatras, farmacéuticos y enfermería. 2. Se consensuó un circuito de prescripción, elaboración, dispensación, monitorización y educación a las familias con pacientes en tratamiento con diluciones de insulina.

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Revisión bibliográfica de la estabilidad de diluciones de Insulina:- Bases de datos (Stabilis®, Uptodate®, Pubmed® y ficha técnica).- Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria.- Información aportada por el departamento médico de laboratorios fabricantes de insulina. 2. Protocolizar la prescripción y elaboración de diluciones de insulina en nuestro hospital:- Prescripción electrónica de diluciones de insulina en pacientes hospitalizados y ambulatorios.- Elaboración centralizada en el servicio de farmacia en cabina de flujo laminar.3. Dispensación desde la unidad de pacientes externos de la farmacia con envío domiciliario.4. Monitorización y educación a familiares en el Servicio de Pediatría.

IMPLANTACIÓN
• Diciembre del 2019.

RESULTADOS
• Se protocolizaron dos diluciones de insulina lispro: 1UI/0.1mL y 1.5UI/0.3mL preparadas en cabina de flujo laminar horizontal.• Para la elaboración de las diluciones se utilizó insulina lispro, completándose el volumen según concentración con diluyente estéril de. El material de acondicionamiento fue un vial estéril de vidrio tipo I correctamente etiquetado, asignándole a la fórmula una caducidad de 28 días. Conservación: Protegido de la luz refrigerado en nevera (2-8º C). • Se utilizaron códigos de colores en el etiquetado para diferenciar las distintas concentraciones de insulina y se elaboró un tríptico informativo que incluía: como dosificar la dilución de insulina, recomendaciones de administración y precauciones.• Un total de 7 niños (3 hombres y 4 mujeres) con una media de edad de 1,6 años (rango 1-3 años) han recibido tratamiento con dilución de insulina desde el inicio del protocolo. Seis pacientes estuvieron en tratamiento con la dilución 1UI/0.1mL y 1 paciente con las dos diluciones de forma simultanea (1UI/0.1mL y 1.5UI/0.3mL). • El total de dispensaciones acumuladas fue de 61 diluciones. Solo 1 de los pacientes ha finalizado el tratamiento tras alcanzar un peso que permite la dosificación con las especialidades comerciales de insulina.• No se han presentado efectos adversos asociados en ningún paciente derivados del uso de estas diluciones.• A todas las familias se le suministró información sobre el uso de las diluciones.

LIMITACIONES
• Bajo tamaño muestral

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
• El protocolo es aplicable a cualquier hospital que trate a pacientes pediátricos con diabetes mellitus.

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

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

109. DESARROLLO DE UN CUADRO DE MANDOS DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA DE UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES
ALONSO MORENO M, FERNANDEZ RUBIO B, SANTOS RAMOS B, GIL NAVARRO MV, ABDEL KADER L, FLORES MORENO S
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS
Crear un cuadro de mandos de la actividad de investigación de un Servicio de Farmacia (SF) de hospital terciario y validarlo con datos de 2020.

MEJORAS ESPERADAS
Promover una gestión de la investigación en base a datos contrastados y seleccionados por su relevancia.

DISEÑO
Búsqueda bibliográfica y en literatura gris de cuadros de mandos precedentes e indicadores de investigación de SF. Selección de indicadores y construcción del cuadro de mandos mediante expertos. Validación de la estructura mediante sesión clínica en el SF y de la utilidad mediante cumplimentación con datos de 2020.

CIRCUITO Y ETAPAS
1.- Búsqueda 2.- Elaboración de batería de indicadores. 3.- Selección por el grupo investigador de los más operativos. 3.- Construcción del cuadro de mandos. 4.- Implementación de datos de 2020.

IMPLANTACIÓN
Enero 2021: búsqueda y recogida de datos. Febrero 2021: desarrollo y difusión del cuadro.

RESULTADOS
CUADRO DE MANDOS RESULTANTEDocumentos identificados: 1) “Cuadro de Mandos Jerarquizado para Servicios de Farmacia Hospitalaria”, SEFH. 2009 (http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/GDPCM/Cuadro_Mandos_Jerarquizado_Servicios_Farmacia_SEFH.pd)2) “Manifiesto de Leiden sobre indicadores de investigación”. Hicks et al. (2015). Nature, 520, 429-431Estructura del cuadro de mandos: * INFRAESTRUCTURA: A) Personas; B) Doctorado; C) Proyectos (solicitados, activos financiados, activos no financiados); D) Redes.* RESULTADOS: A) Patentes y modos de utilidad; B) Publicaciones (D1; Q1; Q2; en revistas JCR; en revistas no JCR); Premios; Factor de impacto (JCR) anual/acumulado.* DATOS INDIVIDUALES (Solo staff): Índice H; N.º artículos JCR; N.º artículos NO-JCR; Artículos-Q1, Artículos-Q2A destacar:• Se analizaron datos totales-Farmacia y por cada línea de investigación: Grupo Chronic-Pharma; Grupo Antibióticos; Grupo Farmacia-Oncológica.• Se hizo distinción entre proyectos/artículos “de Farmacia” (IP/CoIP o bien 1º, último, correspondencia) y “De otros servicios con colaboración de Farmacia” (otras posiciones)• Se descartó incluir comunicaciones por su nulo interés. DATOS 2020:- INFRAESTRUCTURA: 9 doctores sobre 30 FEAs (3 Chronic-Pharma; 3 Antibióticos; 3 no adscritos); Ninguna intensificación; 2 investigadores de carrera (Río Hortega). 1 tesis leída, 1 dirigida y 8 en preparación. 3 proyectos presentados y 3 en curso liderados por farmacia que suman 123,795€ de financiación. Farmacia participa en 11 proyectos liderados por otros servicios.- RESULTADOS: 21 artículos liderados por farmacia (14 en revistas JCR) (12 Chronic-Pharma; 8 Antibióticos; 1 Farmacia-Oncológica). Ningún artículo en D1; 8 en Q1; 2 en Q2. Farmacia colaboró en 7 artículos liderados por otros servicios. Factor de Impacto 2020 de farmacia de 41,58 (Antibióticos 23,78; Chronic-Pharma 14,06; farmacia Oncológica 3,74). Dos premios de investigación nacionales.

LIMITACIONES
La creación del cuadro de mandos está basada en opinión de expertos porque no se encontraron referencias bibliográficas y antecedentes previos más allá de los citados. Debido a la pandemia, los datos de 2020 pueden estar sesgados. No todo el staff está registrado en portales de soporte de CV y ha calculado su índice H.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Aplicable directamente a otros SF de hospitales de tercer nivel. Adaptable para SF de otros tipos de hospitales. A disposición por contacto con los autores.

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

493. ADAPTACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIMIGRAÑA

AUTORES
LÓPEZ PÉREZ A, PASCUAL MARTÍNEZ O, NAVARRO AZNAREZ H, ABAD BAÑUELOS B, PERALES PASCUAL J, CAZORLA PODEROSO L, PÉREZ MORENO M, ABAD SAZATORNIL R
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS
Describir el circuito de validación, atención farmacéutica y seguimiento de anticuerpos monoclonales frente al receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) o su ligando en prevención de migraña.

MEJORAS ESPERADAS

-Garantizar la correcta adecuación al posicionamiento autonómico en la práctica clínica realizando atención farmacéutica integral a pacientes en tratamiento con anticuerpos anti-CGRP. -Integración del farmacéutico dentro del equipo multidisciplinar en el abordaje de la migraña.

DISEÑO

La comisión autonómica de evaluación de medicamentos elaboró el protocolo de utilización de anticuerpos anti-CGRP con los siguientes criterios: migraña episódica(ME) con ≥8 crisis/mes o migraña crónica(MC), tras fracaso a 3 tratamientos profilácticos, compromiso del paciente a registrar días de cefalea y consumo de analgésicos. El médico evalúa efectividad a los 3 y 6 meses. El tratamiento se podrá mantener hasta los 6 meses si ha sido efectivo. En casos excepcionales en los que se requiera prolongar el tratamiento profiláctico durante más de 6 meses, deberá solicitarse su continuación a la comisión.Para evaluar efectividad se valoran: media días migraña/mes(DMM) en los últimos 3 meses (respondedor si reducción≥50% o si paso de MC a ME), impacto del dolor de cabeza mediante escala HIT-6 (respondedor si reducción≥5puntos) y grado de discapacidad según escala MIDAS (respondedor si reducción≥5puntos o > 30% si basal > 20).

CIRCUITO Y ETAPAS

-Los farmacéuticos revisan diariamente los dictámenes. En caso de ser favorable, agregan al paciente al programa de pacientes externos.-El médico realiza la prescripción electrónica y programa cita con farmacia. -En la primera dispensación el farmacéutico revisa posibles interacciones y problemas de adherencia. Se proporciona el kit de inicio para que el paciente acuda al entrenamiento con enfermería y se cita para la próxima consulta de atención farmacéutica.-Todas las dispensaciones las realiza el farmacéutico para realizar un seguimiento integral. Si el paciente no acude a la cita, se contacta telefónicamente para proponer una nueva cita fomentando la adherencia.-A los 3 meses el farmacéutico comprueba la efectividad con los datos registrados en la historia clínica y procede a la dispensación hasta completar 6 meses.

IMPLANTACIÓN

En julio de 2020 se publicó el protocolo autonómico.

RESULTADOS

Tras 10 meses de experiencia, se han autorizado 33 tratamientos. De los pacientes que han iniciado, 65%(19) son tratados con erenumab y 35%(10) con fremanezumab. Actualmente disponemos de datos de efectividad a 3 meses de 17 pacientes. 2 pacientes discontinuaron tratamiento, uno por intolerancia y otro por falta de efectividad subjetiva. Los 17 pacientes (76% erenumab, 24% fremanezumab) que han realizado la visita de seguimiento inicial han continuado el tratamiento hasta 6 meses, considerándose respondedores. 82% redujeron DMM≥50%, con reducción media del 62%±12%. De 10 pacientes con MC, el 100% pasó a ME. El 100% redujeron la puntuación HIT-6≥5puntos, con una reducción media de 16%±8% y del 75%±22% en escala MIDAS.En todos los casos se han cumplido los criterios del protocolo autonómico y la adherencia ha sido del 100%.

LIMITACIONES

-Limitados datos de eficacia tras 6 meses, debido al escaso tiempo transcurrido desde su implantación.-De los 3 fármacos disponibles, únicamente autorizados en nuestra comunidad erenumab y fremanezumab.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a todos los servicios de farmacia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1169. IMPORTANCIA DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

AUTORES

VICO GARCÍA V, NOGALES REY G, SANCHEZ SERRANO L, MEDEL ANGLA P, GONZÁLEZ DE LA ROSA C, RODRIGUEZ LABRADOR J, CASTRO FIUZA MJ, GALLEGO ÚBEDA M

HOSPITAL DEL HENARES. AV. MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS

- Formar/reciclar a los técnicos de farmacia (TF) hospitalaria en la importancia que tenemos en el proceso de colocación, preparación y elaboración de quimioterapia.- Mostrar a todo el servicio de farmacia (SF); farmacéuticos, administrativas y TF, todos los medicamentos citotóxicos (MC) que tenemos en el almacén de farmacia, que puedan provocar un error de medicación por ser fonéticamente similares, que posean el mismo principio activo o sean isoaparentes unos con otros.

MEJORAS ESPERADAS

Evitar que se produzcan errores de medicación en los tratamientos oncológicos.

DISEÑO

Se pensó en la idea de impartir una sesión de formación /reciclaje en el manejo de los MC que aparecen en la guía farmacoterapeútica del SF del hospitalSe acordó un día y hora concreta en la que todo el SF pudiera asistir , dada su importancia, por vía telemática. Los contenidos de la sesión eran tanto formativo/explicativo como imágenes de acondicionamientos primarios y secundarios de los MC que podían provocar un error de medicación.

CIRCUITO Y ETAPAS

El planteamiento fue :- Explicación de los puntos críticos en la preparación de MC, que son:o Ser fonéticamente similares, como son:♣ ifosfamida – ciclofosfamida.♣ Cisplatino – carboplatino.♣ Vincristina – vinblastina – vinorelbina - vinfluvinao Medicamentos con el mismo principio activo:♣ Medicamento biosimilar: es un medicamento biológico equivalente en calidad, eficacia y seguridad a un medicamento original, llamado producto de referencia.• rituximab♣ Pegilado: es la unión de polietilenglicol (PEG) a un fármaco de naturaleza proteica. Presenta una gran velocidad de absorción y de eliminación.• filgastrim♣ Moléculas con liposomas. Los liposomas son estructuras esféricas que se forman espontáneamente cuando los lípidos formadores se dispersan en un medio acuoso. Los medicamentos con liposomas son estructuras esféricas que se forman espontáneamente cuando los lípidos formadores se dispersan en un medio acuoso.• Doxorrubicina liposomalo Tener envases similares: isoapariencia.♣ Mismo medicamento con dosis diferentes.• Tratamientos orales.o Vinorelbina de 20 mg y 30 mgo topotecán 1 mg y 0,25 mg• Misma dosis en diferente volumen ya diluido.o Reslizumab 10mg/ml, envases de 2,5 ml y de 10ml.• Diferente dosis en viales para reconstituir.o Trastuzumab emtansina 160mg y 100mg, el primero se reconstituye con 8 ml de agua y el segundo con 5ml de agua.♣ Diferentes medicamentos, que poseen el acondicionamiento primario y secundario muy similar.

IMPLANTACIÓN

En febrero del 2021

RESULTADOS

- Todo el SF se concienció de la importancia que tiene la manipulación de los MC. Los medicamentos se colocaron en las estanterías (los de temperatura ambiente) y en las baldas de nevera (los termolábiles) en bandejas individuales por orden alfabético, separando los medicamentos que pudieran confundirse. Se identificaron las bandejas de los MC que aparecen en la clasificación arriba explicada, según el tipo de riesgo asociado.- El TF tiene un papel primordial en la preparación de los tratamientos citotóxicos para la seguridad del paciente oncológico, evitando cualquier error de medicación que pueda producirse en el proceso: la colocación posterior a la recepción de los pedidos debe ser correcta.

LIMITACIONES

conocimiento del procedimiento por todo el SF

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Puede instaurarlo cualquier SF que adquiera medicamentos que puedan provocar errores de medicación por su apariencia.

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

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

11. CREACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN CHECK LIST DE VERIFICACIÓN EN LA ELABORACIÓN DE CITOSTATICOS PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL CIRCUITO

AUTORES

GONZÁLEZ DE LA ROSA C, VICO GARCÍA V, ESQUINAS PADÍN A, NOGALES REY G, CASTRO FIUZA MJ, SERRANO LABRADOR L, GONZÁLEZ AVILÉS C, RODRÍGUEZ LABRADOR J

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES. AVENIDA MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS

Describir el diseño e implantación de un check-list dirigido a la detección precoz de errores de elaboración de citostáticos (CT) abarcando desde el nombre del paciente hasta la revisión final de la elaboración.

MEJORAS ESPERADAS

- Garantizar la calidad de la preparación en todas las etapas de la elaboración.- Filtrar cualquier error antes de su envío.- Asegurar que la medicación administrada al paciente ha pasado correctamente el control de calidad.

DISEÑO

Se forma un equipo integrado por el farmacéutico responsable de la unidad y la coordinadora de técnicos de Farmacia (TF) para diseñar nuevas medidas de seguridad.Se analizaron las fases de la elaboración del CT, detectándose como punto crítico de seguridad y calidad en la elaboración la preparación y revisión del CT.Se diseñan un check-list de verificación que contiene los siguientes ítems:RC 04.3-06 HOJA DE REVISIÓN CITOSTÁTICOS MEDICAMENTO/NÚMERO DE ORDEN: _____ 1- PACIENTE coincide en hoja y etiqueta SI/NO 2-PRESENTACIÓN del medicamento utilizado correcta SI/NO3- RECONSTITUIDO con: (rodear) a. Agua / Fisiológico 0,9 % / Otro: b. Viene líquido4- SUERO mezcla: (rodear) a. Fisiológico 0,9 % / Glucosado 5 % / Sin suero b. Otro:_____ 5- VOLUMEN suero mezcla: (rodear) a. 50 mL / 100 mL / 250 mL / 500 mL / 1.000 mL b. Sin suero c. Otro: _____ 6- FUNGIBLE: (rodear)a. Bolsa suero/ bolsa EVA/ Otro: _____b. Jeringa (siempre con etiqueta identificativa y volumen correcto).c. Infusor: 1 día/ 2días/ 5días/ 7 días.7. ALARGADERA: (rodear)a. Amarilla/ blanca/ sin alargadera.b. Clampado correcto OK / NO OK8. COLOR de la preparación (rodear)a. Incolorob. Rojo / azul / amarillo / blancoSi tiene color corresponde con la tabla OK / NO OK9. UBICACIÓN (rodear)a. Hospital de día.b. Otro: _____Firma del farmacéutico Nombre técnico

CIRCUITO Y ETAPAS
- Creación del check-list- Terminada la elaboración del citostático se coteja la preparación y la hoja de elaboración con el check-list (rodeando la opción adecuada) por el técnico correspondiente.- Firmar la comprobación por el técnico y avisar al farmaceútico para la revisión final.- Revsión y firma del farmaceútico.- Envío al servicio correspondiente.

IMPLANTACIÓN
• La implantación se inició en octubre de 2020 con una sesión educativa de errores de medicación y de correctas normas de elaboración de CT.

RESULTADOS
• Mejora de la seguridad en el proceso de control de calidad al establecer un check-list de comprobación y verificación obligatoria posterior a la elaboración.
• Se detectan 6 incidencias de 1057 preparaciones en el año 2020.

LIMITACIONES
• Es necesario un técnico más en el área, por lo que afecta a la organización de la plantilla teniendo que reestructurar la misma.• Aumenta el tiempo que tarda la preparación en subir al servicio correspondiente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
• Aplicable a cualquier servicio de farmacia que prepare CT.

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

108. ELABORACION DE UNA GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL

AUTORES
RODRÍGUEZ ESQUIROZ A, EGÜES LUGEA A, LARRAYOZ SOLA B, LAMAS PILLO A, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. IRUNLARREA, 3. NAVARRA

OBJETIVOS
Disponer de una herramienta de consulta que promueva la administración segura de medicamentos a través de los diferentes accesos vasculares: vía central, vía periférica (VP) y catéter línea media (CLM).

MEJORAS ESPERADAS
• Minimizar las complicaciones asociadas la administración de fármacos por vía intravenosa (IV).• Disminuir la incidencia de errores en la administración de medicamentos.• Mejorar la calidad de los cuidados prestados.

DISEÑO
La “Guía de administración de medicamentos por vía parenteral” recoge los medicamentos de administración parenteral incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital, incluyendo antineoplásicos y agentes inmunomoduladores.Se clasificó a los fármacos, siguiendo el sistema ATC, especificando la dilución y diluyente utilizados en la práctica clínica habitual. Se implementó un sistema de semáforo para indicar la idoneidad de administración del medicamento a través de los distintos accesos vasculares según las características fisicoquímicas del medicamento (pH y osmolaridad) y su naturaleza vesicante/irritante. Se creó una columna de observaciones para aportar datos complementarios (qué hacer en caso de urgencia, posibilidad de utilizar otros diluyentes/concentraciones, excepciones, etc.)

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Revisión bibliográfica sobre las vías de acceso y sus requerimientos para la administración de fármacos.2. Elaboración de un algoritmo de elección de la vía de acceso considerando: patrimonio venoso del paciente, duración del tratamiento, carácter vesicante y/o irritante del fármaco, pH y osmolaridad. 3. Elaboración de la guía mediante un sistema de semáforo indicando la idoneidad de administración del fármaco a través de los diferentes accesos vasculares según el riesgo de complicaciones: - Verde: bajo riesgo.- Naranja: riesgo moderado, vigilar estrechamente la administración.- Rojo: riesgo alto, no usar esta vía.4. Creación de un sistema de alertas automáticas en el sistema de prescripción electrónica sobre condiciones de administración asociadas a todos los medicamentos, visibles directamente por el personal de enfermería al visualizar la prescripción.

IMPLANTACIÓN
La elaboración del borrador inicial se realizó desde Servicio de Farmacia entre noviembre y febrero de 2021 y posteriormente, se revisó y consensuó en el seno del grupo de trabajo multidisciplinar de terapia endovenosa del hospital. Se difundió a todo el personal del hospital mediante los soportes electrónicos y la dirección de enfermería.

RESULTADOS
Se incluyeron en la guía 248 fármacos del total de medicamentos IV de la guía farmacoterapéutica del hospital (56%). En base a los criterios previamente definidos, un total de 78 medicamentos (31.45%) se consideraron adecuados exclusivamente para su administración por vía central. Fundamentalmente fármacos de los grupos: cardiovasculares, soluciones electrolíticas y oncohematológicos. Para 142 fármacos se consideró adecuada su administración por VP y 60 fármacos riesgo moderado de complicaciones. Sobre la administración por CLM, se consideró segura para un 35% (n=88) de los fármacos y 22% (n=54) se categorizó como riesgo moderado. En un 10.48% de los casos no pudieron hacerse recomendaciones por falta de datos. En 2 medicamentos la idoneidad de administración variaba en función de la concentración.

LIMITACIONES
- Dificultad de acceso a información relativa a características químicas de medicamentos (pH, osmolaridad y carácter irritante).- Falta de estudios previos en el área de investigación.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
La elaboración de guías similares es útil para evitar errores en la administración de fármacos por vía IV, podría ser implementada en cualquier Servicio de Farmacia.

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

216. IDENTIFICACIÓN DE LOS ENVASES DE MEDICACIÓN MEDIANTE ETIQUETAS PARA FACILITAR LA CORRECTA TOMA Y CONSERVACIÓN DIARIA DEL PACIENTE

AUTORES
GONZALEZ DE LA ROSA C, VICO GARCÍA V, ESQUINAS PADÍN A, NOGALES REY G, CASTRO FIUZA MJ, RODRIGUEZ LABRADOR J, GONZÁLEZ AVILÉS C, SÁNCHEZ SERANO L
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES. AVENIDA MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS
Describir un protocolo de etiquetado de medicamentos de pacientes externos para facilitar la adecuada toma y conservación domiciliaria de los medicamentos de uso hospitalario

MEJORAS ESPERADAS
Debido a la detección, por parte del equipo multidisciplinar del servicio de farmacia del hospital, de la falta de adherencia a los tratamientos de un número considerable de pacientes, se decidió pensar en alguna solución que pudiera ayudar a los pacientes y asi poder cumplir de forma correcta y fácil los tratamientos que debían seguir para sus patologías.

DISEÑO
Se diseñó un protocolo de etiquetado de medicamentos de uso hospitalario destinados a pacientes externos para mejorar conseguir la adherencia al tratamiento, garantizar la correcta conservación y administración de los medicamentos y evitar errores asociados al uso domiciliario inadecuado de los mismos. El protocolo incluía el diseño de etiquetas identificativas para cada presentación farmacéutica. Se priorizaron además aquellos medicamentos con pautas de administración y tomas más complejas, y aquellos otros destinados al tratamiento de patologías de pacientes con mayor dificultad comprensión de la toma y conservación de la medicación.

CIRCUITO Y ETAPAS
Los pasos a seguir fueron:- Elaboración de un listado con todos los medicamentos que se dispensan para pacientes externos en la farmacia hospitalaria.- Elaboración de etiquetas para cada medicamento en donde se incluía:o Nombre del hospital y servicio.o Nombre del medicamento.o Frecuencia de las tomas.o Dosis pautada.o Indicación de con/sin alimentos.o Conservación.- Etiquetado de cada envase.- A la hora de la dispensación, se anota en la etiqueta el número de tomas y su frecuencia.

IMPLANTACIÓN
Este procedimiento se instauró en Noviembre de 2018.

RESULTADOS
Se han elaborado 15.905 etiquetas diferentes para 34 presentaciones farmacéuticas. En el momento de la dispensación se le entrega al paciente el medicamento reetiquetado con la etiqueta correspondiente elaborada por el servicio de farmacia con la información básica personalizada para el paciente, en la que se indica el día y pauta de la administración, además se le explica la utilidad de la etiqueta y la información contenida en la misma para garantizar el uso seguro del medicamento, como refuerzo a la información incluida en la etiqueta y para resolver dudas o cuestiones relacionadas con la información escrita aportada en la etiqueta.

LIMITACIONES
Se requiere tiempo y personal para poder realizar el etiquetado.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
La medida implantada pude contribuir en la mejora del uso seguro del medicamento al incrementar la comprensión de la forma adecuada de conservación y administración de los medicamentos de uso hospitalario destinados a pacientes externos del hospital.

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

571. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES
RODRIGUEZ GONZALEZ CG, MARZAL ALFARO B, GONZÁLEZ-HABA PEÑA E, GARCIA LOPEZ N, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑON. DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS
Elaborar y poner en marcha un Programa de Humanización en un Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH), que oriente la organización y los procesos hacia una atención más personal y humana, y aumente la satisfacción de sus profesionales.

MEJORAS ESPERADAS
La puesta en marcha del Programa facilita:• La creación de una cultura de humanización dentro del SFH, y la mejora de la capacidad de liderazgo y las habilidades personales y de relación de los profesionales.• El despliegue de líneas de actuación específicamente diseñadas para lograr un mayor acercamiento al paciente en algunos ámbitos.• Aumento de la participación del paciente en el diseño y evaluación de los procesos del Servicio.

DISEÑO
Este proyecto fue desarrollado en un SFH de más de 100 profesionales. Fue liderado por el Comité de Dirección del Servicio, con la colaboración de la Fundación HUMANS.

CIRCUITO Y ETAPAS
Se desarrolló en 3 fases, durante Mayo 2019-Diciembre 2020:Fase I. Análisis de situación para conseguir una visión cercana y directa de las necesidades de los pacientes y profesionales. Se establecieron grupos focales con pacientes o cuidadores de los diferentes ámbitos asistenciales del Hospital y se celebraron entrevistas con médicos, personal de enfermería y profesionales del SFH.Fase II. Sesiones de orientación estratégica con la Comisión de Dirección del SFH, para definir las bases fundamentales del programa y sus líneas de actuación. Fase III. Definición de los objetivos y acciones a realizar mediante talleres de trabajo con profesionales del SFH.

IMPLANTACIÓN
El Programa fue presentado a todos los profesionales del SFH en Enero 2021. Se creó el Comité de Humanización del Servicio, quien actualmente se responsabiliza del seguimiento de las acciones del Programa.

RESULTADOS
El Programa de Humanización contempla 5 bases fundamentales y 11 líneas de actuación.1. Cultura y gobierno. Contempla, entre otras líneas, la creación del Comité de Humanización, el plan de formación continuada en humanización y la difusión del Programa en la sociedad.2. Organización y procesos. Contempla la reestructuración de los procesos y los recursos para mejorar la atención directa a los pacientes y la continuidad asistencial.3. Participación e implicación de los pacientes. Incluye, entre otras acciones, la creación del Comité Asesor de Pacientes, actividades de formación y capacitación de pacientes y la mejora de la comunicación con la plataforma mHealth del Servicio. 4. Cuidado y desarrollo profesional. Contempla actuaciones como la mejora de la comunicación, el afrontamiento del estrés laboral, y la promoción de la carrera investigadora de todos los profesionales.5. Entorno físico. Incluye mejoras concretas de las infraestructuras físicas para aumentar el confort de los pacientes y profesionales.

LIMITACIONES
La implantación de este Proyecto requiere de un elevado grado de implicación de los profesionales y pacientes. Sería recomendable desarrollar una adecuada estrategia de comunicación, participación y reconocimiento.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Este Proyecto puede ser fácilmente exportable a otros Servicios de Farmacia Hospitalaria. Para su extrapolación, deberán tomarse como referencia los planes de humanización autonómicos y locales en cada caso, así como la Guía de Humanización de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

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

596. DOSIFICACIÓN EN EL PACIENTE OBESO CRÍTICO, UNA HERRAMIENTA DE AYUDA A LA PRESCRIPICÓN Y VALIDACIÓN FARMACÉUTICA

AUTORES
SÁNCHEZ SANCHO P, GARCIA DIAZ HC, VARON GALCERA C, DEL RÍO GUTIÉRREZ JM, DOMENECH MORAL L, GORGAS TORNER MQ, LALUEZA BROTO P
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. Pº VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS
La prevalencia de obesidad adulta en España es aproximadamente del 17,5%. Su presencia en UCI ha aumentado hasta un 47% a raíz del SARS-COV2.Una dosificación inapropiada en este grupo de pacientes puede dar lugar a un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas o a fracaso terapéutico.Los objetivos del presente estudio son:-Identificar las variables farmacocinéticas de los fármacos con implicación en la dosificación del paciente obeso crítico (POC) y revisar las pautas de los fármacos principalmente empleados en la UCI.-Elaborar una Guía que sirva para la prescripción y validación en UCI en POC.

MEJORAS ESPERADAS
Optimización de la pauta de fármacos de uso frecuente en UCI en POC. Incluir información sobre la dosificación en paciente obeso en el programa de prescripción electrónica asistida (PEA) con la finalidad de garantizar la eficacia y seguridad de la prescripción.

DISEÑO
Se creó un equipo de trabajo multidisciplinar formado por farmacéuticos e intensivistas, para la revisión, desarrollo e implementación de una guía de dosificación en POC.

CIRCUITO Y ETAPAS
1.Creación de un equipo multidisciplinar integrado por representantes de Farmacia y UCI.2.Selección de fármacos de uso frecuente en UCI.3.Búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos con las palabras claves "obese" "critically" "dosing" "patient".4.Revisión por pares de la información obtenida y elaboración de una tabla con datos fisicoquímicos, farmacocinéticos y de dosificación. Cuando hubo discrepancias se amplió la búsqueda bibliográfica centrada en el fármaco en cuestión. 5.La tabla de dosificación se validó por la Comisión de Protocolos del hospital.

IMPLANTACIÓN
Una vez realizada la guía se introdujo la información en el programa de PEA, se hizo formación y difusión en la UCI y se elaboró una infografía para facilitar la prescripción.

RESULTADOS
Se describieron las variaciones farmacocinéticas en el POC.Se incluyeron 43 fármacos de uso mayoritario en UCI (anticoagulantes, antimicrobianos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares, corticosteroides y protectores gástricos). Se revisaron 24 fuentes de información: 11 revisiones sistemáticas, 3 guías, 3 estudios retrospectivos, 2 prospectivos y 1 caso clínico. Se consultaron las fichas técnicas (16% con recomendación de dosificación según peso) de los medicamentos, Pubmed, Micromedex, Uptodate, DrugBank y Pubchem. En 8 fármacos, aunque se establecía una dosis y consejos de administración en POC, la dosificación no se hacía por peso. En 35 fármacos se consideraba el peso en la dosificación (en 7 se especificaba dosificación según rangos de índice de masa corporal (IMC)). En 18 fármacos había consenso en cuanto al peso de dosificación: 4 según peso total (PT), 9 peso ajustado (PA) y 5 peso ideal (PI). De los 17 fármacos restantes que presentaban discrepancias, tras la revisión por pares, se consensuó dosificación según PT en 7 fármacos, PI en 6 y PA en 4.No se encontró información acerca del valganciclovir.

LIMITACIONES
Información disponible escasa y no siempre hay consenso. La mayoría no diferencia según IMC.Para garantizar una correcta prescripción y validación, el programa de PEA debería permitir la dosificación por PI, PA o PT.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Esta guía es una herramienta de ayuda a la prescripción médica y validación farmacéutica en el POC aplicable a cualquier hospital con UCI.

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

1260. UNIDAD CENTRALIZADA DE MEZCLAS INTRAVENOSAS: REFORZANDO LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y OPTIMIZANDO RECURSOS

AUTORES
ORTÍZ FERNÁNDEZ P, MARTINEZ SOTO A, PASTOR MONDEJAR C, SALAR VALVERDE I, SANCHEZ BLAYA A, REDONDO RENTERO L, CABALLERO REQUEJO C, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITAIO REINA SOFIA. AVDA INTENDENTE JORGE PALACIOS 1. MURCIA

OBJETIVOS
Asignar un nivel de riesgo a preparaciones estériles de antiinfecciosos mediante la matriz de riesgo que proporciona la Guía de buenas prácticas de preparación(GBPP) estableciendo las recomendaciones y condiciones óptimas de preparación y conservación para planificar la transferencia progresiva de la preparación de antiinfecciosos desde las unidades de hospitalización(UH) a la Unidad de Mezcla Intravenosas(UMI) del Servicio de Farmacia(SF).

MEJORAS ESPERADAS
1.Minimizar riesgos atribuidos a la manipulación de mezclas intravenosas en UH.2.Ampliar el plazo de validez de las preparaciones.3.Reducir carga de trabajo de enfermería de las UH.

DISEÑO
Se formó un grupo de trabajo para establecer el circuito de funcionamiento de la UMI y para toma de decisiones sobre las condiciones de preparación idóneas de mezclas intravenosas aplicándola a fármacos de gran relevancia en el medio hospitalario.

CIRCUITO Y ETAPAS
1)Selección de los antiinfeciosos disponibles en nuestro hospital.2)Documentación y revisión de recomendaciones existentes en la bibliografía (consulta a laboratorios, fichas técnicas, guías de administración parenteral y base de datos Stabilis.org).3)Diseño de base de datos con la información: principio activo, presentación, envase, fármaco acondicionado por la industria para administrar directamente, estabilidad microbiológica a temperatura ambiente/nevera y nivel de riesgo.4)Revisión de estabilidad físico-química.5)Analizar nivel de riesgo con el modelo propuesto por la GBPP.6) Establecer condiciones de preparación, conservación y plazos de validez.

IMPLANTACIÓN
Se encuentra en fase de aprobación por parte de la dirección del centro para permitir ampliación de recursos materiales y humanos.

RESULTADOS
A partir de la guía farmacoterapéutica se seleccionó en total 51 principios activos (83 marcas comerciales) del grupo terapéutico J (antiinfecciosos vía general uso sistémico).Se realizaron, un total de 51 matrices de riesgo informatizadas. La matriz se hizo por partida doble, según la preparación se realizara en planta o en el SF.Las mezclas de bajo riesgo con estabilidad suficiente (> 24h), para responder a los horarios de dispensación de dosis unitaria, se prepararán en el SF. Se estableció para estas mezclas una estabilidad microbiológica máxima de 30h a temperatura ambiente y 9 días en nevera, siempre que la estabilidad físico-química fuera igual o superior a este periodo. Se decidió que las preparaciones de riesgo medio y alto, independientemente de su estabilidad físico-química, se realizarán en la UMI del SF.Se decidió preparar fuera del SF los antibióticos con baja estabilidad y la administración en situaciones especiales, estableciendo para éstas un periodo de validez máximo de 1h y una administración máxima de 12h desde su elaboración. De 51 antibióticos revisados: 39 son susceptibles de prepararse en la UMI, 7 van acondicionados por la industria para administración directa y 5 se prepararán en planta por corta estabilidad. De 39 fármacos con preparación en la UMI: 19 se prepararán de forma programada por tener un periodo de estabilidad prolongado y 20 se prepararán bajo pedido por paciente, preparándose la primera dosis en la unidad de enfermería y las posteriores desde el SF.

LIMITACIONES

Validar la factibilidad del proyecto mediante un estudio piloto.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Es posible centralizar la preparación de mezclas intravenosas en el SF para minimizar riesgos asociados a su manipulación. Las UMI aminoran el peso económico, pues optimiza la utilización de recursos.

CASOS CLÍNICOS

CASOS CLÍNICOS

6. ABORDAJE DEL ANGIOEDEMA MEDIADO POR BRADICININA POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE URGENCIAS

INTRODUCCIÓN

El angioedema mediado por bradicinina (AEB) se caracteriza por la aparición aguda y episódica de un edema subcutáneo o submucoso, limitado, no pruriginoso e inflamatorio[1,2].

El edema se produce como consecuencia de una vasodilatación con extravasación plasmática a nivel de las zonas afectadas, acompañada o no de un infiltrado celular inespecífico. Las áreas más comúnmente afectadas son la piel y el tracto gastrointestinal, sin embargo, la afectación de la vía aérea superior acompañada de edema a nivel de la faringolaríngeo es la presentación más grave, pudiendo comprometer la vida del paciente[2].

Existen distintos tipos de AEB, de carácter hereditario, adquirido u ocasionado por la administración de determinados fármacos como los Inhibidores de la EnzimaConvertidora de Angiotensina (IECA). Todos ellos se producen por la formación excesiva de bradicinina y/o un déficit en su degradación[1,2]. El AEB, a diferencia del que está mediado por histamina, se caracteriza por la ausencia de respuesta al tratamiento con antihistamínicos o con adrenalina, aunque sí puede responder a derivados del inhibidorde la esterasa C1, antagonistas del receptor de la bradicinina de tipo 2, ácido tranexámico (AT) o plasma fresco congelado (PFC).

A continuación, presentamos el caso de un paciente que acude a urgencias por edema y sialorrea, con diagnóstico posterior de angioedema adquirido por IECA, en el que la intervención del Servicio de Farmacia en el área de Urgencias fue clave para el éxito y lapronta recuperación del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 61 años que acude al servicio de Urgencias Médicas del hospital por cuadro deedema peribucal y sialorrea de tres horas de evolución en domicilio.

Como antecedentes personales, destaca tabaquismo de 40 cigarros/día y enolismo de cinco cervezas/día. Su patología de base y tratamiento farmacológico actual se describeen la tabla 1. Además, se confirma alergia registrada en 2018 a IECAs, con cuadro leve de angioedema labial que, si bien fue autolimitado, precisó consulta al servicio de Urgencias Médicas del hospital. El paciente no había introducido recientemente ninguna medicación nueva y la última modificación de su tratamiento de base fue cinco meses atrás con la introducción de nuevo de un IECA y un diurético tiazídico.

Antecedentes	Diagnóstico	Principio activo	Dosis	Frecuencia	Vía	Inicio prescripción
Hipertensión	2016	Enalapril Hidroclorotiazida	20 mg 12,5 mg	Desayuno	Oral	feb - 2020
Dislipemia	2016	Gemfibrozilo	900 mg	Cena	Oral	jul - 2016
EPOC	2015	Tiotropio bromuro	2,5 mcg 1 puff	Desayuno	Inhalada	mar - 2015
Síndrome prostático	2017	*Serenoa repens*	160 mg	Desayuno/ Cena	Oral	may - 2017

Tabla 1. Tratamiento farmacológico domiciliario del paciente.

La valoración en consulta básica reflejó edema peribucal con tensión arterial (TA) 120/90mmHg, frecuencia cardíaca (FC) 90 lpm y saturación de oxígeno ($SatO_2$) del 99%. El episodio se orientó como reacción alérgica sin edema de úvula ni dificultad para tragar,con grado de prioridad III. El paciente se derivó a la unidad de observación donde se administró dosis única de hidrocortisona 100 mg y dexclorfeniramina 5 mg.

Tras dos horas en dicha unidad, el paciente empeoró clínicamente, el edema peribucal progresó afectando a nivel facial, labial, lengua y paladar sin posibilidad de visualizar úvula y con incremento de sialorrea (figura 1), los signos vitales en ese momento eran de: TA 150/110 mmHg, FC 110 lpm y $SatO_2$ 96%.

Figura 1. Evolución del angioedema tras administrar hidrocortisona 100 mg ydexclorfeniramina 5 mg. Seis horas desde el inicio de síntomas en domicilio.

Esta evolución tórpida hizo que se tomase la decisión de trasladar al paciente al área desemicríticos para vigilancia estrecha. Se administró nuevo bolo de hidrocortisona 100 mg más adrenalina 0,5 mg intramuscular y ranitidina 50 mg. Si bien, a los 30 minutos, tras nula respuesta clínica a esta combinación farmacológica, se realizó interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos para valorar la necesidad de intubación. En ese instante, el equipo de Farmacia Hospitalaria, quien realiza validación a pie de cama del área de urgencias, analizó proactivamente el caso. La ausencia de cuadro clínico tipo alérgico (urticaria, flushing, broncoespasmo e hipotensión), así como la falta de respuesta a antihistamínicos, corticoides y adrenalina descartaría el origen histaminérgico del edema y lo orientaría aún AEB potencialmente asociado a la administración de un IECA. Este análisis llevó al equipo de Farmacia a recomendar tratamiento con dos unidades de PFC y AT 15 mg/kg/6h iv hasta resolución de síntomas.

Dicha intervención fue aceptada. Esta estrategia permitió en dos horas, disminuir significativamente el edema de lengua, paladar y labio, así como mejorar la sialorrea, evitando con ello la necesidad de intubar al paciente. A las cuatro horas, estando el paciente clínicamente estable (TA: 100/65 mmHg, FC: 95 lpm, $SatO_2$: 99%), fue dado de alta del área de semicríticos e ingresado en la Unidad de Corta Estancia.

Durante las siguientes 48 horas, se mantuvo el AT 1.250 mg/6h IV y se inició prednisona 30 mg/12h vo hasta que el cuadro de edema se resolvió por completo. El plan terapéutico establecido para control tensional fue retirar el enalapril de su tratamiento base, y asociar amlodipino 5 mg/24h vo. Durante este periodo de observación el paciente evolucionó favorablemente con constantes estables (TA: 120/70 mmHg, FC: 75lpm, $SatO_2$: 99%), por lo que fue dado de alta.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

1.- Revisión de la evidencia disponible sobre AEB y tratamiento farmacológico recomendado

La revisión exhaustiva de la HC así como la validación farmacéutica permitió identificar que el tratamiento recibido por el paciente hasta su derivación a semicríticos no había sido el más apropiado.

Los antecedentes médicos del paciente, el empeoramiento progresivo de la clínica y la refractariedad al tratamiento corticoideo y anti-histaminérgico, orientaron el diagnóstico hacia una sospecha de angioedema inducido por IECA.

El SF revisó las opciones terapéuticas del AEB inducido por medicamentos. No seencontró ningún fármaco con aprobación en ficha técnica para dicha indicación por lo que el empleo de cualquier alternativa terapéutica quedaba sujeto al uso *off label*.

La evidencia clínica disponible y los costes de los tratamientos se detallan en la tabla 2.

El **C1-inhibidor,** cuenta con la aprobación para el tratamiento del angioedema hereditario tipo 1 y 2. Su eficacia en AEB inducida por IECAs se basa en un análisis retrospectivo[3] en el que se compara la eficacia, en términos de resolución temprana desíntomas, de C1-inhibidor versus terapia estándar (antihistamínicos, adrenalina y corticoides) en 57 pacientes, sin demostrar superioridad. Señalar que actualmente, se está llevando a cabo un ensayo clínico (NCT01843530) para analizar la eficacia y seguridad de C1-inhibidor en AEB inducido por IECAs.

El **icatibant** (indicado en el tratamiento sintomático de crisis agudas de angioedema hereditario) dispone de un ensayo clínico aleatorizado con 120 pacientes diagnosticadosde angioedema por IECAs, donde no logra una resolución temprana de los síntomas frente a placebo[4].

El empleo del **AT** a altas dosis se basa en su acción como inhibidor de la producción de plasmina, enzima que interviene en la conversión de cininógeno a bradicinina. Su eficacia y seguridad en AEB inducido por IECA se basa en un estudio retrospectivo[5] con 33 pacientes. 27 (81.8%) consiguieron la mejoría clínica tras las administración de AT, delos cuales 13 de ellos, lograron esta mejoría en la primera hora tras su inicio. No se reportaron eventos adversos relacionados con la administración.

El empleo de **PFC**, se justifica por su contenido en C1-inhibidor, componente que disminuye la producción de calicreína, enzima que favorece la formación de bradicininaa partir de cininógeno. Además, el PFC contiene enzimas que catalizan la degradación de bradicinina. Su eficacia en AEB por IECAs se basa en estudios retrospectivos de casosy controles[6]. En 13 de 16 pacientes en los que se emplearon dos unidades de PFC se consiguió una resolución precoz de la sintomatología. Sin embargo, el PFC no está exento de posibles eventos adversos, ya que debido a su contenido en cininógeno, puede empeorar el cuadro clínico del AEB, por ello requiere una estrecha monitorización. En la figura 2 se refleja el mecanismo de acción de cada uno de estos tratamientos.

Principio activo (Nombre comercial)	C1 - Inhibidor (Berinert)®	Icatibant (Firazyr)®	Ácido tranexámico	Plasma Fresco Congelado
Mecanismo de acción Disminución síntesis bradicinina	++	-	++	+
Inhibición acción bradicinina	-	++	-	-
Degradación bradicinina	-	-	-	+
Posología	20 UI / kg* (iv)	30 mg (sc)	15 mg/kg* (iv/oral)	2 unidades (iv)
Eficacia Tipo de estudio	Retrospectivo	ECA	Retrospectivo	Retrospectivo
Grado de evidencia	4	1	4	4
Comparador	Antihistamínicos Corticoides	Placebo	Antihistamínicos Corticoides	Antihistamínicos Corticoides
Variable de estudio	Resolución de síntomas en primeras 4 horas			
N pacientes	57	120	33	16
Resultado	No superioridad	No superioridad	27/33 mejoría clínica	13/16 resolución completa
Seguridad	Bien tolerado	Bien tolerado	CI en trombosis Alt. digestivas	Contiene cininógeno que agudizaría cuadro Monitorización estrecha
Coste por tratamiento	1.080 €	1.500 - 4.500 €	10 - 12 €	120 €

*Cálculos realizados con peso de 70 kg

Tabla 2. Evidencia clínica disponible de las distintas alternativas terapéuticas en AEB.

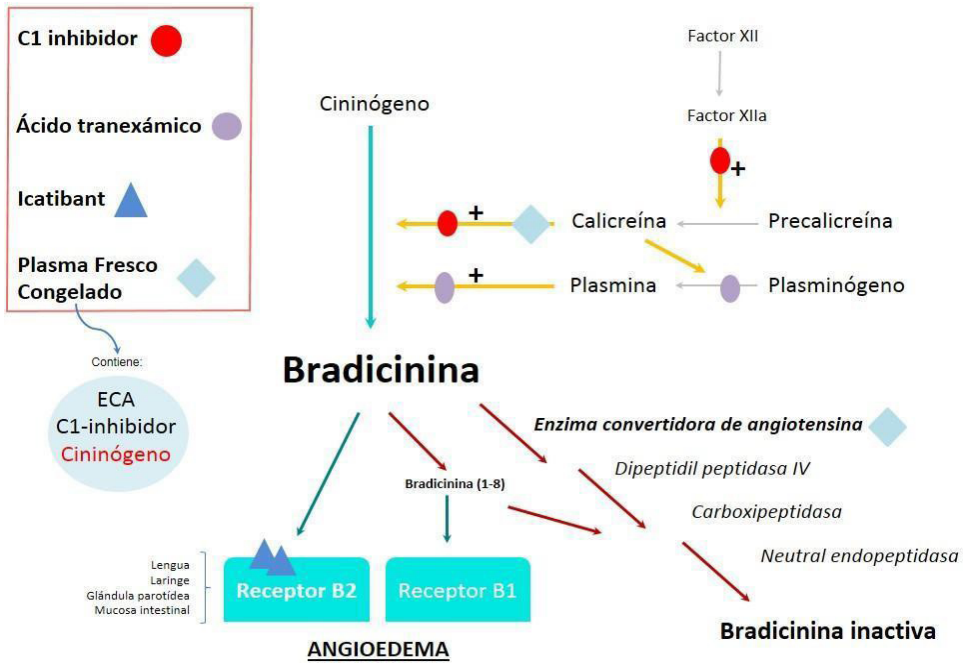


Figura 2. Vía de síntesis y degradación de bradicinina y mecanismo de acción de los fármacos involucrados en ambos procesos.

Atendiendo a criterios de eficacia, seguridad y coste, AT y PFC se sitúan como opciones más accesibles a todo servicio de urgencias. La disponibilidad de icatibant o C1-inhibidor a nivel hospitalario suele estar limitada a centros que cuentan con un área especializada en el manejo de angioedema hereditario. Por todo ello, se recomienda la inclusión, como primeras opciones terapéuticas, de AT y el PFC en el algoritmo del manejo del AEB por IECAs.

2.- Revisión de su tratamiento crónico

Los farmacéuticos , previo al alta hospitalaria, comprobaron que el paciente no recibía de manera ambulatoria otros fármacos que también pudieran estar implicados en la degradación de la bradicinina como son los inhibidores de la dipeptidil peptidasa IV (Linagliptina, Saxagliptina y Sitagliptina), inhibidores de la nerlipresina (Sacubitrilo) o inmunosupresores como Sirolimus o Tacrolimus, tal y como se refleja en la figura 2. Para ello revisaron exhaustivamente el resto del tratamiento ambulatorio del paciente.

Además, realizaron una anotación en la historia clínica de Atención Primaria, para evitar una nueva prescripción de IECA como antihipertensivo, así como la recomendación de emplear con precaución los fármacos previamente citados.

3.- Protocolizar el manejo de angioedema inducido por IECAS en urgencias

A raíz de este caso, desde el Servicio de Urgencias, se solicitó a los farmacéuticos impartir una sesión clínica sobre el manejo farmacológico de AEB, para estandarizar su abordaje en nuestro centro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Angioedemas mediados por bradicinina. Buenas prácticas en casos de urgencias. Orphanet urgencias 2017. Consultado 30/03/21. Disponible en: https://www.orpha.net/data/patho/Emg/Int/es/AngioedemaBradicinina_ES_es_EMG_ORPHA658.pdf
2. Blasco-Bravo AJ et al. Guía de práctica clínica abreviada del manejo de los angioedemas mediados por bradicinina en urgencias. Monografías Emergencias 2013; 7(1): 1-17
3. Moellman JJ et al; American College of Allergy, Asthma & Immunology (ACAAI); Society for Academic Emergency Medicine (SAEM). A consensus parameter for the evaluation and management of angioedema in the emergency department. Acad Emerg Med. 2014 Apr;21(4):469-84. doi: 10.1111/acem.12341.
4. Sinert R et al. Randomized Trial of Icatibant for Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor Induced Upper Airway Angioedema. JACI. 2017; 1402-1409.e3.
5. Beauchênea C et al. Intérêt de l'acide tranexamique en traitement d'urgence de première intention des crises d'angiœdème bradykinique sous IEC. REVMED. 2018; 772-776.
6. Senthilkumaran S et al. Fresh-frozen plasma as a treatment for life-threatening ACE- inhibitors angioedema – case series. J Gene Med India 2007;20:32–4.

53. RASH MACULOPAPULAR INDUCIDO POR ALECTINIB EN PACIENTE CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO AVANZADO

INTRODUCCIÓN

Los recientes avances en terapia dirigida contra el cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) han dado lugar a nuevos tratamientos antineoplásicos orales que permiten mejorar la supervivencia y calidad de vida relacionada con la salud, además de reducir la carga de la atención sanitaria. Estos fármacos se relacionan con efectos secundarios cuyo manejo aún no está bien definido. El alectinib es un inhibidor de la tirosina quinasa (ITK) indicado en primera línea del CPNM avanzado positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK). El presente caso trata sobre una paciente diagnosticada de adenocarcinoma de pulmón estadio IV ALK positivo, que inicia tratamiento con alectiniby desarrolla una reacción adversa cutánea grado 3 poco frecuente. La farmacéutica oncológica ejerce un papel clave en su detección, manejo y adherencia terapéutica, facilitando la reintroducción del fármaco en primera línea (nunca descrito hasta ese momento a dosis máximas), preservando su seguridad y calidad de vida.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 36 años sin alergias medicamentosas, exfumadora de 10 cigarrillos/día durante 10 años, con diagnósticos previos de hipotiroidismo autoinmune, hernia de hiato, gastritis crónica y sobrepeso; y sin tratamientos domiciliarios.

Acude a urgencias en julio de 2020 por un cuadro de tos seca y astenia desde el último mes, sin fiebre, escalofríos ni dificultad respiratoria, que se acompaña de dolor centrotorácico y disnea de esfuerzos. La tomografía computarizada (TC) de tórax evidencia **enfermedad pulmonar en lóbulo medio** junto con **derrame pleural derecho** y **pericárdico**. La prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para SARS-CoV-2 es
inicialmente positiva y posteriormente indeterminada, junto con una serología IgM negativa e IgG positiva. Ingresa en Medicina Interna bajo la hipótesis diagnóstica de neumonía leve por SARS-CoV-2 y pleuropericarditis, iniciándose azitromicina 500 mg/24 h (5 días), levofloxacino 500 mg/24 h (10 días), enoxaparina 60 mg/24 h, ibuprofeno 600 mg/8 h y colchicina 0,5 mg/12 h. El estudio de contactos y la evolución del cuadro clínico evidencian que se encuentra en **fase convaleciente de infección por SARS-CoV-2**. Debido a la persistencia de la clínica respiratoria, se realizan broncoscopia (sin posibilidad de biopsia) y ecocardiograma, donde se evidencia derrame pericárdico moderado. Ante la ausencia de compromiso respiratorio, se decide vigilancia ambulatoria, recibiendo el alta con prednisona 30 mg/24 h en pauta descendente y colchicina 0,5 mg/12 h.

En el estudio ambulatorio, dos meses después del alta, y ante la persistencia de tos, se realiza nuevo TC donde se visualizan **infiltrados pulmonares** en lóbulos medio y superior derecho, numerosas **adenopatías** mediastínicas, lobares, hiliares y paraaórtica, junto con derrame pleural derecho y pericárdico. Tras realización de tomografía por emisión de positrones y broncoscopia con biopsia transbronquial, se diagnostica de **adenocarcinoma pulmonar estadio IVa positivo para ALK.** Se completa estadificación con resonancia magnética del sistema nervioso central donde no se detectan alteraciones.

Comienza seguimiento en Oncología Médica, iniciando tratamiento en **primera línea con alectinib 600 mg/12h**, posicionado en guías para esta indicación (NCCN® de Non-Small Cell Lung Cancer. Version 4.2021), aprobado por la EMA y financiado en España. Acude a la **Unidad de Farmacia Oncológica (UFO)** donde, una vez revisada la indicación y cualquier parámetro en la historia clínica que pudiera requerir ajuste posológico, sevalida la prescripción a dosis plenas procediendo a la dispensación. Se realiza **consulta de**
atención farmacéutica al paciente oncológico, proporcionando información relativa a la indicación, administración, efectos adversos e interacciones (fármacos, infusiones, alimentos y tratamientos alternativos). Se le pide consentimiento que acepta, para **inclusión en estudio LOADH** (1), estudio de adherencia a tratamientos antineoplásicos orales en pacientes con CPNM, cuyos investigadores principales son farmacéuticos hospitalarios de siete centros españoles. Se le entrega información por escrito mediante tríptico informativo con teléfono de contacto de la unidad.
A día +8 del inicio de alectinib, la paciente **realiza una llamada telefónica a la UFO** por rash generalizado, desde donde se coordina su visita de al Servicio de Alergología y se informa a su oncólogo. Ante la aparición de una toxicidad grado 3 (CTCAE vs 4.03) y su posible relación con el alectinib, su oncólogo decide **suspender** tratamiento e iniciar cetirizina 10 mg/24 h y prednisona 5 mg/24 h. Como dato a destacar, la paciente refiere **desaparición de la tos** (síntoma principal de su CPNM) tras el inicio del alectinib. Desde ese momento, el equipo multidisciplinar compuesto por su farmacéutica oncológica,oncólogo médico y alergóloga, trabajan coordinadamente para diagnosticar y tratar la reacción adversa, intentando reintroducir el alectinib lo más pronto posible, tras respuesta clínica (desaparición de la tos) con una sola semana de tratamiento. Se describe la reacción como un **rash no pruriginoso y sin calor local**, que se inicia en escotey se extiende por el tronco anterior, espalda y extremidades superiores, donde se hace confluyente, cubriendo más del 30% de la superficie corporal (Fig. 1A). Un día más tarde (+9), ante el empeoramiento franco de las lesiones (Fig. 1B), incremento del prurito y presencia de fiebre, se inicia doxiciclina 100 mg/24 h y se incrementa la dosis de prednisona a 30 mg/24 h. Tras nueva cita con Alergología y visita a Dermatología, se confirma el diagnóstico de **rash maculopapuloso grado 3** como **probable toxicodermia por alectinib**, sin eosinofilia ni afectación mucosa.
La farmacéutica oncológica realiza una **revisión de la evidencia disponible** que comparte con el oncólogo médico y alergóloga (2–4). Los casos clínicos publicados coinciden con el nuestro en cuanto a la descripción, sintomatología y fecha de aparición tras el inicio de alectinib. Esto refuerza la intención de reiniciar alectinib después del desarrollo de una toxicidad grado 3, que no es una práctica habitual en oncología, ni figura en ficha técnica.Cada dos días, la paciente llama a la farmacéutica y envía fotos por email, observándose una **clara mejoría de la toxicidad cutánea** (Fig. 1C) a los 8 días de la suspensión, persistiendo la ausencia de tos, aunque con disnea de moderados esfuerzos ymanteniendo pauta de corticoides en descenso.

A B C

Figura 1. Rash maculopapular puntiforme a día +8 del inicio de alectinib (A) y a día +9 (B). Estado de las lesiones a los 8 días tras haber suspendido alectinib e iniciado tratamiento con prednisona (C).

En base a la evidencia disponible se decide, en reunión multidisciplinar y en consensocon la paciente, reiniciar alectinib tras 15 días de interrupción mediante una **pauta de desensibilización** (Tabla 1) propuesta por la farmacéutica oncológica en base a su revisión (4) y consensuada con el farmacéutico de farmacotecnia y el oncólogo médico, para lo cual se elaboró una formulación magistral (FM) oleosa en el Servicio de Farmacia.
A día + 6 tras la reintroducción, y a pesar de la mala tolerancia a la FM debido a las características organolépticas, se evidencia una clara mejoría de la reacción cutánea (grado 2), **sin tos ni disnea presentes**, por lo que se continúa la subida de dosis con alectinib 150 mg/24 h. Tras 60 días, la paciente presenta una **remisión completa del rash** y ausencia de sintomatología respiratoria, por lo que se decide escalada a **dosis plenasde alectinib 600 mg/12h**. En el TC de control realizado a día +85 del reinicio se describe **mejoría radiológica**, con disminución del tamaño del nódulo pulmonar en lóbulo medio, aunque sin cambios en el derrame pericárdico y pleural.

Tabla 1. Protocolo de desensibilización con alectinib propuesto por la Unidad de Farmacia Oncológica.

Día	Forma farmacéutica	Dosis de alectinib
1	suspensión oral de alectinib 15 mg/ml (FM)	45 mg (3 mL) cada 24 h
2	suspensión oral de alectinib 15 mg/ml (FM)	45 mg (3 mL) cada 24 h
3	suspensión oral de alectinib 15 mg/ml (FM)	75 mg (5 mL) cada 24 h
4	suspensión oral de alectinib 15 mg/ml (FM)	75 mg (5 mL) cada 24 h
5 - 6	cápsula comercial de alectinib	150 mg cada 24 h
7 - 8	cápsulas comerciales de alectinib	150 mg cada 12 h
9 - 28	cápsulas comerciales de alectinib	300 mg cada 12 h
29 - 59	cápsulas comerciales de alectinib	450 mg cada 12 h
> 60	cápsulas comerciales de alectinib	600 mg cada 12 h

En la actualidad, seis meses después de la desensibilización oral exitosa, el TC de control toraco-abdomino-pélvico confirma **enfermedad neoplásica estable**. La paciente se mantiene a dosis plenas de alectinib y sin recurrencia de la reacción cutánea (Fig. 2).

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

El alectinib es un ITK ALK de segunda generación. En ficha técnica se recogen como efectos adversos muy frecuentes (≥ 1/10 casos): anemia, trastornos gastrointestinales, alteraciones hepáticas, mialgias y erupción cutánea (17%). Sin embargo, sólo se han notificado erupciones cutáneas **graves** (grado ≥3) en un 0,5% de los pacientes, aunque sí se han reportado nuevos casos en la bibliografía con posterioridad (2–6).

La paciente del caso es diagnosticada de un **adenocarcinoma de pulmón estadio IV ALK positivo**, momento en el que inicia tratamiento con **alectinib**. A partir de entonces, acude a la consulta de la UFO, compuesta por **farmacéuticos titulados BCOP** (*Board Certified Oncology Pharmacist*) que forman parte del equipo multidisciplinar responsable de su tratamiento y manejo clínico, aportando conocimientos específicos en materia de oncología. En la **visita de inicio**, además de la dispensación, se le proporciona información (oral y por escrito) acerca del alectinib, su pauta, consejos de administración, reacciones adversas e interacciones, junto con un teléfono de contacto. Además, la paciente acepta su **inclusión en el estudio LOADH**, un estudio postautorización, prospectivo, observacional en pacientes diagnosticados de CPNM local,avanzado o metastásico para evaluar la adherencia a terapia antineoplásica oral a partir de datos recogidos mediante cuestionarios e historia clínica.

En base a la relación farmacéutica-paciente y la confianza establecida en esta primera consulta, la paciente **contacta telefónicamente** para comunicar la reciente aparición de una reacción cutánea a los 8 días tras el inicio del alectinib. La farmacéutica le indica que acuda de forma urgente a la consulta del oncólogo, y realiza una búsqueda bibliográfica inicial que permite **orientar** de forma precoz **el diagnóstico de la reacción adversa**asociada a alectinib (2,3). Aplicando el **algoritmo de Naranjo** (notificaciones concluyentes previas +1, evento adverso tras administración del fármaco +2, mejoría trassuspensión +1, reaparición tras administración 0, causas alternativas 0, reaparición tras placebo 0, determinación de fármaco en sangre/fluidos en concentraciones tóxicas 0, reacción más severa al aumentar/disminuir dosis +1, reacción similar causada por el mismo fármaco/otro semejante en exposición anterior 0, confirmación objetiva +1), la puntuación resulta de 6, es decir, **reacción adversa probable**. En ese momento, se conforma un quipo multidisciplinar en el que participa la farmacéutica, y que se encargará de un seguimiento estrecho y conjunto de la paciente.

Tras exploración física y estudio en Alergología y Dermatología, y ante el diagnóstico de rash maculopapuloso grado 3, la farmacéutica y alergóloga realizan una búsqueda bibliográfica más extensa, que permite un **abordaje inicial del cuadro en base a los casosprevios reportados** (2–4). La resolución de la sintomatología respiratoria en el corto periodo de tratamiento, junto con la preferencia en guías clínicas por el alectinib en primera línea para CPNM ALK positivo, inclinaron la decisión en reunión multidisciplinar de **mantener el alectinib** en lugar de cambiar a un agente de segunda línea, decisión que la paciente, totalmente autónoma y conocedora de la situación, comprende y acepta.

Generalmente, el abordaje de estos eventos adversos incluye interrupciones y reducciones de dosis, pero no se ofrece un protocolo de desensibilización. Desde la UFO **se propone una pauta de desensibilización** para reiniciar el alectinib de forma segura y controlada (Tabla 1) (4). El problema es que sólo está disponible como cápsulas de 150 mg, de forma que se precisa reformular para poder administrar dosis pequeñas que permitan una escalada paulatina. Para ello, se recurrió al área de **farmacotecnia** donde, en base a la bibliografía, y teniendo en cuenta la naturaleza lipofílica y baja solubilidad en agua de alectinib (3,4), se preparó una **solución extemporánea** disolviendo 1 cápsula de alectinib en 10 mL aceite de oliva de calidad farmacéutica y lecitina de soja (1:1) (15 mg/mL) (4). Gracias a la aportación de las distintas áreas del Servicio de Farmacia, la paciente pudo alcanzar **dosis plenas de alectinib,** lo cual no había sido descrito en la literatura hasta ese momento. En paralelo a este caso, se publicaron otros dos casos de desensibilización exitosa (5,6), llegando hasta dosis plena solo en uno de ellos (5).

Además, en cada visita se revisó el curso clínico, pruebas diagnósticas y analíticas, y se validó el tratamiento mediante prescripción electrónica. Se revisaron interacciones farmacológicas con tratamientos concomitantes y la evolución de la toxicidad cutánea.

Figura 2. Estado actual de la paciente, tras seis meses a tratamiento con alectinib.

Además, se reforzó y evaluó su adherencia al tratamiento mediante cuestionarios de adherencia y calidad de vida del estudio LOADH, el recuento de cápsulas sobrantes y la dispensación del número de cápsulas necesarias hasta la próxima consulta.
La paciente se mantiene a día de hoy a tratamiento con **dosis máximas de alectinib**, sin reaparición de reacciones cutáneas y con **enfermedad neoplásica estable**. Mediante la identificación de un problema relacionado con medicamentos, la integración en el equipo multidisciplinar, la intervención farmacéutica y el posterior abordaje, fue posible optimizar su plan farmacoterapéutico con dosis plenas de alectinib, evitando la aparición de efectos adversos que comprometieran la adherencia al tratamiento y, favoreciendo como consecuencia el éxito terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio LOADH. Código del estudio D133FR00144 / LOADH Código AEMPS AZF-ATE-2019-01. 2019.
2. Kimura T, Sowa-Osako J, Nakai T, Ohyama A, Kawaguchi T, Tsuruta D, et al. Alectinib-Induced Erythema Multiforme and Successful Rechallenge with Alectinib in a Patient with Anaplastic Lymphoma Kinase-Rearranged Lung Cancer. Case Rep Oncol. diciembre de 2016;9(3):826-32.
3. Shirasawa M, Kubotaa M, Harada S, Niwa H, Kusuhara S, Kasajima M, et al. Successful oral desensitization against skin rash induced by alectinib in a patient with anaplastic lymphoma kinase-positivelung adenocarcinoma: A case report. Lung Cancer Amst Neth. septiembre de 2016;99:66-8.
4. Bejarano Varas MT, Gould S, Charlot M. Response to alectinib oil-based suspension in anaplastic lymphoma kinase-positive non-small cell lung cancer in a patient unable to swallow: A case report. J Oncol Pharm Pract Off Publ Int Soc Oncol Pharm Pract. octubre de 2019;25(7):1722-5.
5. Seegobin K, Majeed U, Lou Y, Zhao Y, Manochakian R. Patients with high-grade alectinib-induced skin rash: How do we desensitize these patients? A case report and review of literature. SAGE Open Med Case Rep. 2020;8:2050313X20966895.
6. Anderson BE, Luczak TS, Ries LM, Hoefs GE, Silva-Benedict AC. Successful alectinib desensitization in a patient with anaplastic lymphoma kinase-positive adenocarcinoma of the lung and alectinib-induced drug rash. J Oncol Pharm Pract Off Publ Int Soc Oncol Pharm Pract. diciembre de 2020;26(8):2028-30.

3. TERAPIA CON BACTERIÓFAGOS EN INFECCIÓN PULMONAR POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS EN UNA PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA

INTRODUCCIÓN

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética de herencia autosómica recesiva producida por mutaciones en el gen que codifica para la proteína reguladora de la conductividad transmembrana de la FQ (*cystic fibrosis transmembrane conductance regulator [CFTR]),* localizada en el cromosoma 7, que actúa como canal de cloro y participa en la regulación de otros canales iónicos. Esta proteína se expresa en las células epiteliales del aparato respiratorio, páncreas, vías biliares, intestino, glándulas sudoríparas y en el sistema genitourinario. Su alteración conduce a una anomalía en el transporte de iones, provocando la acumulación de secreciones espesas que obstruyen los conductos del órgano en el que se localizan y esto desencadena una amplia variedad de manifestaciones clínicas multisistémicas. La principal causa de morbi-mortalidad en los pacientes con FQ es debida a la afectación respiratoria. La acumulación de moco en la vía aérea favorece la colonización bacteriana y la aparición de infecciones recurrentes, en muchos casos causadas por patógenos oportunistas y multirresistentes. Esto desencadena una respuesta inflamatoria que condiciona la aparición de bronquiectasias y una disminución progresiva de la capacidad pulmonar (medida como capacidad vital forzada [CVF] y volumen espiratorio forzado en el primer segundo [VEF1]), con exacerbaciones frecuentes.[1,2]
Los pacientes con FQ frecuentemente presentan infecciones por micobacterias no tuberculosas (MNT), en España alrededor del 4%, incluyendo la infección por *Mycobacterium abscessus (MAB)*. Mayoritariamente se trata de infecciones respiratorias, pero pueden darse casos de infección diseminada con afectación extrapulmonar.[3]
Esta complicación infecciosa supone un reto en cuanto a su manejo clínico, debido a la altaresistencia a antibióticos de *MAB*, tanto intrínseca como adquirida. Esto requiere la administración de combinaciones de antibióticos (ATB) durante largos periodos de tiempo, ya que deben completarse 12 meses de tratamiento desde la negativización del primer cultivo (deben

obtenerse 3 cultivos negativos), con las correspondientes interacciones y toxicidades que puedan derivarse de ello. Según las guías publicadas, debe llevarse a cabouna fase inicial intensiva, con el objetivo de disminuir la carga bacteriana y con una duración variable, seguida de una fase de continuación.[4] En la Figura 1 se observan, de forma simplificada, los antibióticos más utilizados en la fase intensiva y de continuación.

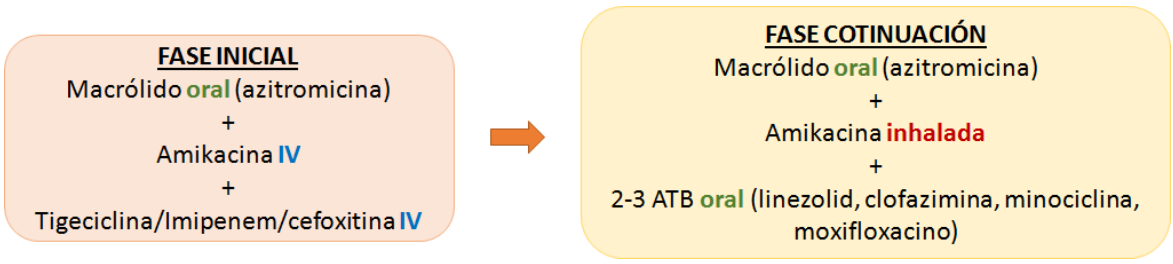


Figura 1. Tratamiento de la infección por *Mycobacterium abscessus.*[4] IV: intravenosa

La tasa de erradicación es extremadamente baja (alrededor de un 25%), por lo que la persistencia de la infección puede acelerar el deterioro de la función pulmonar y precipitarla necesidad de un trasplante pulmonar (TP). Por otro lado, puede suponer una contraindicación relativa para someter al paciente a un TP, debido al elevado riesgo de reinfección, disfunción del injerto y rechazo crónico, como consecuencia de las estrategiasde minimización de la inmunosupresión para controlar la infección.[4] Por este motivo, son necesarios tratamientos efectivos para su erradicación.

Los bacteriófagos son virus con capacidad de infectar bacterias y provocar su muerte, sin presentar actividad frente a células eucariotas, lo que hace que puedan constituir una alternativa a los antibióticos en el tratamiento de las infecciones bacterianas. Son muy abundantes en aguas residuales y otras fuentes medioambientales. Presentan una elevada especificidad, de manera que los bacteriófagos con actividad frente a bacterias como *MAB* (micobacteriófagos) serán inocuos frente a otras especies bacterianas, incluso presentando especificidad para diferentes cepas de una misma especie.[5]

Para su uso terapéutico deben tener capacidad de adherirse de forma específica a la bacteria causante de la infección y llevar a cabo un ciclo lítico. Varios estudios y series de casos publicados describen la eficacia y seguridad de la terapia con bacteriófagos en infecciones por bacterias multirresistentes (MR), tanto vía tópica como endovenosa.[6] Un paciente con sepsis por *Pseudomonas aeruginosa MR,* asociado a fallo renal agudo, fue tratado con bacteriófagos endovenosos y se observó negativización de cultivos, disminución de parámetros inflamatorios y mejora de la función renal.[7] A destacar un casopublicado de una paciente con fibrosis quística que presentaba infección diseminada por *MAB* posterior al TP, por lo que se trató con un cóctel de bacteriófagos con actividad líticafrente a su cepa específica. Se administraron cada 12h vía endovenosa, evidenciándose una mejora de la función pulmonar y hepática, así como la resolución de los nódulos cutáneos que presentaba.[8]

PRESENTACIÓN DEL CASO

Nuestra paciente es una mujer de 26 años con FQ diagnosticada a los 13 meses de edad mediante la prueba del sudor, que presenta también insuficiencia pancreática exocrina (entratamiento sustitutivo) y celiaquía. Al realizar el estudio genético se encuentran las mutaciones G542X y 2184delA, responsables de la ausencia de la proteína CFTR, por lo queno es tributaria de terapia farmacológica dirigida a restaurar la funcionalidad del gen. Su tratamiento habitual incluye aportes de enzimas pancreáticas, broncodilatadores, vitaminas y diferentes antibióticos. A nivel infeccioso, está colonizada por *Pseudomonas aeruginosa* desde hace 13 años y por *Mycobacterium abscessus* desde hace 6 años, presentando varias exacerbaciones de infecciones respiratorias que requieren ingreso y ciclos de tratamientos antibióticos combinados.

Previo al ingreso, la paciente presenta un claro empeoramiento de la función pulmonar, por lo que requiere ventilación mecánica no invasiva (VMNI) nocturna y oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD), además de intensificar el tratamiento antibiótico dada la necesidad de disminuir la carga bacteriana de *MAB* para poder someterse a TP. La pauta antibiótica consiste en cefoxitina 2g/8h intravenosa, amikacina 500 mg/12h nebulizada, linezolid 600 mg/12h oral y clofazimina 100 mg/24h oral.

A pesar del tratamiento antibiótico sistémico, la paciente ingresa en la Unidad de CuidadosIntensivos (UCI) por insuficiencia respiratoria hipoxémica e hipercápnica, que se orienta como un neumotórax derecho y se somete a drenaje pleural urgente. Ante la persistenciadel neumotórax y la insuficiencia respiratoria crónica agudizada, se incluye a la paciente en lista de TP. A los 5 días de ingreso se somete a TP, con una correcta evolución postoperatoria y extubación a las 30 horas post-TP.

En la fibrobroncoscopia de control realizada a los 15 días del TP se toman muestras de esputo que confirman una reinfección por *MAB*, resistente a macrólidos y aminoglucósidos. La paciente presenta un aumento de la purulencia de las secreciones. Inicialmente se pauta la combinación antibiótica de tigeciclina 50 mg/12h intravenosa,amikacina 500 mg/12h nebulizada, clofazimina 50 mg/24h oral y linezolid 600 mg/12h oral.Finalmente se suspende la tigeciclina por intolerancia gastrointestinal. Ante la persistenciade anemia posiblemente relacionada con el tratamiento con linezolid, se decide reducir la dosis a 600 mg/24h y añadir linezolid nebulizado 12 mg/12h. Se mantiene con niveles mínimos de inmunosupresión, con el objetivo de controlar la infección.

Ante el empeoramiento clínico progresivo y de la función pulmonar (CVF de 23% y VEF1 de 25%), se plantea la terapia con bacteriófagos específicos como tratamiento dirigido frente a *MAB,* en base al caso clínico mencionado anteriormente. En este contexto, y trasel mal control de la infección con la terapia antibiótica sistémica, se solicitan a la Universidad de Pittsburgh, donde tienen una amplia variedad de bacteriófagos secuenciados, y se solicita autorización a la Agencia Española

del Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). El farmacéutico participa, junto al equipo médico de Neumología y el Servicio de Microbiología, en la gestión de los bacteriófagos a través de la AEMPS, considerados como medicamento en situación especial. Es necesaria laelaboración de un informe individualizado que justifique su uso, cultivos microbiológicos que confirman la resistencia antibiótica, el protocolo de la Universidad de Pittsburgh en el que se detalla su elaboración y bibliografía que avale su utilización en la práctica clínica. La AEMPS autoriza el tratamiento y su importación de forma excepcional, con la condición deinformar de la evolución clínica de la paciente. A nivel hospitalario, se realiza un protocolo para estandarizar los requisitos de inicio y seguimiento de los pacientes que reciben terapia con bacteriófagos, ya que es la primera paciente tratada en nuestro centro.

A partir de la cepa de *MAB,* se elabora un cóctel específico de bacteriófagos (GDH05; combinación de 2 fagos, Itos y BPs). Una vez confirmada la capacidad lítica de los bacteriófagos sobre la bacteria de interés, crecen en medios de cultivo que contienen la bacteria y posteriormente se purifican. Se envían a nuestro hospital en viales que contienen 0,1 ml del cóctel GDH05 (10^{11} Unidades Formadoras de Colonias [UFC]/ml).

La preparación de los bacteriófagos en dosis unitarias (DU) se lleva a cabo en el Servicio de Farmacia (SF), en una cabina de flujo laminar vertical, a partir de los viales de 0,1 ml del cóctel de bacteriófagos y utilizando como diluyente el Ringer Lactato. Se elabora un Protocolo Normalizado de Trabajo (PNT) con las indicaciones de preparación, de manera que, a partir de cada vial, tras varias diluciones, se obtienen 10 jeringas de 5 ml para administración intravenosa. La preparación es estable 15 días en nevera (2-8ºC).

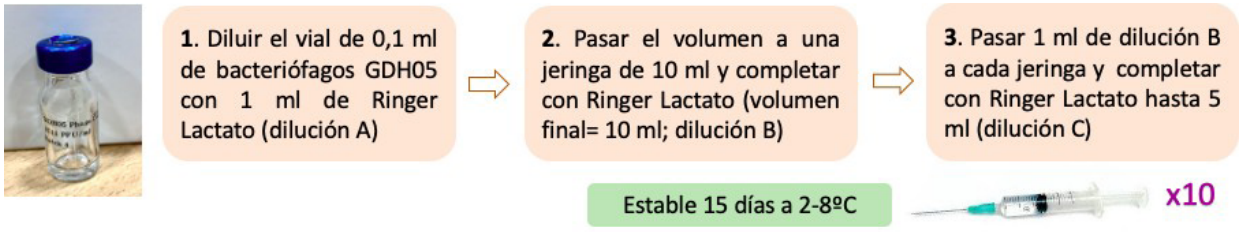


Figura 2. Indicaciones de preparación de dosis unitarias de bacteriófagos intravenosos.

La pauta indicada en la paciente es de 1 bolus intravenoso de 5 ml cada 12 h, con una duración mínima de tratamiento de 8 meses, según la bibliografía publicada. El tratamiento se inicia sin incidencias, con buena tolerancia. A pesar de que las primeras dosis se administran en el hospital, se lleva a cabo un programa de educación sanitaria ala paciente para poder autoadministrarse el tratamiento en domicilio. La dispensación se hace desde el SF, junto al resto del tratamiento habitual, realizando un seguimiento de la paciente y atención farmacéutica. Se resuelven dudas de la administración domiciliaria de diferentes medicamentos, incluidos antibióticos endovenosos, y de los efectos adversos que aparecen durante el tratamiento, ya que los pacientes con FQ presentan una alta complejidad y requieren un abordaje multidisciplinar.

Actualmente, tras 9 meses de tratamiento, la paciente presenta mejora en las pruebas deimagen, con resolución de algunos nódulos hipermetabólicos observados al inicio, ha doblado la función pulmonar en las últimas espirometrías (CVF 54% y VEF1 36%) y ha disminuido la broncorrea y la purulencia del esputo. Las baciloscopias son negativas y, aunque los cultivos persisten positivos, se ha objetivado un claro impacto en la disminución de la carga bacteriana, con una reducción del número de bacterias por campodel microscopio. Clínicamente la paciente está asintomática y ha tolerado correctamente el tratamiento, sin efectos adversos asociados.

La idea es completar 1 año de tratamiento, planteando la opción de continuar después conbacteriófagos nebulizados como terapia de mantenimiento, con el objetivo de evitar la reinfección y la disfunción del injerto. Durante el tratamiento surgen dudas en cuanto a la posibilidad de retirar alguno de los antibióticos o aumentar la inmunosupresión para disminuir el riesgo de rechazo, aunque hasta el momento se mantiene sin cambios.

DISCUSIÓN

Las infecciones por *Mycobacterium abscessus* en pacientes con FQ se asocian a un incremento de la morbimortalidad, debido a la baja tasa de erradicación de la infección, las multirresistencias y las complicaciones que pueden derivarse en caso de un TP.

La terapia con bacteriófagos ha mostrado ser segura y eficaz en infecciones por bacterias multirresistentes, como *Mycobacterium abscessus* o *Pseudomonas aeruginosa*, por lo quepueden utilizarse de forma alternativa o complementaria a los antibióticos. Destacar la elevada especificidad de esta terapia dirigida, ya que varias cepas de una misma especie bacteriana pueden presentar diferente susceptibilidad a un cóctel de bacteriófagos.

En nuestro caso, la utilización de bacteriófagos ha mostrado resultados clínicos muy positivos en cuanto a eficacia y seguridad. La colaboración del farmacéutico con el equipomédico permite gestionar el acceso a la terapia individualizada con bacteriófagos como medicamento en una situación excepcional, participando en la solicitud a la AEMPS y en la preparación de las dosis unitarias que se administra la paciente en el hospital y en el domicilio. Además, participa en la educación sanitaria para la realización del tratamiento domiciliario y en el seguimiento farmacoterapéutico, en las consultas de Atención Farmacéutica a pacientes externos. Son necesarios más ensayos clínicos que avalen el uso de los bacteriófagos, aunque hay evidencia para considerarlos como una estrategia en infecciones causadas por bacterias resistentes a antibióticos convencionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bergeron & Cantin (2019). Cystic Fibrosis: Pathophysiology of Lung Disease. *Seminars inrespiratory and critical care medicine*, *40*(6), 715–726.
2. Corriveau et al. (2018). Cystic fibrosis survival: the changing epidemiology. *Current opinion in pulmonary medicine*, *24*(6), 574–578.
3. Zolin et al. (2020). European Cystic Fibrosis Society Patient Registry Annual Report 2018.
4. Degiacomi et al. (2019). *Mycobacterium abscessus*, an Emerging and Worrisome Pathogen among Cystic Fibrosis Patients. *International journal of molecular sciences*, *20*(23), 5868.
5. Principi et al. (2019). Advantages and Limitations of Bacteriophages for the Treatment of Bacterial Infections. *Frontiers in pharmacology*, *10*, 513.
6. Furfaro et al. (2018). Bacteriophage Therapy: Clinical Trials and Regulatory Hurdles. *Frontiers in cellular and infection microbiology*, 8, 376.
7. Jennes et al. (2017). Use of bacteriophages in the treatment of colistin-only-sensitive *Pseudomonas aeruginosa* septicaemia in a patient with acute kidney injury- a case report. *Critical care*, *21*(1), 129.
8. Dedrick et al. (2019). Engineered bacteriophages for treatment of a patient with a disseminated drug-resistant *Mycobacterium abscessus*. *Nature medicine*, *25*(5), 730–733.

41. GENOTIPADO DE LOS POLIMORFISMOS DEL GEN *CYP3A5*, ¿EL FUTURO ALIADO EN LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE TACROLIMUS?

INTRODUCCIÓN

El tacrolimus es un inhibidor de la calcineurina ampliamente utilizado como tratamiento inmunosupresor en trasplantes de órgano sólido. Entre sus características, es importante destacar lagran variabilidad inter e intraindividual influenciada, en parte, por las variaciones genéticas en el gen*CYP3A5* que codifica el citocromo P450 3A5 encargado del metabolismo de dicho fármaco.

La farmacogenética es la disciplina que estudia el efecto de la variabilidad genética de un individuo en su respuesta (eficacia y/o toxicidad) a determinados fármacos. La variación genética en enzimas metabolizadores, transportadores y/o dianas terapéuticas puede tener repercusiones en la actividado función de dichas proteínas y, por lo tanto, en la farmacocinética y la farmacodinamia de algunos fármacos, dando lugar a una variabilidad en la eficacia y toxicidad. Los enzimas del citocromo P450 tienen un papel fundamental en el metabolismo de muchos fármacos. La asociación entre el genotipodel gen *CYP3A5* y los requerimientos de dosis de tacrolimus es consistente y ha sido demostrada en distintos trasplantes de órgano sólido, siendo los alelos más estudiados el CYP3A5*1 y el CYP3A5*3.

La farmacogenética, unida a una adecuada monitorización farmacocinética, ha demostrado mejorasclínicas en los pacientes, entre las que se incluyen: reducción de resultados clínicos subóptimos, menor coste de tratamiento, mayor adherencia a la medicación, selección de agentes terapéuticos más apropiados y mayor seguridad para el paciente. Por lo tanto, los farmacéuticos tienen la responsabilidad fundamental de asegurarse de que las pruebas farmacogenéticas se realicen cuandosea necesario y que los resultados se utilicen para optimizar el tratamiento. La aplicación de la farmacogenética requiere conocer cómo las variaciones genéticas impactan en las propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas de un fármaco, teniendo en cuenta la patología y las distintas poblaciones de pacientes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO E INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

Paciente mujer (caucásica) de 18 años de edad y datos antropométricos: peso 57,3 kg y talla 164 cm.

Problemas crónicos de salud: fallo renal secundario a síndrome nefrótico genético familiar (mutación en heterocigosis del gen *NPHS2* que codifica la podocina), diagnóstico a los 5 meses de edad. En Agosto de 2011 recibe un primer trasplante de donante cadáver (trasplantectomía a las 48hpost-cirugía por trombosis precoz del injerto). Paciente hiperinmunizada, que precisó tratamiento dedesensibilización - inicialmente con inmunoglobulinas intravenosas (IgG IV) a dosis elevadas (2g/kg/ mensual durante 4 meses), posteriormente inmunoadsorción (con IgG IV 0,4 g/kg) y rituximab

- para recibir el 2º trasplante de donante cadáver en Febrero de 2013, con buena evolución posterior.En Agosto de 2020 es diagnosticada de enfermedad renal crónica (ERC) grado IV por nefropatía crónica del trasplante y recibe el 3º trasplante renal de donante vivo emparentado.

Se realiza conciliación de la medicación al ingreso mediante entrevista la paciente y a familiares. Tras la realización de la cirugía de trasplante renal de donante vivo se realiza una evaluación del tratamiento prescrito:

- Riesgo inmunológico: elevado (tercer trasplante renal, paciente hipersensibilizada). **Terapia inmunosupresora de mantenimiento post-trasplante**: metilprednisolona 80 mg/24 h (dosis decrecientes), tacrolimus (Prograf®) 10 mg/12 h, micofenolato de mofetilo 500 mg/12h.

Tras revisión de historia clínica, se detecta que la paciente presenta mala tolerancia gastrointestinal a micofenolato de mofetilo y se cambia el tratamiento de micofenolato de mofetilopor ácido micofenólico.

- Riesgo infeccioso: intermedio para Citomegalovirus (CMV) (D+/R+). No urópata. Precisa profilaxis frente CMV. Se inicia durante el ingreso ganciclovir intravenoso: según lista NIOSH 2020 à **preparación en farmacia.** Cuando la paciente tolera vía oral, se cambia a valganciclovir à **dispensación al alta desde farmacia ambulatoria,** se dan instrucciones a la paciente en relación a su administración. Tratamiento profiláctico completo: 6 meses.

Tratamiento al alta hospitalaria: omeprazol 20mg/24h, Fosfato NM 1 sobre/24h, Hidroferol 266 mcg 1 ampolla bebible/ mes, doxazosina 4mg/12h, amlodipino 10mg/12h, Cotrimoxazol (Septrin®) 160/800 mg/LXV, valganciclovir 900mg/24h, metilprednisolona 60 mg/24h,-ácido micofenólico 360mg/12h, **tacrolimus (Prograf®) 10mg/12h**.

Descripción del principal problema de salud (o potencial problema de salud) relacionado con los medicamentos: Paciente con un tercer trasplante renal de donante vivo que durante el seguimiento en consultas externas presenta un difícil control de los niveles de tacrolimus, precisa dosis muy elevadas de fármaco y, a medida que avanza el tiempo, se observa un empeoramiento progresivo dela función renal: aumento de la creatinina sérica, entre otros. No se identifica rechazo celular o humoral del órgano y presenta anticuerpos donante-específicos (DSA) negativos en todo momento. En la *figura 1* se detallan los niveles de creatinina sérica recogidos durante el seguimiento de la paciente desde el trasplante renal hasta la interconsulta a farmacia.

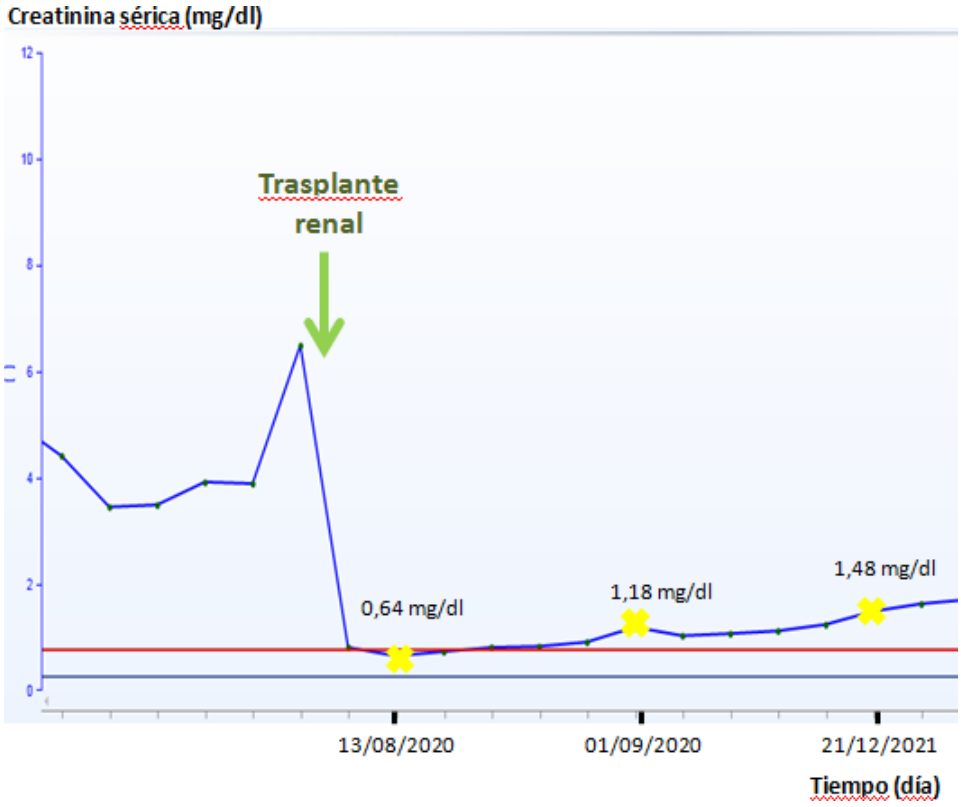


Figura 1. Evolución de las creatininas séricas durante el postrasplante renal de la paciente.

¿Qué es lo que le está sucediendo a este riñón?

Análisis del equipo médico: ¿Rechazo **humoral?** Descartado por biopsia y DSA negativos. ¿Recidiva **de la enfermedad?** Raramente descrito, pero hay casos de recidiva en pacientes con esta enfermedad genética y más con un donante vivo emparentado. Descartado por biopsia y ausencia de proteinuria significativa. ¿Toxicidad **por tacrolimus?** Biopsia: no toxicidad aguda, sí fibrosis y cambios vasculares muy intensos considerando situación de 3-5 meses postrasplante. Valoración global: gran parte del daño del injerto depende del donante, pero con impacto muy negativo del tacrolimus sobre el mismo.

Análisis del equipo de farmacia: ¿Nefrotoxicidad **por tacrolimus?** La **paciente precisa dosis elevadas** de tacrolimus (requerimiento posológico similar en el anterior trasplante) para mantener niveles **en objetivo terapéutico** (8-10 ng/ml). Se evalúan factores que podrían explicar esta situación, se confirma buena adherencia y no presencia de interacciones medicamentosas relevantes en el tratamiento habitual. Se procede a realizar estudio farmacocinético y farmacogenético:

-**Estudio farmacocinético**: cálculo del área bajo la curva (AUC) para conocer la exposición real de la paciente al fármaco. Habitualmente la Cmin se correlaciona bien con el AUC, pudiendo extrapolar su valor. Sin embargo pueden darse situaciones complejas en las que esto no ocurra. Los resultados de nuestra paciente son: Cmin= 5,4 ng/ml, AUC= 182,1 h·mcg/L, Cmin objetivo= 5-6 (Cmin objetivo de tacrolimus inferior tras sustitución por el equipo médico del tratamiento inmunosupresor concomitante con antimetabolito por un inhibidor de m-TOR: permite mantener buena inmunosupresión con niveles más bajos de tacrolimus, lo que permite mantener el objetivo y proteger al injerto de una fibrosis progresiva).

Tras un análisis farmacocinético de nuestra población (determinación de ecuaciones de regresión lineal a partir de los valores de C0 (x) y el $AUC_{0\text{-}12h}$ (y)) y la revisión de distintos modelos farmacocinéticos poblacionales para tacrolimus en los que se analiza la correlación AUC/Cmin, observamos que en nuestra paciente no hay una buena correlación AUC/Cmin. Apesar de que la paciente presenta una Cmin en rango terapéutico, el AUC resultante muestra una sobreexposición al fármaco (AUC= 182,1 h·mcg/L) si lo comparamos con el AUC que lecorrespondería al valor de Cmin obtenido.

Se realiza a continuación una evaluación de las variables que pueden alterar la correlación AUC/Cmin, entre los que encontramos: polimorfismos genéticos del gen *CYP3A5*, período postrasplante, periodicidad de administración de tacrolimus, entre otros.

-**Estudio farmacogenético**: estudio de los polimorfismos del gen *CYP3A5*, concretamente de los portadores de los alelos *3 (en homocigosis hasta 80% de la población caucásica) y *1. Dosis habituales de tacrolimus adaptadas a portadores

homocigotos de CYP3A5*3 (*3/*3). Portadores de CYP3A5*1 requieren dosis superiores. Resultados de la paciente de nuestro caso: **CYP3A5*1/3*** à **la paciente es portadora del alelo *1, es una metabolizadora intermedia de tacrolimus.** Los pacientes metabolizadores rápidos (portadores del alelo CYP3A5*1) requieren un 1,5-2 x veces aumento de dosis de tacrolimus de liberación inmediata para alcanzar los niveles plasmáticos objetivo. Según las guías CPIC (Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium) (2015):

Tipo de metabolizador	Genotipo CYP3A5	Recomendación posológica
Extensivo	*1/*1	Aumentar la dosis inicial recomendada de 1,5 a 2 veces. La dosis inicial no debe exceder 0,3 mg/kg/día. Monitorizar concentraciones plasmáticas.
Intermedio	*1/*3	Aumentar la dosis inicial recomendada de 1,5 a 2 veces. La dosis inicial no debe exceder 0,3 mg/kg/día. Monitorizar concentraciones plasmáticas.
Pobre / Normal	*3/*3	Iniciar con dosis estándar. Monitorizar concentraciones plasmáticas.

El ensayo clínico ASEERTA (Trofe-Clark, et al. 2018) demostró que, en los metabolizadores rápidos, las dosis más elevadas de tacrolimus resultaron en un 34% de incremento en la concentración máxima (Cmax) para alcanzar la misma Cmin objetivo. Las Cmax de tacrolimus más elevadas, a su vez, han demostrado aumentar el riesgo de toxicidad y reacciones adversas a tacrolimus. Por lo tanto, nuestra **paciente estaría potencialmente en situación de riesgo de presentar elevados picos de concentraciones (Cmax) con el consecuente aumento de toxicidad al fármaco**, lo cual podría encajar con la situación de posible nefrotoxicidad farmacológica observada.

Propuesta de cambio terapéutico: una alternativa terapéutica que se plantea en esta paciente es la presentación de tacrolimus de liberación sostenida Envarsus®, ya que, con esta presentación, se pueden alcanzar las Cmin objetivo con una dosis de tacrolimus un 20% más baja de Envarsus® en relación a la dosis de tacrolimus de liberación inmediata (Prograf®) que tomaba la paciente, evitando así los picos elevados de Cmax observados con la formulación de liberación inmediata. Además, con el cambio de presentación se facilitaría la pauta de administración a la paciente, ya que Envarsus® sólo requiere una toma al día. **Se realiza cambio terapéutico de Prograf® por Envarsus®, con el correspondiente ajuste de dosis.**

Tras el cambio terapéutico se realiza un nuevo cálculo de AUC y los resultados son: Cmin= 3,3 ng/ml (Cmin objetivo= 5-6), AUC= 143,1 h·mcg/L. Se aumenta dosis de Envarsus® 6mg/24h à 7mg/24h. Se realizará el seguimiento de esta paciente teniendo en cuenta el AUC. Importante: las extracciones de niveles plasmáticos se realizarán a distintos tiempos post-administración de tacrolimus dependiendo de la formulación administrada al paciente: se realizó formación al equipo de enfermería de las distintas unidades. **Tras el cambio terapéutico a Envarsus®, las creatininas séricas se han estabilizado (*Figura 2*).**

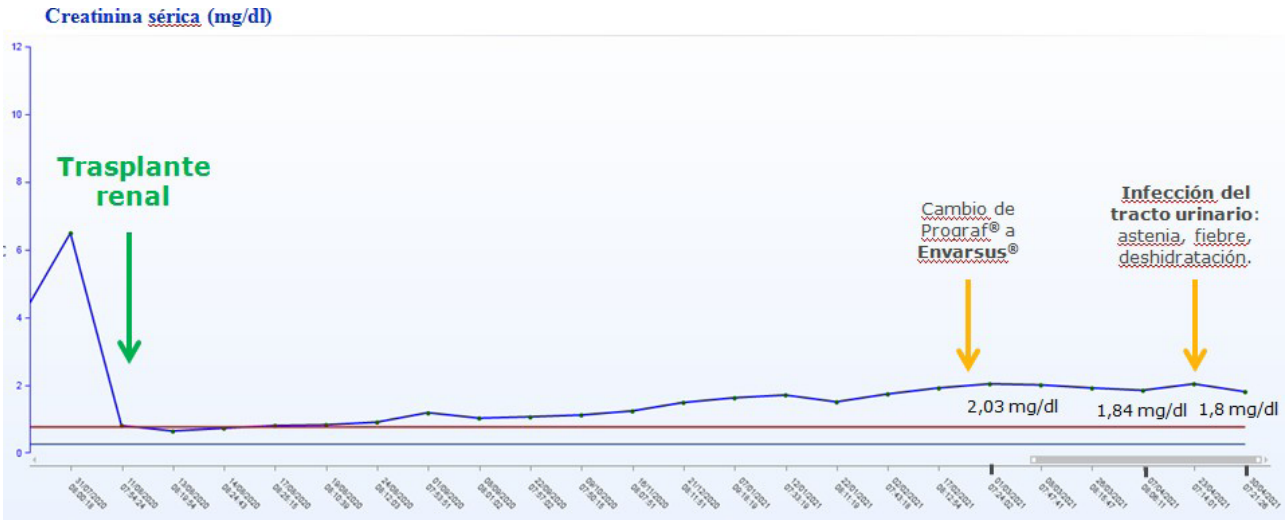


Figura 2. Evolución de las creatininas séricas durante el postrasplante renal de la paciente tras el cambio de Prograf® a Envarsus®.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

1.- Monitorización farmacocinética de tacrolimus en el trasplante pediátrico renal.

La monitorización farmacocinética de tacrolimus se puede realizar a partir de dos parámetros farmacocinéticos: Cmin y AUC. El AUC es el parámetro que mejor describe la exposición del pacienteal fármaco. No obstante, en la práctica clínica habitual se utiliza más frecuentemente la Cmin por precisar una única determinación sanguínea y presentar una buena correlación con AUC. Sin embargo, nos encontraremos situaciones complejas en las que no se produce esta correlación entreAUC y Cmin. Kim, Jong Man et al. (2020) realizaron un estudio en pacientes con trasplante de hígadoy observaron que los pacientes portadores del alelo CYP3A5*1 presentaban una buena correlación AUC/Cmax y no una adecuada correlación AUC/Cmin; sin embargo los pacientes no portadores de este alelo sí mostraron una buena correlación AUC/Cmin, lo que confirma la situación observada en nuestra paciente, en la que la monitorización a través de la estimación del AUC quizá resulte más adecuada.

2.- Estudio farmacogenético de polimorfismos del *CY3A5* en el trasplante pediátrico renal.

El hallazgo del alelo *CY3A5**1 en esta paciente ha motivado la realización del genotipado de los polimorfismos genéticos de los genes *CYP3A5* y *CYP3A4* en nuestro hospital, previamente al inicio deltraspante. En trasplante renal pediátrico se ha protocolizado su realización a todos los pacientes candidatos a trasplante con el objetivo de conseguir un ajuste posológico óptimo ya desde el inicio del tratamiento con tacrolimus en el postrasplante inmediato, periodo en el que se observa el mayorriesgo de aparición de rechazo. En un estudio de Thervet, E et al. 2020 en el que se incluyeron 280 receptores de trasplante renal, se ajustó la dosis de tacrolimus en función del genotipo del gen *CYP3A5* o según el régimen estándar. Se observó que dentro del grupo de dosis ajustada según CYP3A5, una proporción superior de pacientes alcanzaron la Cmin objetivo el día +3 postrasplante: 43,2 % frente 29,1% (p= 0,03), requiriendo menos modificaciones de la dosis. En otro estudio de RojasL, et al. 2015 observaron que los individuos que expresan CYP3A5*1 presentan mayor riesgo de rechazo agudo y nefrotoxicidad farmacológica.

A raíz de la creciente experiencia, se está empezando a determinar también los polimorfismos del gen *CYP4A5* en los pacientes adultos de nuestro centro.

A modo de resumen, son responsabilidades del farmacéutico clínico:

- **Promover el uso** óptimo **de la realización de las pruebas de farmacogenética**. En la pacientedescrita en el presente caso se detecta una toxicidad posiblemente farmacológica y se encuentra una posible justificación, siendo ésta la presencia del alelo *1 en el gen *CYP3A5,* loque nos permite realizar una selección óptima del fármaco y de su dosificación.
- **Interpretar el resultado clínico de la prueba farmacogenética realizada**. La evidencia clínicadescrita y revisada, tras una búsqueda bibliográfica, nos ayudó a interpretar los resultados obtenidos en la paciente, ofreciendo el ajuste posológico más apropiado a la situación clínicay a la selección de la formulación óptima disponible de tacrolimus.
- **Educar a otros profesionales de la salud, incluyendo a otros farmacéuticos, así como a los pacientes en relación a la información que puede aportar el campo de la farmacogenética.** La determinación del polimorfismo genético del gen *CYP3A5* se empezó a determinar en nuestro hospital hace algunos meses, durante los cuales se ha realizado formación al equipomédico, concretamente al servicio de nefrología pediátrica y a la unidad pediátrica detrasplante hepático; y al equipo de enfermería encargado de la realización de la extracción sanguínea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bamoulid J, Crepin T, Gaiffe E, Laheurte C, Moulin B, Frimat L, et al. Immune reconstitution with two different rabbit polyclonal anti-thymocytes globulins. Transpl Immunol. 2017;45:48- 52.
2. Kim, J. M., Ryu, J. H., Lee, K. W., Hong, S. K., Yang, K., Choi, G. S., Kim, Y. A., Lee, J. Y., Yi, N. J., Kwon, C., Chu, C. W., Suh, K. S., & Joh, J. W. (2020). Effect of *CYP3A5* on the Once-Daily Tacrolimus Conversion in Stable Liver Transplant Patients. *Journal of clinical medicine*, *9*(9), 2897.
3. Birdwell KA, Decker B, Barbarino JM, et al. Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) guidelines for *CYP3A5* genotype and tacrolimus dosing. *Clin Pharmacol Ther.* 2015;98(1):19-24.
4. Thölking G, Fortmann C, Koch R, et al. The tacrolimus metabolism rate influences renal function after kidney transplantation. *PLoS One*. 2014;9(10):e111128.
5. Trofe-Clark J, Brennan DC, West-Thielke P, et al. Results of ASERTAA, a randomized prospective crossover pharmacogenetic study of immediate-release versus extended-release tacrolimus in African American kidney transplant recipients. *Am J Kidney Dis.* 2018;71(3):315-326.
6. Thervet E, Loriot MA, Barbier S, Buchler M, Ficheux M, Choukroun G, Toupance O, Touchard G, Alberti C, Le Pogamp P, Moulin B, Le Meur Y, Heng AE, Subra JF, Beaune P, Legendre C. Optimization of initial tacrolimus dose using pharmacogenetic testing. Clin Pharmacol Ther. 2010 Jun;87(6):721-6.
7. Bridwell et al. Clinical **Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) Guidelines for CYP3A5 Genotype and Tacrolimus Dosing**. Clin Pharmacol Ther. 2015 Jul;98(1):19-24.
8. ASHP statement on the Pharmacist Role in Clinical Pharmacogenomics Am J Health Syst Pharm. 2015 Apr 1;72(7):579-81.

38. MANEJO CLÍNICO MULTIDISCIPLINAR DE LA PANCOLITIS GRAVE UTILIZANDO LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE FÁRMACOS

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa (CU) es una de las formas más comunes de presentación de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). En esta patología se observa una inflamación de la mucosa del colon desde la región rectal que se extiende en sentido ascendente y de forma continua, sin tramos intermedios no afectados ni mucosa sana interlesional[1]. La CU extensa o

pancolitis es una forma de CU que afecta a todo el intestino grueso yes la patología inflamatoria intestinal que presenta un curso evolutivo más grave e incapacitante, que en muchas ocasiones acaba en colectomía[1].
Para el tratamiento de esta patología, existen diferentes líneas de tratamiento, en función del curso evolutivo y de la gravedad de la enfermedad. Los fármacos biológicosse utilizan en pacientes refractarios o intolerantes a los medicamentos clásicos. Actualmente están autorizados los anticuerpos monoclonales contra el factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF): infliximab, adalimumab y golimumab; los inhibidores de integrinas: vedolizumab; y los anticuerpos anti-interleucina 12 y 23 (anti-IL12/23) como ustekinumab.
La respuesta terapéutica a las dosis estándares de estos fármacos no es universal y muchos pacientes presentan falta o pérdida de respuesta, la cual se atribuye en gran medida a la alta variabilidad farmacocinética individual, que viene determinada por diferentes factores, como son las características demográficas del paciente, su situación fisiopatológica, la albúmina o la presencia de anticuerpos[2]. La monitorización de las concentraciones séricas (TDM) es una estrategia que permite reducir esta variabilidad y personalizar el tratamiento con el objetivo de conseguir una mayor eficacia y seguridad, así como una menor inmunogenicidad al mismo[2].

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 34 años, sin alergias/intolerancias conocidas, diagnosticada en 2018 de pancolitis ulcerosa corticorresistente, en tratamiento de mantenimiento tópico con mesalazina por vía oral y en enemas. En julio de 2019 la paciente ingresa con clínica dediarrea con 6-7 deposiciones sanguinolentas, dolor abdominal y anemia (Hb=10 g/dL). Presenta una PCR elevada (2,04 mg/dL) y un índice de gravedad clínica Mayo de 6 puntos. Además, muestra una actividad endoscópica grave en la colonoscopia, con un UCEIS de 9 puntos. Con estas evidencias, se diagnostica a la paciente de brote moderado/grave de pancolitis y se decide iniciar tratamiento con infliximab (IV), con una primera dosis de 10 mg/Kg, debido a la gravedad y extensión del brote.

Tabla 1. Dosis de infliximab y concentraciones mínimas determinadas en la paciente en el curso del tratamiento.

Semana de tratamiento	Dosis administradas de infliximab (mg)	Cmin de infliximab(mg/L)
0	600	-
2	300	-
6	300	-
14	350	2
18	350	-
20	-	0,03
22	600	-
26	600	0,03
30	600	-
31	-	1,15

La *tabla 1* recoge las dosis administradas y las concentraciones mínimas (Cmin) de infliximab. Durante la fase de inducción, la paciente respondió al tratamiento presentando buena respuesta clínica (Mayo= 1) y bioquímica [PCR indetectable y calprotectina fecal (FC)= 57 mg/Kg]. Sin embargo, en la semana 14, la Cmin de infliximab determinada fue de 2 mg/L (Cmin objetivo > 5mg/L)[2], por lo que se intensificó proactivamente el tratamiento a 5 mg/Kg/4 semanas, y posteriormente a 10 mg/kg, debido a la determinación de Cmin indetectables con presencia de anticuerpos anti-infliximab positivos en varios controles. Al no revertirse la inmunogenicidad, a pesar de las dosis elevadas administradas, se decidió suspender el fármaco y utilizar otro biológico.
En marzo de 2020, antes de llegar a iniciar un nuevo tratamiento biológico, la paciente vuelve a ingresar con clínica de 6 deposiciones sanguinolentas al día, dolor abdominal, astenia, pérdida de peso y anemia (Índice Mayo de 7). Se inicia tratamiento con ciclosporina (IV) a 5 mg/Kg/día para inducir la remisión del brote y vedolizumab (IV) para el posterior tratamiento de mantenimiento. La tabla 2 recoge las dosis administradas y los resultados de las diferentes monitorizaciones de vedolizumab.

Tabla 2. Dosis de vedolizumab y concentraciones séricas determinadas en la paciente en el curso del tratamiento.

Semana de tratamiento	Dosis administradas de vedolizumab (mg)	Cmin de vedolizumab (mg/L)
0	300	-
2	300	21,01
6	300	14,24
10	300	14,60
14	300	27,63
18	300	-
19	-	31,15

La paciente presentó inicialmente una mejoría (FC <100 mg/Kg y Mayo =1) y fue dada de alta hospitalaria. En las sucesivas semanas, la paciente presentó pérdida de respuesta al tratamiento combinado (FC=340 mg/Kg y Mayo=2) a pesar de que las Cmin de vedolizumab eran teóricamente adecuadas (Cmin objetivo de mantenimiento >12mg/L)[3], por lo que se consideró fracaso farmacodinámico al tratamiento. Debido a ello, se inició una tercera línea de tratamiento con tofacitinib oral a 10 mg/12h, que tampoco condujo a una mejoría clínica (15 deposiciones al día, dolor abdominal, vómitos y febrícula). La paciente vuelve a ingresar en julio de 2020 por brote grave de pancolitis (CF >1000 mg/Kg y Mayo=7), iniciándose un nuevo tratamiento con ciclosporina (IV) a 5 mg/Kg/día. La pauta posológica diaria administrada y los resultados de las diferentes monitorizaciones con este fármaco se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Pauta posológica de ciclosporina y concentraciones mínimas determinadas en la paciente en el curso del tratamiento.

Día de tratamiento	Pauta posológica de ciclosporina			Cmin de ciclosporina(mg/L)
	Dosis (mg)	Intervalo	Vía	
1-2	125	12 horas	IV	82 (día 2)
3-4	200	12 horas	IV	150 (día 4)
	250	12 horas	IV	373 (día 7)
8-11	200	8 horas	IV	353 (día 11)
12-16	150	8 horas	IV	262 (día 14)
				306 (día 16)
17-19	250	12 horas	IV	412 (día 18)
Alta	200	12 horas	Oral	381

Con las dosis de ciclosporina habitualmente utilizadas en la práctica clínica y a pesar depresentar niveles dentro del margen terapéutico (Cmin objetivo 120-300ng/mL)[4], la paciente no presentó mejoría clínica con marcadores inflamatorios elevados y anemia, siendo subsidiaria de cirugía de resección de colón. No obstante, con la ayuda de la TDM se propuso utilizar dosis de ciclosporina superiores a las habituales y acortar también el intervalo de dosificación a cada 8h, con el objetivo de conseguir concentraciones mínimas más altas y sostenidas. Con esta nueva pauta, la paciente experimentó una mejoría de su situación clínica (CF=230 mg/Kg y Mayo=2), se evitó la cirugía y recibió el alta hospitalaria con ciclosporina (oral) a una dosis de 200 mg/12 horas y ustekinumab (IV) para mantener la remisión del brote. La tabla 4 muestra las dosis administradas de ustekinumab y los resultados de las diferentes monitorizaciones.

Tabla 4. Dosis administradas de ustekinumab y concentraciones séricas determinadas en la paciente.

Semana de tratamiento	Dosis administradas de ustekinumab (mg)	Cmin de ustekinumab (mg/L)
0	390	140
2	-	35
3	130	25
6	-	21
7	-	8,7
8	130	8,2
12	130	16
16	130	14

Tras las primeras determinaciones, las concentraciones de ustekinumab no fueron adecuadas (Cmin estimada en semana 8 tras la inducción: <5 mg/L)[5] por lo que fue necesario una administración adicional de 130 mg IV de ustekinumab en semana 3. Teniendo en cuenta los antecedentes de brotes de la paciente y la necesidad de concentraciones altas de ciclosporina, se decidió una pauta de mantenimiento con ustekinumab IV (130mg/4 semanas) en lugar de SC como suele ser habitual, para poder alcanzar concentraciones objetivo de 10 µg/mL y reducir el riesgo de fallo[5]. Con una pauta IV de mantenimiento optimizada a 130 mg/5 semanas, la paciente presentó remisión clínica (Mayo=0), bioquímica (CF indetectable) y endoscópica. Se pudo disminuir la dosis de ciclosporina hasta su retirada, evitándose así las toxicidades que este fármaco produce a largo plazo.

Actualmente, la paciente se encuentra en tratamiento con ustekinumab en monoterapia y su evolución clínica desde entonces ha sido favorable, presentando solamente 1-2 deposiciones al día, discretas molestias abdominales, aumento de pesoy disminución de marcadores inflamatorios. Todo ello ha permitido que la paciente pudiera reincorporarse a su puesto de trabajo y retomar con normalidad su vidapersonal y familiar.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

Las aportaciones realizadas por los farmacéuticos integrados en el equipo multidisciplinar de EII responsable de la paciente fueron:

- **Coordinación del programa de medicina personalizada y monitorización proactivade fármacos biológicos.** En nuestro centro se lleva a cabo un programa, en conjunto con el Servicio de Digestivo, de monitorización proactiva de los fármacos biológicos utilizados en el tratamiento de la EII. Tras el análisis de las concentraciones del fármaco e interpretación de las mismas, se realiza el informe farmacocinético con la recomendación posológica, información que es evaluada conjuntamente con el facultativo responsable del paciente, programando las actuaciones posteriores en función de esta información y la situación clínica del paciente.
  Esta estrategia ha demostrado mejorar la eficacia y seguridad del tratamiento con estos fármacos[6]. Además, el desarrollo de modelos farmacocinéticos propios ha permitido identificar pacientes con necesidad de dosis individualizadas superioresa las habituales, por ejemplo, los pacientes con pancolitis y alta carga inflamatoria de inicio como el del presente caso clínico.
- **Determinación de las concentraciones de los fármacos y realización de los informes farmacocinéticos para la optimización de las dosis**. Tras seguir el esquema de monitorización propuesto para los fármacos biológicos y recibir las muestras de la paciente, la determinación de las concentraciones de los medicamentos se llevó a cabo en el Laboratorio de Farmacocinética Clínica del Servicio de Farmacia bajo la supervisión del farmacéutico responsable. Dicha determinación se realiza mediante la técnica ELISA (Sanquin® y R-Biopharm®). Los parámetros cinéticos individuales de la paciente para cada uno de los distintos fármacos monitorizados se calcularon mediante una estimación bayesiana, utilizando un modelo cinético poblacional mediante el programa NONMEM®. Tras la obtención de estos parámetros, se realizó un informe farmacocinético personalizado, de acuerdo con las características de la paciente, para poder así individualizar su dosis y su intervalo posológico en función de la concentración determinada y los síntomas clínicos que presentaba.

El caso clínico que se presenta es muy complejo y pone de manifiesto cómo la determinación de las concentraciones de los fármacos biológicos e inmunosupresores clásicos y su interpretación conjunta con la clínica de la paciente, en el contexto de un equipo multidisciplinar, permitió confirmar una falta de respuesta a los fármacos utilizados y decidir con criterios objetivos el cambio a otras líneas de tratamiento, así como optimizar las dosis, adecuándolas a las características de la paciente. Comoresultado de este manejo clínico, la paciente evitó la cirugía y en la actualidad su calidad de vida es favorable.

Otras aportaciones farmacéuticas secundarias también realizadas en el manejo de la paciente fueron:

- Participación en la elaboración del protocolo terapéutico y asistencial utilizado para el tratamiento de los pacientes con EII e integración en la toma de decisiones terapéuticas y seguimiento de la adecuación al mismo.
- Validación farmacéutica de la prescripción de los distintos fármacos biológicosutilizados y de su elaboración en la cabina de flujo laminar horizontal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, Ardizzone S, Armuzzi A, Barreiro-de Acosta M, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. J Crohns Colitis. 2017; 11(6): 649-70.
2. Sanchez-Hernandez JG, Rebollo N, Munoz F, Martin-Suarez A, Calvo MV. Therapeuticdrug monitoring of tumour necrosis factor inhibitors in the management of chronic inflammatory diseases. Ann Clin Biochem. 2019; 56(1): 28-41.
3. Ungaro RC, Yarur A, Jossen J, et al. Higher Trough Vedolizumab Concentrations During Maintenance Therapy are Associated With Corticosteroid-Free Remission in Inflammatory Bowel Disease. J Crohns Colitis. 2019;13(8):963-969.
4. Durai D, Hawthorne AB. Review article: how and when to use ciclosporin in ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;22(10):907-916.
5. Hanžel J, Zdovc J, Kurent T, et al. Peak Concentrations of Ustekinumab After Intravenous Induction Therapy Identify Patients With Crohn's Disease Likely to Achieve Endoscopic and Biochemical Remission. Clin Gastroenterol Hepatol. 2021;19(1):111- 118.e1
6. Sánchez-Hernández JG, Rebollo N, Martin-Suarez A, Calvo MV, Muñoz F. A 3-year prospective study of a multidisciplinary early proactive therapeutic drug monitoring programme of infliximab treatments in inflammatory bowel disease. Br J Clin Pharmacol. 2020; 86(6): 1165-75.

32. INTERACCIÓN 5-FLUOROURACILO Y METRONIDAZOL

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es uno de los tumores con mayor prevalencia en España. Afecta de igual manera a hombres y mujeres por encima de los 50 años de edad, sin olvidar la posible aparición en personas más jóvenes.[1]

En los últimos años, el conocimiento de algunos biomarcadores moleculares ha permitido identificar distintos subgrupos de pacientes y adecuar el seguimiento, así como el posible tratamiento individualizado, principalmente en el CCR metastásico (CCRm), aumentando la probabilidad de prolongar la supervivencia de los pacientes conesta neoplasia.

Los tres pilares para el tratamiento del CCR son la cirugía, la radioterapia y los tratamientos farmacológicos sistémicos, siendo este último fundamental para el tratamiento en la enfermedad avanzada. La indicación de una sola modalidad de tratamiento o una combinación de ellas dependerá del estadio.[2]

El 5-fluorouracilo (5FU) y otras fluoropirimidinas son una pieza fundamental en la quimioterapia de esta patología. A pesar del tiempo transcurrido desde su introducciónen clínica hay muchos aspectos aún desconocidos en su manejo, siendo uno de ellos el de las interacciones farmacológicas.[3]
Sin embargo, este es un aspecto clave no sólo porque pueden modificar la exposición de forma significativa en cualquier sentido afectando a la respuesta, sino que además algunas pueden poner en riesgo la vida de los pacientes. De hecho, aunque muchos de los efectos adversos se atribuyen a una posible sobre-exposición por déficit funcional de la enzima dehidropirimidin deshidrogenasa (DPD), especialmente en individuosheterocigotos para algunos de los polimorfismos que incluyen alelos poco funcionantes, la realidad es que en bastantes ocasiones pueden enmascarar las consecuencias de una interacción farmacológica.

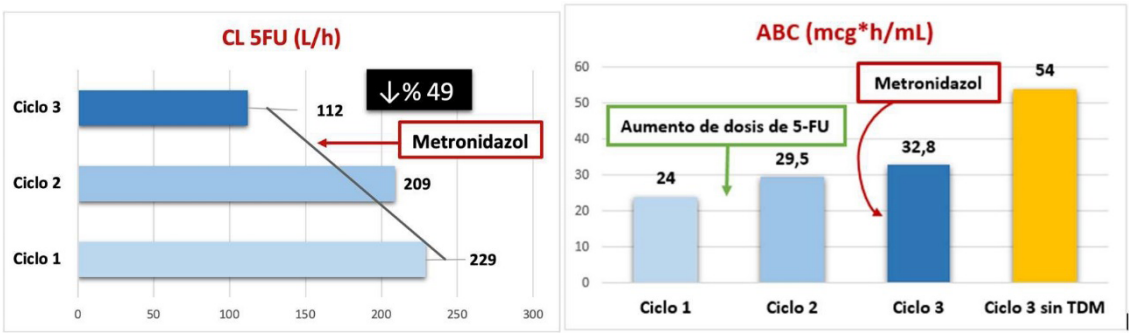
PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 17 años que acude a nuestro centro el 15 de mayo de 2020 presentando desde hace un año un cuadro de astenia ocasional asociada puntualmente con anemia moderada. A principios de abril, tras presentar episodios de dolor abdominal, acudió a su hospital de referencia donde le realizaron una ecografía abdominal y un TAC abdomino-pélvico observándose una masa a nivel de la fosa ilíaca derecha que parecía englobar ciego, íleon y ovario derecho. Además, se apreciaron imágenes sugestivas de posibles implantes peritoneales. Ante dichos hallazgos, se realizó una colonoscopia que evidenció una lesión a 15 cm de margen anal de unos 12 mm de diámetro, otra a 45 cm y una tercera lesión a nivel de la válvula ileocecal estenosante, que impedía el acceso alíleon terminal. La biopsia de las tres lesiones fue compatible con adenocarcinoma infiltrante.
A la llegada a nuestro centro se realizó un TAC abdominal informándose de una neoplasia estenosante de ciego e íleon, probable adenocarcinoma mucinoso, con múltiples implantes peritoneales. Secundaria a esta neoplasia, presenta una suboclusión intestinal. Ante estos hallazgos se decide ingreso para la realización de bypass ileo- cólico, resección metástasis ováricas e implantes en epiplón y colocación de stent uretral, por la presencia de hidronefrosis.
Con las biopsias se alcanzó el diagnóstico definitivo de adenocarcinoma de colon estadio IV por afectación peritoneal, Köhne de riesgo intermedio perteneciente al grupo 1 de la clasificación de ESMO, con mutaciones en vía RAS. Así, el planteamiento elegido fue el tratamiento de inducción con la combinación FOLFOXIRI-bevacizumab con ajuste posológico de irinotecan en función de genotipo UGT1A1 y optimización posológica de 5-FU mediante monitorización farmacocinética.
Previo al inicio del primer ciclo se llevó a cabo, en la Unidad de Farmacocinética Clínica del Servicio de Farmacia (UFC), la monitorización de las pirimidinas endógenas para valorar la actividad de la DPD, observándose una función metabólica normal y por tanto, no contraindicando la utilización inicial de la dosis estándar de 5FU del esquema mencionado (3.200 mg/m^2). El 17 de junio de 2020 (+1 del ciclo) ingresa para administración del primer ciclo a dosis estándar y monitorización farmacocinética del 5FU, presentando un ECOG-0. Durante la administración del ciclo refirió náuseas, requiriendo refuerzo en la pauta antiemética. Tras la monitorización, se recomendó aumentar la dosis, de 5FU de 5.500 mg que recibe a 6.000 mg con el objetivo de optimizar la exposición.
El día 20 de junio (+4 del primer ciclo) precisa un ingreso por presentar un cuadro de diarreas resistente a loperamida y abdomen agudo de 6 horas de evolución con ECOG 1por sospecha de hemoperitoneo sin asociación con la exposición a 5FU por conocer el dato y no estar asociado a toxicidad gastrointestinal ni hematológica. Se realizó un TAC rechazándose la sospecha de hemoperitoneo. Ante la persistencia de diarreas, se realizó nuevo TAC el día +10 observándose incremento del edema en íleon respecto al TAC previo. Además, el día +7 había recibido un concentrado de hematíes tras objetivarse enla analítica una anemia grado 3 con un descenso del 21 % de la hemoglobina respecto ala analítica basal. Finalmente, la paciente presentó mejoría del cuadro ante manejo conservador y recibió el alta el 2 de julio (+23).
El 7 de julio (+1 de segundo ciclo) ingresa para administración del segundo ciclo. Ante elcuadro presentado tras el primer ciclo se decidió administrar FOLFOXIRI sin bevacizumab. El resultado del genotipado de UGT1A1 había sido homocigota *1/*1. Porello, se decidió aumentar la pauta de irinotecan de 150 a 165mg/m^2. También se incrementó la dosis del 5FU de acuerdo a la recomendación de la UFC y se reforzó la pauta antiemética con netupitant/palonosetrón 300/0,5 mg. Asimismo, el hemograma mostró normalidad. La administración del ciclo transcurrió sin incidencias, objetivándose en esta segunda monitorización del 5FU una óptima exposición al citostático y recomendando por tanto el mantenimiento de la dosis. Se prescribieron 4 dosis de filgastrim del día +5 al +8.
El día 13 de julio (+7) acudió a urgencias con ECOG-1 por cuadro de náuseas incontrolables con medicación oral, presencia de hasta 10 deposiciones diarreicas diarias y dolor epigástrico tipo cólico y lumbar conocido, por lo que se decidió el ingreso para optimización de la clínica presentada. El 17 de julio (+11) presenta un pico febril dehasta 39ºC, se recogen cultivos y acto seguido inicia tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona 2 g IV y metronidazol 500 mg/8h IV. Debido a una mejoría clínica y ausencia de contraindicación se decidió administrar el tercer ciclo de FOLFOXIRI reintroduciendo Bevacizumab el día 22 de julio de 2020.
Ya que se observó una disminución del peso del 10,5 % debido a los efectos adversos gastrointestinales de la quimioterapia, se alertó desde la UFC para reducir la dosis de 5FU a 5.600 mg. Tras el inicio de esta 3ª monitorización se observó una reducción importante en el aclaramiento (CL) de 5FU respecto al estimado en los dos ciclos previos,que llevó a la decisión de suspender precozmente la administración de la infusión de 5FU, recibiendo el paciente únicamente un 63% de la dosis prescrita. La UFC notificó al Departamento de Oncología lo ocurrido atribuyendo la responsabilidad principal de lo acontecido al metronidazol. Este antibiótico está implicado en numerosas interaccionesfarmacológicas que se ven en el día a día de la UFC y que en raras ocasiones se encuentran descritas. En asociación a este caso, había un estudio (Bardakji et al)[4] del año 1.986, que se comenta más adelante. El día 24 de julio (+2 del tercer ciclo), recibió el alta tras completar el tratamiento antibiótico, con resolución del cuadro y sin aislamientos en los cultivos.
El 29 de julio (+8 del tercer ciclo) con un ECOG-2 ingresó nuevamente para recambio del stent uretral, tras observarse mal funcionamiento de éste, y optimización del dolor. El día +9 presenta un pico febril asociado a neutropenia y leucopenia grado 3, con más deun 90 % de disminución de las líneas celulares respecto a la analítica basal. Por ello, requirió un total

de 6 dosis de filgastrim 300 mcg. Así mismo, debido a una anemia grado 3 con un 43% de reducción de la hemoglobina recibió 2 concentrados de hematíes. Esemismo día se realizó un TAC abdominal por sufrir un aumento de las deposiciones apreciándose enterocolitis de todo el tubo digestivo, por lo que se inició antibioterapia empírica. Finalmente, el día 7 de agosto (+17) debido a la presencia de marcada mejoría,disminución del número de deposiciones y recuperación analítica, se fue de alta.

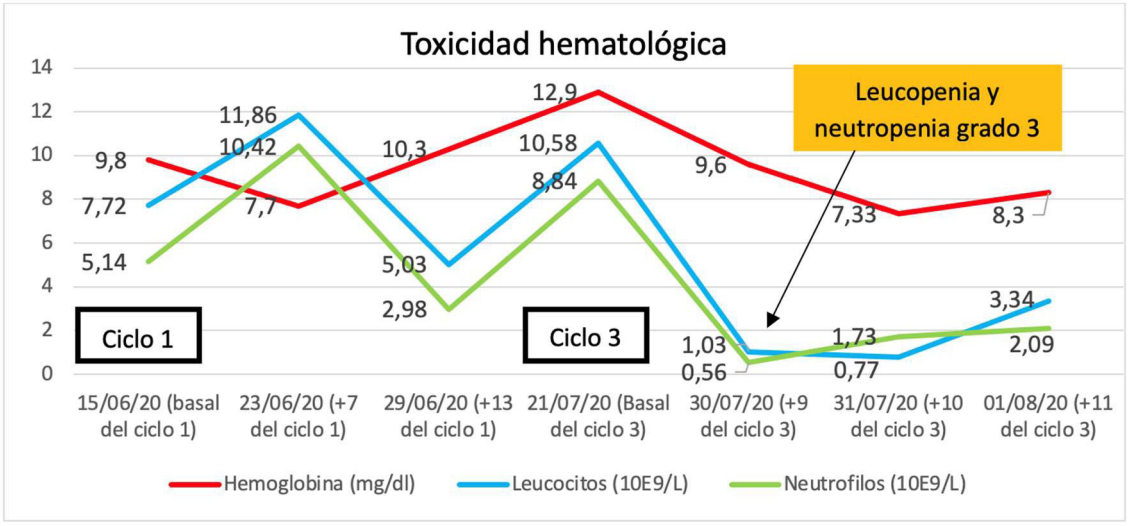
APORTACIÓN FARMACÉUTICA Y CONCLUSIONES

El caso clínico descrito refuerza la importancia de incluir la farmacocinética clínica en laatención farmacéutica al paciente oncológico, ya que permite no sólo controlar la exposición a los citostáticos, sino que también permite ayudar al clínico a discernir entre distintas opciones etiopatológicas. En la gráfica 1A, se observa el efecto que produce el metronidazol en el aclaramiento del 5-FU de la paciente, provocando una pronunciada disminución: el 49 % respecto a la media de los ciclos anteriores (☐= 219 L/h). El hecho de la mayor reducción respecto al trabajo mencionado podría residir en la distinta formade administración del 5FU, como bolus con Bardakji et al[4] y en infusión de 46 h en nuestro caso y también con la administración repetida en nuestro centro y una única dosis en el otro estudio. En la gráfica 1B, se muestran las ABC de 5FU de los distintos ciclos, haciendo hincapié en el ABC que hubiese presentado la paciente en el tercer ciclo,de no haber intervenido la UFC para detener la administración precozmente. También en la gráfica 1B se muestra claramente la optimización en la exposición del 5FU en el segundo ciclo. Por tanto, se evidencia que la actuación farmacéutica desde la UFC conduce a una mayor probabilidad de beneficio clínico.



Gráfica 1A: Aclaramiento de 5-fluorouracilo (L/h), ciclos 1,2 y 3. **Gráfica 1B**: ABC de 5- fluorouracilo (mcg*h/L), ciclos 1, 2 y 3 y simulación de ABC de 5-FU si no se hubiese bloqueado la administración del mismo.

Como se ha comentado, el único estudio que analiza el efecto de metronidazol sobre lafarmacocinética de 5FU, fue el de Bardakji et al[4]. Este trabajo, con solo 10 pacientes y administración de 5FU en bolus, buscaba explicar el incremento en la toxicidad que se observaba cuando se administraba metronidazol antes del 5FU. Los autores observaron un aumento en el ABC de 5FU, de un 34%, lo que refleja claramente la disminución en el aclaramiento y la ocurrencia de toxicidad. En nuestro caso, el incremento teórico en el ABC fue del 83%, pudiendo explicarse esta diferencia por el hecho de emplear dosis múltiples de metronidazol y administrar el 5FU en perfusión prolongada y no en bolus.
En la paciente tras el 3º ciclo se objetivó mayor toxicidad hematológica que en los dos previos, algo que se explica también por la mayor exposición. En la gráfica 2, se muestranlos valores del hemograma y se aprecia cómo tras el ciclo 3, la paciente sufre un descenso de hasta un 90 % de leucocitos y neutrófilos llegando a leucopenia y neutropenia grado 3, a pesar de recibir más dosis de filgastrim que en los otros ciclos.



Gráfica 2: Valores analíticos de hemoglobina, leucocitos y neutrófilos en ciclo 1 y 3.

En cuanto a la toxicidad gastrointestinal, desde el primer ciclo la paciente presenta mala tolerancia a la quimioterapia, con náuseas y deposiciones abundantes. Sin embargo, a diferencia de los 2 primeros ciclos, tras el tercero se identifica enterocolitis a nivel del todo el tubo digestivo. Se decidió reducir la dosis de irinotecan para ciclos posteriores a130 mg/m^2 a pesar del genotipo de UGT1A1 y presentar buena función renal.
La paciente recibió posteriormente 1 ciclo más a la dosis de 5FU de 5.600 mg, con buenatolerancia.
De no haber sido identificada esta interacción por el farmacéutico, podría haber supuesto mayor riesgo de toxicidad grave para la paciente. Esto pone de manifiesto la necesidad de la monitorización farmacocinética y la importancia de incluir un farmacéutico en los equipos multidisciplinares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seom.org. 2021. Cáncer de colon y recto - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019. [online] Disponible en: https://seom.org/info-sobre-el-cancer/colon-recto?start=2.
2. Sepúlveda A, Hamilton S, Allegra C, Grody W, Cushman-Volkoun A, Funkhouser W, etal. Molecular biomarkers for the evaluation of colorectal cancer: guideline from the American Society for Clinical Pathology, College of American Pathologists, Association for Molecular Pathology, and American Society of Clinical Oncology. Am J Clin Pathol. 2017; 147: 221-260.
3. Vodenkova S, Buchler T, Cervena K, Veskrnova V, Vodicka P, Vymetalkova V. 5- fluorouracil and other fluoropyrimidines in colorectal cancer: Past, present and future. Pharmacol Ther. 2020; 206:107447.
4. Bardakji, Z., Jolivet, J., Langelier, Y., Besner, J. and Ayoub, J., 1986. 5-Fluorouracil- metronidazole combination therapy in metastatic colorectal cancer. Cancer Chemotherapy and Pharmacology, 18(2), pp.140-144.

7. PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN CON ANAKINRA ANTE REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD TIPO IV

Palabras clave: desensibilización, anakinra, alergia.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Periódico asociado a Criopirina (CAPS) engloba a un conjunto de enfermedades autoinflamatorias raras que se caracterizan por la aparición de episodios inflamatorios sistémicos recurrentes en ausencia de infección o enfermedad autoinmune. Un tipo de CAPS es el Síndrome Autoinflamatorio familiar por Frío (FCAS),caracterizado por ser una afección inusual en la que la exposición al frío desencadena una respuesta inflamatoria sistémica caracterizada por malestar general, dolor abdominal, fiebre, urticaria, conjuntivitis y artralgias. El origen de la enfermedad es desconocido, aunque está documentada en determinados pacientes la posible mutación en la proteína NLRP-12, involucrada en la formación de los inflamasomas. La alteración en esta proteína provoca una desregulación de la cascada inflamatoria y la sobreexpresión de citoquinas proinflamatorias como la IL- 1β[1].
El tratamiento clásico de los CAPS ha sido el empleo de antiinflamatorios no esteroides, glucocorticoides y antihistamínicos, con una efectividad muy poco alentadora[2]. Sin embargo, la línea terapéutica dirigida en el FCAS consiste en el bloqueo específico de la IL-1β, consiguiendo la mejora de los marcadores inflamatorios y el alivio de la sintomatología de los pacientes. Destacamos que solamente existen dos moléculas con aprobación por parte de la FDA y la EMA para dicho diagnóstico: anakinra y canakinumab. Según la ficha técnica de anakinra, las reacciones alérgicas están clasificadas como poco frecuentes (prevalencia ≥ 1/1.000 a < 1/100) y se manifiestan como reacciones anafilácticas, angioedema, urticaria, erupción y prurito[3].
A continuación, se presenta un caso clínico sobre un paciente con FCAS a cargo del Servicio de Reumatología (SR) que desarrolló una reacción de hipersensibilidad tipoIV debido a la administración de anakinra subcutáneo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 53 años diagnosticado de FCAS cuyo cuadro clínico se manifestó en forma de cefalea, fiebre, artralgia y urticaria. No presentaba hábitos tóxicos ni alergias conocidas. Se realiza el estudio genético de la variante NLRP12 con resultado de significado incierto.
En agosto de 2020, el reumatólogo prescribe anakinra vía subcutánea a dosis de 100 mg cada 24 horas presentando una franca mejoría de todos los síntomas del paciente. A los quince días de tratamiento, el paciente comienza a desarrollar unas lesiones en los puntos de punción de tipo eritematosonodular y pruriginoso (reacción local dolorosa de 8 cm de diámetro), por lo que se suspendió el tratamiento con anakinra durante una semana. Se decidió reiniciarlo, apareciendo unas reacciones inflamatorias dolorosas de más 10 cm de diámetro manifestadas a los 60 minutos post- administración [Fig.1].

Figura 1. Reacción inflamatoria en el punto de inyección asociada a la administración de anakinra

El SR solicita una interconsulta al Servicio de Alergia (SA) para el estudio de las reacciones cutáneas asociadas a anakinra, clasificándose como hipersensibilidad tipo La alergóloga prescribe premedicación con bilastina 20 mg/ 24 h (antihistamínico de receptores H1) y prednisona 30 mg/ 24 h (corticoide de acción intermedia) vía oral siempre administrada 2 horas antes de cada inyección, pero el paciente no presentó mejoría significativa.
Para el análisis y estudio de las lesiones, el SA contacta con el Área de Farmacotecnia del Servicio de Farmacia (SF) para la elaboración de pruebas cutáneas intraepidérmicos (Prick-test) e intradérmicos (ID) seriadas a las siguientes concentraciones: 1/10, 1/100 y 1/1000. Fueron formuladas con agua para inyección (API) en la cabina de flujo laminar horizontal, en ambiente controlado estéril. Se realizóun estudio de la estabilidad microbiológica de las jeringas de anakinra mediante la matriz de riesgo en preparados estériles, otorgándose una caducidad de 14 días en frigorífico protegido de la luz, basándonos en la Guía de Buenas Prácticas de Medicamento (GBPP)[4] [Tabla 1].

Proceso de preparación	Vía de administración	Seguridad del medicamento	Nº unidades preparadas	Susceptibilidad contaminación microbiológica	Distribuciónde la preparación
A	B	A	B	A	A

Tabla 1. Resultados de la matriz de riesgo.

Como material de acondicionamiento primario utilizamos jeringas estériles de 1 ml con sistema luer-lock que permitían cargar el volumen preciso. Tras la lecturainmediata y a las 48 horas post-administración de las inyecciones, aparecieron pápulas pruriginosas en ID a 1/10 y 1/100 concluyendo “alergia testada a anakinra”.
Tras una comisión multidisciplinar de los tres servicios implicados (SR, SA y SF) y ante la necesidad de tratar al paciente, se consensuó un protocolo de desensibilizacióna anakinra. Para realizarlo, se consultó bibliografía de Leroy et al[5] y Emmi et al[6], donde se reflejan pautas de desensibilización de anakinra.
Vamos a detallar el protocolo de desensibilización con anakinra llevado a la práctica clínica, que incluye tanto la premedicación como las jeringas de concentraciones seriadas. Se precisa de premedicación vía oral administrada todos los días de la desensibilización 2 horas antes de la inyección: prednisona 30 mg/24h(corticoide de potencia intermedia), ácido acetilsalicílico 300 mg/ 24 h (inhibidor irreversible de la COX), famotidina 40 mg/ 24h (antihistamínico de receptores H2) y cetirizina 10 mg/12 h (antihistamínico de receptores H1).
En sala blanca preparamos tres soluciones a distintas concentraciones a partir de la presentación comercial: 1/1, 1/10 y 1/100 [Tabla 2]. Se aplicó el mismo diluyente y condiciones de estabilidad que en las pruebas Prick- test e ID previamente explicadas.

Solución a diferentes concentraciones	**Concentración de anakinra**
Solución A	1 mg/ml (1/100)
Solución B	10 mg/ml (1/10)
Solución C	100 mg/ml (1/1)
Presentación comercial	100 mg/ml

Tabla 2. Descripción de las soluciones elaboradas por parte del Área de Farmacotecnia.

En la Tabla 3 *(pág. siguiente)* se detalla el protocolo de desensibilización con dosis acumuladas crecientes y las fechas en las que fueron administrados en la consulta del SA para facilitar su monitorización. Al ser un paciente ambulante, el fin de semana se repitió la misma dosis acumulada administrada el viernes con la intención de no dejar ningún día sin la administración de anakinra (si hubiera sido un paciente ingresado no habría precisado la repetición de ninguna dosis acumulada).

Figura 2. Imagen de la reacción en el punto de inyección tras la desensibilización.

PAUTA DE DESENSIBILIZACIÓN DE ANAKINRA						Día de administración
Jeringa	Solución de partida	Volumen (ml)	Tiempo de espera (min)	Dosis (mg)	Dosis acumulada (mg)	
1	A	0.1	30	0.1	4.5	Lunes 1/03/201
2	A	0.3	30	0.3		
3	A	0.6	30	0.6		
4	A	1	30	1		
5	B	0.25	30	2.5		
6	B	0.5	60	5	15	Martes 02/03/21
7	B	1	60	10		
8	C	0.1	60	15	35	Miércoles 03/03/21
9	C	0.2	60	20		
10	C	0.2	60	20	50	Jueves 04/03/21
11	C	0.3	60	30		
12	C	0.6	60	60	60	Viernes 05/03/21
13	C	0.6	60	60	60	Sábado 06/03/21
14	C	0.6	60	60	60	Domingo 07/03/21
15	C	0.8	60	80	80	Lunes 08/03/21
16	Presentación comercial		60	100	100	Martes 09/03/21

Tabla 3. Descripción de la pauta de desensibilización con anakinra.

Finalmente, nuestro paciente pudo llegar a la dosis comercial plena de 100 mg/ día con punción en muslos sin efectos secundarios y desaparición de los síntomas cardinales previos. Además, no presenta reacción inflamatoria en el punto de inyección.

CONCLUSIÓN Y APORTACIÓN CLÍNICA

El FCAS, clásicamente denominado urticaria familiar por frío, es el más leve de los trastornos asociados a la criopirina. Solamente disponemos de dos moléculas aprobadas para este diagnóstico, por lo que es conveniente una razón clínica "de peso" que justifique los cambios o suspensión de terapia biológica.

Nuestro caso clínico refleja el profundo desconocimiento ante el manejo de las reacciones adversas asociadas a medicamentos biológicos y la poca información existente sobre las pautas de desensibilización para reintroducir dichas terapias. Además, destacamos las actividades clave llevadas a cabo por los farmacéuticos/as del SF:

1) Participación con el equipo clínico asistencial (SR y SA) y creación del protocolode desensibilización de anakinra para la resolución del caso.
2) Estudio de estabilidad y compatibilidad de anakinra mediante la matriz de riesgoen preparados estériles para determinar la estabilidad microbiológica del producto.
3) Elaboración de las jeringas destinadas a las pruebas cutáneas y a la pauta de desensibilización de anakinra.
4) Dispensación mensual desde el Área de Pacientes Externos de la medicación, supervisando el perfil de posibles reacciones adversas mediante la entrevista clínica al paciente.

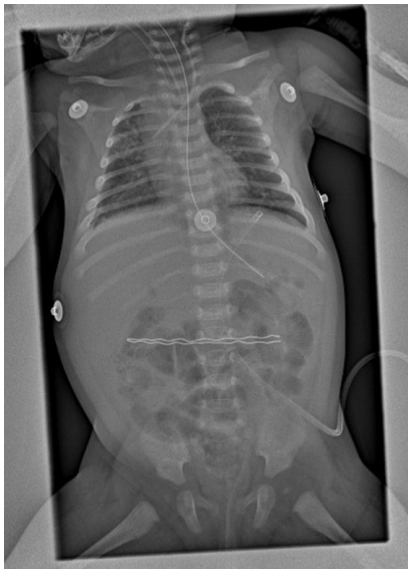
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orpha.net. 2014. *Orphanet: Síndrome periódico asociado a la criopirina*. Disponible en: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=ES&Expert=208650 [Último acceso 29 abril 2021].
2. Treviño, S. J., & Polo, E. R. Tratamiento de los síndromes periódicos asociados a la criopirina (CAPS). Med Clin. 2011;136 (1):29-33.
3. AEMPS. Ficha técnica Anakinra.
4. Ministerio de sanidad, asuntos sociales e igualdad. Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria. Junio 2014.
5. Leroy V, lazaro E, Darrigade AS, Taieb A, Milpied B, Seneschal J. Succesfull rapid subcutaneous desensitization to anakinra in a case of delayed-type hypersensitivity reaction. Br J Dermatol 2016; 174: 1417-1418.
6. Emmi, G., Silvestri, E., Cantarini, L., Lopalco, G., Cecchi, L., Chiarini, F. and Farsi, A., Rapid desensitization to anakinra-related delayed reaction: Need for a standardized protocol. *The Journal of Dermatology* 2016., 44(8), pp.981-982.

47. TROMBOLISIS CON ALTEPLASA Y SOPORTE INTEGRAL EN UNA LACTANTE CONVÓLVULO Y NECROSIS INTESTINAL

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de vólvulo, la complicación más grave de malrotación intestinal, es una emergencia quirúrgica que se asocia a isquemia y necrosis, implicando frecuentemente amplias resecciones que pueden derivar en un síndrome de intestino corto e incluso necesidad de trasplante intestinal. Los problemas asociados con más frecuencia, que dependerán del área reseccionada, son de tipo metabólico, infeccioso, nutricional (abordaje complejo, con necesidad de nutrición parenteral domiciliaria a largo plazo) y fallo hepático por compromiso intestinal. Todo ello condiciona una alta morbi- mortalidad y destaca la importancia de conservar el máximo tramo de intestino viable en la fase inicial.



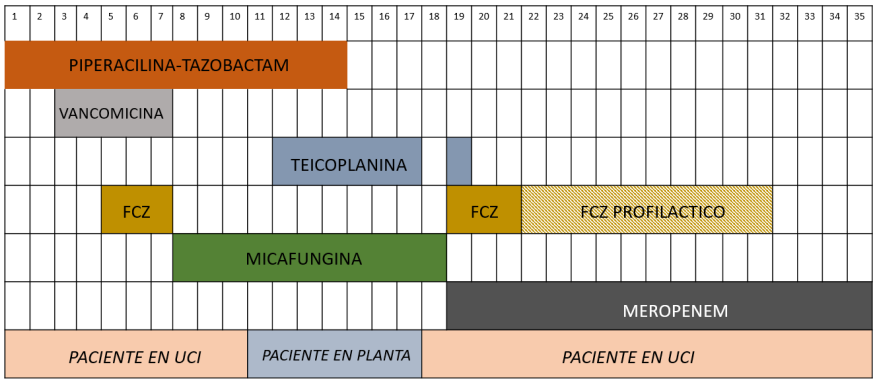
Presentamos el caso de una lactante con necrosis intestinal masiva secundaria a vólvulo intestinal por malrotación en la que, tras amplia resección, se decide realizar trombolisis con alteplasa, con el fin de reperfundir parte del tejido isquémico y salvar la máxima superficie posible. Durante su estancia hospitalaria desarrolla infecciones bacterianas y fúngicas y requiere de un estrecho seguimiento desde el punto de vista nutricional. El farmacéutico, como parte del equipo multidisciplinar, participa en la toma de decisiones, contribuyendo al éxito del manejo farmacoterapéutico.

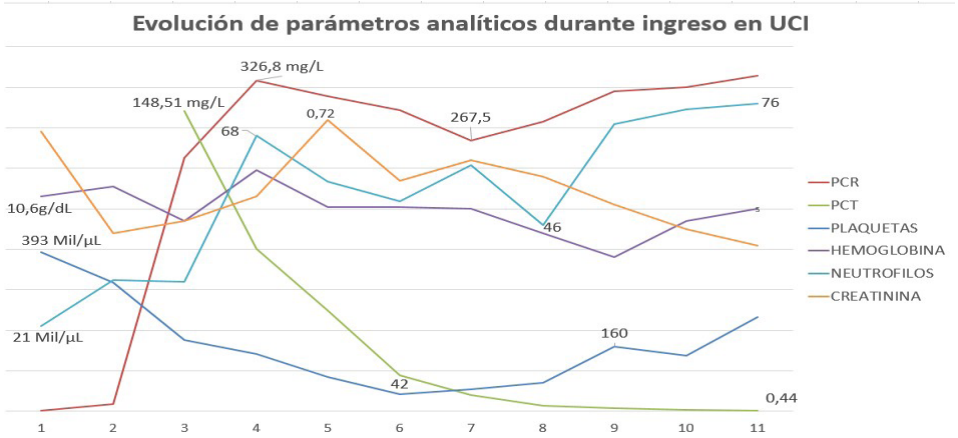
DESCRIPCIÓN DEL CASO

Lactante de un mes de vida y 4 kg de peso, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por rectorragia, distensión abdominal y mal estadogeneral. Ante sospecha de shock séptico es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP) donde, tras estabilización hemodinámica e intubación, se realiza ecografía abdominal que evidencia neumatosis intestinal.

Se decide intervenir de forma urgente, observándose necrosis masiva secundaria a vólvulo intestinal por malrotación, procediéndose a reducir el vólvulo y reseccionar 60 cm de íleon distal, dejando ileostomía de descarga, y 100 cm de intestino con signos deisquemia en espera de posible recuperación. A pesar de un adecuado control hemodinámico la evolución

es desfavorable, y al 2º día de ingreso (ddi) debe serreintervenida, identificándose 3 perforaciones proximales a la ileostomía y realizándoseamplia resección, dejando solamente 31 cm de intestino delgado viable (26 de duodenoy yeyuno y 5 cm de íleon distal) y anastomosis termino-terminal.
Ante el mal pronóstico, se consensúa entre los Servicios de UCIP, Cirugía y Farmacia, larealización de fibrinólisis con alteplasa 0,25mg/kg/h durante 6h, acompañado de plasmafresco para potenciar su acción, y tratamiento anticoagulante con dos dosis deenoxaparina 1 mg/kg/12h, con el fin de mejorar la isquemia en el tramo no resecado. Se monitorizaron tiempos de protrombina y tromboplastina y fibrinógeno, que enningún momento fue inferior a 1mg/dL, límite establecido para evitar sangrados.
Desde el punto de vista infeccioso, ya en el 3º ddi aparecen febrícula y signos analíticos de infección (ver evolución en gráfica). Se recogen cultivos y, ya que estaba recibiendo piperacilina-tazobactam, se amplía cobertura a Gram positivos (G+) con vancomicina a 10mg/kg/6h. En hemocultivos (HC) crece *S. epidermidis* (sospecha de contaminación). En los días sucesivos se produce un empeoramiento de la función renal. Se realizan cuatro determinaciones de concentración plasmática de vancomicina y cuatro ajustes farmacocinéticos. Tras 5 días de tratamiento y dos HC negativos se decide suspender eltratamiento con vancomicina.
En líquido peritoneal crece (5º ddi) *Candida albicans* por lo que se inicia fluconazol a 10mg/kg/24h. Al día siguiente avisan de anatomía patológica por crecimiento abundante de *Candida* en pieza quirúrgica. Analíticamente, desarrolla plaquetopenia. Los reactantes de fase agua se mantienen elevados. Se decide conjuntamente cambiar fluconazol por micafungina a 4 mg/kg/24h.
A pesar de ello, ante empeoramiento clínico y sospecha de dehiscencia de la anastomosis, debe ser intervenida por tercera vez. Se resecan 5 cm más de intestino proximal y se realiza yeyunostomía, quedando 26 cm de intestino delgado. Por consensoentre Farmacia e Infectología se decide realizar intraquirófano lavado peritoneal con anfotericina B deoxicolato. Los cultivos posteriores de líquido peritoneal se negativizan. Al 11º ddi la paciente es dada de alta de UCIP. Durante su estancia en planta de hospitalización completa tratamiento antibiótico. Recibe 5 días de teicoplanina por sospecha de infección de vía central, que se acaba retirando. Se cambia entonces micafungina por fluconazol oral.
Entre el 18º y el 31º ddi regresa a UCIP por empeoramiento y crecimiento de *E cloacae* en tres muestras de HC, por lo que recibe meropenem mientras continúa con fluconazola dosis profilácticas. De nuevo en planta, y ya sin antibioterapia, la evolución es favorable hasta el alta.





El 95º ddi se realiza reconstrucción del tracto intestinal mediante anastomosis termino-terminal a 17 cm del píloro y 2 cm de íleon terminal hasta la válvula ileocecal, con postoperatorio favorable.
Desde el punto de vista nutricional, al 4º ddi se inicia nutrición parenteral (NP) a necesidades basales para lactante. Inicialmente presenta hipoglucemias, precisando descenso paulatino de hidratos de carbono en NP. El 19º ddi inicia nutrición enteral (NE)trófica con fórmula de inicio a ritmo de 2ml/3h vía oral.

Previo a la reconstrucción apenas se consiguen avances en NE por pérdidas elevadas poryeyunostomía, pero al 6º día post-reconstrucción se inicia NE por sonda nasogástrica a débito contínuo, con buena tolerancia, hasta que el 105º ddi se inician tomas por vía oral con la misma fórmula (extensamente hidrolizada hipercalórica) y progresivamente,triturados de diferentes alimentos, con buena ganancia ponderal que permite reducir laNP en Kcal y tiempo de infusión.
El 105º ddi se elevan transaminasas en contexto de colestasis secundaria a NP prolongada, iniciándose tratamiento con ácido ursodesoxicólico (UDCA) 16 mg/kg/día (formulación magistral) con mejoría en controles posteriores.
La paciente es dada de alta a domicilio el 136º ddi con NP domiciliaria (58 Kcal/kg, 46%de necesidades calóricas) ciclada en 17h y nutrición enteral por vía oral (67 Kcal/kg, fórmula y alimentos triturados) y 5.42 Kg de peso, sin alteraciones electrolíticas y bien hidratada, continuando tratamiento con UDCA.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

Nuestro servicio dispone de farmacéuticos que, además de estar especializados en pediatría, están integrados en las distintas áreas clínicas. A su labor diaria de revisión y adecuación de prescripciones médicas, participación en toma de decisiones compartida, soporte a enfermería y gestión logística de la dispensación, se suman en este caso aportaciones más concretas.

1.-Fibrinolisis con alteplasa

El tratamiento estándar del vólvulo intestinal consiste en desrotación quirúrgica, a pesarde lo cual un 15% de los pacientes desarrolla obstrucción de los vasos sanguíneos mesentéricos, produciéndose trombosis e infarto del tejido intestinal. Para limitar al máximo el área a reseccionar, los cirujanos suelen conservar tramos intestinales de viabilidad dudosa, con la esperanza de una repermeabilización. En este sentido, la fibrinólisis con alteplasa se dirige principalmente a la trombosis mesentérica, pudiendomejorar la perfusión y salvar tramos de intestino inicialmente comprometidos.
Desde nuestro punto de vista, la experiencia de fibrinólisis en reperfusión intestinal en pediatría es muy escasa. Tras solicitud de alteplasa por parte del Servicio de Cirugía, se realiza una búsqueda bibliográfica de la que se rescatan experiencias exitosas y dosis de alteplasa y enoxaparina, descritas en el desarrollo del caso. A pesar del potencial de efectos adversos graves, como la hemorragia intracraneal, se valora el beneficio-riesgo y se decide iniciar igualmente. Durante el transcurso de la terapia, se monitorizan parámetros de la coagulación, sin observarse alteraciones ni signos de sangrado. En nuestro caso, a diferencia de las series consultadas, no ha conseguido retirarse completamente la NP, si bien es cierto que previa fibrinólisis se partía de solamente 31cm de intestino corto, superficie significativamente menor que en los casos publicados.

2.- Monitorización de concentraciones plasmáticas de vancomicina

La monitorización de la concentración plasmática de vancomicina es una herramienta de demostrada eficacia para optimizar el tratamients antibiótico según parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos. Si esto es así en población general, cobra una mayor relevancia en pediatría y pacientes críticos, debido a la alta variabilidad farmacocinética de estos pacientes. Nuestro servicio cuenta con una Unidad de Farmacocinética Clínica, siendo la vancomicina uno de los fármacos monitorizados con más frecuencia.
En nuestro caso, tras 24 horas de tratamiento con vancomicina a 10mg/kg/6h se extraeun nivel predosis de 17.77 mg/dl, superior al deseado (10-15mg/dl), en contexto de inestabilidad clínica y renal. Se realizan varios ajustes, a partir de la estimación de los parámetros farmacocinéticos basada en modelos bayesianos empleando el software PKS® Abbott, que requieren espaciar el intervalo, consiguiendo niveles en rangos deseados durante el resto del tratamiento.

3.- Lavados peritoneales con anfotericina deoxicolato

La candidiasis intraabdominal es una complicación grave de la cirugía digestiva, con altastasas de mortalidad (20-70%), en particular en perforaciones del tracto digestivo superior, siendo el aislamiento más frecuente el de *Candida albicans*. El control del focosigue siendo uno de los principales factores de éxito. En nuestro caso no sólo los cultivosde líquido peritoneal, sino también la pieza quirúrgica, informaban colonización abundante por *Candida*. Aunque ya se había iniciado tratamiento sistémico con una equinocandina, según establecen las guías clínicas, se consideró conveniente añadir un tratamiento localizado con lavados de anfotericina B deoxicolato en una de las intervenciones quirúrgicas.
Anfotericina B es un antifúngico de amplio espectro que en su forma convencional, deoxicolato (ABD) ha caído en desuso debido a su mayor toxicidad sistémica, siendo sustituido por las formulaciones lipídica o liposomal,. Sin embargo, la literatura recoge el uso de ABD en irrigaciones locales como terapia combinada, habiéndose demostrado segura y bien tolerada. La bibliografía específica en lavado peritoneal es escasa, restringida a pacientes en diálisis peritoneal. Hemos extrapolado datos de otras indicaciones, como lavado vesical. Se prepara una solución de 0,5mg/ml en suero glucosado 5%, que es administrada en quirófano durante la tercera intervención. A partir de entonces, en los cultivos de control no se evidencia presencia de *Candida* y la evolución, desde un punto de vista clínico y analítico, es favorable.

4.- Soporte nutricional

Se ha dado soporte en la prescripción de la NP, además de la validación, preparación y control de calidad mediante control analítico de la misma desde el Servicio de Farmacia.Se han resuelto dudas de compatibilidad de la NP, de especial relevancia en momentosde falta de accesos venosos. Se ha formulado el UDCA como fórmula magistral a20mg/ml, para evitar complicaciones hepáticas.

CONCLUSIONES

Presentamos el caso y la evolución de una lactante con síndrome de intestino corto y lascomplicaciones que presenta a lo largo de un ingreso de casi cuatro meses. Se realizó unprocedimiento muy poco habitual en pediatría, como es la fibrinólisis intestinal, en la que el Servicio de Farmacia ha participado en la búsqueda y revisión de la posología. Esprobable que ello haya condicionado la aceptable evolución digestiva, ajustada a las pobres expectativas iniciales. Durante el ingreso ha presentado varias infecciones graves, entre la que destaca una peritonitis fúngica. Los farmacéuticos implicados han contribuido al ajuste de fármacos y a la búsqueda de una alternativa a la terapia convencional, como ha sido el lavado local con ABD, de la que existe muy poca evidencia que, junto con el tratamiento sistémico, ha resultado en curación del proceso

infeccioso. A nivel nutricional se ha dado soporte al equipo de Gastroenterología en la prescripción y elaboración de la nutrición parenteral.
Creemos que todo ello ha contribuido a la favorable evolución de la paciente, que ha permitido el alta médica y que no se hayan registrado complicaciones ni visitas a urgencias desde entonces.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kiely et al. Clot dissolution: a novel treatment of midgut volvulus. Pediatrics. 2012 Jun;129(6):e1601-4
2. Messaoudi et al. Thrombolysis for severe intestinal ischemia due to midgut volvulus in a neonate. European J Pediatr Surg Rep. 2015 Dec; 3(2):74-7
3. Moreno Sanz-Gadea et al. Lactante con vómitos, ¿cuándo sospechar un vólvulo intestinal? Anales de Pediatría. Vol 88, Issue 2, Feb 2018. 109-11
4. A Montero et al. Aproximación diagnóstica y terapéutica a la candidiasis intraabdominal. Rev Esp Quimioter 2016;29(Suppl. 1):52-55
5. Comes-Escoda et al. Renal fungus balls in neonates and very Young infants treated with local amphotericin B deoxycolate: two case reports and review of the literature.
6. Bortolussi et al. Treatment of Candida peritonitis by peritoneal lavage withamphotericin B. J Pediatr. 1975 Dec;87(6 Pt):987-8

48. ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO SECUNDARIO A ENCEFALITIS VÍRICA: UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA

INTRODUCCIÓN

Las crisis epilépticas (CE) se definen como episodios autolimitados de alteración de la función cerebral debidos a una actividad eléctrica anormal y excesiva a nivel neuronal[1].Cuando una CE se prolonga durante un tiempo superior a 5 minutos, o se suceden dos ómás CE sin recuperación de la consciencia entre ellas en dicho intervalo de tiempo, se instaura la situación de Estatus Epiléptico (EE), el cual constituye una emergencia médica[1-3]. Tiempos superiores a 30 minutos de actividad epiléptica generalizada continua, tanto convulsiva como no convulsiva, se han relacionado con mayor probabilidad de lesión, muerte o daño neuronal irreversible[4]. La etiología del EE es multifactorial: en los pacientes epilépticos conocidos la principal causa es la modificación de los fármacos antiepilépticos (FAE) o la falta de adherencia terapéutica; mientras que en los pacientes sin antecedentes de epilepsia previa la causa puede tener un origen cerebrovascular, traumático, tóxico-metabólico, tumoral o infeccioso[2,3]. Dentro de este último grupo las encefalitis por Virus Herpes Simplex (VHS) son responsables de hasta un 18% de EE[5]. En cuanto al tratamiento del EE[1-3,6], se disponen de varias líneas secuenciales en función de la respuesta del paciente: las benzodiazepinas (BDZ) intravenosas (diazepam, clonazepam y midazolam) constituyen la 1ª línea de tratamiento; la 2ª línea está integrada por los diferentes FAE de uso parenteral: fenitoína (PHT), ácido valproico (VPA), lacosamida (LCM) y levetiracetam (LEV). En ausencia de remisión clínica y/o electroencefalográfica del EE a pesar de un tratamiento adecuado con fármacos de 1ª y 2ª línea se habla de Estatus Epiléptico refractario, requiriendo una 3ª línea con una combinación de fármacos de 2ª línea o la adición de tiopental, ketamina, midazolam o fenobarbital (PHB) a dosis anestésicas[1-3]. El intervalo terapéutico (IT) estrecho de alguno de estos fármacos, en especial PHB, VPA, y PHT[7-9]; junto a la alta variabilidad inter- e intraindividual existente entre pacientes (cambios en la función renal, volumen de distribución (Vd), concentración de albúmina (ALB) o interacciones farmacológicas), hace necesaria la monitorización de sus concentraciones plasmáticas (Cp)[7-9]. Es en este apartado, dónde el farmacéutico clínico puede aportar un valor añadido mediante la individualización posológica[7-11].

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 62 años con antecedentes médicos de obesidad, hipertensión arterial, dislipemia, síndrome de apnea-hipopnea del sueño y Leucemia Línfatica Crónica I-B en remisión completa; en tratamiento crónico con gemfibrozilo, ácido acetilsalicílico, atorvastatina y ramipril. Acude al Servicio de Urgencias ante clínica de alteración del lenguaje, tendencia a la somnolencia y dificultad para deambular de seis horas de evolución, habiendo presentado el día anterior cefalea intensa con respuesta completaa paracetamol. En Urgencias se encuentra afebril y normotenso (140/86 mmHg), objetivándose en la exploración neurológica desorientación temporal y afasia mixta. Nopresenta meningismo u otra focalidad neurológica. Se activa código ICTUS y se solicita: analítica sanguínea, con resultados anodinos; electrocardiograma en ritmo sinusal; y tomografía computarizada, sin observarse hemorragia intracraneal ni oclusión de gran vaso. Se contacta con la unidad de tele-ictus del hospital de referencia, que desestima fibrinolisis intravenosa y desactiva el código. Inicialmente se mantiene al paciente en elárea de observación de Urgencias, pero unas horas más tarde presenta empeoramientodel estado general, temblor generalizado y sensación distérmica, por lo que se decide ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para completar estudio. A las pocas horas de su ingreso en UCI, presenta episodio brusco de desconexión del medio acompañado de desaturación, mordedura de lengua y movimientos convulsivos, todo ello compatible con crisis tónico-clónica generalizada. Se procede a realizar intubación orotraqueal, se asocia propofol IV y se administran 5 mg de diazepam vía intravenosa (IV) seguido de dos dosis de 3 y 2 mg de midazolam IV, consiguiendo remisión de las convulsiones, pero sin recuperación de nivel de consciencia, por lo que se inicia LEV 1500 mg/12h IV y LCM 200 mg/12h IV. En el día +1 del ingreso se realiza: resonancia magnética nuclear, sin alteraciones significativas; electroencefalograma (EEG), que muestra actividad epileptógena de escasa persistencia en regiones anteriores; y punciónlumbar (PL), con extracción de líquido cefalorraquídeo (LCR) claro y transparente, sin alteraciones analíticas. Se mantiene afebril, hemodinámicamente estable, diuresis conservada y analíticamente presenta ligero aumento de Proteína C Reactiva (13 mg/dL), sin leucocitosis. Se inicia aciclovir 10 mg/kg/8h IV empírico hasta resultado microbiológico del LCR negativo en el día +2, por lo que se suspende. En el día +3, se realiza ventana de sedación sin éxito y se repite EEG con patrón compatible con EE no convulsivo. En el día +4, ante

la ausencia de mejoría, se repite PL obteniéndose resultado positivo (real time PCR o RT-PCR) para VHS tipo 2 (VHS-2). Se reinicia aciclovir y se contacta con el Servicio de Farmacia para solicitar monitorización de LEV, con resultado de Cp 14,85 mg/L (IT=12-46 mcg/mL). En el día +6, ante situación neurológica estacionaria, se repite monitorización de LEV, mostrando niveles infraterapéuticos (Figura 1), por lo que se decide aumentar la dosis a 1000-1500-1500 mg diarios, alcanzándose Cp dentro de IT en el día +7. Se mantiene LCM 200 mg/12h y se añade PHT150 mg iv/8h ante persistencia de mala evolución a nivel neurológico. En el día +8, tras retirar la sedación, persiste situación de EE con Cp de LEV infraterapéutica (Cp=10,17 mcg/mL) y se amplía la monitorización de Cp a PHT (Cp= 8,6 mcg/ml; IT=10-20 mcg/ml) y a su fracción libre (PHT-FL) (Cp= <0,5 mg/mL; IT=0,8-2,1 mcg/mL) por presentar hipoalbuminemia (ALB=2,7 mg/dL). Ante los resultados obtenidos, se decide administrar un bolus de PHT 300 mg IV y aumentar LEV a 1500 mg/8h, dando lugar a Cp dentro del IT para ambos fármacos al día siguiente (Figuras 1 y 2). En el día +9, ante EE refractario a triple terapia antiepiléptica con exposición adecuada, se decide inducción de coma barbitúrico con tiopental sódico en dosis crecientes de 1-5 mg/kg/h. En el día +10, con tiopental 5 mg/kg/h, el EEG muestra un patrón de brote-supresión, por lo que se decide disminuir gradualmente la dosis con el objetivo de retirarlo. Mientras tanto, las Cp de LEV vuelven a caer por debajo del IT, requiriendo un nuevo aumento posológico a 1000 mg/6h, que permite obtener Cp terapéuticos los días +11 y +12. A su vez, en el día +11, se observa un incremento no lineal de la Cp de PHT a expensas de un aumento de la fracción libre, que lleva a disminuir la dosis a 100-100-150 mg. El paciente presenta fiebre de nueva aparición, se obtiene cultivo de aspirado broncoalveolar y se añade piperacilina-tazobactam. En el día +12, se logra la retirada completa de tiopental sin incidencias. En el día +13, continúa en situación clínica similar: coma escala de Glasgow 3 y fiebre de 48 h de evolución a pesar del tratamiento antibiótico. Se aísla *Acinetobacter baumannii* multirresistente en contexto de neumonía asociada a ventilación mecánica, iniciándose colistina 3 MUI/8h IV. Ese mismo día requiere nuevo ajuste de dosis de LEV a 1000-1250-1000-1250 mg. Tras 72h de retirada de tiopental y con los FAE dentro de IT, en el día +15, el EEG muestra actividad de características lesionales en región frontotemporal bilateral, sin EE. Al día siguiente, se observa mejoría neurológica, apertura ocular ante estímulos nociceptivos, pero sin capacidad para dirigir la mirada.

La Cp de PHT libre se vuelve a elevar, decidiéndose disminuir a 100 mg/8h con objetivo de plantear la retirada del fármaco por buena evolución. Se reduce LEV, inicialmente 1000 mg/6h y posteriormente, en el día +18, a 1000 mg/8h. Los siguientes días presenta situación estacionaria y escasa progresión neurológica hasta que, en el día +20, realiza apertura ocular espontánea con capacidad de obedecer órdenes sencillas de apertura y cierre ocular. Presenta polineuropatía (PNP) confirmada por electromiografía y EEG con signos de sufrimiento cerebral difuso. Ante la ausencia de actividad epileptiforme en sucesivos EEG y una mejoría neurológica lenta pero paulatina, se procede a un descenso progresivo de dosis de PHT, LCM y LEV hasta la total retirada en los días +22, +24 y +26, respectivamente. El paciente completa tratamiento con colistina y aciclovir durante 14 y 21 días respectivamente, sin nuevos signos de infección. En el día +29, la mejoría neurológica es completa, con recuperación del tono y de la fuerza. Finalmente, en el día +35 se decide alta de la UCI para continuar un régimen de rehabilitación de la PNP del paciente crítico que presenta. En la actualidad, más de 2 años después del episodio descrito, se encuentra completamente recuperado y sin secuelas a nivel neurológico.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

El caso describe a un varón de 62 años sin antecedentes neurológicos previos que presenta un EE secundario a encefalitis por VHS-2. Se estableció tratamiento dirigido con BDZ y la combinación de tres FAE (LEV, PHT y LCM)[1-3], dos de ellos con posología individualizada basada en la monitorización farmacocinética (LEV y PHT) para asegurar Cp dentro de IT[7-11], requiriendo, finalmente, la inducción de un coma barbitúrico con tiopental para su control. La complejidad inicial del caso fue la filiación del origen del EE[2,3], realizada al cuarto día de ingreso. La detección de encefalitis por VHS mediante RT-PCR es la técnica *gold standard* y posee una sensibilidad y especificidad de 98% y 94%[12], respectivamente; no obstante, como en nuestro caso, existe la posibilidad de resultados falsos negativos[5,12,13]. Las posibles causas descritas son: detección en fase inicial de la infección (días 1 a 4), baja carga viral en LCR por replicación viral en el parénquima cerebral, o neutralización por anticuerpos anti-VHS[12,13]. Si existe sospecha clínica la recomendación es repetir el análisis del LCR 3 o 4 días después[12,13]. En nuestro caso fue necesario un segundo estudio del LCR para el diagnóstico etiológico. En cuanto al tratamiento, las diferentes guías clínicas[1,2] consideran LEV, PHT o LCM como fármacos de 2ª línea de tratamiento tras la ausencia de respuesta a BDZ. LCM presenta una cinética lineal y es metabolizada por los CYP3A4, CYP2C9 y CYP2C19, lo que hace que fármacos inductores del metabolismo, como PHT, puedan reducir sus Cp[8,9]. PHT y LEV presentan variabilidad inter- e intraindividual, siendo mayor en pacientes críticos, en los que las características basales se encuentran alteradas por la inflamación sistémica, cambios en el Vd, hipoproteinemia, insuficiencias orgánicas o interacciones farmacológicas[7-11]; todo ello hace que la monitorización farmacocinética permita optimizar e individualizar el tratamiento. En el caso descrito se monitorizaron las Cp de LEV y PHT. Se tomaron los IT de referencia en epilepsia [LEV (12-46 mcg/mL) y PHT (10-20 mcg/mL)][7-11], ya que no se ha logrado definir un IT específico para el EE[10,11]. De igual forma, no se ha observado diferencias relevantes en la posología necesaria para pacientes obesos[14]. En las Figuras 1 y 2 se observa la variabilidad intraindividual en las Cp de ambos fármacos. LEV se monitorizó desde el día +4 (Figura 1) y fueron necesarias cuatro modificaciones de dosis en un periodo de 7 días (días +6, +8, +10 y +13) para mantener las Cp dentro del IT; esto pudo deberse a un aumento del aclaramiento renal o Vd observado en algunos pacientes neurocríticos o a una interacción con PHT[6,8-11]. Apoyado en la monitorización farmacocinética, el farmacéutico clínico intervino en la individualización de la posología de LEV, superándose la dosis máxima recomendada de 3.000 mg/día[15] hasta en un 50% de forma segura. Para la monitorización de PHT (Figura 2) se tuvo en cuenta la alta unión a ALB (90%) y su metabolismo saturable[7,9]. El paciente presentó hipoalbuminemia durante todo el episodio (ALB media=2,7±0,2 mg/dL), siendo necesario corregir las Cp con la ecuación Sheiner-Tozer y ampliar la monitorización a la fracción libre (PHT-FL)[7]. Como resultado, se observó en el día +11 una saturación del metabolismo a expensas de una PHT-FL superior a IT (Cp PHT-FL = 3,14 mcg/mL) no reflejada en la Cp total corregida por albuminemia, que se encontraba dentro del IT (Cp PHT=15,29 mcg/mL), llevando a disminuir la dosis de PHT para evitar una sobreexposición. Un hecho similar aconteció en el día +16, decidiéndose en este caso, reducir la dosis y plantear la retirada progresiva de los FAE tras la

buena evolución. Podemos extraer como conclusión de este caso la importancia de la monitorización farmacocinética y de la individualización posológica de los FAE con estrecho IT para un manejo eficaz y seguro en un paciente con EE refractario secundario a una encefalitis por VHS-2, del cual el paciente se recuperó sin secuelas a nivel neurológico.

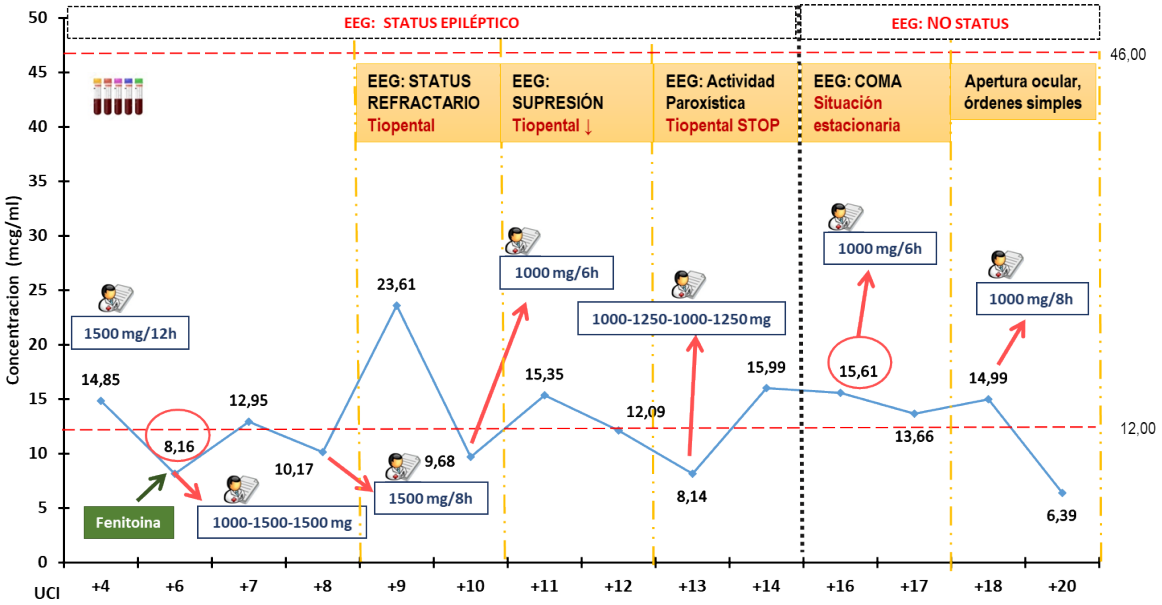


Figura 1. Monitorización de Cp de Levetiracetam (LEV)

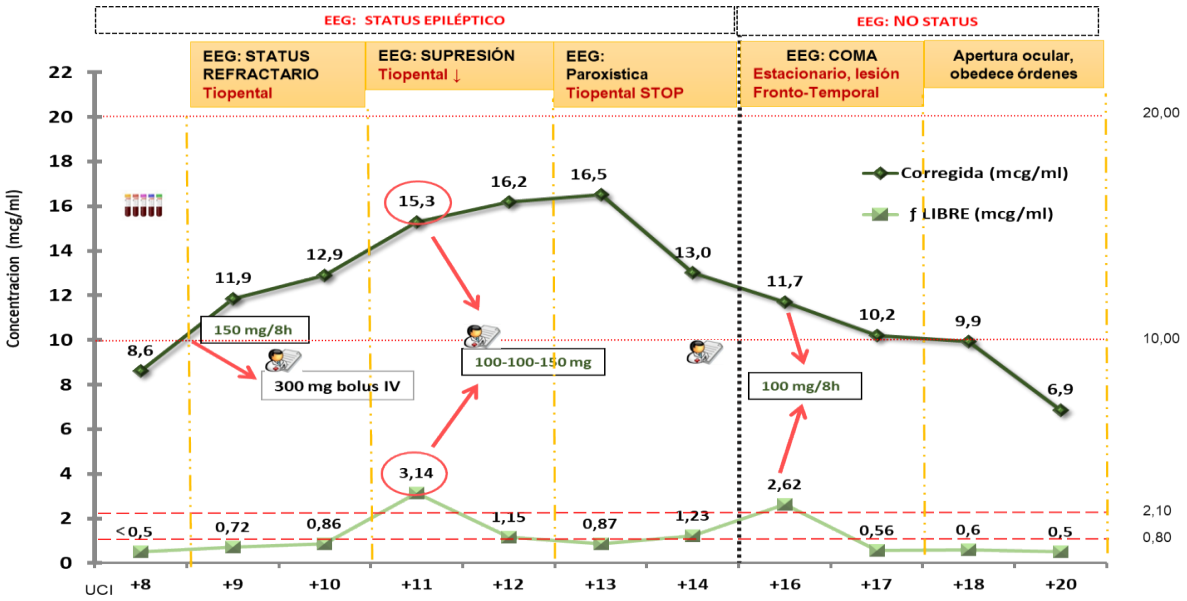


Figura 2. Monitorización de Cp de Fenitoína (PHT) y Fenitoína fracción libre (PHT-FL).

BIBLIOGRAFÍA

1. Glauser T et al. Evidence-Based Guideline: Treatment of Convulsive Status Epilepticus in Children and Adults: Report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. Epilepsy Currents, 2016 (16) pp. 48–61
2. Brophy G et al. Guidelines for the Evaluation and Management of Status Epilepticus.Neurocrit Care (2012) 17:3–23
3. Nelson S and Varelas P. Status Epilepticus, Refractory Status Epilepticus, and Super-refractory Status Epilepticus. Continuum 2018;24(6, neurocritical care):1683–1707.
4. Sculier C et al. Long-term outcomes of status epilepticus: A critical assessment. Epilepsia, 2018 Oct;59 Suppl 2:155-169
5. Sonneville et al. Early-onset status epilepticus in patients with acute encephalitis. Medicine2016 Jul; 95(30): e4092.
6. Yasiry Z et al. The relative effectiveness of five antiepileptic drugs in treatment of benzodiazepine-resistant convulsive status epilepticus: a meta-analysis of published studies.Seizure 2014 Mar;23(3):167-74.

7. Aldaz A et al. Monitorización farmacocinética de antiepilépticos. Farm Hosp 2011; 35(6): 326-339
8. Jacob S and Nair A. An Updated Overview on Therapeutic Drug Monitoring of Recent Antiepileptic Drugs. Drugs R D (2016) 16:303–316
9. Patsalos P et al. Therapeutic Drug Monitoring of Antiepileptic Drugs in Epilepsy: A 2018 Update. Ther Drug Monit. 2018 Oct;40(5):526-548
10. Spencer D. Steady-State Pharmacokinetics of Intravenous Levetiracetam in Neurocritical Care Patients. Pharmacotherapy 2011;31(10):934–941
11. Perrenaud M et al. Levetiracetam circulating concentrations and response in statusepilepticus. Epilepsy & Behavior 2018: 61–65
12. Mendez A et al. A Fatal Case of Herpes Simplex Encephalitis with Two False-NegativePolymerase Chain Reactions. Case Rep Neurol. 2018 May-Aug; 10(2): 217–222.
13. Weil A et al. Patients with Suspected Herpes Simplex Encephalitis: Rethinking an InitialNegative Polymerase Chain Reaction Result. Clin Inf Dis 2002; 34:1154–7
14. Sathe A et al. The association of patient weight and dose of fosphenytoin, levetiracetam,and valproic acid with treatment success in status epilepticus. Epilepsia. 2020;61(6): 66-e70.
15. CIMA. Ficha técnica Levetiracetam. Acceso: mayo 2021

57. TRATAMIENTO DE TROMBOCITOPENIA INMUNITARIA PROTROMBÓTICA INDUCIDA POR VACUNA (VIPIT), EN UNA PACIENTE TRAS RECIBIR LA VACUNA RECOMBINANTE CHADOX1 FRENTE LA COVID-19.

INTRODUCCIÓN

La agencia europea del medicamento (EMA) ha aprobado cuatro vacunas contrael SARS-CoV-2. Hasta el día 25 de abril de 2021, se han administrado en España 14.290.507 dosis de vacunas frente la COVID-19. El 70% de las dosis administradas correspondieron a Comirnaty®, el 24% a Vaxzevria®, el 6% a la vacuna COVID-19 Vaccine Moderna® y menos del1% a COVID-19 Vaccine Janssen® (1).

Vaxzevria® es una vacuna monovalente compuesta por un vector de adenovirus de chimpancé, recombinante y no replicativo (ChAdOx1) que codifica la glicoproteína S del SARS-CoV-2 (2). Se ha notificado que después de la administración de Vaxzervria® pueden aparecer,muy raramente, trombosis en combinación con trombopenia, como trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC), en abdomen (trombosis de venas esplácnicas) y trombosis arterial(1).

A continuación, se expone el caso de una paciente que tras recibir una dosis de Vaxzevria®, presenta una trombosis asociada a trombocitopenia que precisa ser ingresada. Así como el papel del farmacéutico en la elección del tratamiento y seguimiento hasta el alta hospitalariay, posteriormente en la consulta externa del servicio de farmacia hospitalaria (FH).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer, de 63 años de edad, independiente para las actividades basales de la vida diaria. Entre sus antecedentes personales destacan: rinosinusitis persistente, hipoacusia neurosensorial bilateral con déficit del 25% en el oído derecho y del 38% en el izquierdo, alergia a la codeína y no hábitos tóxicos. Cirugías previas: amigdalectomía. Actualmente, no está recibiendo tratamiento crónico en su domicilio.

Recibe la vacuna Vaxzevria® de AstraZeneca el 07/04/2021 (día 0) (lote: ABW0411), por indicación de grupo de edad.

El día +6 (13/04) y +7 (14/04) de la vacunación, acude al servicio de urgencias hospitalarias (SUH), en ambas ocasiones, por una clínica de dolor epigástrico que se irradia en cinturón y hacia la espalda, con sensación distérmica. No pirosis, no náuseas, ni vómitos. No presenta clínica miccional, ni alteración del hábito intestinal. En la exploración física presenta una temperatura de 36.6ºC (13/04) y 37ºC (14/04), ruidos hidroaéreos normales, abdomen blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias y puñopercusión renal bilateral negativa. En ambas ocasiones se da el alta como una epigastralgia inespecífica, y se pauta el 13/04: ibuprofeno 400mg/8h, durante 3 días; y el 14/04 se sustituye por paracetamol 650mg/8h, durante 3 días y se añade omeprazol 20 mg/24h.

El 15/04 (+8) acude por tercera vez al SUH con la misma clínica. En la exploración física, no sedetectan edemas, ni signos de trombosis venosa profunda (TVP). La paciente presenta petequias puntiformes inframilimétricas en manos y antebrazo derecho. Se realiza una bioquímica general, un hemograma y un estudio básico de coagulación, donde se obtiene un valor de plaquetas de 29.000/µL (valor previo a vacunación 03/07/2020: 201.000/µL). Ante lasospecha de trombopenia severa relacionada con la vacuna, se decide ingresar a la paciente para vigilancia clínica. Se realiza una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con inyección de contraste intravenoso, donde se visualiza un hematoma en la glándula suprarrenal izquierda y colección líquida de la misma densidad en probable relación con hematoma.

Se inicia tratamiento con prednisona oral 1 mg/kg/día y se prescriben inmunoglobulinas humanas inespecíficas (IGIV) a dosis de 0.6g/kg/día, durante 3 días. En la validación farmacéutica del tratamiento, se revisa una serie de casos publicada por Greinacher, et al (3), y según experiencia en otras indicaciones, se recomienda utilizar la posología: 1g/kg/día durante 2 días, siendo aceptada la recomendación. Además, la paciente recibe tratamiento con omeprazol 40 mg/24h, paracetamol 1g/8h, metamizol 2g/8h y lormetazepam 1mg/24h.

El 16/04 (+9) se repite hemograma con plaquetopenia mantenida (28.000/µL), y se solicita undímero D, con resultado de 23.692 ng/ml. Por el momento, se decide no iniciar anticoagulación dada plaquetopenia severa y hallazgo de hematoma en glándula suprarrenal, a pesar de ser considerado probable transformación hemorrágica de fenómeno trombótico. Este mismo día (+9) se solicitan los anticuerpos anti-PF4, resultando negativos con la técnica de quimio-luminiscencia (no realizándose la técnica de elección: ELISA (3)). Se completa estudio de autoinmunidad, para descartar entidades de esta naturaleza, siendo los anticuerpos antinucleares (ANA) positivos a título bajo (1/160), que se consideran no significativos dado el contexto.

El 17/04 (+10) tras ausencia de datos de sangrado activo y ligera mejoría de plaquetas (figura 1) se inicia profilaxis antitrombótica con fondaparinux 2.5mg/24h.
El 19/04 (+12) se realiza un angioTC abdominal, donde se observa una trombosis venosa segmentaria de la vena porta derecha y de las venas renal y suprarrenal izquierdas; así como la hemorragia suprarrenal izquierda secundaria. Además, el valor del dímero D continúa elevado por encima de 30 veces el valor normal (figura 1). Dada la evidencia de trombosis venosa, se inicia fondaparinux a dosis anticoagulantes (7.5mg/24h), pasando a vía oral a las 24 horas, con rivaroxabán 15mg/12h durante 21 días, seguido de 20mg/24h.
El 22/04 (+15), ante la persistencia de dolor epigástrico que refiere la paciente, se realiza una TC abdomino-pélvica sin contraste, donde se ven estables las trombosis y hemorragias previas, y se detectan como nuevos hallazgos: hemorragia de la suprarrenal derecha, colección laminar subhepática en la vecindad de la suprarrenal derecha y trombosis de la arteria suprarerrenal inferior derecha.
Ante la sospecha de insuficiencia suprarrenal, se realiza el test de ACTH el 27/04 (+20) por parte de endocrinología, confirmando una insuficiencia suprarrenal primaria, por lo que se recomienda en el momento de poder retirar la prednisona: sustituirla por hidroaltesona 20 mg (dividiendo la dosis en: 10 mg a la 07:00h, 5 mg a las 12h y 5 mg a las 16:30h) y añadir fludrocortisona 0.05 mg al levantarse.
El 30/04 (+23) ante la mejoría clínica y analítica de la paciente, y la normalización de los valores de plaquetas (figura 1) y fibrinógeno, se decide dar el alta hospitalaria con: rivaroxabán: 15 mg/12h hasta completar 21 días, y continuar con 20mg/24h; omeprazol 20mg/24h; calcio 2500mg/colecalciferol 880UI: 1 comprimido/24h; y pauta descendente de prednisona durante6 semanas: 50 mg/24h, hasta el 07/05; 40mg/24h, hasta el 14/05; 30mg/24h, hasta el 21/05;20mg/24h, hasta el 28/05; 10mg/24h hasta el 04/06; y a partir del 05/06 fludrocortisona 0.05mg al levantarse e hidroaltesona 20mg según las recomendaciones de endocrinología.

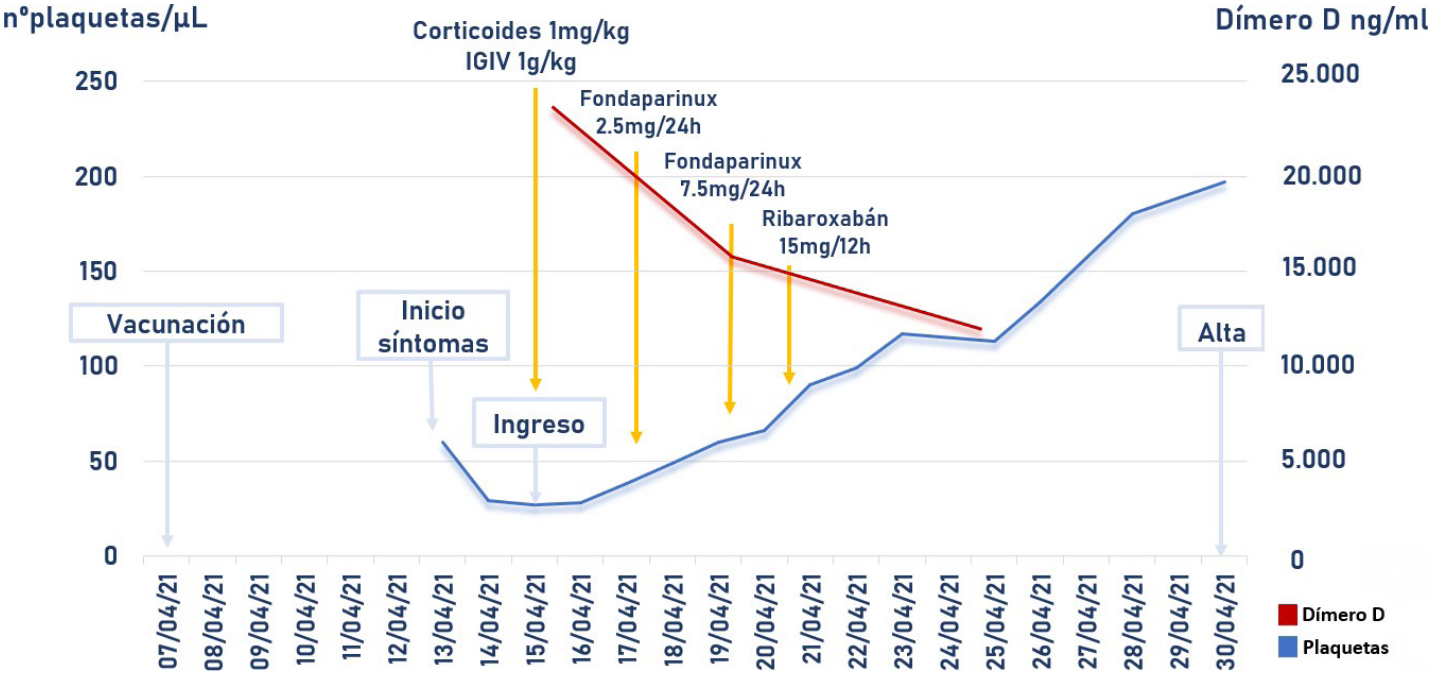


Figura 1. Evolución de plaquetas y dímero D

DISCUSIÓN

En este caso, se expone un episodio de trombosis asociado a trombocitopenia, que ocurre en una paciente, a los 6 días de recibir la vacuna frente la COVID-19 de vector no replicante Vaxzevria®. La asociación entre trombocitopenia y trombosis, es un fenómeno autoinmune ya descrito, fundamentalmente asociado con el uso de la heparina, consistente en una activación masiva de plaquetas mediada por un autoanticuerpo (trombosis), seguida de su posterior destrucción (trombopenia), que se denomina HIT (heparin-induced thrombocytopenia). En el caso, de producirse tras una vacuna, se denomina VIPIT(5), y es un acontecimiento adverso que se ha observado muy raramente tras la vacunación con Vaxzevria (2).
En el Hospital Universitario de Oslo (6), se describieron una serie de 5 pacientes que presentaron VIPIT a los 7-10 días de la vacunación con Vaxzevria®, siendo tratados cuatro de ellos con IGIV y prednisolona, consiguiendo aumentar los recuentos de plaquetas.
Existe publicada otra serie de casos por Greinacher, et al (3), donde se describen 11 episodios de VIPIT en pacientes de Alemania y Austria tras 1-2 semanas de haber recibido Vaxzevria®, y proponen el uso de IGIV en este síndrome, ya que aumentan el recuento plaquetario, disminuyen la hipercoagulabilidad e inhiben la activación plaquetaria por los anticuerpos anti-PF4.
En cuanto al tratamiento de esta paciente, se ha seguido el algoritmo de la guía FACME (4) (figura 2), prescribiéndose IGIV a 1g/kg/día, durante 2 días.

Los anticuerpos anti-PF4 en el caso expuesto resultaron negativos, pero fueron determinados por técnica de quimioluminiscencia (única disponible en nuestro centro en ese momento), y no mediante la técnica ELISA, que es la recomendada en toda la bibliografía consultada (3-6).Aunque la VIPIT en un proceso poco frecuente, consideramos de importancia notificar este caso, para estar alerta de las posibles complicaciones de una vacuna que está sujeta a seguimiento adicional. Así como reflejar el manejo farmacológico de la VIPIT, que ha contribuido a mejorar el estado de salud de la paciente y la satisfacción con la atención médicay farmacéutica recibida (figura 3).

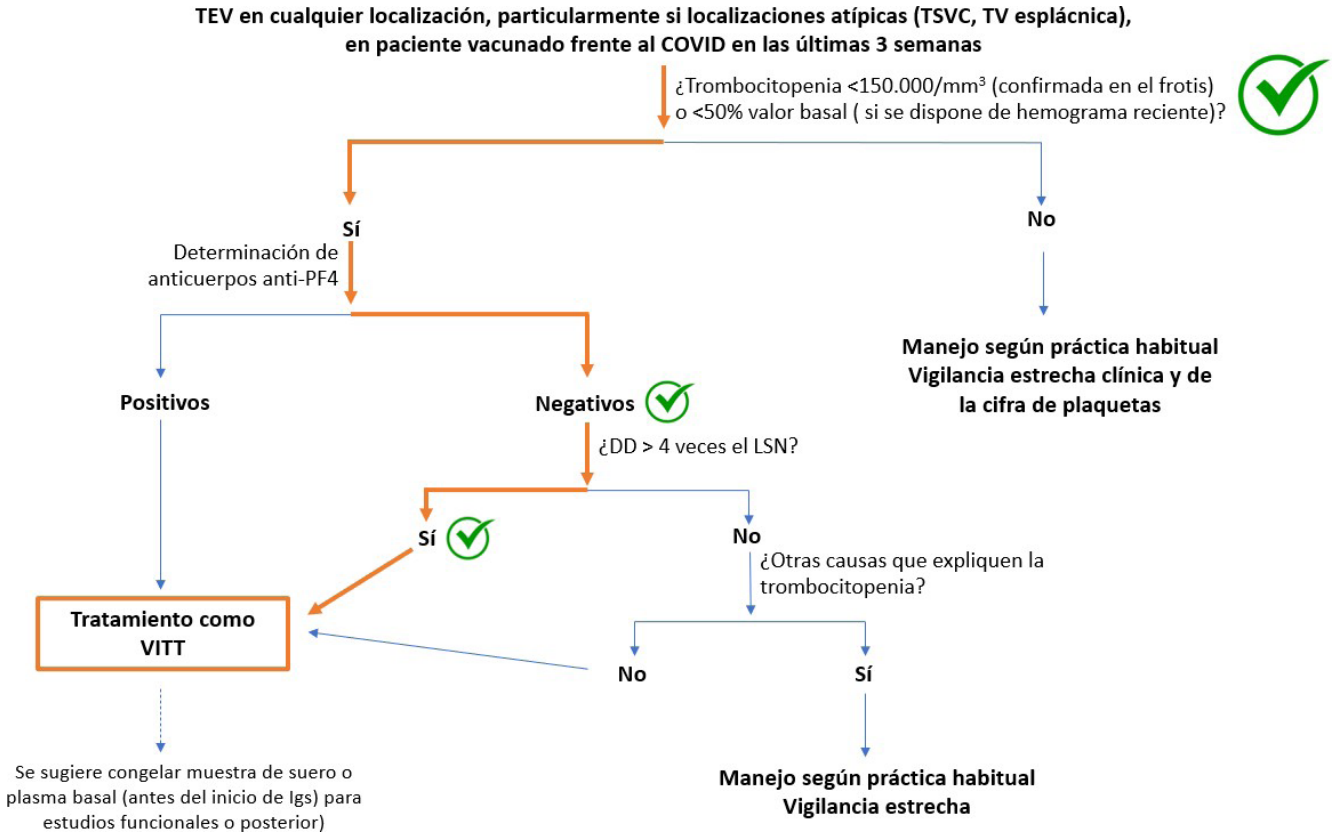


Figura 2. algoritmo FACME (3) modificado.

FARO DE VIGO

La viguesa que sufrió el trombo tras recibir AstraZeneca anima a vacunarse

Ana Blasco Vigo | 01·05·21 | 03:59

Con un TAC detectaron un problema en la zona del riñón, un hematoma en la zona de las glándulas suprarrenales y, tras varias pruebas más, dieron con los trombos. "Me pusieron un tratamiento de inmunoglobulinas y **me han tratado de lo mejor del mundo, ha sido todo un lujo**, la pena es que no me hubieran ingresado antes", opina. Agradece a todo el equipo de Medicina Interna, Hematología y Farmacia la atención. "Se rompieron la cabeza conmigo y estaré eternamente agradecida porque me han salvado la vida", resalta.

Figura 3. Noticia del Faro de Vigo (7) de agradecimiento.

APORTACIÓN FARMACÉUTICA

El farmacéutico está integrado en el pase de visita diario de la planta de hospitalización donde ingresó esta paciente. Por lo tanto, ha participado activamente en la selección de los tratamientos, revisando las guías y las series de casos publicadas hasta el momento, ya que setrata de una reacción adversa muy poco frecuente y con escasa bibliografía. Además, en la validación farmacoterapéutica, se detecta una discrepancia en la dosis de las IGIV, y se hace una recomendación que es aceptada.

Se ha elaborado el informe de uso de IGIV fuera de indicación de ficha técnica, haciendo una búsqueda sobre la evidencia disponible de su eficacia y seguridad, y facilitando los aspectos económicos.

El farmacéutico ha notificado la sospecha de reacción adversa al Centro Autonómico de Farmacovigilancia a través del formulario electrónico disponible en https://www.notificaRAM.es.
Al alta, se dispensa el rivaroxabán desde la consulta externa del servicio de FH, ya que no es una indicación financiada, pero no existen alternativas disponibles, ya que los antagonistas dela vitamina k y las heparinas están contraindicados durante la trombocitopenia aguda y la coagulación intravascular diseminada (3). Además, se facilita información oral y escrita sobre cómo se administra, se revisan potenciales interacciones y se resuelven dudas sobre los posibles efectos adversos.
A raíz de este caso, el farmacéutico ha colaborado en la creación de un protocolo del hospital, sobre el diagnóstico y tratamiento de la VIPIT, que será distribuido y explicado a todo el personal de nuestro centro, para facilitar la rápida detección de esta posible reacción adversa y garantizar que se instaure el tratamiento adecuado, garantizando el mejor seguimiento del paciente.
La integración del farmacéutico en el pase de visita diario en una planta de hospitalización, ha permitido la participación en la selección de los tratamientos y el seguimiento de la paciente, mostrando resultados clínicos y de satisfacción de la paciente con la atención médica y farmacéutica recibida.

BIBLIOGRAFÍA

1. AEMPS (11/05/2021), 5º informe de farmacovigilancia sobre vacunas COVID-19. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/boletines-aemps/boletin- fv/2021-boletin-fv/5o-informe-de-farmacovigilancia-sobre-vacunas-covid-19
2. Ficha técnica de Vaxzevria®, AEMPS (01/02/2021). Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/1211529001/FT_1211529001.pdf
3. Greinacher A, Thiele T, Warkentin TE, et al. Thrombotic Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCov-19 Vaccination. N Engl J Med. 2021 Apr 9:NEJMoa2104840.
4. FACME. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de eventostrombóticos tras la vacunación frente a COVID. Versión 4: 25/04/2021. Disponibleen: https://facme.es/wp-content/uploads/2021/04/VACUNAS-COVID-Y-EVENTOS-TROMBO%CC%81TICOS-FACME-V4_26-final-.pdf
5. Pai M, Grill A, Ivers N, et al. Vaccine-Induced Prothrombotic Immune Thrombocytopenia (VIPIT) Following AstraZeneca COVID-19 Vaccination. Science Briefs of the Ontario COVID-19. Version 1.0 (26/03/2021).
6. Schultz NH, Sørvoll IH, Michelsen AE, et al. Thrombosis and Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCoV-19 Vaccination. N Engl J Med. 2021 Apr 9.
7. Noticia de Faro de Vigo, 01/05/2021. Disponible en: https://www.farodevigo.es/gran-vigo/2021/05/01/viguesa-sufrio-trombo- recibir-astrazeneca-49923268.html

66

PROYECTOS I+I

PROYECTOS I+I

CLASIFICACIÓN:

CLASIFICACIÓN:

6. EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN EXPOSICIÓN-RESPUESTA DE CETUXIMAB EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO Y CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

AUTORES
PEÑA CABIA S, ROYUELA VICENTE A, RAMOS DÍAZ R, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, GARCÍA DÍAZ B, NOVO GONZÁLEZ P, RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ M, LÓPEZ MARTÍN A
HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA. AVD. DE ORELLANA S/N. MADRID

RESUMEN
INTRODUCCIÓN
Cetuximab es un anticuerpo monoclonal (mAb) cuya diana específica es el dominio extracelular del EGFR, el cual se sobreexpresa en el cáncer colorrectal (CCR) y en el cáncer de cabeza y cuello (CyC). Su dosificación se realiza en base al área de superficie corporal.
En los fármacos mAb la dosificación por superficie o peso corporal es objeto de debate, puesto que se ha observado que esta dosificación basada en el tamaño corporal tiende a sobresodificar a los pacientes con un tamaño corporal grande mientras que infradosifica a los pacientes con un tamaño corporal pequeño.
Por otro lado, los mAbs cumplen las características para llevar a cabo una monitorización farmacocinética y la mayoría de ellos están diseñados para neutralizar de manera continua sus antígenos diana, lo que se consigue a partir de unas concentraciones mínimas (Cmin).
Diferentes estudios en CCR metastásico (CCRm) y en CyC han relacionado la exposición a cetuximab con la respuesta clínica. Así, se ha observado que aclaramientos menores o concentraciones valle más altas estaban relacionadas con mayor supervivencia o con mejores respuestas.
Si bien, aún existe poca evidencia científica que soporte la monitorización terapéutica de los mAbs oncológicos.
OBJETIVOS
Estudiar, en vida real, si existe relación entre la Cmin de cetuximab en estado estacionario (CSSmin) y la tasa de control de la enfermedad o tasa de beneficio clínico perivalle, medida según criterios RECIST 1.1, en pacientes con CCRm y CyC. Así como investigar si existe una CSSmin límite que se pueda asociar con la probabilidad de beneficio clínico.
APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS
Mayor conocimiento en la relación exposición-respuesta y avance en el desarrollo de la monitorización terapéutica de cetuximab, como herramienta para la optimización de tratamientos.
DISEÑO Y MÉTODO
Estudio observacional prospectivo sobre pacientes con CCRm o CyC en cuyo esquema de tratamiento antineoplásico se incluye el cetuximab. Se obtuvieron múltiples muestras correspondientes a la CSSmin por paciente, coincidiendo cada una de ellas con una evaluación radiológica de la respuesta (progresión o beneficio clínico). La asociación entre el CSSmin de cetuximab y el beneficio clínico, se evaluó mediante un análisis de regresión de ecuaciones de estimación generalizadas (Generalized Estimating Equations, GEE) que tiene en cuenta la correlación de las diferentes medidas de CSSmin a lo largo del tiempo para cada paciente. La variable dependiente fue el beneficio clínico (sí o no) en cada punto temporal de la evaluación del tumor. Como variable independiente se introdujo la CSSmin en cada punto temporal.
CALENDARIO PREVISTO
01/02/2018 - 31/01/2020 Reclutamiento de pacientes y recogida de muestras.
01/02/2020 - 31/01/2021 Recogida de datos analíticos y clínicos.
01/02/2021 - 30/06/2021 Procesamiento de datos, análisis de estos e informe estadístico.
01/07/2021 - 31/12/2021 Comunicación y publicación de los resultados.
LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS
Limitaciones en el reclutamiento de pacientes al tratarse de un único centro y sesgo de selección al ser un estudio en práctica clínica (diferentes regímenes posológicos, esquemas quimioterápicos y líneas de tratamiento).
PROBLEMAS ÉTICOS
Ninguno.
ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO
- 1 investigadora predoctoral.
- 1 coordinadora de ensayos clínicos.
- 1 bióloga molecular.
- 1 estadística.
- Investigadores adjuntos del Servicio de Oncología y del Servicio de Farmacia.
PRESUPUESTO
-KITs comerciales de ELISA para determinación de concentraciones plasmáticas de cetuximab: 2.400 euros.
-Transporte y envío de muestras para la determinación de concentraciones: 1.800 euros.

TWEET RESUMEN

Estudio de evaluación de la relación #PK-PD de #cetuximab en #CCRm y #CyC. Buscando aumentar #evidencia científica #TDM #Onco @SF_HUSO #CHUC

IMAGEN O GRÁFICO DEL PROYECTO

CLASIFICACIÓN:

12. RELEVANCIA CLÍNICA DEL GEN UGT1A EN LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA. ESTUDIO LEMICRUG 1

AUTORES

GUTIERREZ NICOLAS F, ALVAREZ TOSCO K, VIÑA ROMERO MM, DEL ROSARIO GARCÍA B, RAMOS DIAZ R, MOURANI PADRON I, NAVARRO DAVILA M, NAZCO CASARIEGO GJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA, S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

RESUMEN

Introducción

Los inhibidores de tirosin kinasa (ITKs) han cambiado la historia natural de la Leucemia Mieloide Crónica (LMC) transformándola en un proceso crónico, e incluso en algunas situaciones se puede hablar de curación con la discontinuación del tratamiento. El primero en desarrollarse fue el imatinib y luego han aparecido los conocidos como de segunda generación, nilotinib y dasatinib, que logran respuestas más rápidas y un perfil de toxicidad diferente.

Aunque son fármacos con una buena tolerancia, hay pacientes en donde los efectos adversos obligan al cambio de tratamiento, y recientemente se ha descrito como ciertos marcadores genéticos podría comportarse como factores predictores de la toxicidad hepática al nilotinib

Objetivo

El objetivo del presente estudio consistirá en analizar la afectación hepática en los pacientes diagnosticados de LMC tratados con un inhibidor de la tirosin-quinasa en función del genotipo *28 en el gen UGT1A1 y secundariamente si también afecta las mutaciones en los genes UGT1A*6, UGT1A7 y UGT1A9

Aplicabilidad y utilidad de los resultados

Este trabajo permitirá establecer si existe una relación entre las mutaciones en los genes que codifican las proteínas requeridas para al glucorinación y la toxicidad del nilotinib, y por tanto establecer un algoritmo de prescripción basado en estos marcadores genéticos para personalizar el tratamiento en la LMC.

Además, nos permitirá conocer cual es la incidencia de estas mutaciones en la población española, sobre todo en relación a las UGT1A*6, que se considera minoritaria en la población no asiática.

Diseño y método

Estudio ambispectivo (retro y prospectivo), multicéntrico, en el que se pretende analizar la relación entre las mutaciones UGT1*28, UGT1A*6, UGT1A7 y UGT1A9 y la toxicidad hepática al nilotinib.

El tamaño muestral se ha estimado en 300 pacientes, repartidos en dos grupos: pacientes en tratamiento con nilotinib (n=100) y pacientes con otro tratamiento (200), y sobre los que será comparada la toxicidad, mediante un análisis estadístico de tipo multivariable.

El estudio ha sido autorizado por un CEIM de referencia con el código LeMiCrUG 1.

La obtención del ADN genómico será obtenido de la sangre periférica del paciente y la determinación de los polimorfismos genéticos se realizará mediante PCR a tiempo real con sondas específicas de alelo.

Las muestras serán caracterizadas genéticamente en un laboratorio de biología molecular de referencia.

Cronograma

INICIO FIN ACTIVIDAD

Febrero 2021 Diciembre 2021 Reclutamiento de pacientes y registro de información.

Abril 2021 Abril 2022 Transporte y genotipado de las muestras

Abril 2022 Junio 2022 Análisis de los datos y elaboración de documento final del estudio.

Junio 2022 Septiembre 2022 Comunicación y publicación de los resultados.

Limitaciones y posibles sesgos

Las complicaciones asociadas a la coordinación de los estudios multicéntricos, y posibles sesgos de la interpretación de los datos de la parte retrospectiva del estudio

Problemas éticos

Ninguno.

Organización del estudio

2 investigadores principales

25 investigadores colaboradores, hasta la fecha de 6 hospitales nacionales

Ámbito nacional para aumentar la participación y representación de la muestra.

Todos como colaboradores investigadores.

Presupuesto

Sondas PCR a tiempo real.....1.200 €

Reactivos para la extracción de DNA y genotipado.....1.800 €

Material fungible (cubetas de plástico, puntas, tubos, guantes...).....900 €

Tarjetas para recogidas de muestras..... 400 €

Transporte de muestras..... 500 €

Gastos de tasas de autorización local.....2.000 €

Total: 6.800 €

Bibliografía
(1) Zhou H, Xu R. Leukemia stem cells: the root of chronic myeloid leukemia. Protein Cell. 2015;6(6):403-412. doi:10.1007/s13238-015-0143-7
(2) Apperley JF. Chronic myeloid leukaemia. Lancet. 2015;385(9976):1447-1459. doi:10.1016/S0140-6736(13)62120-0
(3) Qosa, H., Avaritt, B.R., Hartman, N.R. et al. In vitro UGT1A1 inhibition by tyrosine kinase inhibitors and association with drug-induced hyperbilirubinemia. Cancer Chemother Pharmacol. 2018; 82, 795–802. https://doi.org/10.1007/s00280-018-3665-x
(4) Singer JB, Shou Y, Giles F, et al. UGT1A1 promoter polymorphism increases risk of nilotinib-induced hyperbilirubinemia. Leukemia. 2007;21(11):2311-2315. doi:10.1038/sj.leu.2404827
(5) Abumiya M, Takahashi N, Niioka T, et al. Influence of UGT1A1 6, 27, and 28 polymorphisms on nilotinib-induced hyperbilirubinemia in Japanese patients with chronic myeloid leukemia. Drug Metab Pharmacokinet. 2014;29(6):449-454. doi:10.2133/dmpk.DMPK-14-RG-031

TWEET RESUMEN
Personalización del tratamiento de la LMC por genotipado del gen UGT1A1.

CLASIFICACIÓN:

9. PROGRAMA DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DOMICILIARIO SUBCUTÁNEO (OSCAT-HVR)

AUTORES
ALONSO MORENO M, GUISADO GIL AB, GIL NAVARRO MV, LUQUE MARQUEZ R, MORENO GAVÑO L, CONDE GUZMAN C, CISNEROS HERREROS JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

RESUMEN
Introducción
La vía subcutánea (SC) ofrece varias ventajas sobre la vía intravenosa: es fácil de canalizar en el domicilio del paciente, es indolora y está menos asociada a complicaciones infecciosas y trombóticas que la vía intravenosa. Outpatient Subcutaneous Antimicrobial Therapy (OSCAT) es una nueva estrategia implantada en algunos países como Francia que consiste en la administración de tratamiento antibiótico domiciliario subcutáneo y se propone como una alternativa al OPAT (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy) en grupos de pacientes seleccionados.
Objetivos
El objetivo es describir la implantación de un programa multidisciplinar de administración de antibióticos por vía subcutánea para el tratamiento de las enfermedades infecciosas en el domicilio del paciente (OSCAT-HVR).
Aplicabilidad y Utilidad de los resultados
Los pacientes que podrían beneficiarse son aquellos con dificultades para la canalización de un acceso venoso, pérdida de masa muscular que impida la utilización de la vía intramuscular, trastornos deglutorios severos que impidan el tratamiento oral y limitación del esfuerzo terapéutico que dificulten su desplazamiento para canalización de otros accesos vasculares.
Diseño y Método
1) Revisión bibliográfica de la evidencia publicada respecto a Programas OSCAT
2) Formación de un equipo multidisciplinar: médicos y enfermeros de las Unidades de Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna (Cuidados Paliativos y Hospitalización Domiciliaria), Atención Primaria y farmacéuticos del Servicio de Farmacia (SF).
3) Elaboración de un protocolo a nivel hospitalario: aspectos esenciales del programa OSCAT-HVR, criterios de inclusión de pacientes, antibioterapia candidata a vía subcutánea, forma de preparación y administración.
4) Integración de OSCAT-HVR dentro de los programas DOMUS (Programa OPAT del HVR) y de los programas de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos.
5) Estudio piloto con una pequeña muestra de pacientes (10-15)
Calendario previsto
Febrero-Mayo: 1, 2 y 3
Junio-Septiembre: 4 y 5
Limitaciones y Posibles sesgos
-Selección del paciente: es necesario la aceptación y colaboración del paciente y/o de sus cuidadores y el compromiso de efectuar correctamente el tratamiento por parte de los mismos.
-Selección del antibiótico: únicamente antibióticos con vidas medias largas que se absorben completamente con un perfil de tolerabilidad local favorable son antibióticos de elección.
Problemas éticos
Actualmente, no está aprobada la administración de antibióticos por vía subcutánea, teniendo un uso “off-label” en la mayoría de ellos.
Existe evidencia limitada con respecto a la seguridad y eficacia clínica de los antimicrobianos por vía subcutánea. La mayoría de los estudios se han realizado con voluntarios sanos o con una muestra pequeña de pacientes. Se obtendrá el consentimiento informado (CI) del paciente y/o de sus cuidadores antes de iniciar el programa.
Organización del estudio
Paciente candidato → elección del antibiótico → aceptación y firma del CI por el paciente y/o de sus cuidadores ◊ formación a los cuidadores a través de vídeos tutoriales, por escrito y de forma presencial → seguimiento domiciliario

Presupuesto
La producción de vídeos tutoriales junto con un enlace privado para visionarlo por parte de los cuidadores tendrá un presupuesto total de 3.127,00 €.
Bibliografía
1. Ferry T, Lodise TP, Gallagher JC, Forestier E, Goutelle S, Tam VH, Mohr JF III and Roubaud-Baudron C (2020) Outpatient Subcutaneous Antimicrobial Therapy (OSCAT) as a Measure to Improve the Quality and Efficiency of Healthcare Delivery for Patients With Serious Bacterial Infections. Front. Med. 7:585658.
2. Roubaud-Baudron C, Forestier E, Fraisse T, Gaillat J, de Wazières B, Pagani L, Ingrand I, Bernard L, Gavazzi G, Paccalin M. Tolerance of subcutaneously administered antibiotics: a French national prospective study. Age Ageing. 2017 Jan 8;46(1):151-155.
3. Colin E, Baldolli A, Verdon R, Saint-Lorant G. Subcutaneously administered antibiotics. Med Mal Infect. 2020 May;50(3):231-242.
4. Hernández-Ruiz V, Forestier E, Gavazzi G, Ferry T, Grégoire N, Breilh D, Paccalin M, Goutelle S, Roubaud-Baudron C; GInGer (Groupe Infectio-Gériatrie). Subcutaneous Antibiotic Therapy: The Why, How, Which Drugs and When. J Am Med Dir Assoc. 2021 Jan;22(1):50-55.e6.

TWEET RESUMEN
OSCAT-HVR: Programa multidisciplinar de administración de antibióticos por vía SC en el domicilio del paciente como alternativa a OPAT

IMAGEN O GRÁFICO DEL PROYECTO

CLASIFICACIÓN:

24. POSICIONAR LA INVESTIGACIÓN COMO UN PILAR DE LA FARMACIA HOSPITALARIA: INNOVANDO EN LA ESENCIA

AUTORES
MONDELO GARCIA C, GARCIA QUINTANILLA L, GARCIA OTERO X, GONZALEZ BARCIA M, OTERO ESPINAR FJ, ZARRA FERRO I, FERNANDEZ FERREIRO A
AREA SANITARIA SANTIAGO DE COMPOSTELA E BARBANZA. CHOUPANA, S/N. A CORUÑA

RESUMEN
Introducción:
El núcleo de la investigación traslacional debe tener como objetivo promover y ejecutar actuaciones orientadas a los problemas sanitarios. De este modo, detectar los problemas que existen en la terapéutica hospitalaria y buscar respuestas en el laboratorio para aportar soluciones que tengan aplicación directa en el paciente debe constituir uno de los ejes principales de la Farmacia Hospitalaria.
Se presenta el desarrollo traslacional de una formulación magistral (FM) oftálmica de tacrolimus como ejemplo de la reinversión que supone apostar por la investigación en uno de los campos con más esencia farmacéutica, la elaboración de medicamentos. El tacrolimus oftálmico se elabora actualmente por reformulación del fármaco intravenoso (Prograf®) debido a la escasa solubilidad en agua del principio activo. Sin embargo, esta formulación contiene etanol, excipiente irritante para la superficie ocular.
Objetivos y aplicabilidad del proyecto:
1) Desarrollar una nueva formulación oftálmica de tacrolimus que permita la adecuada solubilización del principio activo, incremente el tiempo de mucoadhesión corneal y evite el uso de excipientes irritantes.
2) Evaluar el impacto económico que supone la introducción de esta nueva formulación en nuestro centro y lo que supondría su extrapolación a otros servicios de Farmacia de país.
3) Introducir la nueva formulación en la práctica clínica y valorar la efectividad y la seguridad del tratamiento.
Calendario con los principales hitos alcanzados/alcanzables a lo largo de los años:
Año 2018: Estudio de la efectividad y tolerabilidad de la FM clásica de tacrolimus elaborada con prograf®.
Año 2019: Planteamiento estudios experimentales para solubilizar el tacrolimus con ciclodextrinas y desarrollar la nueva formulación.
Año 2020: Obtención de resultados y adaptación para su elaboración como FM. La nueva formulación se compone de tacrolimus (materia prima) e hidroxipropil-β-ciclodextrina (HPβCD) al 40% en Liquifilm®. Los estudios de caracterización galénica e in vivo mostraron unas buenas propiedades mucoadhesivas con mayor tiempo de permanencia que la formulación actual. Además, los estudios de estabilidad demostraron que esta formulación es estable durante al menos 3 meses. Limitación: Las ciclodextrinas no están incluidas en RUESA por lo que no pueden ser utilizadas legalmente como excipientes en FM.
Año 2021: Se han realizado las tramitaciones para el Registro Unificado de Empresas de Sustancias Activas (RUESA)-Distribuidor-AEMPS para poder usarla como FM. Se han publicado los resultados que avalan la calidad de la formulación.
Repercusión económica: Actualmente, en nuestro centro hay 50 pacientes a tratamiento con el colirio de tacrolimus. Esta nueva formulación, además de mejorar las características galénicas, ahorrará 9.600€/año con respecto a la formulación actual. El presupuesto disponible para la ejecución del presente estudio ha sido de 5.500€. Esto, supondrá que en diez años este desembolso económico inicial le permitirá ahorrar al SNS 95.994€.
Año 2022: Traslación a clínica. Esta formulación se introducirá en práctica clínica donde se valorará la efectividad y la seguridad en todos los pacientes a tratamiento a través de una valoración de signos y síntomas y un cuestionario de calidad de vida (EQ-5) antes de comenzar el tratamiento y 6 meses después comparando esto con los resultados del año

2019.
La gran limitación traslacional del actual proyecto era que la HPβCD no estaba incorporada en RUESA, pero la investigación ha generado la necesidad y ya se ha conseguido, demostrando una vez más que la investigación siempre va por delante de la asistencia. El desarrollo e implementación del colirio de tacrolimus ha tenido una importante repercusión asistencial, científica y económica, evidenciando así que la apuesta por la investigación desde la Farmacia Hospitalaria es una herramienta clave y estratégica de futuro.
Bibliografía:
García-Otero X et-al. Development and Characterization of a Tacrolimus/Hydroxypropyl-beta-Cyclodextrin Eye Drop. Pharmaceutics.2021.Jan23;13(2):149.
Luaces-Rodríguez A et-al. Preclinical characterization and clinical evaluation of tacrolimus eye drops. EurJPharmSci.2018. Jul30;120:152-161.

TWEET RESUMEN
La apuesta por la investigación desde la Farmacia Hospitalaria es una herramienta clave y estratégica de futuro @ farmachus

IMAGEN O GRÁFICO DEL PROYECTO

CLASIFICACIÓN:

5. USO SEGURO DE LA FARMACOTERAPIA EN EL PACIENTE CRÍTICO NEONATAL: IMPACTO DE LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA EN LA DISMINUCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN

AUTORES
CANALES SIGUERO MD, GARCÍA MUÑOZ C, CARO TELLER JM, MORAL PUMAREGA MT, PALLÁS ALONSO C, MARTÍNEZ DE LA TORRE F, HERNÁNDEZ RAMOS JA, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. AV/CÓRDOBA SN. MADRID

RESUMEN
INTRODUCCIÓN
En los pacientes pediátricos son más frecuentes los errores de medicación (EM) y el riesgo de eventos adversos a medicamentos. Los neonatos ingresados en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) representan una población especialmente susceptible. En los últimos años, se está rediseñando el circuito de medicamentos en el Servicio de Neonatología del centro.
Aunque existen publicaciones sobre el impacto de la validación farmacéutica (VF) en la reducción de EM, hay pocos estudios en Pediatría y, en el paciente critico neonatal en España, no hemos localizado ninguno.
OBJETIVOS
Evaluar el efecto de la VF de la prescripción electrónica neonatal sobre la frecuencia de EM.
Son objetivos secundarios: identificar los factores de riesgo relacionados con EM en estos pacientes y evaluar la seguridad relacionada con el uso de medicamentos percibida por los profesionales antes y después de la implantación de medidas en el circuito de medicamentos junto con la VF.
APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS
Mejora de la calidad asistencial en los pacientes críticos neonatos, especialmente frágiles frente a los EM. Aplicable a todos los Servicios de Farmacia que atienden unidades neonatales de alta complejidad.
DISEÑO Y MÉTODO
Estudio analítico, cuasi-experimental, prospectivo, pre/postintervención llevado a cabo en pacientes ingresados en UCIN.
La intervención consiste en la VF de las prescripciones siguiendo el modelo de Atención Farmacéutica Infantil publicado por M. Fernández-Llamazares et al(1). Los EM se clasificarán siguiendo la categorización del Grupo Ruiz-Jarabo(2).
Se ha calculado un tamaño muestral de 82 pacientes por etapa para estimar como significativa una diferencia en la prevalencia de EM≥20% con una seguridad del 95% y un poder estadístico del 80%.
Para valorar la seguridad percibida por los profesionales se realizará un cuestionario que evalué: prescripción electrónica, VF, dispensación y administración.
Algunas de las variables recogidas son: fármacos prescritos, número de intervenciones farmacéuticas, número y tipo de errores de prescripción detectados y si el error llega al paciente.
CALENDARIO PREVISTO
Dado el tamaño muestral, considerando 9 altas/semana, se estiman 9 semanas para cada fase.
LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS
• No se evaluarán las consecuencias clínicas de las intervenciones.
• Puede existir “Efecto Hawthorne” sobre los prescriptores.
PROBLEMAS ÉTICOS
Se cumplirá la Ley de autonomía del paciente 41/2002 y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento y del Consejo de 27 de abril de 2016. Se respetarán los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Se solicitará autorización al Comité de Ética de Investigación con medicamentos del centro.
En la fase preintervención, si se detecta algún error con riesgo de repetirse y producir daño a otro paciente, se comunicará a las neonatólogas incluidas en el estudio.
ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO
Fase preintervención: se revisarán las prescripciones y el registro de administración al alta de los pacientes y se realizará

el formulario de percepción de seguridad al personal médico referida al periodo previo a la implantación de las medidas. Fase postintervención: se revisarán de forma diaria las prescripciones, comunicándose los errores detectados el mismo día. Se realizará el formulario de percepción de la seguridad al personal de enfermería y médico referida al periodo posterior a la implantación de las medidas.
PRESUPUESTO
Financiación solicitada como proyecto de investigación a la Fundación de Investigación del centro
BIBLIOGRAFÍA
1. M. Fernández-Llamazares et al. Diseño de un modelo de atención farmacéutica infantil para la validación de órdenes médicas en hospitales españoles. An Real Acad Farm. (2013);79(3):481-504.
2. Otero López MJ et al. Actualización de la clasificación de errores de medicación del grupo Ruiz-Jarabo 2000. Farm Hosp. 2008;32(1):38-52.
TWEET RESUMEN
El farmacéutico mejorando la calidad asistencial en los pacientes más frágiles: Uso seguro de la farmacoterapia en paciente crítico neonatal

CLASIFICACIÓN:

20. DESARROLLO Y ANALISIS COMPARATIVO DE ESPUMAS HIDROFILAS DE POLIURETANO PARA SU POSIBLE UTILIZACIÓN EN APOSITOS MEDICAMENTOSOS

AUTORES
ALONSO DOMINGUEZ MT, ALONSO HERREROS JM, NAVARRO BAÑÓN MV, MUÑOZ MUÑOZ MP, PUCHE MARTINEZ I, LUQUE MORENO A
HOSPITAL MORALES MESEGUER. AVENIDA MARQUEZ DE LOS VELEZ. MURCIA

RESUMEN
Introducción: La adición de grupos hidrófilos a las cadenas de poliuretano previamente, o durante el proceso de espumación, permite materiales celulares capaces de absorber y retener grandes cantidades de producto, así como de liberarlo de forma controlada, en el momento deseado.
Obtener espumas con mayor capacidad de absorción que los materiales empleados actualmente en los apósitos medicamentosos, puede suponer el desarrollo de productos comercializables de gran interés.
Objetivo: Comparar la capacidad de absorción de varias espumas hidrófilas de poliuretano de nuevo desarrollo (HPND), así como la cesión de posibles contaminantes, con los materiales empleados con apósitos comerciales (ALLEVYN® (poliuretano) y AQUACELL® (hidrocloide))
Aplicabilidad y utilidad de resultados: Obtener unas espumas con una capacidad de absorción y tolerabilidad superior a las actualmente empleadas en apósitos.
Diseño y método: Estudio experimental in vitro en el que se compara el comportamiento de diversas HPND con el material empleado en apósitos comerciales. Los estudios de absorción se realizan siguiendo básicamente la norma UNE-EN13726-1:1. Se completa esta norma prolongando los tiempos de exposición (de 24h a 72h), y añadiendo al estudio pruebas realizadas con un líquido de exudado artificial. En todos los casos se la absorción efectiva, la absorción total, el porcentaje de hinchamiento, la velocidad de absorción así como la estabilidad dimensional, calculando los siguientes parámetros
Porcentaje de hinchamiento: se calcula dividiendo entre el volumen húmedo y el volumen en seco y multiplicando por cien:
Porcentaje de absorción efectiva : se calcula dividiendo la diferencia entre el peso en húmedo y el peso escurrido por el peso escurrido y multiplicado por 100
Porcentaje de absorción total : se calcula dividiendo la diferencia entre el peso en húmedo y el peso seco por el peso seco y multiplicado por 100
Velocidad de absorción : se calcula dividiendo la diferencia entre el peso en húmedo y el peso escurrido por el peso escurrido y multiplicado por 100.
Capacidad dimensional: se obtiene de la relación volumen final y volumen inicial.
El análisis de cesión de sustancias se realizó analizando a distintos tiempo, la primera y segunda derivada de los espectros de barridos de UV-VIS de los líquidos empleados en las pruebas de absorción.
Calendario previsto: Estimación de meses tras la obtención de las HPND.
Limitaciones y posibles sesgos: Los estudios se realizan in vitro y deberá completarse con estudios in vivo. Aunque existe norma UNE- EN13726-1:1, el procedimiento descrito supone un importante componente humano, por lo que la formación del personal será esencial
Problemas éticos: ninguno
Presupuesto: 30.848€ (El desarrollo de HPND y su escalado a nivel industrial tienen un presupuesto de 87.395,70€)
Bibliografía:
Daniels et al.Evaluation of a new composite dressing for the management of chronic leg ulcer wounds. J Wound Care. 2002 Sep;11(8):290-4.
C.Puig. Estudio comparativo in vitro de la capacidad de absorción de las espumas hidrocelulares. Enferm Dermatol 2014; (8)21
RiusTarruela J, López- Bertán R. Evaluación in vitro de las propiedades de seis apósitos para la cura en ambiente húmedo de heridas exudativas. RevGerokomos. 2008; 19 (1): 30- 40.

TWEET RESUMEN

DESARROLLO Y ANALISIS COMPARATIVO DE ESPUMAS HIDROFILAS DE POLIURETANO PARA SU POSIBLE UTILIZACIÓN EN APOSITOS MEDICAMENTOSOS

CLASIFICACIÓN:

1. DESARROLLO DE LA PLATAFORMA "NAVETA PROJECT" DE TELEFARMACIA ASOCIADA A CUESTIONARIOS DE RESULTADOS REPORTADOS POR LOS PACIENTES (PROMS) PARA TOMA DE DECISIONES FARMACOTERAPÉUTICAS

AUTORES

MERCADAL ORFILA G, VENTAYOL BOSCH P, SERRANO LOPEZ DE LAS HAZAS JI, ANOZ JIMENEZ L, MAESTRE FULLANA MA, FERNANDEZ CORTES F, GOMEZ LOBON A, RODRIGUEZ RINCON RM

HOSPITAL MATEU ORFILA. RONDA DE MALBUGER, 1. ISLAS BALEARES

RESUMEN

Introducción

Las medidas de los resultados en salud desde la perspectiva del paciente (o PROs, en inglés, patient-reported outcomes) incluyen todas aquellas evaluaciones del estado de salud del paciente que condiciona su enfermedad y su tratamiento, informadas directamente por los pacientes.

Estas mediciones incluyen diferentes dimensiones que expresan las percepciones del paciente en cuanto a la calidad de vida relacionada con su salud, sus síntomas, la satisfacción con los cuidados que recibe, su bienestar general y el impacto en su función.

Mediante el uso de la misma medida/s antes del tratamiento y a intervalos regulares después del tratamiento, se puede determinar el resultado de una intervención

Objetivos

Desarrollar una plataforma de Telefarmacia asociada a PROMS dirigido a demostrar evidencia científica y relevancia diferencial para los pacientes en base al circuito de atención apoyada en herramientas tecnológicas basadas en el concepto de Telefarmacia frente al circuito de asistencia tradicional, medida desde la perspectiva del paciente a través de los resultados de salud basados en la experiencia del mismo o también denominados Patient Related Outcomes Mesures (PROMs).

Se desarrollará para su uso en toda la Comunidad autónoma, y las patologías a desarrollar en el 2021 serán psoriasis, Crohn, VIH y artritis reumatoide.

Aplicabilidad

Se trata de un proyecto aplicable a cualquier patología y extrapolable a cualquier medio sanitario.

Utilidad de los resultados

La disponiblidad de una plataforma de Telefarmacia asociada a la información obtenida con los PROMS nos ha de permitir mejorar la comunicación con los pacientes, detectar problemas de salud no reconocidos , mejorar la monitorización de la respuesta a los tratamientos, así como adelantarnos a la toma de decisiones farmacoterapéuticas de forma consensuada e informada con el paciente

Diseño y Método

Se analizarán la bibliografía sobre PROMS de las patologías a estudiar y los "standard set "del International Consortium for Health Outcomes Measurement " ICHOM".

Contaremos con el asesoramiento de 2 expertas en PROMS, del Instituto Hospital del Mar de Investigación Médica , responsables de Bibliopro (Biblioteca Virtual de referencia científica internacional de los cuestionarios en español de Resultados Percibidos por los Pacientes)

Se trabajará coordinadamente con los profesionales sanitarios involucrados en las patologías estudiadas, para plasmar el proceso de seguimiento via PROMS por etapas de seguimiento farmacoterapéutico

Se procederá al desarrollo telemático del proyecto con la compañía especializada en salud digital COSTAISA https://www.costaisa.com/, para recogida telemática de PROMS asociada a una aplicación de visita Telemática.

Calendario previsto

A desarrollar durante el 2021

Limitaciones

En algunas patologías , no se dispone de un consenso claro en cuanto a los PROMS a seleccionar, ni los puntos de corte a partir de los cuales se considera que la puntuación del PROM supone una alteración significativa de la salud de los pacientes.

En estos casos se deberá llegar a un consenso de expertos.

Posibles sesgos

Puede haber sesgos debido a respuestas incompletas de los formularios , o a que los pacientes sin habilidades digitales no quieran participar en el proyecto , o en pacientes que no participen porque no disponen de conexión de internet.

Problemas éticos

Nada que declarar

Organización del estudio

Se llevarán a cabo reuniones mensuales para evaluar, discutir y seleccionar los PROMS a seleccionar para el seguimiento de los pacientes.

Presupuesto

Se procederá a la solicitud de ayudas para el desarrollo del proyecto, pendientes de determinar.

Bibliografía.

1. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. N Engl J Med. 2012; 366: 780-1.

2 Monografías de Política y Gestión 4 Resultados Reportados por los Pacientes (PROs) Libros. Gestión Clínica, Política Sanitaria Autor/es: Jordi Alonso-Caballero, Montserrat Ferrer-Fores 25/05/2017 ISBN: 978-84-16732-60-9. Consultado en https://fundaciongasparcasal.org/wp-content/uploads/2021/02/Monografia-4-Politica_Resultados-reportados-por-los-pacientes.pdf el 13/04/2021

TWEET RESUMEN

La telefarmacia asociada a PROs deben ser el eje que guie nuestras consultas de Atención Farmacéutica digital, con el paciente protagonista.

IMAGEN O GRÁFICO DEL PROYECTO

PÓSTERES ELECTRÓNICOS (e-POSTERS)

COMUNICACIONES E-POSTER

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

376. INFLUENCIA DE LA BITERAPIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

AUTORES
FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B, GANDARA ANDE A, FÓRNEAS SANGIL A, APARICIO CARREÑO C, BARBAZÁN VÁZQUEZ FJ, MARTÍNEZ-MÚGICA BARBOSA C, TEMBRÁS MARTÍNEZ S, PAMPÍN SÁNCHEZ R
HOSPITAL DE CABUEÑES. CALLE LOS PRADOS 395. ASTURIAS

OBJETIVOS
Comparar la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) y la carga viral (CV) antes y después del cambio a biterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se trata de un estudio observacional descriptivo llevado a cabo en un hospital de tercer nivel. Se seleccionaron los pacientes VIH que en Mayo de 2020 tenían un TAR basado en dos fármacos (terapia dual o biterapia). Se calculó la adherencia al TAR de la biterapia y la adherencia al TAR del régimen inmediatamente anterior. Se obtuvo la última cifra de CV correspondiente al TAR-biterapia y la última cifra de CV correspondiente al TAR anterior. Se excluyó a los pacientes naïve por no poder hacer en ellos la comparación con un TAR previo. Además, se recogieron variables epidemiológicas: edad, sexo, mecanismo de transmisión y variables relacionadas con el tratamiento: TAR previo, TAR-biterapia (actual).
La adherencia se calculó mediante la técnica de registro de dispensaciones, utilizando la fórmula: tasa de posesión de medicación (TPM, %) = nº de unidades galénicas totales dispensadas/nº de unidades galénicas totales previstas x 100. Los datos se recogieron a través del programa informático específico para el seguimiento de los pacientes VIH y del programa de dispensación a pacientes externos disponible en el Servicio de Farmacia.

RESULTADOS
Se incluyeron 107 pacientes en el estudio, 73 hombres (68%) y 34 mujeres (32%). La mediana de edad fue 58 años.
Entre los mecanismos de transmisión se encontraron: sexual heterosexual (32%), sexual homo/bisexual (22%), usuario de drogas por vía parenteral (38%) y otros(8%). En el momento del cambio a la terapia dual un 22,43% de pacientes se encontraban con un TAR basado en un solo fármaco, frente a un 77,57% de pacientes cuyo régimen previo incluía tres o más fármacos (en ningún caso el cambio se produjo de biterapia a biterapia).
Los datos relativos al TAR previo a la biterapia mostraron que un 95% de los pacientes se encontraban con CV suprimida (< 50 copias/mL), y un 95% de los pacientes eran considerados adherentes (TPM ≥90%).
Los datos relativos a la biterapia mostraron que, en el momento de la recogida de datos (tras 24,54 ± 17,42 meses con biterapia), un 96% de los pacientes se encontraban con CV suprimida y un 99% de los pacientes eran considerados adherentes. Las dos combinaciones de antirretrovirales más frecuentes fueron darunavir/cobicistat + lamivudina(33%) y dolutegravir + lamivudina(26%). Se hizo el análisis estadístico utilizando la prueba de Chi cuadrado de Pearson (Índice de Confianza 95%), que no mostró diferencias significativas ni en CV ni en adherencia al TAR entre el tratamiento previo a la biterapia y el tratamiento con terapia dual (p=0.73 y p=0.098 respectivamente).

CONCLUSIONES
No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la adherencia y la CV en la terapia dual respecto al tratamiento previo.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

490. ADHERENCIA Y PERSISTENCIA DE LOS INHIBIDORES DE PCSK9 EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

AUTORES
ROBUSTILLO CORTÉS MDLA, GUZMÁN RAMOS MI, GARCÍA GIMENEZ I
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMENEZ. RONDA NORTE S/N. SEVILLA

OBJETIVOS
Determinar la adherencia y persistencia al tratamiento con inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (IPCSK9) en pacientes con hipercolesterolemia primaria o dislipemia mixta primaria en la práctica clínica real.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron aquellos pacientes que iniciaron tratamiento con IPCSK9 para hipercolesterolemia primaria o dislipemia mixta primaria entre Marzo de 2017 y Septiembre de 2020 en un Hospital de tercer nivel. Se excluyeron pacientes en ensayos clínico. Se recogieron variables demográficas: edad y sexo; variable relacionadas con la enfermedad: tipo de enfermedad, prevención primaria/secundaria, intolerancia a estatinas; variables farmacoterapéuticas: fármaco prescrito, fecha de inicio, otros hipolipemiantes prescritos, adherencia al fármaco IPCSK9 y adherencia al resto de fármacos hipolipemiantes.
Para el cálculo de la adherencia a través del registro de dispensaciones del Servicio de Farmacia y del portal RXXI, se empleó la formula porcentaje del número de unidades dispensadas entre número de unidades teóricas según prescripción médica, en un intervalo de tiempo, de al menos 3 meses. Se considera que un paciente es adherente si el valor de los registros de dispensaciones es ≥80%
Se definió persistencia como tiempo en meses desde el inicio del tratamiento hasta su discontinuación debida a

modificación del tratamiento o abandono por más de 90 días.
Los datos se obtuvieron a través del programa corporativo ATHOS y de la Historia clínica DIRAYA.
En el análisis estadístico realizado las variables cuantitativas se describieron en tablas de frecuencias y medidas de tendencia central. La evolución de la persistencia se realizó a través del método de Kaplan-meier, considerando evento la suspensión del tratamiento. Se empleó el programa estadístico IBM SPSS 20.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 90 pacientes, 60.0 % varones con una mediana de edad de 61 (RIQ: 53.5-68.0) años, principalmente con indicación de prevención secundaria (77.8%). El 73.3% de los pacientes estaban diagnosticados de dislipemia mixta, no presentando intolerancia a estatinas el 58.9%. El 74.4% (67) pacientes estaba en tratamiento con Alirocumab y el 25.6% restante con Evolocumab. Con relación al tratamiento hipolipemiante concomitante, el 67.8% de los pacientes tenían asociada una estatina, el 52.8 % ezetimiba y el 11.1% fibratos.
El 23.3% (21) no fue adherente al tratamiento con IPCSK9, no existiendo diferencias significativas entre ambos fármacos.
En los pacientes con tratamiento hipolipemiante concomitante, la adherencia a estatinas fue de 54.0%, a ezetimiba 43.5% y a fibratos 36.4%.
El 84.4% de los pacientes persistía con el tratamiento inicial al final del periodo de observación con una mediana de duración del tratamiento de 39 meses (RIQ:21.9-75.9). La media global de tiempo hasta la discontinuación fue de 99.7 meses (IC95%:90.8-108-7), no alcanzándose la mediana de tiempo hasta discontinuación dado el bajo número de eventos.
La media de persistencia fue de 97.5 meses (IC95%:86.9-108.2) para el tratamiento con Alirocumab y 104.1 meses (IC95%:89.3-119.0) para Evolocumab, sin apreciarse diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento con IPCSK9 es aceptable, disminuyendo mucho en el caso del tratamiento hipolipemiante concomitante. La persistencia a largo plazo es robusta, no existiendo diferencias significativas de persistencias entre los fármacos estudiados.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

532. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

AUTORES

GARCÍA LAGUNAR MH, FERNÁNDEZ MARTÍNEZ I, GARCIA MATILLAS CN, MONTOYA EGEA JM, MIRA SIRVENT MC
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. MEZQUITA - PARAJE LOS ARCOS. MURCIA

OBJETIVOS

Estimar el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) e informar al médico responsable de la misma previo a la consulta clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo llevado a cabo entre octubre de 2020 y marzo de 2021 en un hospital de tercer nivel. Diariamente se comunicaba al médico responsable de la adherencia al TAR de los pacientes citados en la consulta de medicina infecciosa.
La adherencia se estimó con el método indirecto de la razón de posesión de medicación (MPR) definida como el porcentaje de días cubiertos con la medicación dispensada respecto al total de días con la medicación prescrita x 100.
Se definió como buena adherencia una MPR > 95%, una adherencia media como una MPR entre 80 y 95% y una mala adherencia como una MPR < 80%.
Se excluyeron los pacientes que habían iniciado el tratamiento en los últimos 6 meses.
Los datos se obtuvieron del registro de dispensación a pacientes externos del Servicio de Farmacia (Savac®) y de la historia clínica electrónica (Selene®). El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS® v23.0.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se realizaron un total de 645 intervenciones en 523 pacientes (382 varones (73,0%) con una edad media de 51,1±10,9 años).
La adherencia media fue del 88,8±21,4%. Los pacientes se clasificaban en 63,1% con buena adherencia (n=407; 75,2% varones, 52,0±10,9 años), 21,9% con adherencia media (n=141; 70,9% varones, 50,7±9,5 años) y 15,0% con mala adherencia (n=97; 72,2% varones, 46,3±11,3 años). Se observó que los pacientes con buena adherencia eran significativamente más mayores (p < 0,05) sin encontrarse diferencias en cuanto al sexo (p=0,565).
Durante el periodo del estudio, 103 pacientes (19,7%) acudieron más de una vez a la consulta de medicina infecciosa por lo que se informó de su adherencia al médico en más de una ocasión: en 86 pacientes se comunicó 2 veces, en 12 pacientes 3 veces y 4 pacientes 4 veces. En todos ellos excepto en dos, la adherencia informada en las consultas sucesivas fue igual o superior a la comunicada con anterioridad.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes de nuestro estudio presentan una buena adherencia y se ha observado que ésta es superior a mayor edad de los pacientes.
El grado de satisfacción de los médicos de nuestro centro ha sido muy alto ya que disponer de esta información en el momento de la consulta les permite comparar la adherencia informada por el Servicio de Farmacia con la adherencia comunicada por el paciente en la entrevista clínica y de esta forma intervenir en los pacientes que sea necesario para hacer hincapié en la importancia del cumplimiento del TAR en las respuestas virológica e inmunológica.
Sería interesante hacer un seguimiento a largo plazo de los pacientes con mala adherencia para evaluar la influencia de las intervenciones realizadas en la consulta médica y la consulta de atención farmacéutica.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

570. ADHERENCIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DEPRESIÓN MAYOR TRATADOS CON FENELCINA

AUTORES
BALAGUER ROMEU R, CALVO CIDONCHA E, RODRÍGUEZ DURAN A, MERINO GARCÍA S, MARTIN M, PLACERES M, PÉREZ JL, SOY D
HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA. CARRER DE VILLARROEL, 170, 08036, BARCELON. BARCELONA

OBJETIVOS
La no adherencia en pacientes con depresión mayor conlleva importantes repercusiones clínicas, económicas y sociales. La retirada de psicofármacos en farmacia comunitaria supone que el paciente tenga que desplazarse a una farmacia hospitalaria a retirarlos como medicación extranjera, pudiendo condicionar la adherencia terapéutica.
Nuestro objetivo fue evaluar la adherencia de pacientes diagnosticados con depresión mayor en tratamiento con fenelcina.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio transversal realizado en un hospital de tercer nivel entre enero 2020 y abril 2021. Se incluyeron pacientes diagnosticados con depresión mayor, en tratamiento con fenelcina, a los que se les ha dispensado la medicación desde el área de farmacia ambulatoria debido a una retirada del medicamento en farmacia comunitaria, tal y como indicó la instrucción de las autoridades sanitarias autonómicas.
Se excluyeron aquellos pacientes con 3 o menos dispensaciones, ya que se consideró que no se podía valorar adecuadamente la adherencia.
Se recogieron las siguientes variables: Sexo, edad, número de medicación concomitante, polifarmacia moderada (≥5 medicamentos) o excesiva (≥10), psicofármacos según grupo farmacológico, y adherencia a fenelcina.
Se extrajeron los datos mediante el sistema de prescripción electrónica del hospital.
La adherencia se calculó automáticamente según el registro de dispensaciones y la cantidad real de medicación sobrante que tenía el paciente.
Se realizó un análisis descriptivo.
Se consideró adherencia óptima > 90%.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 14 pacientes, siendo 8 (57,14%) varones. La edad media fue de 60,36 (sd 11,28) años. El número medio de medicamentos concomitantes fue 5 (sd 3), siendo 2 (sd 1) psicofármacos. Seis pacientes (42,86%) presentaron polifarmacia moderada y 1 (7,14%) polifarmacia excesiva. Según el grupo farmacológico se observó que 13 (92.85%) pacientes tenían prescritos ansiolíticos, 5 (35,71%) antipsicóticos, 1 (7,14%) hipnóticos y sedantes y 1 (7,14 %) otros antidepresivos. La adherencia global a fenelcina fue de 82,79% (sd 10,91). Se ha observado que los pacientes varones presentan mayor adherencia (87,12% (sd 9,95)) que las mujeres (77,01% (sd 10,04)).

CONCLUSIONES
Los pacientes con depresión mayor en tratamiento con fenelcina tienen una adherencia subóptima, siendo necesaria una estrecha monitorización de los mismos. Es necesario investigar los factores de riesgo relacionados con la adherencia a la medicación para abordar correctamente esta problemática, y garantizar un buen cumplimiento.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

783. TELEFARMACIA Y ADHERENCIA, UNA OPORTUNIDAD EN TIEMPOS DE PANDEMIA

AUTORES
CODINA-JIMÉNEZ . C, CARDONA PEITX G, PÉREZ RICART A, VALLS SÁNCHEZ E, RODRIGUEZ BERNUZ C, TERRICABRAS MAS E, ESTRADA NIETO L, QUIÑONES RIBAS C
HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL. CRTA. DE CANYET S/N. BARCELONA

OBJETIVOS
Evaluar el impacto de la pandemia del SARS-CoV2 en la adherencia al tratamiento de los pacientes externos con medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA) y analizar la utilidad de la telefarmacia asociada a dispensación domiciliaria (DD) así como conocer el grado de información recibida

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio transversal, observacional y prospectivo realizado durante la primera ola de la pandemia (abril-mayo 2020) en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes clínicamente estables y previamente adherentes en tratamiento con MHDA con enfermedades inmunomediadas, esclerosis múltiple, patología pulmonar, endocrina o renal.
Se implantó un procedimiento de atención farmacéutica (AF) mediante telefarmacia asociada a DD con el que se contactó telefónicamente con los pacientes para la valoración clínico-terapéutica. La adherencia se calculó a partir del registro de dispensaciones y la fecha teórica de recogida. Durante la visita de AF se realizó, de forma voluntaria, una encuesta mediante preguntas cerradas dicotómicas tipo si/no para saber cómo la epidemia podía afectar el cumplimiento del tratamiento crónico así como el grado de información recibida. A partir de la historia clínica se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, patología, medicamento, forma farmacéutica y frecuencia de administración. Se realizó un análisis descriptivo y se aplicó el test estadístico X2 de Pearson.

RESULTADOS
Se incluyeron 379 pacientes (53% mujeres, 58±17,4 años). Un 29% (110) presentaba patología renal, 27% (104) reumatológica, 18% (67) dermatológica, 10% (37) digestiva, 8% (31) neurológica, 5% (17) pulmonar y 3% (13)

endocrinológica. Los principales grupos ATC implicados fueron: el 27% (103) L04AB-Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa; el 25% (95) B03XA-Otros preparados antianémicos; el 12% (47) L04AC-Inhibidores de la interleucina y el 11% (42) L04AA-Inmunosupresores selectivos.
Un 28% (105) de los pacientes fueron no adherentes al tratamiento durante la pandemia. Los menos adherentes fueron aquellos entre 19-39 años (45%) y los mayores de 65 años (34%), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de edad (p=0,263). Los pacientes con patología renal (40%) y dermatológica (37%) fueron significativamente menos adherentes que el resto de pacientes (p < 0,001). Después de la entrevista de AF, un 80% (98) aceptaron el envío y pudieron continuar su tratamiento.
De los 272 pacientes que respondieron la encuesta, un 58% (158) se había planteado abandonar el tratamiento antes de la AF. Los principales motivos fueron: el 50% (136) considerarse persona de riesgo; el 27% (73) por presentar problemas logísticos; el 8% (22) por desconfianza de su tratamiento en relación al SARS-CoV2. Además, el 69% (188) no había recibido información en relación al manejo de su tratamiento durante la pandemia.

CONCLUSIONES

La pandemia propició la no adherencia a un 28% de los pacientes previamente adherentes, aunque podría haber alcanzado el 58% según los datos de la encuesta. La mayoría de los pacientes no habían recibido ninguna información sobre su tratamiento, siendo la AF a distancia el primer contacto con el personal sanitario. La telefarmacia, por tanto, ha demostrado su utilidad, pudiendo convertirse en una oportunidad para el farmacéutico y una herramienta complementaria a la atención presencial.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

939. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL: ¿CUÁL ES EL VALOR ÓPTIMO QUE PERMITE MANTENER LA SUPRESIÓN VIROLÓGICA?

AUTORES

PADULLÉS ZAMORA N, FIGUERAS SURIOL A, COMAS SUGRAÑES D, SANTACANA JUNCOSA E, LERIDA URTEAGA A, NIUBÓ BOSCH J, JODAR MASANES R, PODZAMCZER PALTER D
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE. FEIXA LLARGA S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

El valor límite del 95% de la adherencia propuesto en el año 2000 para mantener la supresión virológica ha sido ampliamente utilizado como óptimo para definir un paciente adherente al tratamiento antirretroviral (TARV). La efectividad y potencia de los nuevos TARV comparado con los regímenes usados para establecer este límite, podría implicar una reducción en el valor óptimo de adherencia. Así, en el Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en TARV (febrero 2020) indica que la adherencia óptima se estima que debe ser superior al 90 %. El objetivo principal del estudio fue definir cuál es el valor mínimo de adherencia, medida como MPR (Medication Posession Ratio) y PDC (Proportion of Days Covered), que permite mantener la respuesta virológica en pacientes que reciben TARV.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en pacientes que recibieron TARV según práctica clínica habitual y a los que se había dispensado medicación en mínimo dos ocasiones y se habían hecho dos determinaciones mínimo de la carga viral plasmática (CVP) y cifras de linfocitos CD4+ entre enero 2016 y abril 2018. La adherencia al tratamiento durante el periodo de estudio se evaluó mediante MPR y PDC y la persistencia se estudió para un gap de 30, 60 y 120 días. El análisis se realizó mediante R-Studio 3.5.3.

RESULTADOS

Se analizaron 43986 dispensaciones correspondientes a 9302 episodios en 1741 pacientes (77.5% hombres, edad mediana 48.5 años [41.2-54.1]). Adherencia: MPR mediana 97% [80-100], PDC mediana 96% [77-100]. Presencia de un gap ≥30 días: 14.36% de los pacientes (10% en los 30 días antes de la analítica). El porcentaje de pacientes que presentaron fracaso virológico (FV) fue del 5.51%. En el análisis por episodios y según MPR los porcentajes de FV fueron: 8.52% para MPR =0-40%, 2.62% para MPR =40-60%, 1.90% para MPR =60-80%, 0.98% para MPR > 80%. En el grupo con MPR > 80%:1.67% para MPR =80-85%, 1.35% para MPR=85-90% y 0.89% para MPR > 90% siendo la CVP mediana en los pacientes con FV de 97, 74 y 130, respectivamente. No se observaron diferencias en la Odds ajustada de FV entre MPR 80-90% y > 90% (OR 1.47, IC95% 0.75-2.89, p=0.261). Los pacientes que recibían 2 nucleósidos (ITIN)+1 no-nucleósido (ITINN) presentaban una Odds ajustada inferior de FV (OR 0.32, IC95% 0.16-0.66, p=0.002) que aquellos que recibían 2 ITIN + 1 inhibidor de integrasa. En cambio, para los que recibieron 2 ITIN + 1 Inhibidor de proteasa fue superior (OR 1.83, IC95% 1.04-3.21, p= 0.036).

CONCLUSIONES

No se observaron diferencias en las tasas de FV entre pacientes con MPR 80-90% y > 90%. Una adherencia del 80% se podría establecer como límite a la hora de introducir alertas activas en los sistemas de prescripción y dispensación para identificar pacientes con adherencia subóptima.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

1087. PERSISTENCIA TERAPÉUTICA DE VEDOLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES
SÁEZ HORTELANO JC, MARTÍNEZ ÁLVAREZ E, ORTEGA VALIN L, GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ E, DE CASTRO AVEDILLO C, RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Z, CASÁS FERNÁNDEZ X, ORTIZ DE URBINA GONZÁLEZ JJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. CALLE ALTOS DE NAVA S/N. LEÓN

OBJETIVOS
Evaluar la persistencia del tratamiento con Vedolizumab en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) en un hospital de tercer nivel, identificar factores predictivos de baja persistencia y determinar su seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo, incluyendo pacientes adultos que iniciaron tratamiento con Vedolizumab en EII (enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU)) entre enero-2015 y marzo-2020 y con 4 o más administraciones, haciendo seguimiento hasta marzo-2021. Se recogen variables demográficas, clínicas y farmacológicas (sexo, edad, diagnóstico, fecha de diagnóstico, de inicio y fin de tratamiento, motivo de suspensión, reacciones adversas, línea de tratamiento y necesidad o no de intensificación del tratamiento (posología cada 4 semanas en lugar de cada 8), de la historia clínica informatizada JIMENA® y de registros de prescripción de Farmis Oncofar® y Prescriptools®. La persistencia se calcula en meses (30 días=1mes) desde la fecha de la primera hasta la última dispensación y como tasa de continuación en un año en porcentaje. Para el cálculo de la persistencia se realizará un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier y el LogRank test para comparar la supervivencia entre variables.

RESULTADOS
Se incluyeron 67 pacientes, 21 hombres (55,3%), edad media de 62,0±16,3 años, 41 (61,2%) diagnosticados de CU y 26 (38,8%) EC. 15 pacientes eran naïve al tratamiento biológico (22,4%), 29 (43,3%) recibieron vedolizumab tras fracaso a un inhibidor de factor de necrosis tumoral y 23 (34,3%) como tercera o sucesivas líneas. Suspendieron tratamiento 37 (55,2%) pacientes (20 [48,8%] con CU y 17 [65,4%] con EC): 15 por pérdida de respuesta (40,5%), 13 por falta de respuesta primaria (35,1%), 3 por toxicidad o reacciones adversas (8,1%), 2 pérdidas de seguimiento (5,4%) y 4 por otros motivos (10,8%). La mediana de persistencia global fue de 24,3±7,9 meses, 32,9±16,4 en CU y 16,4±2,2 en EC, siendo la tasa de persistencia global a 12 meses del 68,7% (73,5% en CU y 61,5% en EC). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos, edad, tiempo de evolución de la enfermedad, línea de tratamiento ni entre pacientes intensificados o no. Sin embargo, se observó un incremento del riesgo de suspensión tras 18 meses de tratamiento en el grupo no intensificado. Así, entre los pacientes con duración de tratamiento mayor a 18 meses, presentaron una persistencia media de 51,6±5,5 meses aquellos con tratamiento no intensificado, frente a 68,5±2,2 meses los intensificados, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Chi-cuadrado=3,894, p=0,048). Un total de 12 pacientes (17,9%) desarrollaron alguna reacción adversa, siendo las más frecuentes: prurito (n=2; 3,0%), parestesias (n=2; 3,0%) y debilidad muscular (n=2; 3,0%).

CONCLUSIONES
La persistencia del tratamiento con Vedolizumab es mayor en CU que en EC. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre variables, salvo el aumento de persistencia en pacientes con duración del tratamiento superior a 18 meses que modificaron la posología de cada 8 a cada 4 semanas. Este resultado podría sugerir niveles subóptimos de fármaco durante el tratamiento de mantenimiento, pero son necesarios más estudios, especialmente farmacocinéticos, para corroborarlo. Se considera un tratamiento seguro ya que no se produjeron reacciones adversas graves que motivaran su suspensión.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

1140. RECAPTACIÓN DE PACIENTES CON VIH QUE HAN PERDIDO SU VINCULACIÓN CON EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES
VÉLEZ DÍAZ-PALLARÉS M, MONTERO LLORENTE B, PÉREZ ELÍAS MJ, VIVANCOS GALLEGO MJ, VELASCO ROMERO T, PÉREZ MELIÁ GJ, MORENO GUILLÉN S, ÁLVAREZ DÍAZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CTRA. COLMENAR VIEJO, KM 9.100. MADRID

OBJETIVOS
- Analizar las causas de pérdida de vinculación de los pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH+) con el Servicio de Farmacia (SF), que conllevan falta de adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR), tras establecer un protocolo de recaptación de los mismos.
- Valorar los resultados conseguidos tras la aplicación del protocolo.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio transversal prospectivo desarrollado con pacientes VIH+ en un hospital de tercer nivel.
Se hicieron tres cortes (septiembre de 2020, diciembre de 2020 y marzo de 2021). En cada corte se identificaron los pacientes que según el registro del SF se habían quedado sin medicación hacía más de un mes. Los listados de pacientes se repartieron entre los médicos responsables, las enfermeras del Servicio de Infecciosas, y dos farmacéuticos de la Consulta de Atención Farmacéutica que se encargaron de localizar a los pacientes y anotar el origen de la pérdida de vinculación. En caso de no localizar al paciente se contó con la colaboración del Servicio de Atención al Paciente y de una Organización No Gubernamental (ONG).
La pérdida de vinculación se clasificó en justificada (traslado a otro hospital, éxitus, etc.) y no justificada. Entre un corte y el siguiente se mantuvieron para analizar los pacientes que habían tenido una causa no justificada en el corte anterior.
El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del hospital.

RESULTADOS
El SF atendió entre enero de 2020 y marzo de 2021 a 3.049 pacientes VIH+. Se identificaron 178 pacientes en el primer corte, 72 en el segundo y 49 en el tercero que llevaban más de un mes sin medicación según el registro del SF, lo que correspondió a 244 pacientes diferentes.
De este total, en 155 (63,5%) se consideró la pérdida de vinculación como justificada (117 eran pacientes que se habían trasladado a otro hospital, 27 habían fallecido, 8 habían sido cambiados a medicación de ensayo clínico, y 3 estaban en régimen jurídico de privación de libertad). De los 89 restantes, se logró que 45 (51%) retomasen el tratamiento, otros 14 reaparecieron antes de contactar con ellos, 6 confirmaron que acudirían y no lo hicieron, con 24 de ellos no se logró contactar en ninguno de los 3 cortes, y 3 afirmaron que no volverían a tomar TAR.
Al acabar el estudio, la pérdida de vinculación no justificada al SF y potencial falta de adherencia al tratamiento fue de 33 pacientes (alrededor del 1% de todos los pacientes en seguimiento).

CONCLUSIONES
La mayor parte de los pacientes que dejan de acudir al SF para recibir su medicación lo hacen por una causa justificada (traslados principalmente).
El protocolo de recaptación de pacientes ha logrado que más de un 50% de los pacientes que habían abandonado el TAR sin justificación lo retomen.
Sólo el 1% de los pacientes en seguimiento han perdido la vinculación con el SF.
En el futuro se identificarán los factores que se relacionan con la pérdida de seguimiento mediante un estudio retrospectivo de casos y controles 1:4.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

1147. IMPACTO DEL SWITCHING DEL ADALIMUMAB DE REFERENCIA POR ADALIMUMAB BIOSIMILAR SOBRE LA ADHERENCIA

AUTORES
IBARRA BARRUETA O, IGLESIAS LAMBARRI A, MORA ATORRASAGASTI O, AGIRRE LARRAKOETXEA U, MENENDEZ LIENDO L, PALACIOS ZABALZA I
HOSPITAL UNIVERSITARIO GALDAKAO-USANSOLO. C/LABEAGA 46A, 48960. VIZCAYA

OBJETIVOS
Conocer la adherencia antes y después del switching del adalimumab de referencia al adalimumab biosimilar SB5. Como objetivo secundario se plantea calcular la persistencia y los motivos de suspensión.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio de cohortes retrospectivo desde octubre 2019 hasta mayo del 2021, en pacientes con enfermedad inmunomediada en tratamiento biológico con adalimumab de referencia sustituido por el biosimilar.
La adherencia se calculó como tasa de posesión de la medicación en los 12 meses previos al cambio de biológico y 12 meses posteriores (mínimo 6 meses). La fórmula utilizada fue el número de días cubiertos con la medicación dispensada respecto a los días teóricos entre la dispensación inicial y el fin del periodo de valoración.
La persistencia del biosimilar se calculó como el número de días desde el cambio a la suspensión o hasta fin de estudio. Se consideró abandono si interrupción de más de 60 días o suspensión si cambio a otro biológico o al de referencia.
Se realizó una descriptiva de la muestra. Para evaluar la diferencia de adherencia tras el cambio se utilizó la prueba de rangos con signo. Se utilizó el test no paramétrico de Wilcoxon para evaluar diferencias de adherencia en el subgrupo de pacientes que suspendieron el tratamiento. Todos los cálculos estadísticos fueron realizados mediante el paquete SAS v 9.4. Se asumió significación estadística cuando $p < 0,05$.

RESULTADOS
A 137 pacientes con adalimumab de referencia se les prescribió adalimumab biosimilar SB5. La edad media de la población a estudio fue de 53,1 años y el 56,9% fueron hombres. La indicación fue principalmente artritis reumatoide (27,7%), enfermedad de Crohn (24,1%), espondilitis anquilosante (16,8%), psoriasis (14,6%), artritis psoriásica (12,4%), colitis ulcerosa (2,9%) e hidradenitis (1,5%).
El cálculo de la tasa de posesion de la medicación se realizó en 124 pacientes que cumplían el criterio. La adherencia media antes del cambio fue de 92,8% [desviación estándar (DE) 11,0] y después del cambio de 94,4% (DE 9,0), siendo la diferencia de adherencias no significativa, de 1,6% (DE 11; p=0,09). Tampoco se encontraron diferencias en el subgrupo de pacientes que habían suspendido el tratamiento (p=0,28).
A mayo del 2021, el 82,5% de los pacientes continuaban con el biosimilar y 24 lo suspendían, volviendo 16 al de referencia y 5 a otro biológico. En cuanto al motivo de suspensión, en 10 casos fue por decisión del paciente (posible efecto nocebo), 6 por falta de eficacia, 5 casos por dolor en el lugar de administración, 2 por decisión médica y uno por abandono del paciente.
La mediana de persistencia en el biosimilar tras el cambio y hasta finalizar el estudio, fue de 378 días (rango intercuartílico 232- 475).

CONCLUSIONES
El cambio del biológico de referencia por el biosimilar no ha supuesto impacto sobre la adherencia, detectándose niveles óptimos de adherencia tanto antes como después del switching. La mayoría de los pacientes continuaba con el biosimilar al finalizar el estudio, siendo el principal motivo de la suspensión la decisión del paciente y el dolor en el lugar de administración.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

1190. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-12 EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA ORAL

AUTORES
TALENS BOLOS A, FUERTE NAVARRO A, BEJERANO MARTINEZ M, LASECA ARRANZ A, SOLER PEREZ M, BERNABEU MARTINEZ MA, MULA LEAL A, GUILABERT MORA M
HOSPITAL GENERAL DE ELDA VIRGEN DE LA SALUD. CTRA. ELDA-SAX S/N. ALICANTE

OBJETIVOS
La pandemia por COVID-19 ha provocado una gran preocupación en la población, que ha podido repercutir en una disminución de la adherencia al tratamiento. Diversos estudios han determinado que el miedo y la ansiedad producidos por ésta, son una de las principales causas de la disminución de la adherencia en enfermedades crónicas. El objetivo principal es valorar la influencia de la pandemia sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer en tratamiento con quimioterapia oral. Además, se pretende evaluar vivencias y preferencias de los pacientes en esta situación.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio transversal descriptivo realizado durante la tercera ola de la pandemia por COVID (01/02/2021-30/04/2021) en dos hospitales de la Comunidad Valenciana. Se incluyeron pacientes en tratamiento con quimioterapia oral que acudían a recoger la medicación a la farmacia hospitalaria (FH) y aceptaban participar en el estudio. Se excluyeron los que llevaban menos de 3 meses de tratamiento y/o con imposibilidad de contestar las preguntas. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de adherencia mediante el cuestionario de Morisky-Green, a través de entrevista semiestructurada telefónica a los pacientes y de la historia clínica. Además, se elaboró una encuesta ad hoc de 5 preguntas tipo Likert con 5 respuestas (1=nada a 5=siempre), para valorar la experiencia de los pacientes con la visita a la farmacia hospitalaria durante la pandemia, la posible interacción de la situación con la adherencia al tratamiento y las preferencias de éstos respecto al modelo de dispensación de medicamentos. El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante Rstudio

RESULTADOS
Se incluyeron 107 pacientes con edad media de 65±12 años, siendo varones el 50.5%. El 20% no tenia estudios, el 49% primarios y el 32% universitarios. El 86% viven junto con familia y del 14% que vivían solos, el 10% eran mayores de 65 años y el 4% menores. Según el cuestionario de Morisky-Green el 77% de los pacientes son adherentes al tratamiento. Los datos reportados por los pacientes son: el 95% no ha visto afectada la adherencia en ningún momento de la pandemia; el 43% tuvo miedo en algún momento al acudir al hospital, el 8% casi nunca y el 49% nunca; el 15% experimentó alguna situación de peligro en el centro hospitalario, mientras que el 9% casi nunca y el 76% en ningún momento; 61% no piensa que haya habido menos atención a los pacientes con cáncer; al 35% no le importa recoger la medicación en FH, mientras que el 65% ha preferido que se le mande al domicilio.

CONCLUSIONES
Los pacientes en tratamiento con quimioterapia oral del estudio, no perciben que se les haya prestado menos atención durante la pandemia, refieren haber tenido miedo de acudir al hospital y un bajo porcentaje experimentó alguna situación de peligro por contagio de infección por Coronavirus. En este contexto prefieren recibir la medicación en su domicilio.
A pesar de que los pacientes refieren que la adherencia no se ha visto afectada en este periodo, se pone en evidencia que es imprescindible establecer estrategias para mejorarla, y con ello, optimizar los resultados en salud.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

1274. IMPACTO DE UN PROTOCOLO DE REFUERZO DE LA ADHERENCIA A HIDROXIUREA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

AUTORES
PARERA PASCUAL MM, SANZ MUÑOZ M, PÉREZ DE AMEZAGA TOMÁS L, MEDINA GUERRERO Á, MANDILEGO GARCÍA A, BRADY GARCÍA A
HOSPITAL SON LLÀTZER. CTRA. DE MANACOR, S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS
Una posible causa de complicaciones e ingresos hospitalarios en pacientes pediátricos con drepanocitosis es la falta de adherencia al tratamiento. Debido a la variabilidad de dosificación, la mayoría de pacientes precisan de la elaboración de suspensión de hidroxiurea 40mg/ml.
El objetivo principal del estudio fue mejorar la adherencia a la hidroxiurea.

MEJORAS ESPERADAS
Detectar pacientes con baja adherencia y actuar de forma coordinada con pediatría para reforzarla.

DISEÑO
Se desarrolló un protocolo multidisciplinar con la Unidad de farmacotecnia, la Unidad de Pacientes externos y Pediatría para mejorar la atención farmacéutica (AF) en estos pacientes.
El protocolo incluye:
- Unidad de Farmacotecnia: Elaboración de la FM y controles de calidad.

- Unidad de Pacientes Externos: Atención farmacéutica y dispensación de la FM.
- Interconsulta con Pediatría si se detecta un paciente con baja adherencia.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se realizó en 7 etapas:
1. Diseño de una base de datos: identificación del paciente, dosis, fecha de preparación, peso del frasco vacío, peso del frasco lleno(PFL), fecha de dispensación(FDis), fecha de devolución(FDev), peso del frasco devuelto(PFDev), volumen preparado, peso/volumen(P/V) y adherencia(A).
2. Elaboración y validación de la FM de hidroxiurea: control organoléptico, de pesada y de elaboración de lotes.
3. Dispensación de la FM y devolución del frasco vacío en la Unidad de Pacientes Externos.
4. Pesada del frasco devuelto y destrucción según el procedimiento de gestión de medicamentos peligrosos.
5. Cálculo de adherencia mediante la fórmula:
A=((PFL-PFDev)/((P/V)* dosis *(FDev-FDis)))*100
6. Detección de pacientes poco adherentes al tratamiento.
7. Entrevistas de refuerzo con pediatra y familia, plan de acción y seguimiento.

IMPLANTACIÓN

Se realizó un estudio intervencionista y prospectivo entre mayo-2019 y mayo-2021. Durante los 12 primeros meses se detectó el grado de adherencia de los pacientes activos. Posteriormente, tras haber realizado las entrevistas de refuerzo, se midieron de nuevo los parámetros para valorar el impacto de la intervención.

RESULTADOS

En este periodo se realizaron 85 preparaciones de hidroxiurea para 7 pacientes. Se devolvieron el 77,6%(66), las causas de no devolución fueron: olvido 21,1%(18) y cambio de domicilio 1,3%(1).
Se calculó la adherencia en 63,6%(42) de las preparaciones devueltas, el resto se desecharon por normativa de la pandemia COVID-19.
Seis pacientes presentaron baja adherencia (< 80%) puntualmente. Se detectó un único paciente no adherente durante todo el período de estudio, que precisó 2 ingresos y acudió a urgencias en 5 ocasiones.
Tras las entrevistas de refuerzo, se evaluó de nuevo la adherencia. Ninguno de los 7 pacientes presentó resultados de adherencia por debajo del 80%. El paciente peor adherente no reingresó, acudiendo únicamente en dos ocasiones a urgencias.

LIMITACIONES

Debido a la situación de pandemia COVID19, una gran parte de preparaciones tuvieron que ser desechadas sin poder ser pesadas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este protocolo se puede aplicar a cualquier Servicio de Farmacia de otros hospitales fácilmente. No requiere recursos excepcionales y puede adaptarse a los procedimientos de cada centro.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

1301. IMPACTO DE LA ADHERENCIA EN LA ESTANCIA Y MORTALIDAD HOSPITALARIA A TRAVÉS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS

AUTORES

OTERINO MOREIRA I, LOPEZ DELGADO A, EXPÓSITO HERRAIZ M, RODRÍGUEZ GONZALEZ D, LORENZO MARTÍNEZ S, MORALES CATALÁN MDC, PÉREZ FERNÁNDEZ E, PÉREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. C/ BUDAPEST 1. MADRID

OBJETIVOS

Determinar el impacto de la no-adherencia en la estancia y mortalidad de pacientes hospitalizados y describir el perfil de paciente no-adherente al tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de casos-controles que incluyó a todos los pacientes mayores de 17 años dados de alta durante el periodo 2017-2019 en un hospital terciario utilizando el Conjunto Mínimo Básico de Datos. Se excluyó la categoría diagnóstica mayor (CDM) 14 (embarazo/parto/puerperio).
Los casos se definieron como cualquier hospitalización de pacientes que tuvo como diagnóstico secundario un código de no-adherencia intencionada al tratamiento (Z91.12, Z91.14 o Z91.19) según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión. Los controles se seleccionaron de una muestra aleatoria de hospitalizaciones exentas de dichos códigos.
Se describieron las variables demográficas y clínicas de ambas poblaciones, se calculó el índice de comorbilidad Elixhauser y se realizó un análisis crudo y multivariante mediante el programa estadístico Stata MP v16.1.

RESULTADOS

El número de hospitalizaciones durante 2017-2019 fue 54672. De ellos 413 episodios se definieron como casos (0,75%) y 1.652 seleccionaron como grupo control. Los pacientes con registro de no-adherencia eran significativamente más jóvenes que los pacientes adherentes, mediana 65 años (Rango Intercuartílico (RIC): 48–78) versus 71 años (RIC: 55-80), p > |z| < 0,001. La proporción de mujeres en el grupo de no-adherentes fue del 41,16% y en el grupo de adherentes del 44,73%, p=0,191. La mediana del índice de Elixhauser fue 3 (RIC: 2-5) para los no-adherentes y 2 (RIC: 1-4) en los

adherentes, p > |z| < 0,001
En el grupo no-adherentes los servicios de ingreso más representados fueron medicina interna (34,14%), psiquiatría (21,31%), neumología (13,10%) y medicina intensiva (8,47%); mientras que en el grupo control: medicina interna (27,12%), cirugía general/digestiva (11.68%) y traumatología (12,1%), p < 0,001.
Las principales CDM en el grupo no-adherentes fueron: trastornos del aparato respiratorio (23,24%), circulatorio (20,58%), mentales (19,85%), del sistema nervioso (6,54%) y endocrinos/nutricionales/metabólicos (5,08%); y para el grupo adherentes: trastornos del aparato respiratorio (15,68%), circulatorio (14,47%); digestivo (12,77%), sistema musculoesquelético/tejido conectivo (13,62%) y riñón/vías urinarias (10,53%), p < 0,001.
La mediana de la estancia hospitalaria en el grupo no-adherente versus adherente fue 5,88 días (RIC: 3,26-10,17) y 4,09 días (RIC: 1,89-7,91), (p > |z| < 0.001). El 2,91% de los episodios del grupo no adherentes fue éxitus versus el 4,06% del grupo adherente, p > |z|=0,276.
El modelo de regresión multivariante incluyendo como covariables el sexo, la edad > 70 años e índice de Elixhauser demostró que la adherencia se asociaba a una menor estancia hospitalaria: Incremento del Riesgo Relativo (IRR)= 0,84 (Intervalo de Confianza (IC) 95%: 0,79–0,90), p > |z| < 0,001. La edad y la comorbilidad fueron factores que aumentaban la estancia hospitalaria (p > |z| < 0,001), mientras que el sexo no la modificaba, p > |z|=0,52.
Por su parte, el análisis multivariante no encontró diferencias en la mortalidad intrahospitalaria de ambos grupos: IRR= 1,47 (IC95%: 0,80-2,72), p > |z|=0,21

CONCLUSIONES

La no-adherencia parece estar asociada con una mayor estancia hospitalaria, sin embargo los pacientes no adherentes no presentaron mayores tasas de mortalidad.
El perfil del paciente no-adherente se describe como un paciente varón, más joven, con mayor comorbilidad y trastornos de salud mental, sistema nervioso o sistema endocrino-metabólico.
Conocer el perfil de paciente no-adherente permitirá implantar estrategias de mejora en esta población.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

8. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES VIH

AUTORES
MERCADAL ORFILA G, BLASCO MASCARO I, ROMERO DEL BARCO R, LIÑANA GRANELL C, LLUCH TALTAVULL J
HOSPITAL MATEU ORFILA. RONDA DE MALBUGER, 1. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Evaluar y analizar la satisfacción con el tratamiento antirretroviral de una cohorte de pacientes VIH .

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, en el que se analizó la satisfacción con el tratamiento antirretroviral , así como las variables asociadas a la misma, de una cohorte de pacientes VIH mayores de 18 años, en tratamiento antirretroviral activo como mínimo desde hacía un año
La autoevaluación de la satisfacción de los pacientes con su tratamiento antirretroviral, se llevó a cabo mediante la versión 1.4 española del cuestionario validado “ Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication”(TSQM)
El cuestionario TSQM evalúa la satisfacción en 4 dominios de tratamiento farmacológico : la efectividad, seguridad , conveniencia y global, mediante 14 preguntas.
Cada dominio puntúa de 0 a 100, representando mayor puntuación, mayor satisfacción.
Las covariables estudiadas fueron edad, sexo, índice masa corporal(IMC) comorbilidades, años 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, interacciones farmacológicas .
Para la recogida de datos se utilizó el programa de historia clínica electrónica HP-HCIS, la receta electrónica y el cuestionario TSQM fue enviado al email de los pacientes en forma de Formulario de Microsoft Forms® para su contestación telemática.
El análisis de datos se realizó con SPSS v 27.
Se evaluó la posible correlación entre las diferentes variables recogidas con la satisfacción global, con el coeficiente rho de Spearman (ρ)

RESULTADOS

e reclutaron 72 pacientes, diagnosticados de media hacía 20,3 años(1,4 meses-36,3 años), 75 % hombres, edad media 51,64 años(28-69) , IMC medio 22,22 (16,18-33), 4,45 principios activos no TAR de media (0-13), 32,9 % coinfectados VHC, 2,7 % coinfectados con VHB+VHC, 32,2 % ex adictos a drogas via parenteral, 11 % via homosexual, 16,4 % via 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% estadiajes entre A1-B3, 84,2% pacientes ampliamente pretratados
El 45,9% presentaba alguna potencial interacción:
En cuanto a las puntuaciones medias con la satisfacción fueron: efectividad 79,95 +24,18, seguridad 92,01 +17,52 , conveniencia 83,31+ 15,77 y global 85,28 + 14,81

La correlación rho de Spearman (ρ) mostro correlación significativa entre la satisfacción global con la satisfacción con la efectividad ρ= 0,47 ; p < 0,01 y con la satisfacción con la conveniencia ρ= 0,391 ; p < 0,01
El resto de variables estudiadas no mostraron una correlación significativa con la satisfacción global.
No se detectaron diferencias de satisfacción en función de edad, sexo , interacciones u otra de las variables estudiadas.

CONCLUSIONES

La cohorte VIH estudiada mostró una satisfacción global alta con el tratamiento antirretroviral de 85.28 puntos sobre 100. Detectamos que dicha satisfacción global, se correlacionó con la satisfacción con la efectividad y la conveniencia.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

65. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN EL PACIENTE UROLÓGICO CON INSUFICIENCIA RENAL

AUTORES

ALMANCHEL RIVADENEYRA A, CABA HERNÁNDEZ C, TENA ALEJANDRE P, DUQUE AGUILAR JJ, BARRIGA RODRIGUEZ P, DOBRITO PALLES A, FERNÁNDEZ LISÓN LC
COMPLEJO HOSPITALARIO CÁCERES. AV. PABLO NARANJO PORRAS, S/N. CÁCERES

OBJETIVOS

Revisar las prescripciones de los pacientes con insuficiencia renal (IR) del Servicio de Urología para optimizar el tratamiento antimicrobiano, en colaboración con el Servicio de Nefrología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de las prescripciones de los pacientes ingresados a cargo de Urología realizadas de 01/12/17 a 15/04/21. Se consensuó incluir todos los pacientes que presentaban una tasa de filtración glomerular (TFG) < 50mL/min/1,73m2 utilizando un listado con la TFG elaborado por el Servicio de Nefrología. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, TFG, antimicrobianos prescritos, intervenciones realizadas y los resultados de las mismas. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica para pacientes ingresados y la historia clínica electrónica.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio iniciaron tratamiento 739 pacientes con TFG < 50mL/min/1,73m2 (75,91% hombres) con una media de edad de 69±10.9 años. 950 pacientes presentaron TFG 50-30 (64,10%) 429 TFG 30-10 (28,94%) y 103 TFG < 10 (6,95%).
Se analizaron un total de 1482 líneas de tratamiento antimicrobiano, realizándose intervención en 177, de las cuales 126 fueron aceptadas, 25 rechazadas, 20 se fueron de alta/exitus y 6 tratamientos se suspendieron.
Se produjo cambio de la dosis en 126/177 (71,18%). En función de la TFG se aceptaron: 72/101 (71.28 %) en pacientes con TFG 50-30; 46/65 (70.76%) con TFG 30-10 y se aceptaron 8/11 (72,72%) con TFG < 10.
El tratamiento se suspendió en 6/177 casos (3,38%), según la TFG: 5/101 (4.9%) en pacientes con TFG 50-30 y 1/65 (1.53%) con TFG 30-10.
Se fueron de alta /exitus un total de 20/177 pacientes (11,29%): 9/101 (8.91%) con una TFG 50-30; 8/65 (12.3%) con TFG 30-10 y 3/11 (27.27%) con TFG < 10.
Se rechazaron 25/177 intervenciones (14,12%): 15/101 (14.85%) en pacientes con TFG 50-30 y 10/65 (15.38%) con TFG 30-10.
Los antimicrobianos que presentaron más intervenciones fueron Meropenem (21,46%), Ceftriaxona (16,94%), Cefuroxima (14,12%) y Amoxicilina/Clavulánico (10,73%).

CONCLUSIONES

El elevado número de intervenciones aceptadas permite reducir el riesgo de toxicidad en los pacientes con IR y hace evidente la importancia de realizar este seguimiento, que permite optimizar el tratamiento antimicrobiano.
Se trata de un proceso fácilmente implantable con la colaboración de los farmacéuticos de hospital.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

148. ANALISIS DE LA MONITORIZACION TERAPEUTICA DE CLOZAPINA: EVALUACION DE LA INFLUENCIA DEL GENERO Y TABACO

AUTORES

LOZANO ORTIZ R, MARTINEZ CRESPO A, APESTEGUÍA EL BUSTO A, ALCÁZAR RODRIGUEZ M
HOSPITAL REAL DE NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. RAMÓN Y CAJAL, 60. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Análisis de la monitorización terapéutica de clozapina, correspondiente a los pacientes ambulatorios de una Unidad de Salud Mental (USM), y evaluación la influencia del genero y el tabaco en el resultado de los mismos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y observacional, durante los años 2018 y 2019, sobre una muestra compuesta por 77 pacientes con trastorno mental grave (trastornos psicóticos severos) en tratamiento con CLZ y pertenecientes a una USM comunitaria: edad=45(10) años, índice masa muscular=29(6)Kg/m2; tensión arterial sistólica = 115(11) mm Hg y diastólica =72(9) mm Hg, perímetro abdominal=102(18) cm, mujeres 41%, no fumadores 57%, diagnostico de esquizofrenia 87.5% o trastorno esquizoafectivo 12.5%, tratamiento concomitante con paliperidona 35%, aripiprazol 14%, risperidona inyectables 14%, y omeprazol u otros inhibidores del citocromo p-450 1A2 (CYP1A2) 5%.

Las variables principales a estudio fueron la concentración plasmática mínima en el estado- estacionario de CLZ y norclozapina (NorCLZ); y como variable secundaria el índice (CLZ/NorCLZ)r. Como prueba estadística se utilizó Kruskal-Wallis y Post-Hoc test con correción de Bonferroni ($p < 0.0125$, para 4 grupos), presentándose los datos como media (DS).

RESULTADOS

Se realizó análisis de CLZ al 74% de los pacientes (n=57) y de NorCLZ al 54%. Siendo las causas para la no realización de los mismos, la perdida de seguimiento de los pacientes, debido a cambio de psiquiatra o zona de salud , y/o cambio a otro laboratorio de análisis farmacológico que no incluía NorCLZ en su cartera servicios.
Los resultados globales fueron, CLZ:303(±261) ng/mL, NorCLZ:168(±131) ng/ml, (CLZ/NorCLZ)r:2.1(±0.9), Dosis CLZ:252(±112) mg. Respecto a los niveles de CLZ:30% de pacientes presentaban niveles inferiores a 200 ng/ml mientras que en un 21% eran superiores a 400 ng/ml; el ratio CLZ/NorCLZ fue inferior a 0.5 en un 14% pacientes (debido a falta de adherencia, inducción enzimática de CYP1A2 o presentar fenotipo “metabolizador rápido”) y superior a 3 en otro 3.5% de pacientes (debido a saturación de su metabolismo, inhibición enzimática de CYP1A2 o presentar fenotipo “metabolizador lento”).
Respecto a la influencia del sexo y el tabaco, analizando el valor de concentración plasmática de CLZ/dosis diaria CLZ [C/D (ng/mg ml)] y una vez dividida la muestra (n=57) en 4 grupos [hombres-fumadores (HF;n=17), hombres-no-fumadores (HnoF;n=17), mujeres-fumadoras (MF;n=6) y mujeres-no-fumadoras (MnoF;n=17)], se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos: HF vs MnoF(dif.=0.9;p=0.000163) > HF vs HnoF (dif.=0.5;p=0.004455) > HnoF vs MnoF (dif.=0.4;p=0.004975).
Existe un amplio consenso acerca de que la concentración mínima para prevenir la recaída sea igual o superior a 200 ng/ml y que el límite superior eficaz sea de 400 ng/ml , sugiriendo la mayoría de los autores que con niveles superiores a 600 ng/ml se aumenta el riesgo de yatrogenia.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran una concentracion de clozapina mas alta en hombres, con respecto a mujeres, y en los no fumadores frente a los fumadores. A tener en cuenta a la hora del seguimiento farmacoterapéutico (p.e.eficacia clínica y efectos secundarios) de dichos pacientes.
Clozapina es un fármaco cuya monitorización habitual debería extenderse e incluirse en los protocolos para la práctica clínica, y así lograr una mejora de la adherencia y la prevención de eventos tóxicos, mejorandose la respuesta clínica global.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

154. CREACIÓN DE UNA ESCUELA DE PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGÍA DE PRÓTESIS DE RODILLA

AUTORES

SOMOZA FERNÁNDEZ B, RIBED SÁNCHEZ A, MARTÍN LOZANO S, VEGA SAN VICENTE FM, MELGAREJO ORTUÑO A, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAÉZ M

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ DR. ESQUERDO,46. MADRID

OBJETIVOS

Crear e implantar una escuela de pacientes que van a ser intervenidos de cirugía de prótesis de rodilla en el contexto de un programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Dicha escuela consiste en una consulta multidisciplinar donde se emiten las recomendaciones para hacer partícipe al paciente de su propio proceso quirúrgico y mejorar su seguridad.

MEJORAS ESPERADAS

El objetivo principal es disminuir las complicaciones y favorecer la recuperación postoperatoria.
Otras mejoras:
- reducir la estancia hospitalaria. La mediana de la estancia en 2019 fue 7 días (RIC 2-52).
- disminuir los reingresos a los 30 días- evitar suspensiones de cirugía por una inadecuada preparación del paciente (en 2020 se suspendieron 14 cirugías por mal manejo de la medicación crónica y no ayuno previo)
- conseguir una alta satisfacción del paciente
- mejora de la calidad de vida

DISEÑO

En 2019 se creó un equipo multidisciplinar compuesto por traumatólogos, enfermeras, y farmacéuticos. Otros profesionales de apoyo fueron anestesiólogos, nutricionistas y rehabilitadores. Se realizaron 10 reuniones para desarrollar el programa ERAS y crear un documento informativo y cronograma quirúrgico para entregar al paciente en la escuela, y ejercicios para su recuperación.
En 2021, se creó la agenda de Farmacia en la historia clínica electrónica para comenzar a citar a los pacientes.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Creación del grupo (2019)
2. Desarrollo del programa ERAS (2020)
3. Implantación de la escuela (2021)

IMPLANTACIÓN

Los pacientes son citados la semana previa a la cirugía, y acuden a un aula del hospital donde el traumatólogo y la enfermera explican en qué consiste la intervención, la preparación y el postoperatorio. El farmacéutico atiende individualmente a cada paciente para conciliar la medicación y realizar las recomendaciones respecto a la misma. Entrega el manual informativo y el gel de clorhexidina para el lavado el día previo a la intervención. Se toman los exudados

nasales para la detección de portadores de S.aureus. El farmacéutico revisa el resultado, y en caso de positivo, cita al paciente para dispensar la mupirocina nasal y realizar la atención farmacéutica

RESULTADOS

Entre marzo y abril, se han atendido a 23 pacientes. El 26,1% estaban antiagregados y/o anticoagulados. La mediana del número de fármacos crónicos fue 8. El 60,9% había entendido correctamente o recordaba el manejo preoperatorio de su medicación crónica. Se realizaron 30 intervenciones farmacéuticas preoperatorias. (AINES, antihipertensivos y antidiabéticos principalmente).
El 13,0% de los pacientes fueron portadores nasales de S. aureus. Todos fueron citados por el farmacéutico y se administró correctamente la mupirocina.
No se suspendió ninguna cirugía. Todos los pacientes fueron conciliados tras la misma (20 intervenciones farmacéuticas).
La mediana de la duración de la estancia hospitalaria fue 5 días (3-6). Ningún paciente reingresó a los 30 días de la intervención.
Todos los pacientes presentaron una satisfacción muy alta respecto la escuela (9,8/10).

LIMITACIONES

La pandemia actual lleva a extremar las medidas de prevención en la realización de reuniones.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La participación multidisciplinar y la sistematización y protocolización del programa hacen que sea fácilmente reproducible en otros Servicios de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

361. INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN EL CIRCUITO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA MAYOR AMBULATORIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

LALUEZA BROTO P, SÁNCHEZ SANCHO P, DEL RÍO GUTIÉRREZ JM, MENGDIE RUAN M, SALGADO ALGABA I, GARCÍA PORTABELLA M, CORTÉS DE HARO M, BOTANA SICILIA C
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº. VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Existe un creciente aumento de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios debido a numerosas ventajas como disminución de costes, satisfacción de los pacientes, etc. Las mayores complicaciones que requieren contacto con la Unidad se relacionan con mal control del dolor y complicaciones hemorrágicas.
El objetivo del proyecto consistió en la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar del circuito de cirugía ortopédica mayor ambulatoria con objeto de participar en la optimización del manejo del dolor.

MEJORAS ESPERADAS

Garantizar un control óptimo del dolor en los días posteriores a la intervención quirúrgica.
Facilitar la comprensión de la pauta analgésica y su adherencia por parte de los pacientes.

DISEÑO

Mediante la creación de un equipo multidisciplinar se establecieron diversas propuestas con la finalidad de mejorar el control del dolor acorde a la ''invasividad'' del procedimiento quirúrgico.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Creación de un equipo multidisciplinar integrado por representantes de Farmacia, Anestesiología, Cirugía Ortopédica, Traumatología y Enfermería.
2.Se clasificaron los procedimientos realizados en el centro según la intensidad de dolor asociada.
3.Se propusieron varios kits adaptados a los procedimientos quirúrgicos y las características de los pacientes.
4.Se realizó una previsión del número de kits de cada tipo según número aproximado de cirugías y se codificaron para facilitar su identificación.
5.El técnico de farmacia se encarga de la preparación de cada kit según la previsión hecha previamente.
6.La enfermera supervisora realizará la solicitud del stock de kits, cuya reposición se hará en función de las necesidades de la unidad
7.En caso de no adaptarse ninguno de los kits al paciente, se plantearía la posibilidad de personalización.

IMPLANTACIÓN

Esta implantación ha representado la integración del farmacéutico dentro del equipo multidisciplinar de atención al paciente de sometido a cirugía mayor ambulatoria y su incorporación para la elaboración de proyectos futuros (bombas elastoméricas…)
Se pretende evaluar la adecuación de las pautas, con la implicación del personal de enfermería, mediante un cuestionario validado con objeto de detectar opciones de mejora tanto en los kits como en el circuito.

RESULTADOS

Durante el año 2019 se intervinieron 1250 pacientes en la unidad de cirugía mayor ambulatoria de cirugía ortopédica y traumatológica, representando un 7,74% del total de cirugía mayor ambulatoria del Hospital. Las cirugías se clasificaron según el dolor postoperatorio producido: 2 de dolor leve, 20 como moderado y 14 como severo. Todos los pacientes recibieron un kit de analgesia para cobertura durante 48 h.
Se diseñaron 7 kits de analgesia de potencia leve y moderada-intensa según distintos escenarios quirúrgicos y características del paciente . Se incluye la indicación de cada fármaco y condiciones de administración; rescates de

analgesia, protección gástrica, antiemesis y medicación para la conciliación del sueño en los días posteriores a la intervención quirúrgica. Asimismo , se ejecutó un diseño que facilitara la comprensión de las pautas médicas (códigos de colores, iconos, etc) y que mejorase la adherencia a los tratamientos.

LIMITACIONES

Aquellos pacientes que no se adapten a ninguno de los kits predefinidos y que requieran una individualización del tratamiento.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a cualquier Servicio de Farmacia de un hospital que disponga de unidad de cirugía sin ingreso.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

407. LA SIMULACIÓN COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE DE LOS ESTUDIANTES DEL GRADO DE FARMACIA

AUTORES

MARIÑO FERNÁNDEZ C, FERNÁNDEZ LASTRA C, MODAMIO CHARLES P, BRAZA REYES AJ, TOBARUELA MARTÍNEZ G, RODRÍGUEZ GARCÍA E, RUIZ LOSCERTALES H, MARIÑO HERNÁNDEZ EL

FACULTAD DE FARMACIA Y CIENCIAS DE LA ALIMENTACIÓN. AVENIDA JOAN XXIII, 27-31. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la mejoría en las aptitudes de los estudiantes de cuarto curso del Grado de Farmacia de la asignatura troncal Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica, en relación a las habilidades comunicativas hacia los pacientes, tras realizar una práctica con metodología de role play en un aula asistencial de simulación de competencias clínicas de comunicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

La simulación es un modelo de aprendizaje donde se crean situaciones parecidas a la vida real que los estudiantes resuelven poniendo en práctica sus conocimientos y utilizando sus habilidades. Un ejemplo es el Patient Counseling Event: taller-concurso organizado desde 1989 por Pharmaceutica Student's Federation (IPFS) y United States Pharmacopeia (USP) que en Junio 2008 en la Universidad de Barcelona se aprobó como actividad docente de libre elección y cuyo objetivo es desarrollar habilidades comunicativas del farmacéutico asistencial.
Se presenta un estudio descriptivo y observacional donde los estudiantes de la asignatura Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica son distribuidos por parejas y a cada una se le asignan dos casos clínicos. Tras su lectura y preparación previa, se realiza una dispensación de un medicamento en el aula de simulación utilizando la metodología de role play donde un estudiante hace el papel de farmacéutico y el otro de paciente. Tras la simulación del primer caso, se hace una revisión conjunta de los puntos generales y específicos del acto de dispensación y del medicamento dispensado. Una vez recibido el feedback por parte del profesor, se realiza la simulación del segundo caso tras la cual, se vuelve a realizar una revisión general y específica y vuelven a recibir feedback.
Para realizar esta revisión, se cuenta con una rúbrica con los ítems generales y específicos a evaluar. Cada ítem correcto es un punto y se pueden obtener hasta 10 puntos por caso. Estas puntuaciones son registradas en el programa informático Excel, donde también se realiza el análisis estadístico de los datos.

RESULTADOS

310 estudiantes han participado en el estudio. La puntuación media obtenida tras el role play realizado con el primer caso clínico es de 6,42. Tras la revisión y realización del feedback a este primer caso, la puntuación media obtenida después de la simulación con el segundo caso clínico es de 7,94. La aplicación del test de la t de Student a los resultados obtenidos ha permitido establecer una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre las puntuaciones obtenidas entre la simulación del primer caso y el segundo.

CONCLUSIONES

Realizar una simulación y una posterior revisión permite al estudiante incrementar sus conocimientos y habilidades, fundamentalmente las comunicativas, en relación a la Atención Farmacéutica dirigida al paciente, lo cual se traduce en una mejora en la formación de futuros farmacéuticos asistenciales.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

509. PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO AL INGRESO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

AUTORES

PÉREZ FÁCILA A, ALAÑÓN PARDO MM, PROY VEGA B, MARCOS DE LA TORRE A, SAIZ MOLINA JJ, CONDE GARCÍA MC
HOSPITAL LA MANCHA CENTRO. AVDA. CONSTITUCIÓN, 3. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

· Analizar y cuantificar errores de conciliación (EC) y problemas relacionados con la medicación (PRM) en pacientes geriátricos ingresados en un Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SCOT).
· Describir las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas mediante un Programa de Conciliación de la Medicación (PCM) al ingreso hospitalario y grado de aceptación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo en pacientes ingresados (enero 2020-marzo 2021) a cargo del SCOT de un hospital general con 300 camas. Criterios de inclusión: ≥ 65 años, ≥ 3 medicamentos crónicos (exceptuando analgésicos y/o antiinflamatorios) y motivo de ingreso donde se estimó media-larga estancia hospitalaria. Criterios de exclusión: pacientes con deterioro cognitivo, dificultad de comunicación y sin acompañante durante la entrevista farmacéutica. El PCM tuvo lugar durante

las primeras 24 horas tras el ingreso.
Variables recogidas: sexo, edad, motivo de ingreso, tipo de ingreso (urgente/programado), comorbilidades, discrepancias no justificadas (EC) entre medicación crónica y prescrita durante el ingreso hospitalario (omisión, comisión, dosis/pauta errónea, contraindicación, duplicidad o interacción farmacológica), PRM (clasificados según Tercer Consenso de Granada), medicamentos implicados (según clasificación ATC), IF realizadas para resolver PRM y aceptación por parte del médico responsable del paciente (traumatólogos o geriatras). Las IF fueron comunicadas a través de mensajes en Prescripción Electrónica (PE) y/o notas farmacéuticas en la Historia Clínica Electrónica (HCE).
Fuentes de información consultadas: programa de PE, HCE y entrevista farmacéutica con el paciente y/o familiar/cuidador. Los datos fueron registrados en una base de datos Acces®.

RESULTADOS

El PCM se completó y registro en 183 pacientes (72,1% mujeres, media de edad 80,9±7,3 años). Motivos mayoritarios de ingreso: fractura de cadera (51,4%), gonartrosis (11,5%) y coxartrosis (6%); siendo el 63,6% urgentes. El número medio de comorbilidades fue 3,1±2,1; las más prevalentes fueron: artrosis (30,6%), hipertensión (27,3%), dislipemia (25,7%), diabetes (23,5%) y depresión (22,4%). 1.382 medicamentos domiciliarios fueron registrados, de media 8,1±7,1 medicamentos/paciente (28,4% polimedicados: ≥ 10 medicamentos).
El 49,3% de discrepancias detectadas (n=519) fueron EC, afectando al 62,8% de pacientes entrevistados. Los EC más frecuentes fueron: “omisión” (67,7%), “comisión” (9,8%), “dosis errónea” (6,7%) y “medicación contraindicada” (4,7%). Los grupos anatómicos con mayor número de EC fueron: C- “Aparato Cardiovascular” (35,2%), N-“Sistema Nervioso” (28,5%) y A-“Aparato Digestivo y Metabolismo” (18%).
Se detectaron 374 PRM, mayoritariamente: problemas de salud (PS) no tratado (45,7%), dosis, vía, pauta y/o duración inadecuada (12,5%), probabilidad de efectos adversos (9,9%), medicamento no indicado (8,8%). En todos ellos hubo IF, entre ellas: iniciar medicamento (46,5%), suspender medicamento (23,8%), modificar dosis y/o pauta (11%). Las IF se relacionaron con: indicación (61,7%), seguridad (31,2%), efectividad (3,2%), adherencia (2,4%) y eficiencia (1,3%) del tratamiento. El grado de aceptación de las IF fue 62,9%.

CONCLUSIONES

La integración del farmacéutico hospitalario en PCM al paciente geriátrico traumatológico reduce EC y PRM generados durante el ingreso. Las IF notificadas consisten predominantemente en adicionar medicamentos necesarios porque destacan los PRM tipo “PS no tratado” y EC tipo “omisión”.
El grado de aceptación es moderado. Para conseguir una mayor aceptación, podría ser necesario establecer consensos con el SCOT sobre el manejo perioperatorio de medicación crónica y fomentar las IF mediante comunicación verbal con los prescriptores.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

526. INCIDENCIA DE DIABETES Y NEUTROPENIA POST-TRASPLANTE HEPÁTICO CON UN NUEVO PROTOCOLO DE TRATAMIENTO.

AUTORES
GONZÁLEZ GARCÍA I, FERRER MACHÍN A, PLASENCIA GARCÍA I, VERA CABRERA M, DÍAZ DÍAZ CL, MARTÍN LÓPEZ A, JOY CARMONA P, MERINO ALONSO FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO N. S DE LA CANDELARIA. CALLE GENERAL DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Comparar el desarrollo de diabetes (DM-postrasplante) y neutropenia (NT-postrasplante) tras trasplante hepático (TH) y cambio del protocolo de tratamiento inmunosupresor.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y longitudinal donde se incluyeron los pacientes sometidos a TH entre enero 2018 y abril 2021. Se compara el desarrollo de diabetes y neutropenia después de cambiar el protocolo del tratamiento inmunosupresor.
El nuevo protocolo (junio 2020), acorta duración del uso de corticoides orales (CSO) a siete días (salvo que la causa del trasplante sea autoinmune) y reduce la dosis de micofenolato de mofetilo (MFM) con vistas a reducir el desarrollo de efectos secundarios como diabetes y neutropenia.
Se registraron: edad, sexo, tipo de protocolo, diabetes y neutropenia post-trasplante y valor de neutrófilos en los pacientes neutropénicos.
Todas las pruebas de contraste de hipótesis fueron bilaterales, para un nivel de significación del 5%, mediante chi-cuadrado de Pearson para variables nominales. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS/PC (versión 24.0 para Windows, SPSS, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS

Se incluyeron 73 pacientes, el 75% (55) eran hombres. La mediana de edad fue 59 años (54-66).
Del total de pacientes, el 70% (51) se fueron de alta con un tratamiento basado en el protocolo antiguo (PA) que incluía siempre la toma de CSO y dosis elevadas de MFM. El resto (22) se fueron de alta con el nuevo protocolo (PN), sin CSO y con dosis inferiores del inmunosupresor.
De los pacientes en los que se aplicó el PA, el 57% (19) sufrió DM-postrasplante, de los cuales todos fueron insulinodependientes. El 39% (20) desarrolló NT-postrasplante, con un valor medio de 0,90±0,4 neutrófilos x 103/µL.
En el grupo tratado con el PN, el 46% (10) presentó DM-postrasplante, siendo el 80% (8) insulinodependiente. El 18% (4) desarrolló NT-postrasplante, con un valor medio de 1,18±0,3 neutrófilos x 103/µL.

La incidencia de DM-postrasplante usando el PA fue 57% mientras que con el PN era 46%; p=0,370.
La incidencia de NT-postrasplante usando el PA fue 39% mientras que con el PN era 18%; p=0,079.

CONCLUSIONES

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de DM-postrasplante y NT-postrasplante entre ambos protocolos.
Aunque no se ha visto una diferencia significativa en cuanto a la incidencia de DM-postrasplante, sí que se ha observado que de aquellos pacientes incluidos en el PA, la totalidad era insulinodependiente, en comparación con el 80% de los pacientes incluidos en el PN con DM-postrasplante.
Una limitación del estudio es que el número de pacientes con PA es superior a aquellos con PN, lo que puede crear un sesgo.
El desarrollo de un nuevo protocolo para el tratamiento inmunosupresor del paciente trasplantado hepático es fundamental de cara a reducir efectos secundarios.
Es necesario seguir evaluando resultados en salud en cuanto a toxicidad y eficacia del PN para desarrollar las terapias de inmunosupresión más seguras y eficaces en nuestra población de TH.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

545. INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

MARTÍN VAL A, VILARIÑO SEIJAS A, LAGUNA MÁRMOL L, TERRICABRAS MAS E, ESTRADA NIETO L, QUIÑONES RIBAS C
HOSPITAL UNIV. GERMANS TRIAS I PUJOL. CTRA. CANYET, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar, como referente del medicamento y nexo de unión entre el servicio de farmacia y el servicio de urgencias de un hospital universitario de tercer nivel.

MEJORAS ESPERADAS

Promoción del uso seguro de los medicamentos.

DISEÑO

El proyecto plantea la implementación de las siguientes actividades:
1. Atención farmacéutica:
Implantación y soporte a la Prescripción Electrónica Asistida (PEA) y Registro Electrónico de Administración de Medicamentos (REAM); validación y conciliación de los tratamientos; recomendaciones de adecuación terapéutica; detección de problemas de salud relacionados con la medicación; consultas farmacoterapéuticas.
2. Gestión:
Colaboración con Sistemas de Información para la identificación y prevención de efectos adversos de medicamentos; participación en protocolos; seguimiento de indicadores; abordaje de medicación peligrosa.
3. Docencia:
Rotaciones de farmacéuticos internos residentes y estudiantes de la universidad; sesiones de actualización en farmacoterapia.
4. Investigación:
Colaboración conjunta en estudios.

CIRCUITO Y ETAPAS

La integración del farmacéutico en urgencias requiere de:
- Consenso del proyecto a desarrollar y coordinación entre las dos unidades.
- Establecer el impacto potencial en la actividad asistencial de los servicios implicados.
- Presentación del proyecto a la gerencia territorial, dirección médica y de centro.
- Fase piloto con análisis de resultados para concretar necesidades en la gestión del medicamento y los recursos necesarios.
- Ampliación del proyecto a todo el servicio de urgencias.

IMPLANTACIÓN

Tras consensuar el proyecto con la dirección de urgencias, el 9 de marzo de 2021 inicia la fase piloto en la Unidad de Corta Estancia (UCE). Des de entonces, se han realizado reuniones multidisciplinares para desarrollar, adaptar y organizar la PEA y REAM, el farmacéutico responsable valida los tratamientos, concilia la medicación de los pacientes crónicos complejos (PCC) y se han presentado los resultados preliminares a la dirección de centro para establecer los recursos necesarios.

RESULTADOS

Se ha implantado la PEA en la UCE y se está consensuando la introducción de nuevos protocolos en el programa informático de prescripción electrónica Silicon®.
Entre el 9 de marzo y el 30 de abril de 2021 se han validado una media de 9 pacientes al día y se ha realizado la conciliación terapéutica a 58 PCC. Se han detectado y resuelto un total de 128 problemas relacionados con la medicación, de los cuales el 40,6% implica medicación de alto riesgo según la clasificación del Institute for Safe Medication Practices.
Las intervenciones farmacéuticas más frecuentes son por omisión de tratamiento (30,5%), errores de dosis (21,8%), comisión de tratamiento (15,6%), adecuación terapéutica (9,4%), medicación contraindicada (7%) y otras como intercambio terapéutico, órdenes médicas incompletas o terapia secuencial.

A diario el farmacéutico resuelve consultas farmacoterapéuticas por parte del equipo médico y enfermería sobre problemas de salud relacionados con medicamentos, posología y ajuste de dosis, disponibilidad medicamentos en el centro o consejos administración.

LIMITACIONES

Entender y adaptar la conexión entre los diferentes programas informáticos para la implantación de la PEA y REAM ha sido una barrera.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El proyecto descrito es aplicable a otros centros y la integración del farmacéutico en los servicios de urgencias una oportunidad para mejorar la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

561. EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CONCILIACIÓN AL INGRESO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA COMO MEDIDA PARA REDUCIR ERRORES DE MEDICACIÓN

AUTORES

LÓPEZ GÓMEZ C, ÁLVARO SANZ E, GARRIDO SILES M, EGUILUZ SOLANA M, MIRANDA MAGAÑA M, TORTAJADA GOITIA B

HOSPITAL COSTA DEL SOL. AUTOVIA A7. KM 187. MÁLAGA

OBJETIVOS

La conciliación de la medicación es una práctica que mejora la seguridad del paciente. Es un proceso formal y multidisciplinar, cuyo principal fin es reducir los errores de conciliación que aparecen con frecuencia en las transiciones asistenciales.

El objetivo de nuestro estudio es analizar el grado de conciliación en el servicio de Hematología previo a la implementación de un protocolo de conciliación al ingreso y tras la instauración del mismo, así como determinar cuántos pacientes son conciliados gracias al protocolo instaurado.

MATERIALES Y MÉTODOS

El protocolo establecido recientemente en nuestro centro contempla la conciliación del tratamiento en todos los pacientes que ingresan diariamente en el servicio de Hematología. El farmacéutico realiza un “Informe de conciliación” con la medicación habitual del paciente y emite recomendaciones sobre cada medicamento según necesidad: mantener, suspender (en caso de duplicidad, interacción o escaso valor terapéutico), sustituir (en caso de interacción o para adaptarlo según guía farmacoterapéutica del centro), o bien añadir (en caso de omisión detectada de algún fármaco). Dicho informe quedará registrado en la historia clínica electrónica, disponible para que el médico responsable del ingreso lo consulte.

Tras 8 meses de implementación, se analizó el grado de conciliación, clasificando al paciente como “completamente conciliado” si se reflejaban en su tratamiento todos los fármacos domiciliarios necesarios durante el ingreso, y “no conciliado” si el paciente estaba sin ningún fármaco conciliado o en su tratamiento había un error de conciliación (omisión no justificada clínicamente de al menos un fármaco). Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron a cargo del servicio de Hematología tras la implementación del protocolo.

Del mismo modo, se analizó el grado de conciliación en una muestra de pacientes seleccionada, de igual tamaño, previo al inicio del procedimiento.

Se analizaron estadísticos descriptivos: variables cuantitativas como media y desviación estándar y variables cualitativas mediante distribución de frecuencias y porcentaje.

RESULTADOS

Tras la implementación del protocolo 54 pacientes presentaban informe de conciliación, edad media 53.6 años, 65.5%hombres; el porcentaje de pacientes “completamente conciliados” fue de un 87%.

El grupo analizado previo a la implementación del protocolo fue de 54 pacientes, edad media 63.3 años, 61.1% hombres, siendo el porcentaje de pacientes “completamente conciliados” en esta muestra de 33%.

De los pacientes completamente conciliados tras la puesta en marcha del protocolo, un 49% fue conciliado gracias a la intervención farmacéutica.

CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes conciliados tras la implementación mejoró notablemente, llegando a ser cerca del 90%.

De ellos, la mitad son conciliados por intervención del servicio de farmacia, lo que pone en valor el papel del farmacéutico como profesional de apoyo en este proceso multidisciplinar.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

572. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB EN LA PROFILAXIS DE MIGRAÑA EN ADULTOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

RUANO DE LA TORRE R, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ TM, ÁLVAREZ MARTÍN T, ALONSO DE PABLO V, CUESTA LÓPEZ MI, FERNÁNDEZ GARCÍA ME, MATÉ ARBAIZA P, OLIER MARTÍNEZ MP

CENTRO ASISTENCIAL DE SORIA. PASEO SANTA BÁRBA S/N. SORIA

OBJETIVOS

Estudiar la efectividad y seguridad de erenumab en la profilaxis de la migraña en pacientes adultos con al menos ocho días de migraña al mes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo donde se identificaron los pacientes que iniciaron tratamiento con erenumab durante 2019, 2020 y 2021.
En la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) se elaboró un documento institucional con los criterios de uso de erenumab. Se establecieron como pacientes candidatos aquellos con más de 8 días de migrañas al mes categorizándose como pacientes con migraña episódica (< 15 días de cefalea al mes) y fracaso a 3 fármacos autorizados en profilaxis de migraña por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y pacientes con migraña crónica (≥ 15 días de cefalea al mes), fracaso a 2 fármacos autorizados en profilaxis de migraña por el SNS y fracaso a toxina botulínica habiendo recibido 3 o más sesiones, al menos una de ellas de 195 UI.
Se consideró criterio de respuesta a los pacientes que alcanzaran al menos una reducción del 50% en el número de días mensuales de migraña y criterio de fracaso la falta de respuesta o una respuesta parcial (no se alcanza la reducción del 50%) después de tres meses de tratamiento con un fármaco a dosis suficientes y con alta adherencia. La respuesta terapéutica y la tolerancia a erenumab la valorará el médico a los meses 1, 3, 6, 9 y 12.
Adicionalmente se llevó a cabo un seguimiento del perfil de seguridad del fármaco por parte del farmacéutico.

RESULTADOS

Iniciaron tratamiento con erenumab un total de 10 pacientes (n=10) en el periodo de tiempo estudiado. De ellos 2 (20%) pacientes fueron diagnosticados como pacientes con migraña episódica y 8 (80%) como pacientes con migraña crónica.
La media de fármacos previos a tratamiento con erenumab fue de 7,2 en los pacientes con migraña crónica y 6,6 en los pacientes con migraña episódica. Los pacientes iniciaron tratamiento con erenumab 70mg/4 semanas, si bien 8 de ellos tuvieron que aumentar la dosis a 140mg/4 semanas por falta de respuesta inicial o respuesta parcial.
De los 10 pacientes que iniciaron con erenumab, 6 pacientes (60%) cumplieron criterios de respuesta y 4 pacientes (40%) de fracaso (se mantuvieron el número de cefaleas aunque se disminuyó la intensidad de las mismas).
El seguimiento por parte de los facultativos no se adhirió a los tiempos especificados en los criterios consensuados en la CFT.
No se han notificado efectos adversos relevantes respecto a la administración del fármaco a excepción de reacciones en el lugar de la administración.

CONCLUSIONES

Los resultados objetivados son concordantes a los obtenidos en los estudios de referencia.
El perfil de seguridad del fármaco también se ajusta al descrito en dichos estudios, siendo un fármaco con buena tolerancia.
Es destacable la necesidad de la dosis de erenumab 140mg/4 semanas para el control de la patología.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

614. APLICACIÓN DE LA TELEFARMACIA EN LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA Y RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA Y COMPLEJIDAD DEL TRATAMIENTO

AUTORES

GIL ALMELA J, BLÁZQUEZ ÁLVAREZ MJ, MUÑOZ GARCÍA I, MARTÍNEZ LÓPEZ A, TORRÓ GARCÍA L, CANO MOLINA JÁ, GOLNABI DOWLATSHAHI F, MARTÍNEZ IBÁÑEZ MÁ

HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Determinar la complejidad del régimen terapéutico de los pacientes incluidos en la consulta de insuficiencia cardíaca avanzada (CICA) y su relación con la adherencia al mismo, aprovechando la existencia de una consulta farmacéutica de cardiología y las herramientas de telefarmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes de la CICA de un hospital de tercer nivel citados en marzo de 2021. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, escala NYHA (New York Heart Association), complejidad terapéutica y grado de adherencia al tratamiento.
Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica (HCE) y mediante entrevista telefónica (ET). Se realizó una revisión completa de la farmacoterapia de los pacientes, consultando los informes clínicos de la CICA, el módulo de receta electrónica (REC) y las peticiones de laboratorio. Se analizaron las posibles interacciones, empleando la base de datos Lexicomp®. La información obtenida se contrastó con la proporcionada durante la ET, se resolvieron las cuestiones planteadas por los pacientes o cuidadores y se promovió la adherencia al tratamiento en aquellos en los que se detectó incumplimiento.
La complejidad terapéutica se calculó con el Medication Regimen Complexity Index (MRCI). Las puntuaciones obtenidas se clasificaron en cuartiles, considerándose régimen terapéutico complejo cuando la puntuación estaba en el cuarto cuartil. La adherencia se evalúo mediante el cuestionario Morisky-Green durante la ET, de manera que los pacientes con al menos una respuesta no adecuada se consideraron no adherentes.
Se elaboró un informe de seguimiento de cada paciente, incluyendo la información recogida en la ET, el tratamiento actualizado y recomendaciones en sucesivos controles.

RESULTADOS

Se revisó el tratamiento de los 28 pacientes citados en la CICA durante el periodo de estudio, elaborándose el informe de seguimiento en 24 (85,7%). No pudo realizarse ET en 4 pacientes: exitus (1), no consentimiento (1), no respuesta telefónica (1) y reingreso (1). No se encontró ninguna interacción medicamentosa clínicamente relevante.

La puntuación media en el MCRI fue 28 y la puntuación por cuartiles 11.5-21.5, 22-28.5, 29-33.5, 34-45.5. De los 24 pacientes entrevistados, 20 mostraron buena adherencia (83,3%). De los 4 pacientes considerados no adherentes, 3 (75%) se incluyen en el cuarto cuartil del MRCI.
Se realizaron un total de 30 recomendaciones en los informes de seguimiento: 12 relacionadas con la disminución de la complejidad terapéutica mediante estrategias de desprescripción y adecuación de las presentaciones a las dosis de medicamentos; 10 con la optimización del tratamiento en función de datos analíticos (marcadores de insuficiencia cardíaca, glucemia, función renal, electrolitos o marcadores de anemia); 8 con la necesidad de monitorización de niveles plasmáticos de fármacos y parámetros bioquímicos.

CONCLUSIONES

Los regímenes terapéuticos de los pacientes incluidos en la CICA son de alta complejidad, siendo necesarias estrategias de simplificación del tratamiento, junto con medidas educativas y de refuerzo de adherencia que faciliten a los pacientes y a sus cuidadores el cumplimiento de sus especificaciones.
La aplicación de la telefarmacia en la consulta de cardiología junto con el informe de seguimiento integrado en la historia clínica electrónica contribuye a resolver discrepancias y optimizar el tratamiento de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

768. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA GESTACIÓN EXTRAUTERINA

AUTORES

BRADY GARCÍA A, SANZ MUÑOZ M, SORIANO ORTIN B, PARERA PASCUAL MM, PEREZ DE AMEZAGA TOMÁS L, MANDILEGO GARCÍA A, NIGORRA CARO M, VILANOVA BOLTÓ M
HOSPITAL SON LLÀTZER. CARRETERA MANACOR, PK 4 (SON FERRIOL). ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

El protocolo de manejo de la gestación extrauterina(GEU) en nuestro centro está en evaluación. Éste incluye el tratamiento con metotrexato(MTX) en dosis única(DU) en pacientes selecciondas. La pauta descrita en estos casos es de 1,6mg/kg(PAUTA1) o 50mg/m2(PAUTA2) en DU, indistintamente.
Los objetivos del estudio son:
- Evaluar si hay diferencias de efectividad entre ambas pautas, definida como la necesidad de tratamiento médico/quirúrgico adicional.
- Conocer si la dosis administrada con ambas pautas es equivalente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional longitudinal retrospectivo.
Se incluyen las pacientes con diagnóstico de GEU tratadas con MTX en DU en nuestro centro de febrero 2007 a marzo 2021.
Se define que un tratamiento es efectivo cuando la paciente no precisa dosis adicionales de MTX ni tratamiento quirúrgico.
Para el cálculo de equivalencia de dosis se compararon:
- La media de dosis administrada por grupo
- La media de dosis teórica que le correspondería a cada paciente con una u otra pauta
Se utilizó Excel para el cuaderno de recogida de datos y para su análisis. Se consideraron diferencias significativas una $p < 0.05$.
Variables:
- Antropométricas: Edad, peso, superficie corporal(SC)
- Farmacológicas:
o Pauta: 1,6mg/kg(PAUTA1) o 50mg/m2(PAUTA2).
o Dosis
o Nº de dosis
o Dosis teórica con cada pauta
- De seguimiento:
o Tratamiento quirúrgico
o Tiempo hasta resolución/alta
Las fuentes de información fueron:
-Programa de preparación de mezclas(Farmis): variables antropométricas, pauta y dosis.
-Historia clínica electrónica(Hp-Cis): variables de seguimiento.

RESULTADOS

En el periodo estudiado 103 mujeres recibieron MTX en DU como tratamiento de GEU. Recibieron la PAUTA1 85(82.5%).
Las variables antropométricas fueron: Edad 32+/-5años, peso 65,6+/-13,4kg, y SC 1,7+/-0,2m2. No se hallaron diferencias significativas entre grupos.
La dosis media administrada al grupo de PAUTA1 fue 106,0+/-22,2mg frente a 83,6+/-7,0mg (grupo PAUTA2). La diferencia entre ambas resultó significativa: 22,4(16,6-28.2)mg.
Resultados también significativos estadísticamente son la comparación de la dosis teórica si todas las pacientes llevasen PAUTA1(105,0 +/- 21,4mg) o PAUTA2(85,5 +/ 8,6mg). La diferencia de medias fue 19,5(15,1-24,0)mg.
Se observaron diferencias significativas en efectividad. No requirieron tratamiento médico-quirúrgico adicional 58(68%) pacientes del grupo PAUTA 1 frente a 7(39%) del de PAUTA2.
Tratamiento adicional: del grupo PAUTA1 18(21,2%) requirieron otra dosis de MTX, 6(7,0%) tratamiento quirúrgico y

3(3,5%)ambos. Del grupo PAUTA2, 8(44,4%) precisaron segunda dosis de MTX, 2(11,1%) tratamiento quirúrgico y 1(5,5%) ambos.
El tiempo medio hasta el alta fue de 32+/-18días y 34+/-20días en el grupo con PAUTA1 y PAUTA 2, respectivamente, no encontrándose diferencias entre grupos (p=0.70).

CONCLUSIONES

La evaluación de los resultados en salud derivados de la práctica asistencial es imprescindible para una mejora continua de su calidad y para la toma de decisiones.
En este estudio, con características basales comparables en ambos grupos, sí se hallaron diferencias en dosificación y efectividad entre ambas pautas.
La principal limitación del estudio es que, al ser retrospectivo, el número de pacientes incluidos en cada grupo no está balanceado.
Por ello, se pretende diseñar un estudio donde el tamaño muestral sea adecuado, se incluyan como variables factores de confusión, variables analíticas y variables relacionadas con la seguridad del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

868. ATENCIÓN FARMACÉUTICA COOPERATIVA CON EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA AL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON HIPOCOLESTEROLEMIANTES

AUTORES

MAESTRE FULLANA MA, MOREGO SOLER MA, BELLO CRESPO M, MANDILEGO GARCIA AC, TRUJILLANO RUIZ A, CANO COLLADO V, GALAN RAMOS N, LLODRA ORTOLA V
FUNDACION HOSPITAL DE MANACOR. CTRA. PALMA-ALCUDIA S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Desde la aparición de los iPCSK9, en el servicio de farmacia (SF) se ha incluido un nuevo perfil de pacientes al que realizar atención farmacéutica y llevar un seguimiento farmacoterapéutico. Junto con el servicio de cardiología (SC) hemos desarrollado un protocolo en el que se lleva a cabo un estrecho control clínico y analítico del paciente y con el que, además, contribuimos a no saturar la consulta con el especialista.

MEJORAS ESPERADAS

Cumplimiento del protocolo de seguimiento de la Comisión de Farmacia y Terapéutica Autonómica (CFyTA) en la que se indica seguimiento al mes, tercer mes y semestralmente después del inicio con iPCSK9.
Aplicación real del protocolo sin generar sobrecarga asistencial al SC.

DISEÑO

Se acuerda con el SC realizar el control de tolerancia y adherencia desde el SF aparte de realizar los seguimientos analíticos entre las visitas anuales al SC.

CIRCUITO Y ETAPAS

En la primera visita al SF (mes 0) se verifican los criterios de indicación según el protocolo consensuado por la CFyTA, se lleva a cabo la educación para la correcta administración, conservación y gestión de residuos, así como posibles reacciones adversas (RAM) e interacciones farmacológicas (atención farmacéutica básica).
Al mes (mes 1), el farmacéutico supervisa la tolerancia, técnica de administración y RAMs. En caso de detectar RAM grave se informa al médico prescriptor y se cumplimenta tarjeta amarilla. Además, se entrega al paciente la petición de analítica del tercer mes.
En el mes 3 se revisa la analítica y se confirma la eficacia terapéutica en el paciente, avisando al médico prescriptor si hay alguna incidencia (p.ej. low density lipoproteins (LDL) < 20 mg/dl). Además, se supervisa los aspectos de la atención farmacéutica básica.
Las dos visitas sucesivas (mes 5 y 7) las realiza enfermería del SF que añade en el seguimiento: medida de variables antropométricas (peso y talla) y tensión arterial; revisión de hábitos adictivos y nutricionales. En el mes 7 se entrega una nueva analítica de control para posterior visita con el farmacéutico (mes 9).
En el mes 9, el farmacéutico lleva a cabo una valoración global evaluando la respuesta y seguridad al fármaco y emitiendo un informe farmacoterapéutico en historia clínica compartido con SC.
El paciente es valorado conjuntamente por SF y SC, ante incidencias, en mes 3 y 9, continua con visita anual a los 12 meses en SC y sigue en protocolo.

IMPLANTACIÓN

Este trabajo ha sido muy bien aceptado por los cardiólogos, ya que, además de mejorar la seguridad del paciente, agiliza su control, manteniendo la visita anual con el cardiólogo y ahorrando las visitas presenciales semestrales de control analítico establecidas por protocolo de la CFyTA.

RESULTADOS

En nuestro caso se han atendido un total de 32 pacientes en tratamiento con iPCKS9 lo que ha supuesto una descarga de trabajo al SC de 113 visitas en los cuatro años de seguimiento (2017-2020)

LIMITACIONES

La falta de disponibilidad telefónica inmediata del cardiólogo ante incidencias generadas en el SF.
No aplicable en aquellos pacientes con descompesación cardíaca donde la periodicidad de visitas no se ajusta a la periodicidad anual.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Aplicable a otros SF

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

884. ADECUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA INSUFICICIENCIA CARDÍACA

AUTORES
YANES SÁNCHEZ P, CASANOVAS MORENO-TORRES ML, ALONSO RAMOS H, REVERT ALARCÓN MJ, GALVEZ ALVAREZ N, HERNÁNDEZ GONZÁLEZ I, LOPEZ BOUZO L, MORALES LEÓN MV
C.H.DOCTOR NEGRÍN. BARRACO DE LA BALLENA S/N / LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS

OBJETIVOS
Introducción:
La Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) es un síndrome caracterizado por una serie de alteraciones estructurales y funcionales a nivel del miocardio que conducen a la incapacidad del mismo para cubrir las necesidades metabólicas del organismo.
Distintos estudios han demostrado una mejora en la clasificación funcional de la New York Heart Association (NYHA) y una reducción en el número de ingresos tras la administración de hierro intravenoso (IV) en pacientes con ICC con fracción de eyección reducida (FEr) que presenten parámetros disminuidos de las reservas de hierro (ferritina e Índice de Saturación de la Transferrina (IST)). Así, las diferentes guías de práctica clínica (GPC) para el manejo de la ICC recomiendan el tratamiento con hierro en aquellos pacientes que presenten valores de ferritina menores a 200 mcg/L, o valores de ferritina entre 100-299 mcg/L con un IST inferior al 20%, en ambos casos independientemente de los valores de hemoglobina.
Objetivo: Evaluar la adherencia a las guías de práctica clínica para la reposición de hierro IV en los pacientes con diagnóstico de ICC FEr ingresados en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se incluyeron todos los pacientes ingresados en el servicio de cardiología desde el 01/01/2021 hasta 01/04/2021. Por medio del aplicativo informático Drago® se seleccionaron aquellos pacientes con diagnóstico de ICC FEr. En cada uno de estos pacientes se revisaron los siguientes aspectos: 1) analítica con estudio completo de anemias que incluyese al menos los valores de ferritina e IST, 2) suplementación con hierro IV durante su ingreso en el hospital.
Los cálculos estadísticos se realizaron con el aplicativo informático Excel®.

RESULTADOS
Se evaluaron un total de 450 pacientes, de los cuales 74 fueron diagnosticados con ICC FEr. Veinticinco pacientes (33,7%) presentaban un estudio completo de anemias y de estos, 23 presentaban valores de ferritina y/o IST con indicación para tratamiento con hierro. Solo 12 pacientes de los 23 fueron tratados con hierro (52%).

CONCLUSIONES
- Tan sólo en un tercera parte de los pacientes con ICC FEr se solicitó un estudio completo de anemias, y sólo la mitad de los pacientes que tenían indicación de hierro IV recibieron tratamiento.
- Un alto porcentaje de pacientes con ICC FEr no se benefician de un tratamiento con hierro IV que pueda mejorar su calidad de vida y reducir ingresos hospitalarios.
- El Servicio de Farmacia a través del seguimiento farmacoterapéutico y la elaboración de un protocolo con el Servicio de Cardiología podrían ayudar a mejorar la adherencia a las recomendaciones que mejoran la calidad de vida y morbimortalidad de los pacientes con ICC FEr.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

898. ATENCIÓN FARMACÉUTICA TELEMÁTICA Y DISPENSACIÓN COORDINADA CON LA FARMACIA COMUNITARIA: UN AÑO DE EXPERIENCIA

AUTORES
ROURA TURET J, MENSA VENDRELL M, MARTIN CONDE M, DEL CACHO DEL CACHO E, CALVO CIDONCHA E, SOY MUNER D
HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. CALLE VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS
Describir la actividad realizada de atención farmacéutica telemática y dispensación de medicación no presencial, coordinada con la farmacia comunitaria, tras un año de instauración de este servicio.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo retrospectivo desarrollado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes a los que se les realizó atención farmacéutica telemática junto con dispensación coordinada con su farmacia comunitaria (FC), desde el 1 de abril de 2020 hasta el 31 de marzo de 2021. Los envíos a las FC fueron gestionados mediante una aplicación web desarrollada por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Cataluña.
Se recogieron variables referentes al paciente (sexo, edad y enfermedad), al tratamiento (fármaco prescrito, clasificación según grupo Anatomical Therapeutic Chemical [ATC] y servicio prescriptor) y a los envíos (condiciones de conservación, número de envíos por paciente y número y localización de las FC colaboradoras).

RESULTADOS

Un total de 631 pacientes (57,7% mujeres; media de edad de 54 ± 16 años) han recibido atención farmacéutica de forma telemática y dispensación no presencial de la medicación. Se han gestionado 1875 envíos de medicación a las FC, con un promedio de 3 envíos por paciente. Esto ha supuesto la colaboración de 527 farmacias, repartidas por todas las provincias (72,3% Barcelona, 11,0% Girona, 10,4% Tarragona, 6,3% Lleida). El 71,3% de los envíos realizados requirieron condiciones de refrigeración.

Los principales servicios prescriptores y los diagnósticos más comunes fueron: reumatología (23,1%) para artritis y espondiloartritis; gastroenterología (17,3%) para enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa; oncohematología (12,4%); neumología (10,0%) para asma grave y hipertensión pulmonar; neurología (9,2%) para esclerosis múltiple y nefrología (8,1%) para anemia secundaria a insuficiencia renal crónica.

Los fármacos más prescritos de un total de 110 principios activos diferentes fueron: adalimumab (16,7%), etanercept (9,3%), darbepoetina (7,3%), ustekinumab (5,0%) y omalizumab (4,6%). Agrupados según la clasificación ATC el 46,6% de los tratamientos fueron inmunosupresores (L04); 8,4% agentes antineoplásicos (L01); 7,5% antianémicos (B03); 6,6% fármacos contra la obstrucción de las vías respiratorias (R03) y el 5,9% antivirales sistémicos (J05).

CONCLUSIONES

La atención farmacéutica telemática coordinada con las farmacias comunitarias ha permitido gestionar la dispensación de medicación a distancia, reduciendo los desplazamientos al centro hospitalario. Un alto porcentaje de los medicamentos enviados eran termolábiles.

El grupo de fármacos más ampliamente enviados fueron los inmunosupresores dirigidos principalmente a pacientes con enfermedades reumatológicas e inflamatorias intestinales.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

938. PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA EN PACIENTES QUE INGRESAN EN UNA PLANTA DE GERIATRÍA SEGÚN CRITERIOS «STOPP»

AUTORES

QUEIPO GARCIA E, REBOLLAR TORRES E, PERRINO GARCIA MJ, FIJO PRIETO A, CANOVAS PAREJA C, MOLINA TORRES N, PARIENTE JUNQUERA A

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. C/ RAMON Y CAJAL Nº 60. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada (PPI) utilizando los criterios STOPP en pacientes ancianos polimedicados que ingresan en un Servicio de Geriatría e identificar qué fármacos se asocian más frecuentemente a las PPI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio analítico observacional transversal realizado en una planta de Geriatría. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 75 años que ingresaron en un Servicio de Geriatría entre el 10 de noviembre de 2020 y el 27 de noviembre de 2020. Criterios de exclusión: pacientes ingresados con fines paliativos o en situación de limitación del esfuerzo terapéutico y pacientes procedentes de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Las variables recogidas fueron: edad; sexo; número de fármacos en domicilio; fármacos considerados PPI según los criterios STOPP y condición de paciente polimedicado. Se definió como paciente polimedicado aquel tratado con 8 o más fármacos concomitantemente en el domicilio.

La información fue recogida de la historia clínica electrónica, del módulo de e-receta y del programa de Unidosis del aplicativo Farmatools v.2.6. Se creó una base de datos Excel para el registro y análisis de los datos.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 31 pacientes con una media de edad 82,97 años (DS: 5,85), el 45,2% fueron mujeres. La media de fármacos que tomaban en el domicilio fue de 10,1 fármacos (DS: 3,7); el 70,9% de los pacientes incluidos eran polimedicados (22/31). Se analizaron 314 prescripciones, detectándose un total de 90 PPI en 25 pacientes. El 90,9% de los pacientes polimedicados (20/22) presentaros alguna PPI; en el grupo de los no polimedicados el porcentaje de pacientes que presentaron alguna PPI fue del 50,5% (5/9).

Las PPI más frecuentes fueron: uso prolongado de benzodiazepinas (más de un mes de tratamiento) (11,1%, 10/90), uso de benzodiacepinas en pacientes con riesgo de sufrir caídas (11,1%, 10/90), prescripción de neurolépticos en pacientes ancianos con riesgo de sufrir caídas (6,7%, 6/90), uso concomitante de 2 o más fármacos con propiedades antimuscarínicas/anticolinérgicas (5,6%, 5/90), uso de anticolinérgicos/antimuscarínicos en pacientes con delirium o demencia (5,6%, 5/90), y prescripción de diuréticos de asa para el tratamiento de la hipertensión cuando existe incontinencia urinaria (5,6%, 5/90).

CONCLUSIONES

Más de tres cuartas partes de los pacientes incluidos en el estudio han presentado, al menos, una PPI. En pacientes geriátricos polimedicados el riesgo de PPI aumenta notablemente. Las PPI más frecuentes fueron las relacionadas con el sistema nervioso central, siendo las benzodiazepinas el subgrupo terapéutico más implicado. Estos resultados presentan una oportunidad para optimizar la prescripción de medicamentos en pacientes geriátricos.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

965. EFECTIVIDAD EN VIDA REAL DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PROPROTEÍNA CONVERTASA SUBTILISINA/KEXINA 9 (IPCSK9) EN HIPERCOLESTEROLEMIA. ANÁLISIS POR SUBGRUPOS POBLACIONALES.

AUTORES
VARELA REY I, SUÁREZ ARTIME P, ROJO VALDÉS J, RODRIGUEZ COBOS M, BANDÍN VILAR E, GARCÍA QUINTANILLA L, MARTINEZ BAHAMONDE FJ, ZARRA FERRO I
C.H. UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS
Evolocumab y alirocumab son anticuerpos monoclonales inhibidores de proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (iPCSK9), comercializados recientemente (6 años) para hipercolesterolemia no controlada con dosis máximas o intolerancia a estatinas en hipercolesterolemia familiar o enfermedad cardiovascular.
El objetivo es evaluar la efectividad de estos fármacos en vida real y en diferentes subgrupos poblacionales.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo de los pacientes a tratamiento activo con iPCSK9 seguidos en la consulta de Farmacia hasta abril de 2021.
Se recogieron datos demográficos (sexo, edad, índice de masa corporal (IMC)), datos farmacológicos (iPCSK9 prescrito y tratamiento con estatinas) y datos clínicos (indicación y colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) al inicio y a los 6 meses).
Se midió el descenso de cLDL, representado como la media ± la desviación estándar al inicio y a los 6 meses y el porcentaje medio de descenso.
Los datos se analizaron de forma global y por grupos: pacientes tratados con evolocumab vs alirocumab, tratamiento concomitante con vs sin estatinas e hipercolesterolemia familiar vs no familiar.

RESULTADOS
Se encontraron 116 pacientes. Se descartaron 15 por llevar menos de 6 meses de tratamiento en la fecha de corte(N=101). El 59,4% fueron hombres, con edad media 62±10 años e IMC de 30±5,2 kg/m2. El 62% recibió evolocumab 140 mg sc cada 2 semanas y el 38% restante con alirocumab 75 o 150 mg sc cada 2 semanas. El 65% estaba a tratamiento concomitante con estatinas (55% de éstos con dosis máximas). El 45% inició tratamiento por hipercolesterolemia familiar y el 55% por enfermedad cardiovascular establecida, siempre con hipercolesterolemia no controlada a pesar de tratamiento con dosis máximas toleradas de estatinas.
La media global de cLDL al inicio del tratamiento fue de 151,3±57 mg/dl y de 73,6±45 mg/dl a los seis meses de tratamiento, suponiendo una reducción media del 50±25%.
No se observaron diferencias analíticas con respecto al fármaco utilizado. Con evolocumab la media de cLDL al inicio fue 145,3±55 mg/dl y 66,7±43 mg/dl a los 6 meses (descenso del 53±24%). Con alirocumab fue 162,6±60 mg/dl al inicio y 84,9±48 a los seis meses (descenso medio de 47±24%).
En el grupo con estatinas, el cLDL inicial fue 161,1±69 mg/dl y 64,5±43 mg/dl a los 6 meses (reducción del 60±16%) frente al grupo no tratado con estatinas: inicial 155,9±58 mg/dl y 59,8±51 a los 6 meses (reducción del 37±28%).
En los pacientes con hipercolesterolemia familiar, el cLDL inicial fue 165±72 mg/dl y 74±50 a los 6 meses (reducción del 55±19%) frente a un cLDL inicial de 140±39 mg/dl y 73±42 a los 6 meses (reducción del 46±28%) en el grupo de hipercolesterolemia no familiar.

CONCLUSIONES
El tratamiento con iPCSK9 reduce el cLDL aproximadamente en 50% (acorde a los ensayos clínicos) a los 6 meses de tratamiento, alcanzándose un cLDL próximo a 70 mg/dl en la población estudiada. El descenso de cLDL es similar con ambos fármacos y más pronunciado en el grupo de estatinas (60% vs 37%). Los niveles iniciales de cLDL son superiores en hipercolesterolemia familiar que en enfermedad cardiovascular, sin embargo el porcentaje de descenso es similar.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1008. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICO CANDIDATO A LA ADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA: PERSPECTIVA DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES
FERNANDEZ LISON LC, VILLAMAÑAN BUENO E, IGEA AZNAR JM, RIAL PRADO M, CHINER VIVES E, GOMEZ BASTERO A, CISNEROS SERRANO C, VELASCO LAORGA B
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CACERES. AVDA PABLO NARANJO S/N. CÁCERES

OBJETIVOS
La aprobación de la pluma y jeringa precargada de los diferentes biológicos aprobados para pacientes con asma grave ha supuesto un cambio fundamental permitiendo la administración domiciliaria de estos tratamientos.
El objetivo es identificar las características clínicas de los pacientes con asma grave no controlada en tratamiento con un fármaco biológico que serían candidatos a su administración domiciliaria mediante la técnica de consenso Delphi modificada en el grupo de farmacéuticos de hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se diseñó un cuestionario por parte de un comité científico multidisciplinar que incluyó 30 afirmaciones consideradas de mayor relevancia para identificar las características de los pacientes candidatos con asma grave. Para la elaboración del cuestionario se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos habituales y una revisión de la literatura de interés, combinando varias palabras clave. En el cuestionario se incluyeron diferentes ítems agrupados en los siguientes temas: características clínicas, adhesión terapéutica y habilidad del paciente o cuidador para la administración, autocuidado del paciente, relación con el profesional sanitario, preferencia y acceso del paciente al hospital.

RESULTADOS

Se incluyeron 131 expertos de diferentes especialidades en el consenso mediante encuesta Delphi modificada, 23 fueron farmacéuticos hospitalarios.
Dentro del grupo de farmacéuticos hospitalarios el 60,9% fueron mujeres, con una edad media de 41,39 años. El 34,8% del total contaban con más de 10 años de experiencia atendiendo pacientes con asma grave, siendo el 69,6% de ellos parte de la unidad de asma grave o trabajando en estrecha colaboración con la unidad.
De las 30 características propuestas, los farmacéuticos hospitalarios alcanzaron consenso en todas ellas menos en dos: Paciente recién diagnosticado de asma grave que, antes de cumplir 12 meses de tratamiento, se le prescribe el uso domiciliario, y Paciente que necesita apoyo de una persona para el manejo de su enfermedad.
Los profesionales ordenaron y priorizaron las características más importantes con el objetivo de que fuera una herramienta útil en la práctica clínica habitual. Los farmacéuticos hospitalarios eligieron las siguientes características con una prioridad alta: El paciente es responsable del cuidado de su enfermedad, conoce y detecta cualquier deterioro, identifica los desencadenantes de las exacerbaciones y sabe para qué son cada uno de los fármacos que utiliza (incluido el biológico) (65,9%), y el paciente mantiene una vida relativamente normal controlando sus síntomas y siguiendo las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas del equipo sanitario (65,2%).

CONCLUSIONES

Los farmacéuticos hospitalarios que participaron en el consenso identificaron la estabilidad y el control de la enfermedad, junto con la capacidad de identificar desencadenantes de una exacerbación, y el seguimiento de las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas del equipo sanitario, como las características más importantes a la hora de elegir la administración domiciliaria para un paciente con asma grave en tratamiento biológico, al igual que el resto de especialidades que participaron en el consenso.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1027. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE CON ANTICUERPOS MONOCLONALES INHIBIDORES DE LA PROPROTEÍNA CONVERTASA SUBTILISINA/KEXINA TIPO 9: ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB

AUTORES

MARTÍN CARRO C, FRA YÁÑEZ J, BECERRA INGERTO L, GARCÍA LASTRA S, PLANO SÁNCHEZ AI, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J, GONZÁLEZ SÁNCHEZ N, ZAPICO GARCÍA I
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HEROS, 6. ASTURIAS

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento hipolipemiante con inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9): alirocumab y evolocumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, ambispectivo, de todos los pacientes que iniciaron tratamiento con alirocumab o evolocumab entre enero de 2017 y marzo de 2021 en nuestro centro.
Se recogieron datos demográficos (sexo, edad) y clínicos/farmacoterapéuticos (factores de riesgo cardiovascular, fármaco prescrito, posología, duración, indicación, tratamientos previos, niveles plasmáticos de colesterol-LDL (cLDL), colesterol total (CT), triglicéridos (TG), colesterol-HDL (cHDL)).
Las variables principales empleadas para evaluar la efectividad fueron: a) reducción (%) de cLDL tras 1, 6 y 12 meses de tratamiento; b) proporción de pacientes que alcanzó reducción del cLDL ≥50%, cLDL < 100mg/dl ó cLDL < 70mg/dl; c) frecuencia de eventos cardiovasculares (ECV) posteriores al inicio. Las variables secundarias fueron: variación (%) de CT, de TG y de cHDL. La seguridad se evaluó revisando las potenciales reacciones adversas y suspensiones del tratamiento.
Las variables cuantitativas se expresaron como: mediana [rango intercuartílico]. Las comparaciones entre grupos se realizaron utilizando las pruebas no paramétricas Wilcoxon y U de Mann-Whitney para muestras relacionadas e independientes, respectivamente, utilizando el software estadístico R®.

RESULTADOS

Se incluyeron 25 pacientes (80% hombres) con edad 60.4 [50.3-70.2] años: 40% hipertensos, 24% diabéticos, 12% fumadores y 36% exfumadores. El 32% inició alirocumab 75mg/2 semanas y el 68% evolocumab 140mg/2 semanas. La duración de tratamiento fue 19.1 [12.3-30.5] meses.
El 24% de los pacientes (con hipercolesterolemia familiar monogénica) tenía indicación en prevención primaria de ECV y el 76% en prevención secundaria. El 72% de los pacientes presentaba intolerancia a estatinas.
El cLDL (mg/dl) basal fue 142.0 [112.0-155.0], y su reducción (%) respecto al valor basal tras 1, 6 y 12 meses de tratamiento fue 56.7 [30.6-64.2], 52.5 [25.2-73.4] y 58.1 [41.0-72.2], respectivamente (p≤0.01). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos fármacos.
Tras 6 meses, el 36.4% de los pacientes alcanzó una reducción del cLDL ≥50%, el 50.0% cLDL < 100mg/dl y el 36.4% cLDL < 70mg/dl (Alirocumab:57.1%; 57.1%, 57.1%/Evolocumab:26.7%, 46.7%; 26.7%).
La efectividad se mantuvo en el tiempo, ya que tras 12 meses el 52.6% alcanzó una reducción del cLDL ≥50%, el 73.7% cLDL < 100mg/dl y el 57.9% cLDL < 70mg/dl (Alirocumab:83.3%; 100%, 83.3%/Evolocumab:38.5%, 61.5%; 46.1%).
En ambos grupos 1 paciente presentó ECV tras el inicio del tratamiento.
Además, tras 6 meses se observó una reducción (%) de CT y TG respecto al valor basal de 30.3 [9.7-48.9] y 4.55 [-5.9, 10.6], respectivamente, y un aumento (%) de cHDL de 7.4 [0.5-24.2].
Respecto a la seguridad, un paciente tratado con evolocumab presentó hematoma y cuadro catarral que motivaron la suspensión del tratamiento.

CONCLUSIONES

Ambos fármacos redujeron significativamente los niveles de cLDL y en general fueron bien tolerados. Los resultados fueron similares a los reflejados en los ensayos clínicos pivotales. Pese a que las diferencias de efectividad entre ambos fármacos no resultaron estadísticamente significativas, sí parecen clínicamente relevantes, aunque esto podría deberse al reducido tamaño muestral y a la heterogeneidad entre ambos grupos. Para valorar el grado de prevención de ECV sería conveniente continuar el seguimiento a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1067. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y USO DEL HIERRO CARBOXIMALTOSA

AUTORES

POUSADA FONSECA ÁB, MATEOS MATEOS Y, RUBIO CEBRIÁN B, BERTRÁN DE LIS BARTOLOMÉ B, MORONA MÍNGUEZ I, SOLLANO SANCHO I, VÁZQUEZ CASTILLO MJ, MORIEL SÁNCHEZ C

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. CALLE DOCTOR LUIS MONTES (TAMBIÉN LLAMADA CALLE RÍO JÚCAR). MADRID

OBJETIVOS

Analizar la efectividad del hierro carboximaltosa (HC) en pacientes con al menos una de las siguientes indicaciones: enfermedad inflamatoria intestinal (EII), insuficiencia cardíaca (IC) y elevada fragilidad, prequirúrgicos (PQX) y/o derivados a la unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD), así como valorar la adecuación de la prescripción y seguimiento del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado entre enero y diciembre de 2020 en un hospital de segundo nivel. Se revisó el archivo de peticiones a Farmacia de HC para localizar los pacientes que recibieron tratamiento en el periodo de estudio. A través de la historia clínica se obtuvieron datos demográficos (edad y sexo), antropométricos (peso), analíticos (hemoglobinemia, sideremia, ferritina, transferrina e índice de saturación de la transferrina (IST) previos al tratamiento y a las 3 – 8 semanas) y clínicos (indicaciones, posología y servicio prescriptor). La efectividad del tratamiento se valoró en función del aumento de la hemoglobinemia tras la administración del HC, considerándose efectivo un incremento de al menos 2 g/dL. Se excluyeron aquellos pacientes que recibieron transfusiones.

RESULTADOS

De los 209 pacientes revisados, 181 cumplieron criterios. 101 fueron mujeres (55,8%) y la mediana de edad fue 74 años [RIQ: 19,3]. Las indicaciones para dicho tratamiento fueron: IC (49,2%), PQX (43,1%), EII (6,1%) y HAD (1,6%). Los principales servicios prescriptores fueron: Anestesia y Reanimación (REA) (40,3%), Medicina interna (MIR) (37,6%), Digestivo (DIG) (7,7%) y Cardiología (CAR) (5%).

En 70 pacientes (38,7%) no se obtuvo registro de los valores de hemoglobina tras 3-8 semanas, por lo que la efectividad se evaluó en los 111 restantes (58 con IC, 47 PQX, 5 con EII y 1 en HAD), consiguiéndose un incremento de al menos 2 g/dL en 45 pacientes (40,5%). Desglosada por indicación, la efectividad se alcanzó en un 60% de los pacientes con EII, un 43,1% de los pacientes con IC, un 36,2% de los PQX, y en ningún paciente de la unidad de HAD.

De la muestra inicial de 181 pacientes, la dosis prescrita se adecuó a ficha técnica en 59 (32,6%). REA se ajustó en 29 pacientes (39,7%), MIR en 14 (20,6%), DIG en 7 (50%) y CAR en 7 (77,8%). Respecto al seguimiento analítico, a 121 pacientes (66,5%) se les realizó un estudio del perfil férrico previo a la administración de HC y a 50 (27,6%) se les hizo un control posterior del mismo.

CONCLUSIONES

El tratamiento con HC resultó efectivo en menos de la mitad de los pacientes, lo que podría relacionarse con la infradosificación debida al bajo grado de adecuación a la ficha técnica. Además, la ausencia de datos analíticos impidió la valoración de más de un tercio de los pacientes. La efectividad más baja se observó en pacientes prequirúrgicos, lo que puede ser debido a las complicaciones derivadas de la intervención.

En base a los datos de prescripción y seguimiento analítico, el HC se emplea de forma inadecuada en un alto número de pacientes, por lo que sería recomendable establecer un protocolo para asegurar una buena praxis, que involucre a servicio prescriptor, Análisis Clínicos y Farmacia.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1093. RESULTADOS EN SALUD DE TERAPIAS BIOLÓGICAS ANTI-IL5 EN ASMA GRAVE NO CONTROLADA

AUTORES

SÁNCHEZ GONZÁLEZ JL, MOLINA CASABÁN C, CORTÉS SÁNCHEZ CJ, CABANES LÓPEZ L, MARTINEZ MORAGÓN E, CLIMENTE MARTÍ M

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVDA. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad clínica, seguridad y resultados percibidos por los pacientes, diagnosticados de asma grave no controlada en tratamiento con terapia biológica anti IL-5.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo con periodo de seguimiento Junio 2016 - Noviembre 2020. Se incluyeron pacientes diagnosticados de asma grave no controlada (AGNC) que iniciaron tratamiento con mepolizumab, reslizumab o benralizumab y con un seguimiento mínimo de 12 meses.

Se recogieron variables relacionadas con el paciente (edad, sexo, tabaquismo); enfermedad (número de exacerbaciones, volumen espiratorio forzado en el primer segundo-FEV1(L/btps), Asthma Control Test(ACT)); tratamiento actual y previo(anti-IgE, corticoides orales(CSO)), efectos adversos(EA) que requirieran interrupción o suspensión del tratamiento. Se definió paciente respondedor si cumplía al menos 3 de los siguientes criterios tras 12 meses de tratamiento: 1) Reducción de la tasa de exacerbaciones ≥50%, 2)Mejora de FEV1 ≥100ml, 3)Reducción de dosis de CSO≥50%, 4)Mejora en ACT≥3 puntos o puntuación total ≥20, 5)Ausencia de visitas a urgencias o ingreso hospitalario. La evaluación de resultados percibidos por los pacientes (PROs) incluyó el Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ, 0-100) y el estado funcional global (escala EVA, 0-100)
Análisis estadístico STATA v15.1: Variables cuantitativas: mediana(rango intercuartílico), categóricas en porcentaje. Se compararon las variables resultado con respecto al valor basal mediante Wilcoxon Rank-sum test. El nivel de significación estadística establecido fue $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 43 pacientes, edad 57(49-67) años, 60% mujeres y 49% exfumadores que recibieron 47 tratamientos con anti IL-5 (mepolizumab n=20, benralizumab n=22 y reslizumab n=5). El 59% de los pacientes eran corticodependientes (dosis prednisona 30(10-30) mg) y un 40% recibieron previamente terapia anti-IgE(Omalizumab).
Ningún paciente tuvo que interrumpir o suspender el tratamiento anti IL-5 por EA y 4 pacientes tratados con mepolizumab cambiaron a benralizumab tras fallo de respuesta.
Del total de pacientes, el 78% redujo la tasa de exacerbaciones ≥50%, el 51% mejoró el FEV1≥100ml (1,9 (1,6-2,1) vs 1,6 (1,3-1,8) L/btps p=0,03), el 71% redujo la dosis de CSO≥50%, el 76% aumentó la puntuación obtenida en ACT≥3 puntos o alcanzó puntuación ≥20 (19,6 (19,2-22,7) vs 11,3 (8-14) puntos, $p < 0,01$) y el 68% no precisó atención en urgencias o ingreso hospitalario.
Un 78% de pacientes fueron considerados respondedores a los 12 meses, siendo el 59% respondedores totales (5/5 criterios) y el 41% respondedores parciales (3-4/5 criterios).
Se midieron PROs en 22 (51%) pacientes, incrementándose significativamente en 21 de ellos la puntuación obtenida en AQLQ 71,1(60-83) vs 47,3(33-55) ($p < 0,01$) y en 20 en la escala EVA 75(70-85) vs 45,8(38,7-62,5) ($p < 0,01$). El 100% de respondedores totales mejoraron la puntuación en AQLQ y EVA, mientras que solo el 77% de los respondedores parciales mejoró ambas medidas de PROs ($p > 0,05$).

CONCLUSIONES

Las terapias biológicas anti IL-5 (mepolizumab, reslizumab y benralizumab) demostraron ser efectivas y seguras en vida real en adultos con AGNC. La incorporación de los PROs en la evaluación de resultados en salud es necesaria para valorar el beneficio del tratamiento, ya que no siempre la respuesta clínica se asocia con mejora en calidad de vida y del estado funcional global percibidos por los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1096. EFICACIA DE LOS INHIBIDORES DE PROPROTEÍNA CONVERTASA SUBTILISINA/KEXINA TIPO 9 EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

AUTORES
ROBUSTILLO CORTÉS MDLA, GUZMÁN RAMOS MI, PELAEZ BEJARANO A
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMENEZ. RONDA NORTE S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Determinar la eficacia del tratamiento con inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (IPCSK9) en pacientes con hipercolesterolemia primaria o dislipemia mixta primaria en la práctica clínica real.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron aquellos pacientes que iniciaron tratamiento con IPCSK9 para hipercolesterolemia primaria o dislipemia mixta primaria entre Marzo de 2017 y Septiembre de 2020 en un Hospital de tercer nivel. Se excluyeron pacientes en ensayo clínico. Se recogieron variables demográficas: edad y sexo; variables analíticas: cifras de colesterol total, LDL, HDL y cifra de triglicéridos, hemoglobina glicosilada y cifras de tensión arterial antes y después del tratamiento, variables relacionadas con la enfermedad: tipo de enfermedad, prevención primaria/secundaria, intolerancia a estatinas; variables farmacoterapéuticas: fármacos prescritos y variables de resultados como evento cardiovascular, mortalidad o control cardiovascular definido como aquel paciente con los niveles de colesterol total, LDL, HDL triglicéridos dentro del rango ajustado al tipo de prevención.
Los datos se obtuvieron a través del programa corporativo ATHOS y de la Historia clínica DIRAYA.
En el análisis estadístico realizado, las variables cuantitativas se describieron en tablas de frecuencias y medidas de tendencia central. Para establecer la relación entre los parámetros analíticos antes y después del uso de los fármacos se empleó la prueba t de student para muestras apareadas en el caso de variables cuantitativas y el test de mcnemar o test de wilcoxon como prueba no paramétrica para variables cualitativas. Se empleó el programa estadístico IBM SPSS 20.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 90 pacientes, 60.0 % varones con una mediana de edad de 61 (RIQ: 53.5-68.0) años, principalmente con indicación de prevención secundaria (77.8%). El 73.3% de los pacientes estaban diagnosticados de dislipemia mixta, no presentando intolerancia a estatinas el 58.9%. El 74.4% (67) pacientes estaba en tratamiento con Alirocumab y el 25.6% restante con Evolocumab. Con relación al tratamiento hipolipemiante concomitante, el 67.8% de los pacientes tenían asociada una estatina, el 52.8 % ezetimibe y el 11.1% fibratos.
De los 90 pacientes incluidos, solo disponemos del perfil lipídico en 81 pacientes. De estos, se ha aumentado el control cardiovascular en 43 pacientes, siendo significativa estadísticamente esta diferencia. Así mismo, se ha mejorado todos

los parámetros del perfil lipídico, con una disminución media de 73.56 mg/dL de LDL y 68.55 mg/dL colesterol total (p=0.000), triglicéridos 54.42 (p=0.055) y un aumento de HDL de 2.53 mg/dL (p=0.044).
Durante el periodo de estudio, dos pacientes sufrieron eventos cardiovasculares y uno falleció por complicaciones relacionadas con un evento cardiovascular.

CONCLUSIONES

El presente estudio confirma los excelentes datos de eficacia de los ensayos clínicos pivotales. No se han podido estudiar la relación entre la mortalidad/eventos cardiovasculares con el uso de los fármacos debido al bajo número de eventos producidos.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1151. ANALISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE PATIROMER

AUTORES

GARCÍA RODICIO S, DORDÀ BENITO A, CASTELLÓ NÒRIA A, MARTINEZ SÁNCHEZ B, LARREA URTARAN X, SACREST GÜELL R

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR JOSEP TRUETA. AVENIDA FRANÇA S/N. GIRONA

OBJETIVOS

1/ Conocer el perfil de prescripción de patiromer. 2/Valorar su adecuación a los criterios establecidos de financiación, y a criterios de seguimiento clínico. 3/Establecer oportunidades de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de la historia clínica de los pacientes que inician tratamiento con patiromer durante 15 meses (enero'20–marzo'21) en un hospital de referencia. Se recogen las siguientes variables: demográficas (sexo, edad y médico prescriptor), clínicas (función renal, comorbilidades al momento de la prescripción: diabetes mellitus (DM), insuficiencia cardíaca (IC) y enfermedad renal crónica (IRC)), y farmacoterapéuticas (tratamiento farmacológico completo).
Se revisaron los criterios de financiación: 1/ Hiperpotasemia leve o moderada (5,5 – 6,4 mmol/L); 2/ Fracaso o intolerancia a resinas de intercambio iónico; 3/ IC grado II-IV; 4/ IRC y 5/ Tratamiento concomitante con fármacos inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (ISRAA) imprescindibles.
Y criterios de seguimiento clínico: 1/Monitorización de eficacia máximo a los 2 meses del inicio y 2/ Control electrolítico posterior que incluya calcio y magnesio.
Valoración de la adecuación a los ítems establecidos y análisis descriptivo de los datos. La prescripción se consideró óptima si cumplía todos los ítems, optimizable si cumplía de 3-6 y no adecuada si cumplía menos de 3 ítems. Los datos se trataron de forma pseudoanonimizada.

RESULTADOS

En el periodo de estudio, 21 pacientes -17 con DM- , con una edad mediana de 72 [54-84] años, iniciaron tratamiento con patiromer. La prescripción se realizó por cardiología en 12/21 casos, nefrología en 7/21 y medicina interna en 2/21. 18/21 pacientes continúan en tratamiento y 3/21 lo abandonaron por intolerancia gástrica.
El potasio basal era > 5,5 mmol/L en 15/21 pacientes, 16/21 habían usado resinas previas, 14/21 tenían IC, 11/21 tenían IRC y 3/21 tenían tratamiento con ISRAA imprescindible. (se objetivó modificación del tratamiento previo al uso de patiromer).
Los items de seguimiento clínico se pudieron valorar en 16/21 pacientes, ya que en el resto la prescripción era de los últimos 2 meses y no había control posterior. Respecto a la eficacia, en 2/16 no se objetivó disminución de los niveles de potasio y en el resto se observó una disminución mediana de 0,6 [0,1-1,2] mmol/L. Sólo 1/16 pacientes tenia analítica de control de calcio y magnesio.
La prescripción se considero óptima en 1 paciente, optimizable en 19 y no adecuada en 1.

CONCLUSIONES

1/El patiromer es prescrito principalmente por cardiología y la indicación no se ajusta a los criterios de financiación en la gran mayoría de los casos. Se observa una buena tolerancia y una disminución mediana de los niveles de potasio de 0,4 [0-1,2] mmol/L en los pacientes evaluados. 2/Sólo 1/21 paciente cumplía todos los criterios establecidos, por lo que la prescripción de patiromer se considera claramente optimizable. 3/Como acciones de mejora se proponen la difusión de las condiciones establecidas a los profesionales implicados en la prescripción y validación, el establecimiento de criterios claros de seguimiento que incluya control de potasio, calcio y magnesio, y la definición de criterios de desprescripción si ineficacia.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1207. PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS EN MEDICINA INTERNA

AUTORES

LAVANDEIRA PEREZ M, YUSTE GUTIÉRREZ Á, TARDÁGUILA MOLINA P, MARTÍNEZ RUIZ E, CASARRUBIOS LÁZARO G, DEÁN BARAHONA C, HORTA HERNANDEZ AM

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. CALLE DONANTES DE SANDRE SN. GUADALAJARA

OBJETIVOS

Los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) son aquellos que en el proceso del uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM). Los RNM se clasifican según el tercer Consenso de Granada en seis categorías unívocas y excluyentes en función los requisitos que todo medicamento debe tener para ser utilizado: que sea necesario, efectivo y seguro.

El objetivo del estudio fue medir la cantidad de RNM causados por PRM en el servicio de medicina interna y el grado de aceptación de la intervención farmacéutica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna desde el 30/11/2020 hasta el 12/04/2021. Se realizó durante la rotación del farmacéutico interno residente de último año dedicado a este servicio a jornada completa.
Se determinaron variables demográficas (edad y sexo) y clínicas (fármacos implicados por código ATC (Anatómica, Terapéutica, Química), PRM, tipo y subtipo de RNM según el tercer Consenso de Granada, intervención farmacéutica y grado de aceptación).

RESULTADOS

Se detectaron 211 RNM asociados a un PRM en un total de 104 pacientes. La mediana de edad fue de 74 años (rango intercuartílico: 66-87,75). El 61,2% fueron hombres.
Los grupos de fármacos mas frecuentemente implicados en los PRM fueron en un 10,4% A10A – insulinas y análogos, 9,9% B01A – agentes antitrombóticos y 7,1% C10A – agentes modificadores de lípidos.
Los PRM mas frecuentes fueron 37,4% problema de salud no tratado, 25,6% dosis, pauta y/o duración no adecuada y 16,1% errores en la prescripción. Los RNM causados fueron 16,1% de efectividad (85,3% cuantitativa y 14,7% no cuantitativa) 59,2% de necesidad (72,8% problema de salud no tratado y 27,2% medicamento innecesario) y 25,6 de seguridad (61,2% cuantitativa y 38,8% no cuantitativa). El 72,5% de las intervenciones farmacéuticas realizadas fueron aceptadas por el médico (50,2% iniciar terapia, 35,6% modificar pauta y 14,2% suspender medicamento).

CONCLUSIONES

El servicio de medicina interna es uno de los más grandes del hospital con un gran número de médicos especialistas implicados. Se detectó un número alto de PRM que causaban un RNM. Estos datos ponen en evidencia la necesidad de mínimo un farmacéutico clínico dedicado a este área a tiempo completo para evitar posibles PRM que causen RNM y mejorar así la calidad del trabajo asistencial y la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1221. ANÁLISIS DE PERSISTENCIA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS ANTIFIBRÓTICOS EN LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES

ÁLVAREZ ATIENZA S, CARRASCO PIERNAVIEJA L, ROLDAN NAVARRO P, LINARES ASENSIO MJ, SANZ MÁRQUEZ S, PÉREZ ENCINAS M

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN DE ALCORCÓN. CALLE BUDAPEST,1. MADRID

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y persistencia del tratamiento antifibrótico (TAF) determinando la relación de la misma con los valores iniciales de las pruebas funcionales (PF). Evaluar la toxicidad asociada al TAF y manejo durante el período de seguimiento del estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de fibrosis pulmonar idiopática (FPI) en un hospital terciario que inician con pirfenidona o nintedanib desde octubre 2014 a mayo 2021.
Utilizando la historia clínica electrónica se recogieron variables: edad, sexo, fármaco, fecha de inicio del tratamiento, fecha y motivo de suspensión, PF iniciales, al año y a los dos años (capacidad vital forzada (CVF) y capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO)) y tipo, manejo de toxicidad.
Los datos recogidos se analizaron a través del programa estadístico SPSS v17.0. Se empleó la curva de supervivencia de Kaplan-Meier, la regresión de COX y el test de rangos con signo de Wilcoxon.

RESULTADOS

Se incluyeron 24 pacientes (70,8% hombres, edad media de 76,2±4,9 años), de los cuales 16 recibieron tratamiento con pirfenidona, 5 nintedanib y 3 ambos.
Las medianas de los valores de CVF iniciales, al año y a los dos años fueron 72,0(Rango Intercuartílico(RIQ):59,0-99,8), 74,7(RIQ: 54,5-99,7) y 58,0(RIQ: 45,2-72,2), respectivamente. Las DLCO iniciales, al año y a los dos años fueron 60,5 (RIQ: 37,6-68,7), 50 (RIQ: 37,0-70,6) y 38 (RIQ: 23,7-72,5), respectivamente.
La persistencia global del TAF fue del 81,0% a los 6 meses, 69,0% a los 12 meses y 50,7% a los 24 meses, siendo la mediana de persistencia de 32,1 meses [Intervalo de Confianza95%(IC95%)(8,4-55,8)].
Respecto a la efectividad, se observó que un mayor valor de CVF inicial se traduce en una mayor persistencia (p=0,036; Hazard Ratio (HR)=0,962; [IC95% (0,929-0,998)]). Además, se vio que un mayor valor de DLCO inicial favorece la mayor persistencia (p=0,704; HR=0,976) ;[IC95% (0,976-1,016)]).
El 88,9% del total de pacientes presentó toxicidad. Los pacientes con pirfenidona presentaron la siguiente toxicidad: 57,9%(4/19) digestiva, 31,4% (6/19) cutánea con (5 prurito y 1 fototoxicidad grave), 10,5% (2/19) hepática (1 hepatitis severa y 1 hipertransaminasemia), 21,1% (4/19) pérdida de peso y 10,5% (2/19) insomnio. En pacientes con nintedanib la toxicidad fue: 100% (8/8) digestiva (100% diarrea), 25% (2/8) hepática (100% hipertransaminasemia) y 100% (8/8) pérdida de peso. Un 50% del total de pacientes requirieron trat amiento farmacológico para paliar la toxicidad.
El 29,2%(7/24) de los pacientes continúan con el tratamiento, 58,3%(14/24) suspendieron y 3 pacientes cambiaron el TAF: 2 por toxicidad y empeoramiento y 1 por contraindicación por fibrilación auricular. De estos 3, uno suspendió definitivamente por toxicidad y empeoramiento.

Los motivos de suspensión fueron: 50,0%(7/14) empeoramiento, 21,4%(3/14) toxicidad, 14,3%(2/14) pérdida de seguimiento, 7,1%(1/14) contraindicación y 7,1%(1/14) trasplante.

CONCLUSIONES

En los pacientes que iniciaron tratamiento con valores de CVF y DLCO más bajos se observó una baja persistencia al TAF. Este estudio también refleja que los TAF son fármacos con elevado riesgo de toxicidad capaz de controlarse con tratamiento farmacológico no siendo la causa principal de suspensión del tratamiento. Cabe destacar la toxicidad digestiva y hepática causada por nintedanib.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ÁREAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

1241. ¿ES ADECUADO EL USO DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PREOPERATORIA EN EL PARTO POR CESÁREA?

AUTORES

ROMERO VIAMONTE , SALVENT TAMES , MARTÍN SUÁREZ , ROJO MANTECA

HOSPITAL GENERAL AMBATO. EDUARDO MERA Y BLANCA MARTÍNEZ. INTERNACIONAL

OBJETIVOS

Identificar los posibles problemas asociados a la utilización de Profilaxis Antibiótica Preoperatoria (PAP) en los partos por cesárea y analizar las causas de los mismos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo de las mujeres sometidas a parto por cesárea durante 2018 en un hospital de segundo nivel. Un farmacéutico revisó las historias clínicas analizando las siguientes variables: administración de la PAP, selección, dosis y momento de administración del antibiótico, duración de la terapia, infección del sitio quirúrgico y aparición de reacciones adversas. Los problemas asociados a la utilización de PAP y sus causas se categorizaron según la Classification of Drug-Related Problems (DRP) de la Pharmaceutical Care Network Europe Association (PCN ClassificationV9.1).

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 814 mujeres entre 16 y 48 años (30,87 ± 5,50 años). En 28 pacientes (3,44 %), la duración de la cirugía fue ≥ 4 h y dos pacientes (0,25 %) presentaron pérdidas sanguíneas superior a 1,5 L. Se utilizaron 13 antibióticos diferentes de uso pre y postquirúrgico. Del número total de DRP identificados (1 125), el 26,58 % corresponden al dominio P.1, “Efectividad del tratamiento”, concretamente al subdominio P.1.3 “Síntomas o indicación no tratada” (21,78 %), cuya causa es la no administración de PAP a pesar de estar indicada (C.1.5). El DRP más frecuente, que afectó a toda la población de estudio, fue el del subdominio P.3.1, “Tratamiento farmacológico innecesario”, (72,35 %), causado por la prolongación de la terapia (C.4.2) de 5 a 10 días tras la cirugía. El 3,82 % de los DRP fueron categorizados como problemas potenciales de inefectividad y se debieron a selección o dosis inadecuada, mientras que 11 pacientes desarrollaron infección del sitio quirúrgico habiendo recibido PAP 7 de ellos. El 1,07 % de los DRP identificados estaban relacionados con la seguridad del tratamiento (dominio P2).

Los principales antibióticos relacionados con la aparición de los DRP fueron cefazolina (administrada al 98,07 % de las mujeres que recibieron PAP) y cefalexina (uso postquirúrgico, 71,45 %).

CONCLUSIONES

Se identificaron DRPs en todas las pacientes estudiadas. Los resultados evidencian la necesidad de la participación de un farmacéutico clínico en el diseño e implementación de protocolos que permitan homogeneizar y optimizar el uso de antibióticos en el hospital.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

69. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS ANTIMIGRAÑOSOS EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES

ALMANCHEL RIVADENEYRA M, TOMÁS LUIZ A, ALMANCHEL RIVADENEYRA A, LLOPIS FERNÁNDEZ M, RIVADENEYRA RUIZ AM, SANCHEZ TERUEL F

HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO. AV. FERIA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir la evolución del consumo de fármacos antimigrañosos en una de las Áreas de Salud (AS) de nuestra Comunidad Autónoma respecto a la nacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, realizado durante un periodo total de 10 años (2011-2020) en un AS con una población de 60.828 habitantes en 2020. Se compararon los datos disponibles del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con los del AS para el grupo N02CA (derivados del ergot), N02CC (agonistas selectivos de receptores 5-HT1) y N02CX (otros preparados antimigrañosos). Se calcularon las Dosis Habitante Día anuales (DHD=DDD/1.000 habitantes/día).

RESULTADOS

Durante 2011-2013 el consumo global de antimigrañosos decreció 0,08DHD, tanto en el AS (0,78-0,70DHD), como en España (0,77-0,65DHD). De 2014-2020, el consumo aumentó en ambos casos, 0,68-0,93DHD en el AS (incremento 36,76%) y 0,84-1,24 en España (incremento 47,62%).

N02CA: El consumo en el AS descendió de manera constante de 0,19DHD en 2011 a 0,10DHD en 2014, con un pequeño repunte durante 2015 -2016 (0,13DHD en ambos años), volviendo a descender posteriormente una media de 0,016DHD/año hasta 0,065DHD en 2020. En España, el consumo descendió de manera constante de 0,17DHD en 2011 a 0,067DHD en 2014. Los datos se estabilizaron entre 2015 (0,072DHD) y 2019 (0,078DHD), con un ligero repunte en 2020 (0,087DHD). Desde 2014 sólo se ha consumido ergotamina en asociación en ambos casos.
N02CC: Durante el periodo 2011-2013 en el AS se produjo un ligero descenso en el consumo de este grupo, pasando de 0,57DHD a 0,52DHD, volviendo a una tendencia creciente de 2014 a 2020, con 0,58DHD y 0,87DHD respectivamente. En España, durante el periodo 2011-2020, se produjo un aumento considerable y constante, pasando de 0,61DHD a 1,15DHD. Se observa un incremento más acentuado en el consumo nacional, superando en 0,28DHD el consumo del AS. El consumo por principios activos en el AS, en orden decreciente fue: rizatriptán, zolmitriptán, almotriptán, eletriptán, sumatriptán, frovatriptán y naratriptán. En España, la tendencia fue similar, con dos diferencias importantes: zolmitriptán duplicó el consumo del AS y ocupó el primer lugar, y se consumió más sumatriptán que eletriptán.
N02CX: El consumo en este grupo ha sido bajo en ambos casos. En el AS se alcanzo el valor máximo en el año 2013 (0,003DHD), disminuyendo desde entonces, hasta desaparecer en el año 2016. El consumo nacional obtuvo su cifra máxima en el año 2010 (0,0053DHD), sufriendo un descenso progresivo, hasta dejar de consumirse desde 2018.
Por principios activos, los más consumidos en 2020 en el AS fueron rizatriptán, zolmitriptán, almotriptán, y a diferencia de España, ergotamina en asociación, cuyo lugar lo ocupa sumatriptán.

CONCLUSIONES

El estudio refleja un menor consumo en el AS de N02CA (triptanes), y un mayor consumo de N02CC (ergotamina en asociación) respecto al nacional.
Teniendo en cuenta la eficacia superior y la menor toxicidad de los triptanes, habría que analizar las causas por las que se consumen más ergóticos en el AS, potenciando el trabajo conjunto entre atención primaria y especializada.
Referencias: Tfelt-Hansen P, Saxena PR, Dahlof C, et al. Ergotamine in the acute treatment of migraine: a review and European consensus. Brain.2000;123:9-18.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

71. ESTUDIO DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

AUTORES

VELASCO COSTA J, PEÑALVER GONZALEZ JM, MARTINEZ DE GUZMAN M
HOSPITAL ROMAN ALBERCA. C/ LORCA, 58. MURCIA

OBJETIVOS

Examinar la prevalencia y el riesgo de carga anticolinérgica en los pacientes ingresados definida como efecto acumulativo de tomar uno o más medicamentos con capacidad para desarrollar efectos adversos anticolinérgicos, tanto periféricos (retención urinaria, estreñimiento, secreciones disminuidas, etc.) como centrales (delirio, trastornos cognitivos y funcionales).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal que incluyó a los pacientes psiquiátricos ingresados durante varios meses en nuestro hospital.
Las variables recogidas fueron demográficas (edad, sexo), unidad de hospitalización, nº de fármacos con carga anticolinérgica y su riesgo anticolinérgico según las siguientes escalas: Anticholinergic Drug Scale (ADS), Anticholinergic Risk Scale (ARS), Drug Burden Index (DBI), Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB), Chew's scale (Chew), Anticholinergic Activity Scale (AAS), Anticholinergic Load Scale (ALS), Clinician-Rated Anticholinergic Scale (CrAS) y Duran's scale (Duran).
Las variables se obtuvieron de la historia clínica electrónica, y la carga y el riesgo anticolinérgico (sin riesgo, bajo, medio y alto) se calcularon según las escalas anteriormente citadas, utilizando la herramienta "Anticholinergic Burden Calculator".

RESULTADOS

En el periodo estudiado, 107 pacientes (61% mujeres) con edad media de 44,2 años fueron tratados con fármacos con efectos anticolinérgicos.
El 100% de los pacientes tenía prescrito algún fármaco con carga anticolinérgica. Nº medio de fármacos prescritos con efectos anticolinérgicos: 5
Además, el 34% de los pacientes llevaban prescritos fármacos extra no computados por la herramienta, tales como clotiapina, amisulprida, tiaprida, clometiazol, vortioxetina y lacosamida.
Nº medio fármacos con carga anticolinérgica en la unidad de corta estancia (UCE) fue de 3,6 respecto a 5,7 de la unidad de media estancia (URME) ($p < 0,05$).
La carga anticolinérgica media y el riesgo anticolinérgico que supone este valor en cada escala fue: 4,4 (alto) con ACB; 3,5 (medio) con Chew; 2,3 (medio) con CrAS; 3,1 (medio) con AAS; 2,2 (medio) con ARS; 2,7 (alto) con Duran; 2,8 (alto) con DBI; 5,4 (alto) con ADS; y 1,9 (medio) con ALS.
Dentro de estos fármacos con actividad anticolinérgica, los más pautados fueron benzodiacepinas (86,4%), olanzapina (47,1%), antidepresivos (42,6%) y quetiapina (35,3%).

CONCLUSIONES

Los pacientes psiquiátricos tratados con fármacos con efecto anticolinérgico es muy elevado (100%), siendo estadísticamente mayor en URME que en UCE.
Se necesitarían estudios para determinar cuál de estas escalas sería más útil para aplicar en nuestra población.
Los fármacos con actividad anticolinérgica más prescritos son las benzodiacepinas.

Retirar (progresivamente), sustituir el tratamiento farmacológico (si no puede ser suspendido) o reducir la dosis (dosis mínima eficaz) pueden ser estrategias válidas para disminuir la carga anticolinérgica.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

125. INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN LOS ERRORES DE CONCILIACIÓN MÁS FRECUENTES AL INGRESO DE PACIENTES CRÓNICOS PEDIÁTRICOS

AUTORES
FERNÁNDEZ RUBIO B, ALONSO MORENO M, MOLEÓN RUIZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS
Analizar y cuantificar los errores de conciliación (EC) más frecuentes tras el ingreso de pacientes crónicos pediátricos en un hospital de tercer nivel y describir las intervenciones farmacéuticas realizadas para subsanarlos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio prospectivo, unicéntrico y multidisciplinar llevado a cabo entre febrero de 2020 y abril de 2021. Se incluyeron pacientes de entre 1 y 12 años con patologías previas que ingresaron en el área de pediatría y cuya medicación domiciliaria fue conciliada por un clínico y revisada por un farmacéutico.
Las variables recogidas fueron: sexo, edad, unidad de ingreso, enfermedad de base, número de fármacos en el domicilio, número de discrepancias detectadas en la conciliación por el farmacéutico hospitalario, número de EC (discrepancias no justificadas), grupo ATC de los fármacos implicados en los EC, motivo de los EC, relevancia clínica de los EC, número de intervenciones farmacéuticas realizadas sobre los EC, tipo de intervención farmacéutica y aceptación por parte del clínico de la intervención del farmacéutico.
Los registros se obtuvieron del módulo de prescripción electrónica (ATHOS-Prisma®), de la historia clínica electrónica (Diraya®) y de la receta electrónica (V.5®). Los datos se explotaron utilizando el programa Excel®.

RESULTADOS
Se incluyeron 37 pacientes, 54.1% varones (n=20), mediana de edad de 7.1 años (1.3-11.6). Las principales unidades de ingreso fueron neurología , oncología , pediatría general, nefrología, cirugía y otras unidades pediátricas (16.2%, 16.2%, 13.5%, 13.5%,13.5% y 27.1%respectivamente). Las patologías de base más prevalentes de los pacientes fueron neurológicas (27.0%), oncohematológicas (24.3%), renales (18.1%) y otras (30.6%). La mediana de fármacos en el domicilio fue de 5 fármacos (2-15). Se encontraron discrepancias en la conciliación de 25 pacientes (67.6%), de las que 22 fueron EC (81.5%). Dentro de los EC, los grupos ATC de los fármacos más implicados fueron antiepilépticos, antibacterianos, inmunosupresores, antihistamínicos y otros (18.2%, 13.6%, 13.6%,13.6% y 41.0%, respectivamente). Los motivos de los EC fueron prescripción incompleta (31.8%), omisión de algún medicamento (45.5%) o diferente dosis, vía o frecuencia de administración del medicamento (22.7%). Se consideró que el 45.6% de los EC era probable que causaran un daño o un deterioro clínico moderado al paciente, mientras que un 54.4% era improbable que causaran daño.
El farmacéutico intervino sobre todos los EC, sugiriendo: cambiar dosis (27.3%), modificar la frecuencia de administración (31.8%), completar la orden médica (18.2%) o iniciar el tratamiento farmacológico (22.7%). La intervención farmacéutica fue aceptada por el médico prescriptor en el 90.1% de los casos.

CONCLUSIONES
Los EC de la medicación al ingreso son habituales y pueden dar lugar a daños potenciales en los pacientes, especialmente en la población pediátrica.
La intervención del farmacéutico hospitalario es imprescindible para llevar a cabo una correcta conciliación de la medicación integrado en un equipo multidisciplinar, aumentando de esa forma la seguridad de los pacientes durante el ingreso hospitalario.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

133. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS OPORTUNIDADES DE DESPRESCRIPCIÓN IDENTIFICADAS TRAS LA APLICACIÓN DE DOS HERRAMIENTAS EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

AUTORES
MEJIAS TRUEBA M, SOTILLO SANCHEZ I, RODRÍGUEZ PÉREZ A, RAMOS LUNA P, HERNÁNDEZ QUILES C, NIETO MARTÍN MD
HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO. AV. MANUEL SIUROT,. SEVILLA

OBJETIVOS
Comparar las oportunidades de desprescripción identificadas al aplicar, de manera teórica, los criterios LESS-CHRON y STOPP-Pal sobre una población de pacientes pluripatológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio longitudinal prospectivo en el que se incluyeron pacientes pluripatológicos de consultas externas de Medicina Interna, desde octubre de 2020 a marzo de 2021 en un hospital de tercer nivel.
Se aplicaron, de forma teórica, las dos herramientas tipo criterios de desprescripción previamente mencionadas y se recogieron: variables demográficas (sexo, edad), número de medicamentos crónicos prescritos, cuestionario Pfeiffer, índice Profund y escala Barthel, principales diagnósticos, número y criterios de desprescripción identificados con cada herramienta.

RESULTADOS

Se incluyeron 75 pacientes, 56% hombres (n= 42), con una edad media de 79,7±6,1 años.
En el momento de la revisión, la media de medicamentos activos, de más de tres meses de duración, en receta electrónica era 14,2±3,9.
Caracterización de los pacientes: el cuestionario Pfeiffer obtuvo una mediana de 0 (RIQ:0-2) errores, el índice Profund de 5 (RIQ:2-9) puntos y la escala de Barthel de 77,5 (RIQ:55-90). Eran, por tanto, en su mayoría, pacientes sin deterioro cognitivo, en un grupo de riesgo de mortalidad a 1 año bajo, y con dependencia leve.
En cuanto a los diagnósticos, los más frecuentes fueron: insuficiencia cardíaca ≥ grado II de la NYHA (60%, n=45), enfermedad renal crónica en el 48% (n=36), enfermedad respiratoria crónica, 44% (n=33), anemia crónica por perdidas digestivas o hemopatía adquirida, 39% (n=29) y cardiopatía isquémica, 29% (n=22).
- La herramienta de LESS-CHRON, identificó un total de 177 oportunidades de desprescripción, lo que supone una media de 2,36 oportunidades/paciente mientras que STOPP-Pal identificó un total de 164 oportunidades de desprescripción, media de 2,19 oportunidades/paciente.
Los 5 criterios que presentaron mayor porcentaje de oportunidades de desprescripción y el nºpacientes en los que se aplicaron, fueron:
- LESS-CHRON: benzodiazepinas por insomnio o por ansiedad, ambas con un 20,3% de oportunidades (48% de los pacientes), estatinas en prevención secundaria 11,3% de oportunidades (27% de los pacientes), bloqueantes alfa-adrenérgicos para HBP 9,6% de oportunidades (23% de los pacientes), y alopurinol para la profilaxis de gota el 9% de oportunidades (21% de los pacientes). Estos 5 criterios representan el 70,5% del total.
- STOPP-Pal: inhibidores de la bomba de protones (IBP) 37,8% de oportunidades (83% de los pacientes), hipolipemiantes con un 32,3% de oportunidades (71% de los pacientes), alfa-bloqueantes para la hipertensión y suplementos de calcio, ambos con un 6,7% de oportunidades (15% de los pacientes) y antidiabéticos orales, 4,8% de oportunidades (11% de los pacientes). Dichos criterios constituyen el 88,3% del total.

CONCLUSIONES

Las dos herramientas ofrecen similares oportunidades de desprescripción en pacientes pluripatológicos (177 vs 164). STOPP-Pal parece tener menor potencia en variabilidad de grupos farmacológicos a ser considerados, puesto que el 70% de los casos en que fue aplicado se hizo en prescripciones de hipolipemiantes e IBP. Sin embargo, puede concluirse que se complementan en cuanto a las oportunidades identificadas, permitiendo abarcar un mayor número de situaciones clínicas susceptibles de ser reevaluadas para considerar la desprescripción.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

136. FACTORES ASOCIADOS CON LA FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS CON MULTIMORBILIDAD

AUTORES

GONZÁLEZ BUENO J, SEVILLA SÁNCHEZ D, MOLIST BRUNET N, PUIGORIOL JUVANTENY E, CRUZ GULLÓN M, MUNELL CASADESÚS L, ESPAULELLA PANICOT J, CODINA JANÉ C
CONSORCI HOSPITALARI DE VIC. CARRER DE FRANCESC PLA EL VIGATÀ, 1. BARCELONA

OBJETIVOS

Identificar factores asociados con falta de adherencia terapéutica en pacientes polimedicados con multimorbilidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes ≥65 años, polimedicados (≥5 medicamentos crónicos, definidos por una prescripción ambulatoria de duración ≥3 meses), y con multimorbilidad, que tuvieron un ingreso hospitalario en la unidad de convalecencia de un hospital de atención intermedia durante el periodo 4/2019-2/2020.
Variables independientes (referidas al momento previo al ingreso hospitalario): sexo; edad; número de enfermedades crónicas (según listado de Salisbury et al. 2011); grado de fragilidad (índice Frágil-VIG); estado funcional (índice de Barthel); estado cognitivo (test MMSE); polifarmacia excesiva (≥10 medicamentos); número de medicamentos crónicos; complejidad farmacoterapéutica [Medication Regimen Complexity Index (MRCI)], analizada como variable continua y categórica (leve: < 20 puntos; moderada: ≥20 a < 40 puntos; excesiva: ≥40 puntos); número de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) [según Modelo de Prescripción Centrado en la Persona (PCP), de Espaulella-Panicot et al. 2017]; puntuación en la versión española del cuestionario Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS-e), analizado globalmente como variable continua (ARMS-e cuantitativo), categórica (ARMS dicotómico; paciente adherente: 12 puntos; no adherente > 12–48 puntos) y a través de cada uno de los 12 ítems que la componen (adherente: 1 punto; no adherente: > 1 a 3 puntos).
Variable dependiente: Pacientes no adherentes, definidos por una tasa de recogida de medicación ambulatoria [Proporción de Días Cubiertos (PDC)] < 80% para alguno de sus medicamentos crónicos durante los seis meses previos al ingreso hospitalario (Pednekar et al. 2017).
Análisis estadístico (SPSS Version 27.0): Regresión logística multivariable para identificar variables asociadas con una falta de adherencia terapéutica (variable dependiente). El modelo multivariable se realizó mediante un análisis de regresión por pasos, incluyéndose aquellas variables que en los análisis univariantes mostraron un valor P < 0.05.

RESULTADOS

Se incluyeron 93 pacientes, edad media: 83,0 (DE: 6.1) años, 61 (66%) mujeres, fragilidad media 0,28 (DE: 0,11), mediana de enfermedades crónicas 7 (RIQ: 4-12). El 37,6% (n=35) mostró polifarmacia excesiva, siendo 8,8 (DE: 2,8) el número medio de medicamentos crónicos). El 77,9% (n=72) de los pacientes se consideró no adherente por presentar una PDC < 80% para alguno de sus medicamentos crónicos.

Las variables asociadas con una falta de adherencia terapéutica fueron las siguientes:
• Análisis univariante: Polifarmacia excesiva (OR: 4,06; IC95% 1,09-15,15); número de medicamentos crónicos (OR: 1,46; IC95% 1,13-1,89); complejidad farmacoterapéutica (OR: 1,07; IC95% 1,01-1,14); complejidad farmacoterapéutica moderada (OR: 5,94; IC95% 1,73-20,32) y excesiva (OR: 2,54; IC95% 0,48-13,60); presencia de ≥3PPI (OR: 4,53; IC95% 1,22-16,9); ARMS-e cuantitativo (OR: 1,38; IC95% 1,13-1,67); ARMS-e dicotómico (OR: 9,82; IC95% 3,17-30,42); ítem 2 del cuestionario ARMS-e (OR: 2,75; IC95% 1,47-5,13) e ítem 6 (OR: 3,16; IC95% 1,42-7,00).
• Análisis multivariante: ARMS-e dicotómico (OR: 8,99; IC95% 2,80-28,84); presencia de ≥3PPI (OR: 3,90; IC95% 0,95-15,99).

CONCLUSIONES

La falta de adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional. Su abordaje podría contemplar el empleo del cuestionario ARMS-e para el cribado de pacientes no adherentes y, de un modelo de prescripción efectiva para la disminución de la carga terapéutica y la prescripción inadecuada.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

166. PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN A MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INADECUADOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA. ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO.

AUTORES

DEL RÍO SAN CRISTÓBAL R, ZARAGOZA GONZALEZ M, RIOS AGUDO A
CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA. AVENIDA TRES CRUCES 2. VALENCIA

OBJETIVOS

Objetivo principal: conocer la prevalencia de exposición a medicamentos potencialmente inadecuados (MPI) en pacientes ≥65 años en un hospital de tercer nivel.
Objetivos secundarios: describir los MPI presentes en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) del hospital, describir los MPI prescritos en pacientes ≥65 años durante su estancia hospitalaria, describir los servicios médicos responsables de dichas prescripciones y describir las características demográficas de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron los pacientes ingresados en el hospital durante el año 2019 con edad ≥65 años. Se excluyeron pacientes ingresados en unidades asistenciales sin sistemas de prescripción electrónica y pacientes ingresados durante un periodo de tiempo < 24h. En una primera fase se describieron los MPI presentes en la GTF en base a la EU-(7)-PIM-LIST. En una segunda fase se obtuvo el número total de ingresos de pacientes con edad ≥65 años, clasificados por servicio médico responsable. Se obtuvo también el registro de todos los MPI pautados en pacientes con edad ≥65 años ingresados durante el periodo de estudio. Por cada MPI registrado se recogieron: número de episodio correspondiente a cada ingreso, edad y sexo de los pacientes, motivo de ingreso, servicio responsable, fechas de ingreso y alta, código ATC y código interno del MPI, dosis, frecuencia de administración y duración del tratamiento. En una tercera fase se cribaron los registros obtenidos según los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos y se realizó el análisis estadístico de los datos mediante STATA.15.

RESULTADOS

De los 282 principios activos que forman la EU-(7)-PIM-LIST, 135 estaban incluidos en la GFT. Se revisaron un total de 37002 prescripciones de MPI. Tras aplicar los criterios de exclusión resultaron 16308 prescripciones, correspondientes a 7330 pacientes. La prevalencia de exposición a MPI de pacientes ≥65 años fue de 67,88%. La distribución respecto al sexo fue 51.23% hombres y 48.77% mujeres. La edad media de los pacientes fue 78.87 años (SD=8.14). Los principios activos clasificados como MPI más frecuentes fueron metoclopramida (A03FA01) (19.17%), tramadol (N02AX02) (14.16%), doxazosina (C02CA04) (5.43%), acenocumarol (B01AA07) (5.40%) y alprazolam (N05BA12) (5.03%). Por grupos terapéuticos, los más frecuentemente hallados fueron: agentes propulsivos (A03F) (19.81%), analgésicos opioides (N02A) (14.85%), ansiolíticos (N05B) (9.52%) y antitrombóticos (B01A) (9.43%). Medicina Interna fue el servicio con mayor número de episodios registrados (26,08%), seguido de Cirugía Ortopédica y Traumatología (12,86%).

CONCLUSIONES

Basándonos en la clasificación de la EU-(7)-PIM-LIST, la prevalencia de exposición a MPI hallada en nuestra población (67,88%) fue concordante con la literatura disponible. El uso de herramientas para la detección de MPI como la EU-(7)-PIM-LIST y su aplicación en protocolos de validación farmacéutica puede ser de utilidad a la hora de optimizar el tratamiento de pacientes de edad avanzada. Sin embargo, en absoluto puede sustituir el criterio clínico en cada caso particular. El presente estudio pone de manifiesto la necesidad de la integración del farmacéutico hospitalario en equipos multidisciplinares de atención especializada a pacientes de edad avanzada, con el objetivo de evitar el uso de MPI durante la estancia hospitalaria y en la conciliación al alta.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

172. CIRCUITO ASISTENCIAL PARA LA DESPRESCRIPCIÓN Y ADECUACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES GERIÁTRICOS POLIMEDICADOS.

AUTORES

CORTÉS SÁNCHEZ CJ, RICOY SANZ I, MARTÍNEZ ALBALADEJO P, MARTÍNEZ REIG M, SÁNCHEZ GÓNZALEZ JL, CAMPILLOS ALONSO P, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERISTIARIO DR. PESET. AVDA. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS
Implantar un circuito asistencial entre el Servicio de Farmacia (SF) y el de Medicina Interna (MIN) de un hospital terciario para proporcionar Atención farmacéutica (AF), centrada en adecuación farmacoterapéutica y desprescripción, en pacientes geriátricos polimedicados en seguimiento desde Consultas Externas.

MEJORAS ESPERADAS
Optimización del tratamiento farmacológico: mediante reducción del número de fármacos prescritos y de la complejidad terapéutica, mejorando la adherencia y los problemas de salud relacionados con el medicamento (PRM). Esto conllevará una disminución de reconsultas en los servicios de urgencias y reingresos en el hospital.

DISEÑO
Se presenta un modelo asistencial interdisciplinar, con la participación del farmacéutico hospitalario (FH) y la especialista en geriatría del MIN, donde la comunicación interprofesional se realiza a través de una interconsulta (IC), centrado en pacientes geriátricos polimedicados (número de fármacos ≥5) que cumplan alguna de las siguientes características: sospecha de RAM, interacción o duplicidad terapéutica y/o alteración analítica (iónica, hepática o renal). La IC se responde aplicando instrumentos disponibles de adecuación, identificación de problemas de salud relacionados con el medicamento y criterios de desprescripción, para finalmente registrar en la historia clínica electrónica (HCE) las recomendaciones individualizadas.

CIRCUITO Y ETAPAS
A) Identificación de pacientes e IC a SF -- > Geriatra.
B) Informe farmacoterapéutico -- > FH. Consta de los siguientes apartados:
1. Identificación y clasificación del paciente en base a conocer áreas problema, la valoración geriátrica integral (capacidad funcional: índice de Barthel, situación cognitiva: MEC-LOBO y fragilidad: FRAIL) y constantes del paciente.
2. Valoración farmacoterapéutica integral (VFI), incluyendo:
• Adecuación farmacoterapéutica: concordancia indicación-tratamiento
• Identificación de problemas potenciales o reales de:
o Efectividad (cumplimiento de objetivos terapéuticos).
o Seguridad (PRM-RAM, interacciones y carga anticolinérgica medida según Drug Burden Index DBI)
o Adherencia (medida por registro de dispensaciones, entrevista clínica y cuestionario Adherence to Refill and Medication Scale ARMS-e)
• Aplicación de criterios de desprescripción (BEERS, STOPP/START, LESS-CHRON)
3. Recomendaciones sobre optimización del plan farmacoterapéutico y de plan de monitorización.
C) Seguimiento/monitorización de los cambios realizados (3-6-12 meses) → FH+Geriatra

IMPLANTACIÓN
El diseño del modelo asistencial se desarrolló durante el mes de noviembre y diciembre 2020. Actualmente el proyecto se encuentra en la etapa de implantación.

RESULTADOS
Se ha consensuado entre los profesionales participantes (FH-geriatra): los criterios de derivación e IC, un modelo de informe de VFI y unas herramientas para la valoración de la adecuación, desprescripción y detección de potenciales PRM, así como, el informe de recomendaciones para el facultativo prescriptor.
El estudio se encuentra en sus primeros pasos, con una muestra de pacientes incluidos todavía insuficiente y en continua mejora del circuito.

LIMITACIONES
• Selección de pacientes: dificultades para la selección de pacientes a partir de la HCE.
• Continuidad asistencial: con el fin de integrar el modelo entre niveles asistenciales se requiere incorporar otros especialistas del área de atención primaria así como de los servicios de urgencias.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Proyecto aplicable a otros SF con buena comunicación con servicios como la unidad de geriatría o urgencias, y que estén formados o interesados en aspectos de cronicidad, desprescripción o continuidad asistencial de los pacientes que son atendidos en el hospital.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

173. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A PERSONAS CON DIFICULTADES DE DEGLUCIÓN: ¿UN PROBLEMA MAYOR DE LO ESPERADO?

AUTORES
ROS BERNAOLA G, GUTIÉRREZ-CABELLO LÓPEZ-LINARES J, CALVO PITA C, HERNÁNDEZ SANZ MJ, SOLA MATEOS A, URIGÜEN CALZADA M
SERVICIO DE FARMACIA SOCIOSANITARIO. AVDA BARAÑAIN 14, BAJO. NAVARRA

OBJETIVOS
Revisar los planes farmacoterapéuticos de todas las personas institucionalizadas en 3 residencias dependientes de un servicio de farmacia de un centro sociosanitario que presentan dificultades de deglución, analizar la aceptación de las recomendaciones realizadas para solventar estas dificultades y estudiar qué medicamentos requieren ser modificados con mayor frecuencia.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se solicitó a las residencias, 1 de discapacidad intelectual y 2 geriátricas, un listado actualizado de todas las personas a las que se les trituraba total o parcialmente la medicación. Posteriormente, se revisaron todos sus planes farmacoterapéuticos de forma individualizada y se identificaron aquellos medicamentos que: 1) no se pueden manipular (abrir o triturar), 2) aquellos que se recomienda sustituir por formas farmacéuticas líquidas y adoptar medidas de protección por el riesgo de manipulación y 3) aquellos en los que hay que tomar medidas de protección individual por ser peligrosos sin alternativa disponible. La información recogida se envió desde el servicio de farmacia al médico responsable de cada paciente, para que pudiese revisar las prescripciones.

RESULTADOS
Entre las 292 personas institucionalizadas en las residencias mencionadas, 41, el 14,0%, presentaban alguna dificultad para deglutir los medicamentos prescritos.
De estos 41 residentes, el 61,0% eran mujeres, con una edad media de 83,6 años [55-100].
En total, se identificaron 28 prescripciones de medicamentos que no se pueden manipular, 6 de medicamentos que se recomienda sustituir por formas farmacéuticas líquidas y tomar medidas de protección por el riesgo de manipulación y 8 en los que no hay alternativa y se debe proteger al manipulador. Esto supone un 15,3% de los 274 fármacos que tenían prescritos estas personas con problemas de deglucón. Las 42 prescripciones incluían 24 medicamentos diferentes, siendo los principios activos más prevalentes el hierro de liberación prolongada (7/42), el omeprazol (6/42) y el acenocumarol (6/42).
De los 34 cambios de medicamento o forma farmacéutica propuestos, se llevaron a cabo 27, se sustituyó el medicamento en 22 casos y se retiró en 5. De los 7 casos no modificados, 4 habían sido propuestas de cambio por formas farmacéuticas líquidas para reducir el riesgo de manipulación.

CONCLUSIONES
Las dificultades para deglutir los medicamentos son un problema prevalente entre las personas que viven en residencias geriátricas y de discapacidad. Las recomendaciones realizadas para solventar estas dificultades tienen una amplia aceptación entre los profesionales médicos de las mismas. Centrándonos en la sustitución o suspensión de unos pocos medicamentos, se podrían solucionar casi la mitad de estos problemas.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

185. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS: ¿BIEN ACEPTADAS POR LOS PROFESIONALES?

AUTORES
CALVO PITA C, ROS BERNAOLA G, SOLA MATEOS A, URIGÜEN CALZADA M, HERNÁNDEZ SANZ MJ, ROJAS RODRÍGUEZ I
SERVICIO DE FARMACIA SOCIOSANITARIO DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA. AVENIDA DE BARAÑÁIN 14, BAJO. NAVARRA

OBJETIVOS
Describir las intervenciones farmacéuticas de un servicio de farmacia sociosanitario (SFSS) y valorar el grado de aceptación de las mismas por parte de los profesionales de los centros sociosanitarios (CSS) a los que presta atención farmacéutica.

MATERIALES Y MÉTODOS
El SFSS presta atención farmacéutica a 4 CSS, 2 de mayores y 2 de discapacidad intelectual, que en total suman 370 plazas residenciales.
Durante 14 meses (02/2020 a 04/2021) se registraron la situación que motivó la intervención farmacéutica, las características de la intervención, las características de los pacientes sobre los que se intervino y la aceptación por parte de los médicos y enfermeras de los CSS.

RESULTADOS
En total se registraron 231 intervenciones a 136 pacientes diferentes (el 36,7% del censo de pacientes). El 79,2% de las intervenciones fueron dirigidas a pacientes residentes en los CSS de mayores y el 20,8% a los de CSS de discapacidad intelectual.
La edad media de los pacientes sobre los que se realizaron las intervenciones era de 73 años [12-99], el 47,6% eran mujeres y el 62,3% presentaban un GMA (estratificación por Grupos de Morbilidad Ajustados) de 4 o 5.
Las situaciones que motivaron la intervención farmacéutica fueron las siguientes: error de medicación (41,1%), reacción adversa confirmada o potencial (13,9%), adecuación a la Guía Farmacoterapéutica (12,6%), adaptación de la forma farmacéutica (11,7%), ausencia de un medicamento necesario por la situación clínica del paciente (7,8%), prescripción de medicamento no necesario (6,9%) y necesidad de ajuste de dosis por peso/edad/función renal (6%).
Estas situaciones fueron detectadas durante la validación de las prescripciones (53,7%), durante la conciliación del tratamiento en las transiciones asistenciales (21,6%), durante revisiones oportunistas del tratamiento del paciente (18,2%) o a resultas de la consulta de un profesional de CSS (6,5%).
Las intervenciones propuestas fueron las siguientes: sustitución del medicamento (36,4%), cambio de dosis (18,6%), suspensión del medicamento (17,7%), cambio de posología (7,8%), inicio de tratamiento con un nuevo medicamento (7,4%), modificación de la duración del tratamiento (5,2%), asesoría a los profesionales de los CSS aportando información farmacoterapéutica (4,8%) y monitorización del tratamiento (2,1%). Los grupos terapéuticos ATC con más medicamentos implicados en las intervenciones fueron el N-sistema nervioso (29,9%) y el A-tracto alimentario y metabolismo (20,8%).
Los receptores de la propuesta fueron los médicos (86,1%), las enfermeras (10,8%) o ambos (3%). La vía de comunicación

empleada para comunicarse con estos profesionales fue el teléfono (67,5%), el correo electrónico (17,3%) o ambos (15,2%).
Se aceptaron 204 intervenciones de las 231 que se habían propuesto, lo que supone un grado de aceptación por parte de los profesionales del 88,3%.

CONCLUSIONES
La mayoría de intervenciones fueron motivadas por errores de medicación y se realizaron en el momento de la validación, obligando en la mayor parte de las situaciones a la sustitución del medicamento. La mitad se realizaron sobre medicamentos de 2 grupos terapéuticos ATC.
El grado de aceptación de las intervenciones por parte de los profesionales de los CSS fue alto, implicando mayoritariamente a los médicos.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

193. RELACIÓN ENTRE XEROSTOMÍA Y/O XEROFTALMIA Y FÁRMACOS CON ACTIVIDAD ANTICOLINÉRGICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTORES
PRADO MEL E, VILLALBA MORENO Á, RODRÍGUEZ RAMALLO H, CIUDAD GUTIÉRREZ P, SANTOS RAMOS B, FIDALGO SÁNCHEZ S
HOSPITAL UNIVERSITARIO VÍRGEN DEL ROCÍO. AVDA MANUEL SIUROT. SEVILLA

OBJETIVOS
El objetivo de este trabajo es recoger la evidencia publicada que mida la asociación entre la carga anticolinérgica o el uso de fármacos anticolinérgicos y la presencia de xerostomía y/o xeroftalmia.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en MEDLINE y EMBASE y CINHALH hasta diciembre 2020, usando los siguientes términos: elderly, aged 80 and over, anticholinergic drugs, anticholinergic burden, xerophthalmia, dry eye, dryness mouth, xerostomía, hyposalivation, dry mouth. Se seleccionaron ensayos clínicos y estudios observacionales. Se recogieron las siguientes variables: número de pacientes, escalas anticolinérgicas usadas para estimar la exposición a fármacos anticolinérgicos y duración del estudio. Se revisó la asociación estadísticamente significativa entre carga anticolinérgica o uso de fármacos anticolinérgicos y xeroftalmia y/o xerostomía.

RESULTADOS
Se incluyeron 10 artículos, con un total de 3.435 pacientes. Seis fueron estudios transversales, 2 estudios de cohortes, 1 ensayo clínico randomizado y 1 estudio de casos y controles. La media de duración de los estudios fue de 7,2 meses, (2-10 meses).
6/10 estudios usaban escalas anticolinérgicas: Anticholinergic Drug Scale (4/6 estudios), Anticholinergic Risk Scale (3/6), Anticholinergic Drug Burden (1/6) y DBI index (1/6). 4/10 estudios correlacionaban el uso de fármacos anticolinérgicos con la xerostomía y/o xeroftalmia. 4/6 estudios encontraron asociación estadísticamente significativa entre la xerostomía y la carga anticolinérgica, mientras que 2/6 estudios encontraron relación significativa entre la carga anticolinérgica y la xeroftalmia. Por otra parte, los 4 estudios que medían xerostomía y el uso de fármacos anticolinérgicos, encontraron asociación estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES
Existe asociación entre la presencia de xerostomía en pacientes que presentan carga anticolinérgica, o que usan fármacos anticolinérgicos, con respecto a aquellos pacientes que no presentan carga anticolinérgica o no usan fármacos con actividad anticolinérgica. La medida de la carga anticolinergica puede ser útil para predecir la xerostomía en pacientes que tomen fármacos anticolinérgicos. No se ha podido observar esta relación con la xeroftalmia. Serían necesarios mas estudios para poder corroborar estas conclusiones.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

195. TENDENCIAS EN EL USO DE ESTATINAS EN MAYORES DE 75 AÑOS ¿NOS HEMOS ADAPTADO A LAS ÚLTIMAS RECOMENDACIONES?

AUTORES
ALONSO CASTAÑÉ MD, CORRAL ALAEJOS A, FERNANDEZ CAÑABATE S, JIMENEZ CASAUS J, GODA MONTIJANO G, PAREDES BERNALDO QUIROS ML, GIL NAVARRO I, GIL VALIÑO C
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVDA DE REQUEJO,35. ZAMORA

OBJETIVOS
La prescripción de estatinas en ancianos siempre ha sido un tema controvertido, las últimas publicaciones recomiendan utilizar estatinas de intensidad moderada en prevención secundaria, así como valorar la necesidad individual en prevención primaria optando por la deprescripción en la mayoría de los casos. Nuestro objetivo fue analizar la prescripción y los parámetros analíticos de la terapia con estatinas en mayores de 75 años, así como determinar su adaptación a las últimas publicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio transversal, analítico descriptivo en el que se analizó la prescripción de estatinas de los pacientes que ingresaron de forma consecutiva durante un mes en un hospital de segundo nivel. Como fuente de datos se utilizó el programa de gestión farmacoterapéutica y la historia clínica electrónica. Se recopilaron: sexo, edad, tipo de estatina, adherencia,

lipoproteínas de baja densidad (LDL), colesterol total (CT), lipoproteínas de alta densidad (HDL) e indicación (prevención primaria o secundaria). Se realizó una revisión bibliográfica de la última evidencia disponible. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba U Mann-Whitney para comparar las medias con distribución no paramétrica.

RESULTADOS

De los 232 pacientes que ingresaron con estatina crónica, se excluyeron 102 por ser < 75 años o carecer de datos analíticos en los últimos 5 años. La edad media fue de 83.2(standard deviation (SD) 4.8), siendo el 56.2%(n=73) hombres. El 63.1%(n=82) tenía prescrita una estatina en prevención primaria. Atorvastatina fue la más prescrita (78.5%(n=102)), seguida de simvastatina (considerada la más eficiente). Un 38.5%(n=50) tenía pautada atorvastatina 40-80mg (alta intensidad), 14.6%(n=19) simvastatina 20-40mg, 40%(n=52) atorvastatina 10-30mg (ambas de moderada intensidad) y 6.9%(n=9) simvastatina 10mg (baja intensidad) sin encontrar diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) entre las distintas intensidades de estatinas en la reducción de LDL y CT pero sí en el aumento de los niveles de HDL con las estatinas de alta-moderada intensidad (p=0.002). 73(56,1%) pacientes recibían una estatina de alta y moderada intensidad en prevención primaria. La adherencia media fue 93.1% (SD 13.9) sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p > 0.05$). Los valores medios de los datos analíticos fueron: LDL 74.6 mg/dl (SD 33.8), HDL 49.4 mg/dl (SD 16.6), CT 147 mg/dl (SD 42.1), las mujeres presentaban mayores niveles de LDL (p=0.004) y CT (p=0.01) que los hombres con diferencias estadísticamente significativas. El 80%(n=104) presentaba una cifra de LDL inferior a 100 mg/dl (objetivo en pacientes de alto riesgo cardiovascular < 65 años). Un 17.7%(n=23) presentó una cifra de CT por debajo del rango normal (110-200 mg/dl) y sólo un 9.2%(n=12) por encima de 200. 11(8,5%) pacientes presentaron un evento cardiovascular a pesar de tomar estatinas de forma crónica.

CONCLUSIONES

La prescripción de estatinas en ancianos no se adapta a las últimas recomendaciones, por lo que los farmacéuticos hospitalarios tenemos la oportunidad de fomentar su uso adecuado en este grupo de población. Se necesitan estudios que incluyan a mayores de 75 años y se determinen niveles analíticos adecuados para ellos, ya que la hipocolesterolemia en ancianos se ha asociado con una mayor mortalidad y las tablas de Riesgo Cardiovascular incluyen sólo pacientes < 65 años.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

201. COMPLEJIDAD DE LOS PACIENTES E IMPACTO DE LA REVISIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN EL INGRESO EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

AUTORES

RUIZ BOY S, SOCORO YUSTE N, AMOROS REBOREDO P, SOY MUNER D

HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA. CALLE VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

La revisión de la medicación puede ayudar a disminuir las prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI).
Los objetivos del estudio son: (i) describir el perfil de complejidad de los pacientes que ingresan en un hospital de atención intermedia (HAI); (ii) analizar las PPI y (iii) observar si la intervención farmacéutica mejora la adecuación farmacológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de recogida de datos. Se revisaron el nivel de complejidad (alta si paciente Crónico Complejo o con Enfermedad Crónica Avanzada), los datos clínicos, demográficos y farmacológicos de los pacientes que ingresaron a un HAI durante un mes. La medicación al ingreso había sido conciliada según la práctica clínica habitual. Posteriormente, un farmacéutico clínico realizó una revisión farmacoterapéutica exhaustiva. Se analizaron las comorbilidades de los pacientes, el plan terapéutico, la polifarmacia, los fármacos de alto riesgo en pacientes crónicos y la carga anticolinérgica (con la herramienta anticholinergicsales.es). Los PPI se clasificaron según la American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), identificando además los criterios Screening Tool of Older Persons Potencially Inappropriate Prescripcions-Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment (STOPP-START) y, en pacientes paliativos, también los STOPP-pal. Durante el ingreso, las PPI halladas se informaron y discutieron con el prescriptor. Se usó la herramienta Medication Appropriateness Index (MAI) para observar el grado de adecuación del plan de medicación pre y post intervención farmacéutica.

RESULTADOS

Se revisaron 116 pacientes (72,6% mujeres, 85,2 años). El 47,4% eran de alta complejidad, proviniendo el 84,5% de un hospital de agudos. La mediana de comorbilidades era de 5, siendo hipertensión y dislipemia las principales. El 89,7% de los pacientes tomaban > 4 fármacos, y un 37,9% ≥10. Un 92,2% de los pacientes tomaban ≥1 fármaco de alto riesgo para pacientes crónicos, con una carga colinérgica media-moderada.
Se registraron un total de 438 PPI, respecto de los 364 identificados (83,1%) durante práctica clínica habitual, principalmente: (i) medicación prescrita inapropiadamente para una condición en particular; (ii) condición para la cual ningún fármaco se ha prescrito y (iii) medicación sin indicación asociada. Un 81,9% de los pacientes presentaba ≥1 criterio STOPP y un 48,3% ≥1 criterio START. Las familias de fármacos prescritas sin una indicación clara fueron principalmente Inhibidores de Bombas de Protones (IBP), estatinas y antiagregantes. Respecto a los criterios STOPP, los fármacos más destacados, exceptuando los del apartado anterior, fueron benzodiacepinas, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina con hiponatremia existente y fármacos anticolinérgicos en demencia. Los criterios STOPP-pal predominantes fueron los IBP y los esteroides orales de larga duración. Los criterios START dominantes fueron la necesidad de tratamiento o de prevención de osteoporosis, así como prescripción de antidepresivos en pacientes con síntomas claros.

La media del índice MAI antes de las intervenciones farmacéuticas realizadas era de 4,12. Con una aceptación del prescriptor de un 69,4% de los cambios sugeridos, dicho índice mejoró (1,89).

CONCLUSIONES

Los pacientes que ingresan en HAI tienen una alta complejidad farmacológica y una alta proporción de PPI. La revisión del tratamiento por parte de un farmacéutico clínico puede ayudar a adecuar la prescripción farmacológica en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

237. RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE COMPLEJIDAD TERAPÉUTICA Y LOS REINGRESOS EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

DÍAZ DÍAZ CL, FERRER MACHIN A, PLASENCIA GARCÍA I, BETANCOR GARCÍA T, JOY CARMONA P, GONZÁLEZ GARCÍA I, ÁLVAREZ TOSCO KI, MERINO ALONSO FJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CARRETERA ROSARIO N.145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Evaluar el número de reingresos asociados al Índice de Complejidad Terapéutica adaptado al español (MRCI-E) en pacientes trasplantados de hígado en un hospital de referencia para el Trasplante Hepático Ortotópico (THO).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el que se incluyen pacientes que recibieron el alta hospitalaria tras un THO desde el año 2014 a 2018. Estos pacientes recibieron información verbal y escrita referente a su tratamiento por parte del farmacéutico hospitalario en el momento del alta.

Se recogen los siguientes datos de la historia clínica electrónica: sexo, edad, fecha de trasplante, diagnóstico, medicación al alta, reingresos posteriores al trasplante hasta diciembre de 2020.

Mediante la elaboración de una calculadora digital en hoja de cálculo se ha calculado el MRCI-E teniendo en cuenta la medicación en el informe de alta.

Fueron excluidos aquellos pacientes que fallecieron antes del alta hospitalaria y los que se les ha realizado seguimiento en sus respectivos hospitales por lo que no disponemos de datos sobre reingresos hospitalarios.

Se realizó un análisis descriptivo: media±desviación estándar(DE) o mediana y recorrido intercuartílico [P25-P75] para las variables numéricas.

Para valorar la condición de normalidad: la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se realizó un análisis bivariante para comparar el MRCI con los reingresos, en el contraste de hipótesis se aplicó el test T-Student.

RESULTADOS

Se han incluido 190 pacientes, de ellos son válidos 101. La edad media fue 54,5 años y el 75% eran hombres.

El valor medio MRCI-E fue 49 ± 9,65, sólo el 6% de los pacientes presentó un valor de MRCI-E < 35 y el 50,5% presentó un valor de MRCI-E > 50.

Se observó una media de 4 reingresos por paciente. El 57,4% de los pacientes tuvo al menos, un reingreso por disfunción del injerto, el 73% tuvo reingresos por complicaciones asociadas al trasplante y el 50% reingresó por causas ajenas al trasplante.

No se encontraron diferencias en el valor medio de MRCI-E en los pacientes con disfunción del injerto (47,9±10) y los pacientes sin disfunción del injerto (50,2±8,8), diferencia de medias (d.m.): -2,3(IC del 95%, -6 a 2), t=-1,16, p=0,247.

Tampoco hubo diferencias en el valor medio de MRCI-E en los pacientes con complicaciones asociadas al trasplante (48±9,5) y los pacientes sin reingresos por complicaciones (51,1±9,7), d.m. 3,04(IC del 95%, -1 a 7), t=1,43, p=0,157.

Se encontraron diferencias en el valor medio de MRCI-E en los pacientes con reingresos por otras causas (51±7,8) y los pacientes sin reingresos por otras causas (46,8±10,9). d.m. -4,3(IC del 95%, -8 a -0.5), t=2,26, p=0,026.

CONCLUSIONES

Los pacientes trasplantados tienen tratamientos de alta complejidad, lo que puede condicionar la eficacia terapéutica/profiláctica y la seguridad, aumentando la tasa de reingresos.

En nuestro estudio no se han relacionado de forma estadísticamente significativa los reingresos por disfunción del injerto ni por complicaciones asociadas al trasplante con altos MRCI-E, pero sí con otras causas de reingreso. Esto explica la multimorbilidad de estos pacientes y la importancia de valorar el MRCI-E para hacer un adecuado seguimiento tras el alta.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

252. MEDICAMENTOS PRIORITARIOS EN LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO

AUTORES

BILBAO GÓMEZ-MARTINO C, NIETO SÁNCHEZ Á, SANTIAGO PÉREZ A, PACHECO RAMOS P, SOBRINO JIMÉNEZ C, BENEDÍ GONZÁLEZ J, HERRERO AMBROSIO A, ARIAS FERNÁNDEZ ML

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. PASEO CASTELLANA 261. MADRID

OBJETIVOS

Identificar los medicamentos crónicos del tratamiento habitual de los pacientes que están implicados con mayor frecuencia en errores de conciliación (EC) al ingreso hospitalario, así como determinar las posibles características de éstos que pueden estar relacionadas con un mayor riesgo de aparición de EC al ingreso en unidades de hospitalización.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional que analizó los EC detectados durante 6 meses por un farmacéutico integrado dentro del equipo multidisciplinar en unidades de hospitalización de Medicina Interna, Geriatría y Oncología de un hospital de tercer nivel. La inclusión de pacientes fue prospectiva y por oportunidad, priorizando aquellos pacientes con perfiles de mayor riesgo de EC (polimedicados, pluripatológicos, edad > 80años). Los EC se clasificaron transversalmente en base al Consenso SEFH de 2009 y la escala de gravedad del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, y se analizó el riesgo de aparición de EC en base a los medicamentos que componían cada tratamiento habitual conciliado mediante un modelo de regresión logística.

RESULTADOS

El estudio incluyó 148 pacientes adultos, 51% mujeres, con media de edad 78 años. El farmacéutico concilió 1169 medicamentos crónicos, detectando 303 EC en ellos (18%), y 113 pacientes (76%) presentaron al menos un EC. La omisión fue el EC más frecuente (56%) y 17% de los EC tuvieron una gravedad relevante (gravedad D o superior).
Los medicamentos que más frecuentemente se vieron implicados en los EC fueron de los grupos terapéuticos N, A y C, y los subgrupos N05 (antipsicóticos, ansiolíticos e hipnóticos), N06 (antidepresivos y psicoestimulantes) y A02 (antiácidos y antiulcerosos).
Sin embargo, en términos relativos, los medicamentos con mayor porcentaje relativo de EC fueron de los grupos S (%relEC=83%), R (%relEC=39%) y N (%relEC=34%), y de los subgrupos S01 (medicamentos oftalmológicos) (%relEC=83%) y N06 (%relEC=39%).
Las características de los medicamentos que se relacionaron con mayor riesgo de EC fueron la vía de administración oftálmica [OR=16,8 (IC95%:5,8-49;p < 0,001)] y la posología diaria repartida en dos o más administraciones [OR=1,4 (IC95%:1,1-1,9;p=0,022)]. Ser medicamento de alto riesgo fue un factor protector de EC [OR=0,4 (IC95%:0,3-0,7;p=0,001)].
Los medicamentos más implicados en EC de gravedad D o superior, fueron del grupo N. Los subgrupos con más EC de gravedad D fueron N06 y S01, y con más EC de gravedad E fueron N02 (analgésicos) y N05. La vía de administración oftálmica también resultó ser un factor de riesgo de EC grave [OR=9,4 (IC95%:4,3-20,6;p < 0,001)].

CONCLUSIONES

Los medicamentos más asociados a EC son los oftalmológicos, la terapia respiratoria y los medicamentos del sistema nervioso. La vía de administración oftálmica y la posología en dos o más administraciones diarias, se asociaron a un incremento significativo del riesgo de presentar EC al ingreso hospitalario respecto a otras características de los medicamentos habituales.
Este trabajo es pionero en analizar el riesgo de EC desde la perspectiva del medicamento conciliado. Los resultados, a falta de nuevos estudios, nos ofrecen una oportunidad para la creación de estrategias innovadoras de priorización de la Conciliación de la Medicación y para la mejora de herramientas informáticas de detección y prevención de EC.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

258. DEPRESCRIPCIÓN MEDIANTE CRITERIOS STOPPFRAIL EN PACIENTES CON FRAGILIDAD Y ENFERMEDAD CRÓNICA U ONCOLÓGICA AVANZADA INGRESADOS EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO

AUTORES

HERNANDEZ MARTIN J, COMPAIRED TURLÁN V, JOFRÉ PERALTA A, CASTRO VILELA ME, MARTÍNEZ FABRE D, CASTELLOTE GONZALEZ I
HOSPITAL SAN JOSE. AVDA/ZARAGOZA 16. TERUEL

OBJETIVOS

En nuestro hospital los pacientes se estratifican mediante niveles de intervención terapéutica para facilitar la toma de decisiones y manejar la complejidad según una valoración multidimensional que tiene en cuenta el pronóstico de la enfermedad, la comorbilidad, funcionalidad, dependencia, fragilidad y autonomía. En los pacientes con nivel de intervención terapéutica C (pacientes con fragilidad y enfermedad crónica u oncológica avanzada) está recomendado aplicar criterios de deprescripción y limitar los tratamientos preventivos.
El objetivo de este estudio es analizar un programa de deprescripción basado en los criterios Stoppfrail realizado en pacientes mayores de 65 años con nivel de intervención terapéutica C ingresados en un hospital sociosanitario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de 20 meses de duración en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de 65 años con nivel de intervención terapéutica C registrado en el programa de prescripción electrónica Farmatools®.
Diariamente, los farmacéuticos revisaban el tratamiento de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión utilizando los criterios Stoppfrail. Los fármacos susceptibles de deprescripción se comunicaban al médico para valorar su suspensión.
Se recogieron variables relacionadas con el paciente (edad, sexo), con el tratamiento (fármaco susceptible de deprescripción) y con las actuaciones farmacéuticas realizadas (grado de aceptación).

RESULTADOS

Se incluyeron 316 pacientes, con una media de edad de 88±6 años. Un 57,2% fueron mujeres. Se realizaron 144 actuaciones farmacéuticas proponiendo la deprescripción de medicamentos. Los medicamentos principalmente implicados fueron: lansoprazol (33,3%), omeprazol (18%), acetilsalicílico (9,7%), alopurinol (9%) y atorvastatina (6,9%), y los criterios Stoppfrail mayoritarios: inhibidores de la bomba de protones –IBP- (52,4%), medicamentos sin indicación clara (18,8%) y antiagregantes (11,2%).

Se aceptaron 73 intervenciones (50,7%). Veintiséis (18,1%) no pudieron ser evaluadas porque el paciente fue dado de alta o falleció. Los criterios mayoritariamente relacionados con las intervenciones no aceptadas fueron: IBP (56,5%) y medicamentos sin una indicación clínica clara (13%).

CONCLUSIONES

La aplicación sistemática de los criterios Stoppfrail ha ayudado a la identificación de medicamentos susceptibles de deprescripción en pacientes en los que se decide una adecuación del esfuerzo terapéutico. Los IBP son los principales fármacos identificados. Sin embargo, en más de la mitad de los casos, las actuaciones farmacéuticas realizadas con el fin de deprescribirlos no fueron aceptadas.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

270. IMPACTO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE AGUDOS DE GERIATRÍA

AUTORES

MARIN GORRICHO R, LOZANO FERNÁNDEZ C, TORRES MANRIQUE C, HURTADO GÓMEZ MF, PEREZ ZUAZO R, MOLPECERES GARCIA DEL POZO J, PÉREZ MUÑOZ J, FERNANDEZ-TORIJA OYON A

HOSPITAL SAN PEDRO. PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Estimar la prevalencia de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), y analizar el grado de aceptación de las recomendaciones realizadas por el farmacéutico así como la posible influencia de variables en dicha aceptación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental de intervención prospectivo realizado de abril de 2018 a agosto de 2019. Se incluyeron aquellos pacientes mayores de 65 años y polimedicados (≥6 fármacos). Se analizaron los PRM según el Tercer Consenso de Granada con ayuda de la herramienta informática Checkthemeds®. Se envió por vía escrita un informe de atención farmacéutica dirigido al geriatra responsable con las intervenciones farmacéuticas (IF) de cada paciente y posteriormente se evaluó la aceptación de la propuesta farmacoterapéutica al alta hospitalaria. Se realizó un análisis descriptivo y bivariante y, posteriormente, para ajustar por posibles factores de confusión, un análisis multivariable. Para evaluar las diferencias al ingreso y al alta se utilizaron pruebas no paramétricas T de Wilcoxon. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS v.25.

RESULTADOS

Se incluyeron 218 pacientes, de los cuales el 67,4% (147) eran varones. La edad media fue de 87,1±6,3 (67-103) años. El 25,2% estaban institucionalizados. La mediana de medicamentos fue de 8 (IQR=9) y de patologías de 6 (IQR=2). Se analizaron 1837 prescripciones con una media de 8,4±2 (6-15) por paciente, el 26,6% de los pacientes presentaron polifarmacia extrema (≥ 10 medicamentos). En el 99,54% de los pacientes se detectó algún PRM al ingreso, hallándose 706 PRM (38,4%) con una media de 3,24±1,4. Los PRM con mayor porcentaje de detección fueron: interacción (44%), probabilidad de efectos adversos (15%), medicamento no indicado (11%), o dosis no adecuada (9%). Los fármacos más implicados en estos PRM fueron los pertenecientes a los grupos terapéuticos del sistema nervioso: 385 (36,63%), del cardiovascular: 321(30,54%), del digestivo: 225 (21,41%) y de sangre y órganos hematopoyéticos: 67(6,37%).
Tras la IF se aceptaron 435 PRM con una media de 2±1,4. La IF disminuyó los PRM con un 60,1% de grado de aceptación. Los PRM con mayor porcentaje de aceptación fueron: duración no adecuada (80%), interacción (65%), pauta no adecuada (66%), duplicidad (75%), o medicamentos de utilidad terapéutica baja (77%). El número de intervenciones realizadas fue de 6 (IQR= 10), en los que se aceptó la intervención y 5 (IQR= 9) en los que no (p=0,03).
La mediana de PRM al ingreso fue de 3 (0-9) y al alta de 1 (0-5), con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). El análisis de regresión logística mostró que la aceptación estaba influenciada de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$) por quién era el geriatra prescriptor y la edad del paciente.

CONCLUSIONES

Se detecta una alta prevalencia de PRM en pacientes crónicos complejos ingresados en Geriatría. La integración del farmacéutico en el abordaje de este tipo de pacientes contribuye a la reducción de PRM. Con los resultados obtenidos en este estudio se evidencia que un contacto más directo con el médico prescriptor podría aumentar el grado de aceptación.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

304. HEMOFILIA A: PROFILAXIS CON EMICIZUMAB. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

DÍAZ DÍAZ CL, OCAÑA GÓMEZ MÁ, RÍOS DE PAZ M, DE DIOS GARCÍA MD, ALVAREZ TOSCO KI, GONZÁLEZ GARCÍA I, MARTÍN PÉREZ CY, MERINO ALONSO FJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CARRETERA ROSARIO N.145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Analizar el impacto del cambio de profilaxis en pacientes con Hemofilia A (HA) grave en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el que se incluyen los pacientes HA grave que han pasado de la profilaxis con Factor VIII (FVIII) a profilaxis con emicizumab.
Se ha obtenido de la historia clínica electrónica los siguientes datos: edad, profilaxis antes y después del cambio (dosis, frecuencia), número de administraciones al año.

RESULTADOS

Se han incluido un total de 11 pacientes con HA grave, 5 sin inhibidor, 5 con inhibidor borrado y uno con inhibidor activo de título alto. La edad media es de 19 años (4-38). Todos están actualmente en profilaxis con emicizumab.
El primer paciente que inició con emicizumab en 2019, estaba en tratamiento de Inducción a Inmunotolerancia (ITI) con FVIII plasmático 5000 UI diarias, 365 infusiones al año y visitas semanales a farmacia.
Los 10 pacientes restantes tenían profilaxis, 5 con FVIII plasmático y 5 con octocog alfa. Dependiendo del perfil farmacocinético individualizado, las dosis varían entre 20-40 UI/Kg y se administran 2 o 3 veces por semana, además de dosis extras siempre que ocurra algún evento de sangrado. La media de infusiones intravenosas al año por paciente es de 140 y una media de 12 visitas a farmacia.
Con el cambio a emicizumab, la administración pasa a 16 dosis el primer año y los sucesivos 13 dosis/año, vía subcutánea (3 mg/Kg/semanal durante 4 semanas, seguido de 6 mg/kg cada 28 días).
El coste anual de la profilaxis con FVIII en los 11 pacientes según las dosis prescritas y suponiendo adherencia del 100% (sin tener en cuenta dosis extras por eventualidades) es de 1.837.166€, una media de 167.015€/paciente/año.
El coste anual de la profilaxis con emicizumab teniendo en cuenta la dosis prescrita es de 1.169.690€, siendo la media por paciente unos 106.335€.
En cuanto a eficacia, tenemos 0 eventos espontáneos de sangrado, hasta el momento, en todos los pacientes y tres sangrados tras traumatismos en dos pacientes que no han requerido la administración de FVIII.

CONCLUSIONES

La disponibilidad de esta nueva molécula para la HA supone un avance importante en muchos aspectos con ventajas frente a la terapia sustitutiva. La vía subcutánea y la administración cada 1, 2 o 4 semanas son las que han conseguido una mejora importante en la calidad de vida y una reducción notable de visitas al hospital.
El tratamiento ha resultado seguro y con buena eficacia.
La experiencia todavía es reducida por lo que el conocimiento de este tratamiento no se puede comparar con el gran conocimiento tras la larga experiencia con las terapias de reemplazo.
El coste total no ha supuesto un aumento con los pacientes seleccionados para el cambio, aunque presumiblemente cuando se incluyan más pacientes (sin inhibidor, moderados, sin adherencia), el coste de tratamiento puede suponer un aumento importante.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

325. IMPACTO DE LA COVID-19 EN EL ESTADO NUTRICIONAL Y ESCALA DE TINETTI DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES

AUTORES

POMARES BERNABEU M, JAVALOYES TORMO A, PASCUAL MARTINEZ M, MINUESA SANCHEZ R, SANSANO CLEMENT A, GARCIA CASES S, ORTIZ SAEZ P, CANOVES ESCOLANO MA
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ELCHE. C/ CAMÍ DE L'ALMÀSSERA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

Los pacientes institucionalizados en residencias de personas mayores han sido uno de los colectivos de la población más afectados por la pandemia de COVID-19 y el confinamiento decretado. Además de la morbimortalidad asociada a los brotes de esta enfermedad, la movilidad de los residentes y su actividad física se ha visto reducida durante meses. El objetivo del estudio es conocer el efecto que ha tenido el confinamiento sobre el estado nutricional y el equilibrio y la marcha de pacientes institucionalizados en residencias de personas mayores, y analizar si existen diferencias en función del centro, grupo de edad o sexo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en un servicio de farmacia sociosanitario. Se incluyó a los residentes con una antigüedad superior a 12 meses, de los que se disponía de información completa antes y después del periodo de confinamiento en España (marzo-mayo de 2020). Se recogieron variables sociodemográficas, analíticas y la puntuación de la escala del equilibrio y la marcha de Tinetti en dos periodos: 9 meses previos a marzo de 2020 y a partir de julio de 2020. Los datos se obtuvieron de los registros históricos del servicio de farmacia y los Sistemas de información INTEGRA para Centros de personas mayores. El análisis se realizó utilizando el programa estadístico SPSS Statistics 20.

RESULTADOS

En nuestro estudio fueron incluidos 100 residentes institucionalizados de 4 centros sociosanitarios (66% mujeres). La edad media fue 81±10 años (25 residentes < 74años,32 de 75-84años y 43, > 85años).
Previamente al confinamiento,62 residentes presentaban desnutrición leve (albúmina < 3,5g/dL) y 2,grave (albúmina < 2,8g/dL). El peso medio fue 66,8kg (±15,0), índice de masa corporal (IMC) medio de 26,8kg/m2 (±5,7) y albúmina media de 3,4±0,3g/dL. Según la escala de Tinetti,un 54% de los residentes presentaba alto riesgo de caídas (puntuación < 19),18% riesgo de caídas (19-23puntos) y 28% bajo riesgo (24-28puntos).
Tras el confinamiento,24 residentes experimentaron una pérdida de peso en 5 meses ≥5% y 9,una ganancia ≥5% en dicho periodo. La proporción de residentes con desnutrición leve aumentó un 5%. Respecto a la puntuación de la escala del equilibrio y la marcha de Tinetti, se produjo una reducción de 1-3 puntos en una media de 12 meses en 9 residentes,4-5puntos en 5 residentes y ≥6puntos en 4 residentes; por otro lado,se observó un aumento de 2-4puntos en 4 residentes.
Se observó una ligera modificación en la proporción de residentes con riesgo alto de caídas (56%) y bajo riesgo (26%).
Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media de la puntuación de Tinetti en función del centro (p=0,022), que pueden deberse a la no homogeneidad entre los grupos (test de Levene p=0,003), pero no se hallaron diferencias en función del sexo (p=0,283) o grupo de edad (p=0,546).

CONCLUSIONES

Según la bibliografía descrita, la reducción en la valoración de Tinetti es de 0,5puntos por año. En nuestro estudio, encontramos una elevada proporción de residentes que han sufrido una disminución mayor a la descrita, que puede deberse a los periodos de confinamiento. También se observa una reducción significativa del peso corporal tras el confinamiento por la pandemia de COVID-19.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

334. MEDICAMENTOS QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES MAYORES ATENDIDOS POR ESTE MOTIVO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

RODRÍGUEZ MARÍN M, DÍAZ GAGO Á, MARTÍN SANZ P, DELGADO-SILVEIRA E, MUÑOZ-GARCÍA M, VICENTE OLIVEROS N, SÁEZ DE LA FUENTE J, ÁLVAREZ DÍAZ AM

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CTRA. COLMENAR VIEJO, KM. 9, 100. MADRID

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de las prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) acorde a los criterios Stopp-(Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk) en pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias (SU) por una caída.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de 2 meses de duración (febrero-marzo/2021) realizado en el SU de un Hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 80 años cuyo motivo de consulta fue caída.
De éstos se revisó el tratamiento crónico prescrito en el momento de la visita a Urgencias, recogido como tal en el Módulo de Prescripción Única (MUP) y en la Historia Clínica de Urgencias.
Se recogieron variables relacionadas con el paciente (edad, sexo), medicamentos crónicos (principios activos, grupos farmacológicos) y si la caída fue motivo de ingreso. Se revisó la medicación crónica comprobando si tenía algún criterio Stopp-Fall.

RESULTADOS

De los 204 pacientes que acudieron a Urgencias por una caída, la edad media fue 88 años (rango 80-104 años), 147 fueron mujeres (72,0%) y 38 ingresaron (18,6%). La mediana de fármacos crónicos fue 9 (rango 1-21 fármacos).
Tres pacientes (1,5%) acudieron dos veces al servicio de Urgencias en el periodo estudiado por el mismo motivo.
Se revisaron 1.960 prescripciones encontrando 538 (42,4%) PPI según los criterios Stopp-Fall. El grupo más prevalente de fármacos con criterios Stopp-Fall fue el de los diuréticos (21,8%), seguido de los ansiolíticos e hipnóticos (16,0%), antidepresivos (14,1%), opiáceos (11,3%) y betabloqueantes (9,5%). La furosemida fue el medicamento más prescrito y que cumplía criterios Stopp-Fall en 98 prescripciones (9,3%).
Del total de pacientes, 183 (90,5%) tenían en su tratamiento al menos un fármaco que cumplía criterios Stopp-Fall, 150 (74,6%) tenían dos, 109 (54,0%) tenían tres y 56 (27,8%) pacientes llevaban cuatro o más medicamentos considerados Stopp-Fall, siendo la mediana de 3 (±0.22).
No hubo diferencias entre los pacientes que ingresaron y los que no respecto a la mediana de PPI. De los pacientes que ingresaron, la mediana de PPI por paciente fue de 3 (±0.46) y de los que no ingresaron fue 3 (±0.26).

CONCLUSIONES

Un elevado porcentaje de los pacientes que acude al SU por caída como motivo de consulta tiene prescrito de forma crónica al menos una PPI según los Stopp-Fall, estando los más frecuentemente implicados los del sistema cardiovascular y sistema nervioso. De estos grupos destacan los diuréticos, ansiolíticos e hipnóticos. Fármacos que según la evidencia no deben utilizarse de manera crónica en el paciente mayor, por ello los tratamientos en estos pacientes deben ser conciliados y revisados periódicamente en todos los niveles asistenciales viendo la necesidad o no de cada uno de ellos.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

341. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE FENTANILO DE LIBERACIÓN INMEDIATA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

GONZÁLEZ GARCÍA R, MESTRE RIBOT MM, ALBANELL FERNÁNDEZ M, ESCOLA RODRÍGUEZ A, ROVIRA ILLAMOLA M, SOTOCA MOMBLONA JM, SOY MUNER D

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. CTRA. DE VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Los medicamentos que contienen fentanilo de liberación inmediata (FLI) están indicados según ficha técnica (FT) para el tratamiento del dolor irruptivo oncológico en adultos que ya están recibiendo de forma crónica otro tratamiento de mantenimiento con opioides.
La elevada proporción de casos notificados de abuso y/o dependencia a nivel mundial de FLI, llevó a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) a emitir una alerta informativa en 2018 insistiendo en respetar las condiciones de autorización de estos medicamentos.
El objetivo del estudio es analizar la utilización y el grado de adecuación a las indicaciones autorizadas de FLI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se analizan los datos de dispensación en oficina de farmacia de las prescripciones de FLI a pacientes mayores de 70 años generadas por un hospital universitario de tercer nivel durante un mes (febrero 2021).

Se recogieron los siguientes datos: edad, género, diagnósticos y tratamientos farmacológicos. Se analizó la especialidad y nivel asistencial del médico prescriptor de FLI. Se consideró una correcta prescripción aquella que cumplía con la indicación descrita en FT: pacientes con diagnóstico oncológico, tratamiento opioide de base y prescripción a demanda de FLI para el dolor irruptivo transitorio

RESULTADOS

Se identificaron 45 prescripciones de FLI que correspondían a 41 pacientes. La media de edad fue 78,1 años, 29(62,2%) eran hombres. Las formas farmacéuticas de FLI dispensadas fueron la sublingual 35(77,8%), bucal 8(17,8%) y nasal 2(4,4%). El origen de las prescripciones fue fundamentalmente consultas externas (88,9%). Las especialidades médicas más prescriptoras fueron oncología (68,9%), anestesia clínica del dolor (13,3%) y hematología (8,9%). En sólo 15(36,6%) pacientes se cumplía la indicación autorizada en FT.

El 85,4% de los pacientes contaban con diagnóstico oncológico y 6(14,6 %) no (5 pacientes de clínica del dolor, mayoritariamente diagnosticados de algias óseo-musculares y 1 paciente de dermatología, diagnosticado de úlceras).

Sobre la medicación analgésica concomitante, 39(95,1%) pacientes tenían tratamiento combinado con un opioide crónico de base, y en 34(82,9%) se trataba de parches de fentanilo de diferentes dosis. En 2(4,9%) pacientes, la presentación de FLI no contaba con tratamiento opioide basal. Entre las combinaciones con otros fármacos analgésicos destacan: paracetamol/metamizol 24(68,9%) y opioides menores 6(14,6%). Otras combinaciones observadas fueron: benzodiacepinas 23(56,1%) y gabapentinoides 14(34,1%).

FLI se encontraba pautado de forma fija en 25(60,9%) pacientes (3 de ellos con una nota aclaratoria de “Usar solo si precisa”) y 16(39,1%) con una pauta “si precisa”.

En la historia clínica de dos pacientes se indicaba un problema de abuso de medicación de FLI.

CONCLUSIONES

El 63,4% de las prescripciones de FLI de un hospital de tercer nivel no se adecúan a la indicación autorizada en FT, con el consiguiente riesgo de abuso y dependencia que puede desencadenar en los pacientes.

La implantación de alertas en el sistema de prescripción electrónica que avise al prescriptor de una pauta de FLI que incumpla criterios de FT, podría suponer una importante acción de mejora.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

343. RESULTADOS EN VIDA REAL CON INHIBIDORES DE PROPROTEÍNA CONVERTASA SUBTILISINA/KEXINA TIPO 9: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD

AUTORES

GARCIA SACRISTAN AA, GONZALEZ PEREZ C, ROSON SANCHEZ E, HERNANDO LLORENTE G, MOLINERO MUÑOZ M, YBAÑEZ GARICA L, SANCHEZ-OCAÑA MARTIN N, MARTINEZ SESMERO JM

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. C/ PROFESOR MARTÍN LAGOS S/N. MADRID

OBJETIVOS

Describir y comparar el perfil de efectividad y seguridad de los inhibidores de proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (iPCSK9) Alirocumab y Evolocumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de los pacientes tratados con iPCSK9 actualmente en un hospital de tercer nivel (Febrero 2016-Febrero 2021) registrados en la historia clínica y programa de gestión de dispensaciones . Variables demográficas: sexo y edad; analíticas: colesterol LDL (c-LDL) antes del inicio de tratamiento y última analítica disponible; farmacológicos: fármaco, posología, tiempo de tratamiento, indicación (prevención secundaria (PS), hipercolesterolemia familia homocigótica (HFho), heterocigótica (HFhe)); intolerancia a estatinas; tratamiento concomitante con estatina/ezetimibe; reacciones adversas (RA) descritas en informes. Los datos se recogieron y analizaron en una hoja de cálculo, y se emplearon las pruebas t-Student de dos colas y Chi-cuadrado considerando un $\alpha < 0,05$.

RESULTADOS

Se analizaron 127 pacientes (58,3% hombres; edad media 65 años (33-84)), 64.6% con Evolocumab, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento respecto a la edad o c-LDL basal. Todos los pacientes con Evolocumab recibieron dosis de 140 mg/14 días. El 15,6% pacientes con Alirocumab recibieron 150 mg/14 días y el resto 75 mg/14 días. El tiempo medio de utilización de los iPCSK9 fue de 2,49 años. 43,3% se prescribió para HFhe y el resto para PS, ninguno para HFho. Todos los pacientes cumplen los criterios de financiación establecidos por la AEMPS . 20,5% pacientes tienen descrito en su informe intolerancia a estatinas. El total de pacientes que combinaron iPCSK9, estatina y ezetimibe fue del 40,2%. El 34,7% lo utilizó en monoterapia.

La reducción media de los niveles de c-LDL con Alirocumab fue de 83,72 mg/dl y con Evolocumab de 91,59 mg/dl, sin diferencias estadísticamente significativas entre las medias . No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos fármacos al comparar los subgrupos de pacientes que alcanzaron niveles objetivo < 100mg/dl, < 70 mg/dl) aunque sí se encontraron entre los que alcanzaban niveles de c-LDL < 50 mg/dl (35,4% pacientes con Evolocumab alcanzaron niveles < 50 mg/dl vs 15,6% de los pacientes con el Alirocumab, p-valor 0,018)

Ningún paciente presentó RA a iPCSK9.

CONCLUSIONES

Los resultados observados en nuestros pacientes son equiparables a los resultados publicados previamente en los ensayos pivotales de cada IPSCK9. Un 26,7% no alcanzan objetivo c-LDL < 100 mg/dl. La efectividad puede estar influida por las siguientes limitaciones: falta de adherencia con estatinas y/o ezetimibe, relajación en el cumplimiento con los hábitos de vida saludable, o partir de unos niveles muy elevados de c-LDL que dificulta conseguir niveles objetivos.
En nuestra muestra, en general Alirocumab y Evolocumab parecen equivalentes entre sí en la capacidad de reducción de c-LDL. En cuanto a seguridad, ambos fármacos han sido bien tolerados.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

355. XEROFTALMIA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO: ¿CUESTIÓN DE DEPRESCRIPCIÓN?

AUTORES

SÁNCHEZ CADENA A, CONTRERAS REY MB, PALACIOS MOYA E, MAYO CANALEJO B, RODRIGUEZ MARTINEZ M, HIDALGO ESPINOSA ME
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. CALLE ALVAR GOMEZ 4, PORTAL 2, 3ºB. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

La formulación magistral oftálmica para la indicación de ojo seco crece exponencialmente cada año en los Servicios de Farmacia hospitalaria (SF). Muchos pacientes terminan recibiendo diferentes líneas de tratamiento sin éxito. ¿Podría la medicación concomitante tener algo que ver?
El objetivo del presente estudio es evaluar si la carga anticolinérgica aportada por la medicación concomitante de aquellos pacientes que han recibido más de una línea de tratamiento para xeroftalmia influye en la evolución de la patología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal y descriptivo.
Se incluyeron pacientes con diagnostico de ojo seco que fueron tratados con más de una línea de tratamiento en forma de formulación magistral elaborada en nuestro SF.
Se evaluó la carga anticolinérgica de la medicación concomitante de cada paciente desde 6 meses antes de haber iniciado la primera línea de tratamiento y durante el mismo, mediante una herramienta (Anticholinergic Burden Calculator) disponible en: http://www.anticholinergicscales.es/calculate. Se clasificó el riesgo anticolinérgico aportado por cada medicamento en alto, medio y bajo. Se evaluó la posibilidad de deprescripción de estos medicamentos, empleando herramientas como los criterios de Beers y/o los Stopp Start en pacientes mayores de 65 años, y/o cambio por alternativa terapéutica a los mismos sin riesgo anticolinérgico descrito.
Variables del estudio: sexo, edad, medicación concomitante que aporta carga anticolinérgica (MRA), número de anticolinérgicos pautados y grupo farmacológico al que pertenecen, riesgo anticolinérgico (RA), indicación para la que fue prescrita dicha medicación con riesgo anticolinérgico (IMRA), medicación susceptible de deprescripción y/o sustitución por otra alternativa terapéutica sin carga anticolinérgica descrita (MSDA).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 66 pacientes (enero 2019 a diciembre 2020), el 79 % fueron mujeres, media de edad de 64 años, el 83% tomaban algún MRA (media de 2,4 MRA por paciente), el 30% eran benzodiazepinas seguido de antidepresivos 20%, opioides 14% y otros medicamentos para control del dolor 12%, el 62% tenía un RA alto y el 38% medio, las IMRA más habituales fueron síndrome ansioso depresivo 45% y analgésicos 40%, se detectó un 46% de MSDA.

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio muestran como un alto porcentaje de pacientes diagnosticados de xeroftalmia tienen prescritos tratamientos para diferentes tipos de comorbilidades que aportan una alta carga anticolinérgica que podría estar desencadenando el cuadro clínico y/o influyendo en la respuesta al tratamiento de la misma. Habiéndose detectado un alto porcentaje de MSDA. Esto podría abrir un nuevo camino de intervención farmacéutica para la mejora de los resultados en salud, así como la calidad de vida aportada al paciente de ojo seco refractario a varias líneas de tratamiento. En el presente estudio no se evaluó una posible mejoría de la clínica de ojo seco tras la deprescripción y/o sustitución de los MRA, por lo que nos planteamos la realización de otro trabajo que ayude a despejar esta duda en el que se involucre al Servicio de Oftalmología junto con la colaboración de Atención Primaria y especialidades como Geriatría. Abriendo un nuevo camino a la creación de equipos multidisciplinares y brindándonos la oportunidad como farmacéuticos de divulgar la importancia de la deprescripción.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

370. COMPARISON OF DEPRESCRIBING STRATEGIES: LESS-CHRON CRITERIA VERSUS THE GOOD PALLIATIVE-GERIATRIC ALGORITHM IN A NURSING HOME

AUTORES

MARTÍNEZ CASANOVA N, JURADO ROMERO A, CARRASCO GOMARIZ M, MOYA CARMONA I
HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPUS TEATINOS S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

To compare two different deprescribing strategies and to assess the impact of their application in a nursing home.

MATERIALES Y MÉTODOS

Quasi-experimental study of pre-post design in a nursing home July- September 2020. Inclusion criteria: inpatients aged > 65 years and > 5 medications. The pharmacist applied the LESS-CHRON criteria (LCs) and the good Palliative-

Geriatric algorithm (gPG) to the same population to asses the differences. If they met the criteria for deprescription a recommendation was made to the physician. Gender, age,number of drugs, number of recommendation, organ system involved and interventions accepted were registered.
The reduction of LCs was evaluated.
The main variable was the impact on the average number of medications per patient according to the strategy used if all the interventions were accepted.

RESULTADOS

The treatment of 33 residents was reviewed. Median age was 74 years and 40.7% were men. The average number of medications per patient was 9.4.
LCs:28 criteria were detected in 17 different residents. 32.1% involved the cardiovascular system (55.5% regarding antihypertensives) and 28.5% the nervous system. Eight of the 28 proposed interventions were accepted, reducing the number of LCs by 28.5%.
gPG algortihm: 21 recommendation were added resulting in a total of 49 in 25 patients. Of these 21, 80.9% were aimed at suspending drugs not included in the LCs and 14.2% at reducing doses. 66.6% of the proposed interventions were accepted. Encompassing the two strategies, 44.8% of the interventions carried out were accepted.
Acceptance of all interventions would have meant a reduction of 1.27 medications per resident on average applying the gPG versus a reduction of 1.03 according to the LCs.

CONCLUSIONES

The LCs are a tool to help deprescription in people with multimorbidity, especially those related to the cardiovascular system; However, it is necessary to validate whether they are useful in patients with a longer life expectancy, where an algorithm such as gPG may be preferable.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

395. ¿PENSAMOS EN LA MEDICACIÓN COMO LA CAUSA DE LA CAÍDA?

AUTORES

TORRES DEGAYÓN E, LUQUE JIMÉNEZ M, FRANCO SERENO MT, VILA TORRES É, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ M
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. CALLE OBISPO RAFAEL TORIJA, S/N. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Evaluar el riesgo de caída (RC) relacionado con el tratamiento crónico en los pacientes ancianos que ingresan en el hospital por caída accidental. Determinar la prevalencia de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) en pacientes que presenten alto RC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel, en el que se incluyeron pacientes mayores de 65 años que ingresaron en el Servicio de Urgencias (SU) del hospital por caída accidental en el año 2019. Para el cálculo y estratificación del RC farmacológico al ingreso se utilizó la escala de la Agency for Health Research and Quality (AHRQ) que clasificó a los pacientes en riesgo alto si la puntuación ≥ 6. Los pacientes con alto RC fueron evaluados según los criterios Beers adaptados a nuestro entorno para estimar la prevalencia de PPI en estos pacientes.
Las variables analizadas fueron: edad, sexo, factores intrínsecos de RC (trastornos cognitivos, enfermedad de Parkinson), medicamentos con alto RC (analgésicos incluyendo opioides, antipsicóticos, antiepilépticos, benzodiacepinas, antihipertensivos, antiarrítmicos, antidepresivos y diuréticos), número PPI independientemente del diagnóstico/estado del paciente, estancia media y mortalidad a los 10 días.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio de los 178 casos que acudieron al SU por caída accidental, se excluyeron 13 por no cumplir criterios de edad o imposibilidad de obtener información del tratamiento domiciliario.
De los 165 pacientes incluidos, el 75% fueron mujeres y la mediana de edad fue de 86 años. El 25% presentaba deterioro cognitivo y el 7% enfermedad de Parkinson. El 99% tenía prescrito algún fármaco de riesgo. Los medicamentos más implicados eran antihipertensivos (72,1%), diuréticos (53,3%), analgésicos (41,8%) y benzodiacepinas (42,4%). Según la clasificación de la AHRQ, el 51,5% presentaba un riesgo elevado. De estos pacientes con alto RC, el 74% presentaba alguna PPI: el 33,3% tenía prescritos analgésicos opioides para dolor leve-moderado; el 80% tenía prescrito antipsicóticos no presentando esquizofrenia o trastorno bipolar; el 64,3% tenía prescrito antiepiléticos no presentando epilepsia o trastornos del ánimo; el 70,7% tenía prescrito benzodiacepinas durante más de 3 meses sin presentar trastorno de ansiedad.
La estancia media en el hospital fue de 8 días (SD: 5) y un 3% de los pacientes fallecieron en los 10 días siguientes a la caída.

CONCLUSIONES

Más de la mitad de los pacientes analizados tenían un riesgo alto de sufrir caídas relacionado con su tratamiento crónico. La prevalencia de PPI detectadas en de estos pacientes fue del 74%.
Desde el Servicio de Farmacia, en colaboración con otros servicios médicos, tenemos la oportunidad de establecer estrategias de detección de PPI, las cuales podrían estar causando problemas de salud, como en este caso las caídas. La revisión de estas y la recomendación de deprescripción podría reducir riesgos y mejorar la calidad de vida del paciente.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

399. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LOS INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA PCSK9: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES
RUBIO CALVO D, TEJEDOR TEJADA E, HERRERA EXPOSITO M, MARTINEZ DE LA PLATA JE, CASTRO VIDA MA
EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL DE PONIENTE. CARRETERA DE ALMERIMAR Nº 31. ALMERÍA

OBJETIVOS
Analizar la efectividad de los inhibidores de la proteína PCSK9 (iPCSK9) en la prevención de eventos cardiovasculares a largo plazo. Analizar la seguridad de los iPSCK9 a largo plazo. Comprobar si existen diferencias significativas en la reducción de niveles de colesterol LDL y HDL durante el tratamiento entre los fármacos estudiados.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio multicéntrico, retrospectivo y observacional. Se incluyeron todos los pacientes que hubieran estado en tratamiento con algún iPSCK9 (Evolocumab o Alirocumab) durante un periodo mínimo de 3 años. Los datos recogidos fueron: demográficos, iPSCK9 prescrito, otro tratamiento hipolipemiante concomitantes, comorbilidades: Diabetes mellitus (DM), Hipertensión arterial (HTA). Hábito tabáquico. Parámetros bioquímicos: colesterol total (CT), colesterol HDL, colesterol LDL y triglicéridos totales (TG), previas al inicio de la terapia, transcurrido 1 año y transcurridos 3 años del inicio, eventos cardiovasculares durante el tratamiento y efectos adversos (EA) durante el tratamiento. Los datos se recogieron de la historia clínica digital del paciente, (Diraya®), laboratorio de análisis clínicos (Modulab®). Se empleo el programa IBM SPSS Statistics V.26® para el análisis estadístico.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 41 pacientes, 76% hombres, edad media: 59 años, rango de edad 43-81 años. 19(46%) pacientes tratados con Alirocumab y 22(54%) con Evolocumab. 16(39%) Estaban en tratamiento concomitante con estatinas: 9(40%) Alirocumab y 7(37%) Evolocumab. 9(22%) pacientes padecían HTA, 7(17%) DM y 6(15%) ambas patologías, 23(63%) eran exfumadores y 4(10%) eran fumadores activos. La media de los parámetros analíticos y desviación estándar fueron: previa terapia iPCSK9 (CT: 238.43 ±39.94, HDL: 51.6 ±9.17, LDL: 149.63 ±30.07, TG: 193.85 ±95.25) tras 1 año con iPCSK9 (CT: 160.5 ±66.09, HDL: 56.34 ±23.53, LDL: 70.9 ±27.37, TG: 147.03 ±68.58), y tras 3 años con iPSCK9 (CT: 151.55 ±38.47, HDL: 53.88 ±10.54, LDL: 72.62 ±33.72). 3(7%) pacientes sufrieron algún evento cardiovascular durante el periodo de estudio, 2 en tratamiento con Evolocumab. Todos los eventos cardiovasculares descritos fueron ataques isquémicos transitorios (AIT) sin repercusiones hemodinámicas. 3(7%) pacientes experimentaron algún EA durante el tratamiento todos ellos fueron síndromes pseudogripales autolimitados. Se compararon ambos fármacos mediante la realización de un análisis “T de student” de muestras independientes de los parámetros analíticos recogidos. Obteniendo una p de interacción asumiendo varianzas iguales: previa al tratamiento (LDL: 0.24, HDL 0.271), tras un año con iPSCK9 (LDL: 0.557, HDL: 0.552) y tras 3 años con iPSCK9 (LDL: 0.197, HDL: 0.218). Se considero significancia estadística $P < 0.05$.

CONCLUSIONES
Los eventos cardiovasculares durante el tratamiento fueron de carácter leve y sin repercusiones relevantes. Todos los pacientes presentaron una mejoría de su perfil lipídico durante el periodo de estudio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la reducción de niveles de LDL y HDL en el periodo estudiado, siendo ambos fármacos igual de eficaces. El tratamiento con iPSCK9 es efectivo en la prevención de eventos cardiovasculares a largo plazo y se acompaña de un buen perfil de seguridad con escasos acontecimientos de EA.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

443. RESULTADOS DEL USO DE FÁRMACOS MODULADORES CFTR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES
DÍAZ DÍAZ CL, DÍAZ RUÍZ P, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ J, SUÁREZ GONZÁLEZ M, GONZÁLEZ CHÁVEZ J, DÍAZ PÉREZ D, MESA MEDINA O, MERINO ALONSO FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CARRETERA ROSARIO N.145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
Evaluar los resultados en salud de pacientes con fibrosis quística (FQ) tratados con fármacos moduladores de la proteína reguladora de la conductancia transmembrana (CFTR) en un hospital de tercer nivel, así como conocer el impacto económico de dichas terapias.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo que incluyó pacientes diagnosticados de FQ tratados actualmente con moduladores CFTR.
Se recogieron al inicio y tras 24 semanas de tratamiento las siguientes variables: Volumen Espiratorio Forzado en el 1ºsegundo (FEV1), el cociente FEV1/FVC (Capacidad Vital Forzada) y Peso Corporal (PC). Además, se registraron variables demográficas, tipo de mutación y tratamiento prescrito, así como su duración y coste.
Las fuentes de información fueron la historia clínica electrónica y el programa de farmacia Farmatools.
Se aplicó un análisis estadístico no paramétrico con significación estadística $p < 0,05$.

RESULTADOS
Se incluyeron 13 pacientes, 53,8% hombres, distribuidos en las siguientes terapias:
-Ivacaftor/lumacaftor: 3 pacientes, homocigotos para la mutación F508del, con edad media: 7,33 años y duración media

de tratamiento de 13 meses en 2 niños. El tercer niño se excluyó del análisis de resultados clínicos por inicio reciente. El coste global de esta terapia ha sido de 202.456,65€ en el último año.
-Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor + ivacaftor: 3 pacientes, dos de ellos con mutación F508del/G542X y uno F508del/R1162X. El promedio de edad fue 30,66 años y duración media de tratamiento de 10,6 meses. Esta terapia se obtuvo a coste cero por el procedimiento de uso compasivo.
-Ivacaftor/tezacaftor+ ivacaftor: 7 pacientes homocigotos para la mutación F508del, con edad media de 24,3 (15-45) años. La duración media de tratamiento es de 12,7(12-14) meses. Todos ellos tratados previamente con Ivacaftor/lumacaftor durante 20,85 (10-39) meses de media. Un paciente fue excluido del análisis por no disponer de datos clínicos. El tratamiento de estos 7 pacientes ha supuesto un coste de 323.290,67€ en el último año.
Ningún paciente interrumpió su tratamiento.
Se analizaron parámetros respiratorios de 11 pacientes: La FEV1 media al inicio fue 61,85% (24-112%) y tras 24 semanas fue 65,26% (23-122%). El valor promedio de FEV1/FVC fue 65,88 (39-81,32) al inicio y 66,14 (41-81,47) tras 24 semanas de tratamiento. No se halló significación estadística para estas diferencias observadas en FEV1 ($p < 0,173$) y FEV1/FVC ($p < 0,214$).
Del 77% de los pacientes se obtuvo el PC, observándose en todos aumento ponderal, con incremento medio de 2,69 Kg ($p < 0,01$).
El coste anual del tratamiento de estos 13 pacientes representó el 1,08% del coste global de fármacos dispensados en la unidad de pacientes externos del servicio de farmacia de nuestro hospital, donde fueron atendidos 9.088 pacientes el pasado año.

CONCLUSIONES

Actualmente disponemos de 3 terapias moduladoras CFTR para 4 perfiles de mutación diferentes que tienen un elevado coste.
Se observó aumento significativo del PC tras el inicio de estas terapias y se mantuvieron estables parámetros respiratorios como FEV1 y FEV1/FVC.
Es necesario realizar un seguimiento a largo plazo para evaluar la efectividad de estas terapias.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

451. PERFIL TERAPÉUTICO Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA 2.0 EN EL ENTORNO MULTIDISCIPLINAR DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR ARTERIAL

AUTORES

DÍAZ DÍAZ CL, DÍAZ RUÍZ P, DÍAZ PÉREZ D, RAMIREZ MARTÍN MP, SUÁREZ GONZÁLEZ M, GONZÁLEZ CHÁVEZ J, GONZÁLEZ GARCÍA I, MERINO ALONSO FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CARRETERA ROSARIO N.145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

En las consultas externas del Servicio de Farmacia (SF) se desarrolla Atención farmacéutica (AF) al paciente con Hipertensión Pulmonar Arterial (HPA) en coordinación con neumología para ofrecer un seguimiento multidisciplinar continuo.
Este estudio describe el perfil terapéutico de los pacientes con HPA y la AF personalizada ofrecida en un entorno multidisciplinar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo que incluyó los pacientes que recibieron tratamiento con vasodilatadores para HAP en el SF de un hospital de tercer nivel en el periodo marzo 2020 a marzo 2021.
Se obtuvieron de la historia clínica electrónica: datos demográficos, tratamiento vasodilatador actual, fecha de inicio del mismo y número de consultas en el SF, los valores actuales y en el momento del diagnóstico de la porción N-terminal del Pro-Péptido Natriurético tipo B (NT-proBNP) y test de marcha en seis minutos (6 Minutes Walking Test, 6MWT). Se aplicó estadística descriptiva y análisis no paramétrico con significación estadística $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 51 pacientes de 63 (21-87) años de edad promedio, 61% mujeres. La duración media del tratamiento desde el inicio fue de 51,6 (2-134) meses. El 15,7% de los pacientes falleció durante el estudio.
Los fármacos prescritos fueron: 47% tadalafilo, 9,8% sildenafilo, 60,8% ambrisentan, 19,6% macitentan, 5,8 % bosentan, 31,37% riociguat (HPA tromboembólica), 9,8% selexipag y 3,9% treprostinilo. La distribución por combinaciones es: 60,8% biterapia, 25,5% monoterapia y 13,7% triterapia. La combinación más frecuente fue: tadalafilo/ambrisentan (39,21%).
Los valores promedios de NT-proBNP se analizaron en el 80,4% de los pacientes: inicialmente 1.563,66 (24,8-10.880) pg/mL y en la actualidad: 1.377,24 (13-14.747) pg/mL, no encontrándose diferencias significativas entre ellos ($p=0,168$).
El 6MWT se pudo analizar en el 57% de los pacientes: los valores promedio inicial y actual fueron 404 (160-606) m y 448 (227-622) m respectivamente, encontrando un aumento promedio de 42,4 (-110-293) m, ($p=0,023$). En el 72,4% de los pacientes esta prueba mejoró con tratamiento vasodilatador.
Desde el SF se han realizado 463 consultas, con un promedio de 9,1(1-24) consultas por paciente al año. El 39,1% de ellas han sido de telefarmacia con AF telefónica y envío informado, con una media de 5,3 (1-18) citas de AF telemática por paciente al año.
El 67% de los pacientes recibió AF telemática en alguna ocasión y el 29,4% han recibido más AF telemática que presencial.
El promedio de consultas de AF requeridas según el tipo de terapia ha sido: 6,2 (2-10) para monoterapia, 9,1 (1-16) para biterapia, 14 (7-24) en triterapia.

CONCLUSIONES

El paciente con HPA es un paciente frágil, registrándose un 15,7% de mortalidad anual en este estudio.
El fármaco más prescrito es ambrisentan seguido de tadalafilo, la pauta más empleada es la biterapia, siendo la combinación más frecuente tadalafilo/ambrisentan.
La instauración del tratamiento vasodilatador en los pacientes con HPA ha mejorado sus valores de 6MWT, no mostrando efecto en el valor de NT-ProBNP en nuestra muestra.
Al aumentar la combinación de fármacos prescritos, mayor ha sido el número de consultas de AF que han precisado los pacientes. La mayoría de ellos ha recibido AF telemática, lo que ha permitido dar soporte continuo a los mismos.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

537. RESULTADOS DE PROS, ADHERENCIA Y SATISFACCIÓN EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

LÓPEZ PÉREZ A, NAVARRO AZNAREZ H, PASCUAL MARTÍNEZ O, ABAD BAÑUELOS B, PERALES PASCUAL J, ABAD SAZATORNIL R, SEBASTIAN TORRES B, MARTÍN MARTÍNEZ J

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

"Patient Reported Outcomes" (PROs), o resultados informados por el paciente, permiten medir el impacto del tratamiento y atención sanitaria en aspectos relevantes para las personas, tales como Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVrS). Objetivos: analizar calidad de vida de pacientes con Esclerosis Múltiple (EM), adherencia y satisfacción con el tratamiento modificador de la enfermedad (TME) que recogen en el área de pacientes externos del servicio de farmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, aleatorizado en el que, durante un mes se administran PROs validados para pacientes con EM: The Multiple Sclerosis International Quality Of Life (MusiQoL) con 31 items sobre CVRS relacionados con 9 dimensiones; Actividades de la vida diaria (AVD), Bienestar psicológico, Síntomas, Relaciones con amigos (RAMIS), Relaciones con la familia (RFAM), Vida sentimental/sexual, Afrontamiento, Rechazo, Relación con el sistema de salud (RSAL). Morisky-Green para adherencia y Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM).
Criterios de inclusión: ≥18 años, diagnóstico EM (criterios McDonald 2017), tiempo en TME ≥6 meses, capacidad de entender y dar consentimiento informado por escrito.
Variables: sexo, edad, tipo de EM [remitente recurrente (EMRR), secundaria progresiva (EMSP), síndrome clínico aislado (SCA)], tiempo desde diagnóstico, Expanded Disability Status Scale (EDSS), línea de TME, tiempo en TME actual y concomitancia con fampridina.
Fuentes y análisis de datos: encuestas, historia clínica electrónica, FarmaTools®. Análisis SPSS®

RESULTADOS

Se reclutaron 83 pacientes, 77,1%(64) mujeres, media edad 46,5[24-69]años. Media EDSS 1,9±1,5. Tiempo desde diagnostico 11,5±7,5 años. Tipo de EM: EMRR 92,8%, SCA 4,8% y EMSP restante. 47 % en TME oral. 7,2% fampridina concomitante.
Dimensiones MusiQol: AVD, 74,7% de pacientes responde que nunca o rara vez tiene problemas para caminar, 81,9% nunca/rara vez para realizar actividades domésticas y 79,2% laborales. El 62,7% se sienten cansados a menudo/siempre y 67,5% faltos de energía a menudo/siempre. Se observa tendencia a problemas para caminar en ≥45 años, 29,8% frente 19,4% < 45 años (p=0,283). 39,5% pacientes con EDSS≥2 tienen problemas a menudo/siempre para andar frente a 11,6% en EDSS < 2 (p=0,004). RAMIS: 85,3% hablan con amigos sobre su EM, 93,2% se sienten comprendidos y 95.9% apoyados. RFAM: 96,2% hablan con su familia y 94,9 y 94,7% se sienten comprendidos y apoyados respectivamente. RSAL: 98,7% están satisfechos /o muy satisfechos con la información y trato recibido por el personal sanitario. El 97,4% se sienten comprendidos por el personal sanitario.
Morisky-Green: adherencia TME oral 66,7% vs 84,4% con TME sc/im (p=0,127). Entre los orales, mayor adherencia con fingolimod 84,6%, vs teriflunomida 80,0% y fumarato de dimetilo 43,8%(p=0,039).
TSQM: El 94,6% pacientes con TME oral están satisfechos/muy satisfechos con su tratamiento, vs 88,6% en TME sc/im (p=0.355). 100% de hombres están satisfechos/muy satisfechos con su tratamiento y 89,1% de mujeres (p=0,155). Efectos secundarios: 32,6% pacientes con TME oral vs 67,4% TME sc/im (p=0,008).

CONCLUSIONES

En nuestra cohorte los pacientes manifiestan una buena calidad de vida y están satisfechos con el TME que reciben. En AVD, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con una mayor puntuación en EDSS. Los TME orales se aceptan y toleran mejor, siendo la adherencia menor que en los inyectables.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

556. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DEL IMPLANTE DE DEXAMETASONA EN EDEMA MACULAR DIABÉTICO

AUTORES

ALVAREZ YUSTE A, IBÁÑEZ ZURRIAGA MD, GARCÍA PERALO A, RAMOS RAMÍREZ B, CALVO GARCÍA A, MORELL BALADRÓN A

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. CALLE DE DIEGO DE LEÓN, 62. MADRID

OBJETIVOS
Evaluar la ganancia en agudeza visual (AV) y la seguridad del implante intravítreo de dexametasona (IDX) en pacientes con edema macular diabético (EMD).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en el que se incluyeron los pacientes con EMD que habían recibido al menos una dosis de IDX en el Hospital desde enero de 2019 hasta diciembre de 2020. Las variables demográficas y clínicas recogidas a partir de la historia clínica electrónica fueron: edad, sexo, AV basal, AV en la primera visita tras la administración (6 semanas aproximadamente) y AV en la segunda visita (16 semanas aproximadamente) y pauta previa de tratamiento intravítreo. Para evaluar el perfil de seguridad se recogieron datos de las siguientes reacciones adversas (RA): hipertensión ocular, hemorragias, infecciones y necesidad de cirugía de catarata. La eficacia se evaluó en términos de mejoría de la AV en letras ETDRS.

RESULTADOS
Se incluyeron 43 pacientes (55 ojos) con una media de edad de 72 años (DE=11,86), de ellos el 58,14% fueron hombres. Se pusieron 93 dosis de IDX, una media de 1,7 IDX por ojo. El intervalo medio de tiempo entre dos administraciones fue de 192 días.
Hubo 8 ojos (14,55%) con IDX en 1ª línea, 41 ojos (74,55%) con IDX en 2ª línea y 6 ojos (10,91%) en tratamiento combinado con IDX y un fármaco intravítreo anti-VEGF. En los pacientes del grupo naive, la media de ganancia en AV en letras fue de 14,57 (DE=20,02) en la primera visita y de 8,69 (DE=10,12) letras en la segunda visita respecto a la basal. En los pacientes con IDX en 2ª línea, la diferencia de AV fue -1,02 letras (DE=11,40) en la primera visita y -0,45 letras (DE=11,32) en la segunda visita respecto a la basal. En el grupo con tratamiento combinado, la diferencia de AV fue de -5,75 letras (DE=10,28) en la primera visita y -6,35 letras (DE=5,81) en la segunda visita respecto a la basal. En cuanto a los tratamientos previos a IDX, el 39,02% de ojos había sido tratado con 1 fármaco anti-VEGF, el 39,02% de ojos con 2 anti-VEGF y el 21,95% con 3. De ellos, 38,55% fue con ranibizumab, 34,94% con aflibercept y 26,51% con bevacizumab. Se detectó hipertensión ocular (PIO > 25mmHg) en el 10,91% de ojos, con un valor medio de PIO=30,67. Del total de pacientes fáquicos al inicio de IDX, se realizó cirugía de cataratas en el 59,38% de los ojos. No se describió ningún caso de infección ocular, y hemorragias solo en el 3,16% de los ojos.

CONCLUSIONES
Los pacientes con IDX en 1ª línea parecen ser los que consiguen mayor ganancia de AV, si bien con el tiempo estos valores no se mantienen, por lo que podría estar indicada la disminución del intervalo de tiempo entre administraciones. En cuanto a la seguridad, la principal RA fue la necesidad de cirugía de catarata, tanto por formación de nuevas cataratas como por progresión de las ya existentes.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

579. PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN PACIENTES DE SALUD MENTAL RESIDENCIALES VERSUS RECURSOS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA Y CLÍNICA DE REHABILITACIÓN

AUTORES
ALDAVE COBOS P, SÁNCHEZ RUIZ DE GORDOA M, ORRILLO IBIRICU V, OLIVER CASTILLO M, DOMÍNGUEZ ORTIZ MD
CENTRO SAN FRANCISCO JAVIER. AVENIDA DE VILLAVA, 53, 31015. NAVARRA

OBJETIVOS
Describir las prescripciones de antipsicóticos (APs) y estabilizantes del ánimo (EA) realizadas a los pacientes de salud mental de una unidad residencial (UR) y a los ingresados en recursos de media estancia (ME), larga estancia (LE) y clínica de rehabilitación (CR).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo transversal realizado durante el mes de abril de 2021. Se incluyeron todos los pacientes que estaban en tratamiento con APs de una UR (grupo 1) e ingresados en recursos de ME, LE y CR (grupo 2).
Los APs se dividieron en 3 categorías: típicos, atípicos y de nueva generación (cariprazina). Se contabilizaron las distintas prescripciones de cada paciente y se agruparon en las 3 categorías.

RESULTADOS
Se analizaron un total de 139 pacientes y 257 prescripciones. El grupo 1 estaba formado por 67 pacientes, edad media de 72 años (11 DE), y el grupo 2 por 72 pacientes, edad media de 44 años (12 DE).
En el grupo 1 se realizaron 124 prescripciones: 72,6% APs atípicos, 24,2% APs típicos y 3,2% EA. De los APs atípicos el más prescrito fue paliperidona (33,3%), seguido de olanzapina (28,9%), risperidona (14,4%) y quetiapina (11,1%). De los APs típicos el más prescrito fue haloperidol (76,7%) y de los EA valproato (50%).
En el grupo 2 se realizaron 133 prescripciones: 76,7% APs atípicos, 7,5% APs típicos, 2,3% APs de nueva generación y 13,5% EA. De los APs atípicos el más prescrito fue paliperidona (36,2%), seguido de clozapina (17,6%), olanzapina (17,6%) y aripiprazol (11,8%). De los APs típicos el más prescrito fue haloperidol (70%) y de los EA valproato (50%).

CONCLUSIONES
Los APs atípicos fueron los más prescritos en ambos grupos en consonancia con las guías actuales, por su mayor experiencia de uso y menor riesgo de efectos extrapiramidales.
Paliperidona fue el AP más prescrito en ambos grupos, lo que probablemente se explica por la existencia de formas depot que facilitan la adherencia farmacoterapéutica.
Aripiprazol, que también dispone de formulación depot, se prescribió menos en el grupo 1 (3,3% vs 11,8%) debido probablemente a su mayor riesgo de reacciones adversas en ancianos. Esto mismo sucedió con clozapina (4,4% vs 17,6%)

pudiéndose deber a sus efectos secundarios graves, agranulocitosis y miocarditis, que requieren monitorización.
Olanzapina y quetiapina se prescribieron más en el grupo 1 (28,9% y 11,1% vs 17,6% y 7,8% respectivamente) debido seguramente a su amplia experiencia de uso en pacientes mayores.
Dentro de los EA y los APs típicos fueron respectivamente valproato y haloperidol los más prescritos en ambos grupos. Estos fármacos cuentan con una amplia experiencia de uso.
Cariprazina, AP de nueva generación, solamente fue prescrito en el grupo 2 (2,3%), lo que indica que este nuevo AP está comenzando a entrar en el arsenal terapéutico en pacientes no ancianos.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

584. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN CENTRO SOCIOSANITARIO PRIVADO.

AUTORES
JOFRÉ PERALTA A, HERNÁNDEZ MARTÍN J, COMPAIRED TURLAN V, LÓPEZ NOVELLA MDM, CASTELLOTE GONZÁLEZ MI, MARTÍNEZ ALMAZÁN MÁ, HERRERA EXPÓSITO M, CASTRO VIDA MÁ
HOSPITAL DE PONIENTE. CTRA. DE ALMERIMAR, 31. ALMERÍA

OBJETIVOS
Describir las actividades realizadas para la implantación de un programa de atención farmacéutica (AF) a una residencia sociosanitaria privada vinculada a un servicio de farmacia hospitalario.

MEJORAS ESPERADAS
Ofrecer una AF efectiva, segura y de calidad a los residentes
Aumentar la eficiencia de los tratamientos y reducir el gasto farmacéutico.

DISEÑO
En abril 2020 se elaboró un compromiso de gestión y AF con la residencia.
En Mayo 2020 tuvo lugar una reunión con los médicos de familia de los residentes para conocer la situación. Se realizó una visita inicial a la residencia para presentar el proyecto al personal y conocer funcionamiento. Se valoraron espacios, instalaciones, material, distribución de los residentes y personal.

CIRCUITO Y ETAPAS
1º Se adaptó la guía farmacoterapéutica (GFT) del hospital al ámbito residencial privado
2º Se creó la estructura de camas la residencia en el programa de prescripción electrónica y se registraron a los residentes.
3º Se transcribieron las órdenes médicas de tratamiento al programa informático.
4º Se elaboró un procedimiento normalizado de trabajo detallando todo el proceso farmacoterapéutico.
5º Se realizó adecuación a la GFT mediante los protocolos de intercambio terapéutico (PIT) consensuándolo con el médico de familia responsable.
6º Se revisaron las prescripciones, realizando intervenciones farmacéuticas orientadas al seguimiento y detección de problemas relacionados con los medicamentos, mediante elaboración de informes dirigidos al médico responsable.
7º Se realizó la previsión y adquisición de medicamentos para la residencia.

IMPLANTACIÓN
El 9 de diciembre de 2020 se inicia la dispensación de medicamentos a la residencia.

RESULTADOS
En AF se obtuvieron los siguientes resultados para 97 residentes:
• Se desprescribieron 42 medicamentos potencialmente inadecuados.
• Se iniciaron 6 medicamentos necesarios según criterios START.
• Se adecúo la pauta de 27 medicamentos prescritos.
• Se adaptaron 77 medicamentos a la GFT, mediante los PIT.
Se obtuvieron los resultados económicos comparando el coste de los medicamentos de los residentes en el último mes completo de dispensación desde la oficina de farmacia (OF) (Noviembre/2020) con el coste del primer mes completo de dispensación desde el hospital (Enero/2021).
Para que la comparación fuera más exacta se suprimieron los costes de los medicamentos no incluidos GFT dispensados en la oficina de farmacia en noviembre/2020, que continuaban dispensándose en enero/2021 desde la OF(13 medicamentos).
Coste del mes de noviembre/2020 de los medicamentos al ser dispensados desde la OF: 8708,84€.
Coste del mes de Enero/2021 de los medicamentos al ser dispensados desde el hospital: 2716,54€.
Ahorro mensual de la dispensación de los medicamentos semestrales al ser dispensados desde el hospital: 105,2 €.
El ahorro directo comparando el último mes de dispensación de medicamentos desde la OF (noviembre/2020) con el primer mes completo de dispensación de medicamentos desde el hospital (enero 2021) fue de 6097,5 €.
El ahorro mensual por residente fue de 62,86€/mes.

LIMITACIONES
Los recursos interpuestos por parte de las oficinas de farmacia y respectivos colegios farmacéuticos ante los tribunales de justicia dificultan la implantación y avance del proyecto.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Este proyecto de gestión y atención farmacéutica es aplicable a todas las residencias sociosanitarias tanto públicas como privadas y puede contribuir a la mejora de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y la atención sanitaria de los residentes.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

589. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE SACUBITRILO-VALSARTÁN EN UN ÁREA INTEGRADA DE SALUD ¿CÓMO SE ESTÁ PRESCRIBIENDO?

AUTORES
GARCIA DE PAREDES ESTEBAN JC, GIL SIERRA MD, BRICEÑO CASADO MP, BARREIRO FERNÁNDEZ EM, RÍOS SÁNCHEZ E
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. CTRA. NACIONAL IV, KM 665. CÁDIZ

OBJETIVOS
El informe de posicionamiento terapéutico (IPT) sobre el uso de sacubitrilo/valsartán (SAC/VAL) recomienda su utilización para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica (ICC) sintomática con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) < 35%, niveles plasmáticos elevados de péptidos natriuréticos cerebrales (BNP, ≥150 pg/ml) y mal control (sintomáticos con grado II-III de la New York Heart Association-NYHA) pese al tratamiento con dosis estables de fármacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de angiotensina (ARA-II). El objetivo de este estudio fue evaluar la adecuación de las prescripciones de SAC/VAL a los criterios de uso del IPT en un área integrada de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de utilización de SAC/VAL. Se incluyeron pacientes con al menos una dispensación de SAC/VAL durante 2020 en un área de salud con población de 84.000 habitantes. Se usó el programa de facturación de receta médica electrónica Digitalis® v.2.6 y la historia clínica informatizada HP-HCIS PRODUCCION_V10_i02© para recoger datos: edad, sexo, grado NYHA, FEVI y niveles de BNP. Se compararon las condiciones de uso de SAC/VAL en nuestros pacientes con los criterios de uso descritos en el IPT. También fueron registradas variables relacionadas con el tratamiento: servicio prescriptor, duración del tratamiento, dosis y tratamientos previos para ICC. Se notificaron las suspensiones de tratamiento asociadas a efectos adversos.

RESULTADOS
Se incluyeron 96 pacientes con mediana de edad de 78 (rango 48-93) años, siendo el 71% hombres. El 81% presentaban diagnóstico de ICC NYHA II, 11 % NYHA III, 2 % NYHA I y 6% desconocido. Del total, la FEVI fue menor al 35% en el 96% de pacientes. En el 48% de los casos se disponía de valores de BNP elevados, desconociéndose en el resto.
El 57% de las prescripciones fueron originadas por el servicio de cardiología, el 38% por medicina interna y el 5% por nefrología. Dentro del servicio de cardiología el 36% de sus prescripciones fueron inadecuadas, en interna un 58% y en nefrología un 40%.
La duración media de los tratamientos fue 18 meses (rango de 4-29 meses). El 94% de los pacientes iniciaron SAC/VAL a la dosis de 24mg/26mg, un 4% a dosis de 49 mg/51 mg y un 2% a dosis plenas de 97 mg/103 mg. En el 49% de pacientes se realizó escalada de dosis, pero al final del estudio se encontraron con dosis plenas el 28% de los pacientes. Un 15% no tomaban ni IECA ni ARAII previamente al inicio del tratamiento con SAC/VAL. Tres pacientes cesaron el tratamiento, dos por hiperpotasemia sintomática y uno por insuficiencia renal grave.

CONCLUSIONES
Casi todos los pacientes cumplieron los criterios de uso de IPT según NYHA y FEVI. Menos de la mitad de los pacientes tuvieron disponibles datos elevados de niveles de BNP.
Se observó inadecuación en la prescripción en todos los servicios clínicos.
Menos de un tercio de los pacientes alcanzó la dosis plena de la combinación de SAC/VAL.
Menos de una quinta parte de los pacientes no fueron tratados previamente con IECA o ARAII.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

593. UTILIZACIÓN Y ANÁLISIS COSTE-EFECTIVO DE ENOXAPARINA BIOSIMILAR EN UN ÁREA INTEGRADA DE SALUD

AUTORES
GARCIA DE PAREDES ESTEBAN JC, GIL SIERRA MD, BARREIRO FERNÁNDEZ EM, RÍOS SÁNCHEZ E, BRICEÑO CASADO MP
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. CTRA. NACIONAL IV, KM 665. CÁDIZ

OBJETIVOS
Enoxaparina (Ex) es uno de los diez principios activos con mayor impacto económico en nuestra área integrada de salud. Dada la reciente comercialización de Ex biosimilar (Ex-b) se implantó un indicador cualitativo de utilización de Ex-b para mejorar la calidad de prescripción con receta médica. El objetivo principal de este estudio fue evaluar la implantación del indicador porcentaje de Ex-b (%Ex-b) en nuestra área de salud, mientras que el objetivo secundario fue calcular el ahorro estimado si se utilizase la alternativa más eficiente.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron todas las prescripciones de medicamentos que contienen Ex entre los años 2019 y 2020 en un área de salud de 84.000 habitantes. Se usó el programa de facturación de receta médica electrónica Digitalis® v.2.6 para recoger los datos: tipo de Ex [biosimilar o referencia (Ex-r)], dosis diaria definida (DDD) consumidas, importe de facturación y presentación comercializada. La implantación del indicador %Ex-b (objetivo primario) como parte de la estrategia del uso racional del medicamento se realizó en el año 2020 y se calculó mediante la siguiente fórmula: %Ex-b = total DDD Ex-b x 100/total Ex. Para calcular el ahorro estimado (objetivo secundario) se desarrolló un análisis de minimización de costes para el año 2020 con las presentaciones comercializadas que supusieron el 75% del gasto generado total por Ex.

RESULTADOS

En el año 2019 el consumo total de Ex fue de 126.282 DDD, de las cuales 3.640 DDD correspondieron a Ex-b (%Ex-b = 2,9%). En 2020 el consumo total fue de 189.389 DDD, de las cuales 18.452 DDD correspondieron a Ex-b (%Ex-b = 9,7). Las presentaciones que supusieron el 75% del gasto fueron todas de Ex-r: Ex-r 60mg x 30 jeringas, Ex-r 60mg x 10 jeringas, Ex-r 40mg x 30 jeringas, Ex-r 40mg x 10 jeringas y Ex-r 80mg x 30 jeringas. El coste incremental (CI) de Ex-r 60mg x 30 jeringas fue de 0,31€ por DDD frente a la misma presentación de Ex-b y su consumo total en 2020 fue de 54.720 DDD, el CI de Ex-r 60mg x 10 jeringas fue de 0,44€ por DDD y su consumo de 17.220 DDD, el CI de Ex-r 40mg x 30 jeringas fue de 0,45€ por DDD y su consumo de 42.720 DDD y el CI de Ex-r 40mg x 10 jeringas fue de 0,49€ por DDD y su consumo de 15.520 DDD. El ahorro estimado si estas cuatro presentaciones de Ex-r hubieran sido de Ex-b asciende a 51.368€.

CONCLUSIONES

En el primer año de implantación del nuevo indicador %Ex-b se observa un crecimiento mayor del 5%, existiendo un amplio margen de mejora. Si las presentaciones comercializadas que supusieron el 75% del gasto generado total por Ex hubieran sido del medicamento biosimilar, se hubiera conseguido un ahorro mayor a 50 mil euros. El uso racional de medicamentos biosimilares de Ex puede contribuir a la sostenibilidad del sistema nacional de salud mediante la optimización de la eficiencia.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

612. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES DE LOS USUARIOS PROCEDENTES DE CENTROS RESIDENCIALES

AUTORES

TAMAYO ORBEGOZO E, BASKARAN KALTZAKORTA Z, LOIZAGA DIAZ I, VALLINAS HIDALGO S, LLONA ARMADA A, REVUELTA AMALLO A, VARA URRUCHUA M, AGUIRREZABAL ARREDONDO A

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. MONTEVIDEO ETORB, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS

Detectar y solventar errores de conciliación en las transiciones asistenciales de los usuarios de centros residenciales vinculados a un Servicio de Farmacia Hospitalaria, así como realizar recomendaciones farmacéuticas para una adecuada prescripción en geriatría.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de 7 meses y medio de duración (15 de septiembre de 2020-30 de abril de 2021) en el que se realizó la conciliación de la medicación de los usuarios procedentes de 20 centros residenciales con un total de 2712 plazas.
A través de una consulta informática (Oracle Bussiness Intelligent®) se recibió diariamente un listado de pacientes que tuvieron contacto con el hospital el día anterior. Se revisó la medicación de los pacientes al ingreso en planta, al alta o tras estancia en Urgencias, así como los que acudieron a consultas externas. Todas las discrepancias o recomendaciones farmacéuticas se registraron en las historias clínicas de los pacientes y se informó al médico responsable de la residencia o al especialista, en función del médico prescriptor.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se revisaron 343 episodios de ingreso hospitalario, 595 episodios de alta, tanto de hospitalización como de urgencias, y 1491 episodios de consultas externas.
De todos ellos, se intervino en 130 ocasiones con una aceptación global del 57,69%. En 6 casos no se pudo valorar la aceptación de la intervención por fallecimiento del paciente.
El número y tipo de errores de conciliación con su respectivo porcentaje de aceptación fueron los siguientes: 12 errores de comisión (66,70%), 29 de diferente dosis, vía o frecuencia (48,64%), 19 de duplicidad (84,21%), 4 interacciones (75%), 23 por mantener medicación contraindicada (52,17%), 14 de omisión (62,29%) y 2 por prescripción incompleta (100%).
Además de la conciliación, se realizaron las siguientes recomendaciones para la adecuación de la prescripción: en 2 ocasiones se sugirió cambiar la presentación en pacientes con PEG (50% de aceptación), 8 adecuaciones de dosis en paciente geriátrico (37,50% de aceptación) y 1 ajuste de dosis según función renal que fue aceptado. En 2 pacientes se recomendó inicio de un IBP por estar en tratamiento con fármacos gastrolesivos, en otros 2 inicio de pauta con calcio+vitamina D en pacientes con fármacos antiresortivos y en 1 paciente inicio de suplementación con vitamina D por tener niveles bajos en la analítica reciente. Ninguna de estas recomendaciones fue aceptada. Por último, se recomendó suspender la medicación en 11 ocasiones por falta de adherencia o futilidad, de los cuales se aceptó el 18,18%.

CONCLUSIONES

A pesar del alto número de intervenciones el grado de aceptación fue menor del esperado, debido en parte a la falta de unificación de programas entre el hospital y los centros residenciales, lo que dificulta la comunicación entre ambos.
Las transiciones asistenciales son frecuentes en los usuarios de los centros residenciales, además la polimedicación es habitual en este tipo de pacientes. Por todo ello, la integración del farmacéutico hospitalario en el equipo asistencial del centro residencial es fundamental, tanto para detectar errores de conciliación como para la adecuación farmacoterapéutica en el paciente anciano.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

625. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON INHIBIDORES DEL CO-TRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO-2 EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

AUTORES

CONTRERAS MACÍAS E, ESPINA LOZANO JM, SABORIDO CANSINO C, GONZÁLEZ MARÍA C, GUTIÉRREZ PIZARRAYA A
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. AVDA. BELLAVISTA S/N. SEVILLA

OBJETIVOS
Analizar la adecuación del tratamiento con inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en un área de gestión sanitaria

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, con pacientes adultos con DM2 en tratamiento con iSGLT2 entre Enero 2020 - Enero 2021. Se definieron dos muestras de análisis en función del primer médico prescriptor: atención hospitalaria (AH) y atención primaria (AP). Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple para obtener una muestra representativa de la población. Se recogieron variables demográficas: sexo y edad; Clínicas: diagnóstico de diabetes , nivel sérico de hemoglobina glicada (HbA1c) (< 7/≥7), riesgo cardiovascular y comorbilidades asociados a la patología diabética (insuficiencia cardíaca / enfermedad renal diabética / enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida); farmacoterapéuticas: iSGLT2 prescrito (empaglifozina/canaglifozina/dapaglifozina /ertuglifozina).
Para valorar la adecuación se empleó el documento de Recomendaciones para la selección del tratamiento farmacológico en diabetes mellitus tipo 2. Grupo de trabajo Uso Adecuado del Medicamento-Diabetes. Plan Integral de Diabetes. Servicio Andaluz de Salud, donde el paciente en tratamiento con iSGLT2 debe cumplir: diagnóstico de DM2 con HbA1c > 7 mg/dL, tratamiento con metformina u otro antidiabético oral, no presencia de contraindicaciones y estar afectado por criterios clínico para la selección de iSGLT2. Los escenarios de recomendación son: enfermedad cardiovascular arteriosclerótica establecida, alto/muy alto riesgo cardiovascular, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal diabética.
Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Diraya®), mientras que los datos de prescripción del programa de facturación de recetas (Microstrategy®) y Receta XXI (Diraya®). Se analizaron con SPSS v.25.0, las variables cuantitativas se expresan con medianas y IQR (rango intercuartílico), mientras que las cualitativas con frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS
Se incluyeron 781 pacientes, 62.2% hombres, con una edad mediana de 65 años (IQR: 55-71). La mediana de Hb1Ac fue de 7.9 mg/dL (IQR: 6.8-9.2), con un 72.3% de pacientes presentaban Hb1Ac > 7 mg/dL. La prescripción de estos fármacos se produjo en un 34.7% por profesionales de AP, mientras que el 65.3% proceden de AH. El principio activo más prescrito en AH fue empaglifozina con un 65.0%, mientras que en AP fue dapaglifozina con un 51.3%. De forma global, el 78.9% (n/N=616/781) de los pacientes cumplían criterios de inicio de estos fármacos. El principal criterio de inicio de tratamiento en ambos grupos fue el riesgo cardiovascular con un 34.1% para pacientes con prescripción procedente de AH y 83.7% para AP, seguido de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida con un 20.8% y 7.6%, para AH y AP respectivamente. Se identificó un 22.15% (n/N=159/781) de no adecuación a los criterios clínicos para iniciar tratamiento con iSGLT2, siendo la principal causa (74.8%) la presencia de niveles de HbA1c < 7 mg/dL .

CONCLUSIONES
El elevado porcentaje de adecuación del tratamiento con iSGLT2 permite una optimización del tratamiento farmacológico de la patología diabética con mejoras en las complicaciones tanto cardiovasculares como metabólicas asociadas.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

639. PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES
LAORDEN CARRASCO A, GARCÍA MOLINA O, CANO MOLINA JÁ, DIAZ RAMON M, RUIZ GOMEZ A, SAEZ GARRIDO M, FOLNABI DOWLATSHAHI F, TORRO GARCIA L
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS
Analizar la tendencia de prescripción de fármacos que prolongan el intervalo QT (FQT) en pacientes residentes en un Centro Sociosanitario (CSS) dependiente del Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel y evaluar la existencia de factores de riesgo que potencien la prolongación del QT inducida por fármacos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, realizado durante el mes de abril de 2021, de todos los pacientes residentes en un CSS.
Se analizaron las prescripciones y se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, número de fármacos prescritos, FQT prescritos y factores de riesgo que potencian la prolongación del intervalo QT inducida por medicamentos.
La identificación de FQT se realizó en base al listado elaborado por el Centro de Arizona para la Educación e Investigación en Terapéutica (AzCERT), dónde se clasifican en tres grupos, según el nivel de evidencia de prolongación del QT y riesgo de producir torsade de pointes (TdP):
• Riesgo definido (RD): alargan el QT y tienen riesgo de TdP cuando se utilizan en las indicaciones autorizadas.
• Posible riesgo (RP): pueden causar prolongación del QT pero no hay pruebas suficientes de que puedan causar TdP cuando se utilizan en las indicaciones autorizadas.
• Riesgo condicional (RC): aumentan el QT y riesgo de desarrollar TdP pero solo cuando existen otros factores de riesgo.
Los factores de riesgo que potencian la prolongación del QT y TdP son: sexo femenino, edad avanzada, alteraciones electrolíticas (hipo-K+,Ca2+,Mg2+), patologías cardiacas, insuficiencia renal/hepática, hiper/hipotiroidismo e interacciones farmacológicas.
Los datos se obtuvieron de los programas de historia clínica electrónica (Selene®) y prescripción electrónica (MIRA®). Para identificar las interacciones se utilizaron las bases de datos Micromedex® y Lexicomp ®

RESULTADOS
Se analizaron un total de 31 pacientes (17 mujeres y 14 hombres) con una mediana de 81 años [65-101]. La mediana de fármacos prescritos por paciente fue de 7 [1-17].
Se prescribieron un total de 63 FQT, con una mediana de 2 FQT [1-5] por paciente.
El 97% (30) de los pacientes tenían prescrito al menos un FQT. Según la categoría, se prescribieron FQT de grupo RC al 94% (29) de los pacientes, grupo RP al 39% (12) y grupo RD al 6% (2). Los FQT más prescitos fueron: 48% omeprazol, 42% quetiapina, 19% sertralina y furosemida, 9,6% hidroclorotiazida y mirtazapina y 6,4% olanzapina, paliperidona, risperidona y levetiracetam.
En cuanto a los factores de riesgo asociados, el 10% (3) de los pacientes presentaba alteraciones electrolíticas, 35% (10) alteraciones cardiacas, 13% (4) insuficiencia renal, 6% (2) insuficiencia hepática y el 26 % (8) interacciones farmacológicas.

CONCLUSIONES
La tendencia de prescripción de FQT fue elevada (97% de los pacientes). Los fármacos más prescritos pertenecieron al grupo de inhibidores de la bomba de protones, antipsicóticos, antidepresivos y diuréticos. Además, los pacientes con FQT prescritos presentaba al menos un factor de riesgo de prolongación del QT.
Sería necesaria una revisión del tratamiento con el fin de deprescribir fármacos que prolonguen el QT si existen alternativas más seguras, el balance beneficio-riesgo no es favorable o el paciente presenta factores de riesgo asociados.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

659. ADAPTACIÓN DE LAS FORMAS FARMACÉUTICAS ORALES SÓLIDAS EN PERSONAS MAYORES CON PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES

AUTORES
MARTÍNEZ ARRECHEA S, MARTIARENA AYESTARAN A, BARRAL JUEZ I, ELOSEGI URANGA S, GARATE VILLANUEVA N, LARUNBE DORREGARAI I, URIARTE ARTAMENDI JC, BACHILLER CACHO MP
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. OSI DONOSTIALDEA. PASEO DR. BEGIRISTAIN. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS
Las personas mayores con frecuencia presentan dificultad para deglutir por lo que pueden precisar la manipulación de la forma farmacéutica oral sólida con el fin de acondicionarla para facilitar su toma.
De manera reciente se ha incorporado en el equipo asistencial de los centros residenciales la figura del farmacéutico sociosanitario.
El objetivo del presente trabajo es revisar, por el farmacéutico sociosanitario, las formas farmacéuticas orales sólidas de personas mayores institucionalizadas con problemas de deglución y proponer la mejor alternativa disponible.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo de seis semanas de duración llevado a cabo en cinco centros residenciales de dos Organizaciones Sanitarias Integradas.
Los residentes con problemas de deglución fueron identificados a partir de listados facilitados por el personal sanitario de los centros residenciales. Se revisaron, de manera individualizada, las prescripciones de las formas farmacéuticas orales sólidas de dichos residentes y se comunicó a los médicos responsables los comprimidos o cápsulas que no eran recomendables triturar, fraccionar o abrir, proponiendo intercambios terapéuticos basados en guías de la Organización Sanitaria Integrada, así como de otras comunidades autónomas de aplicación en el ámbito sociosanitario. De la misma manera, se propuso la suspensión del tratamiento cuando el beneficio clínico era cuestionable debido a la situación u objetivos terapéuticos del residente.

RESULTADOS
Se revisaron un total de 369 residentes, de los que el 73,7% fueron mujeres. La edad media fue de 85,9 años (rango 60-104) y el número medio de prescripciones crónicas fue de 7,1 (DE±3,8).
Se identificaron 145 residentes (39,3%) con problemas de deglución. 27 (18,6%) presentaron al menos una forma farmacéutica oral sólida a adaptar y de estos, 5 tenían dos o más formas farmacéuticas orales sólidas a revisar.
Se realizaron un total de 33 recomendaciones. 28 (84,8%) fueron aceptadas, de las que 10 (35,7%) fueron modificadas hasta la fecha. 5 recomendaciones fueron desestimadas por el equipo médico por ser el residente capaz de deglutir las formas farmacéuticas orales sólidas prescritas en su tratamiento.

CONCLUSIONES
El farmacéutico sociosanitario contribuye a mejorar la efectividad y seguridad de los tratamientos adecuando las formas farmacéuticas orales sólidas de las personas mayores institucionalizadas con problemas de deglución.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

671. PROYECTO COLABORATIVO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL, DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

AUTORES
LALUEZA BROTO MP, JIMÉNEZ LOZANO I, BARCELO COLOMER ME, FERNANDEZ LIZ E, HORTELANO GARCIA MA, SANJOSE LAPORTE A, ROMERO SUAU R, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. Pº VALLE HEBRÓN S/N. BARCELONA

OBJETIVOS
La complejidad del sistema sanitario así como el aumento de los pacientes crónicos pluripatológicos han llevado a la necesidad de una buena coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

Objetivo: Desarrollo de estrategias o procedimientos para promover la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada) en relación con la utilización de medicamentos tanto en aspectos de efectividad como de seguridad.

MEJORAS ESPERADAS

- Armonización del proceso farmacoterapeutico entre los distintos niveles asistenciales mediante la coordinación entre la atención primaria y la atención especializada.
- Mejorar la comunicación entre los diferentes niveles tendiendo puentes entre los mismos y generar cultura colaborativa.

DISEÑO

Mediante la creación de una Comisión de Prescripción y Armonización Territorial (CPAT) se identificaron áreas de trabajo prioritarias para mejorar la continuidad asistencial en relación a la optimización del tratamiento farmacológico.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Creación de la CPAT, a propuesta de la Dirección del Hospital y del Servicio de Farmacia, y dependiente de la Comisión de Farmacia y Terapéutica.
- Composición multidisciplinar integrando farmacéuticos de hospital y de Atención Primaria (AP), farmacólogo clínico de AP y médicos de diferentes especialidades (relacionadas con las áreas prioritarias de mejora) y de AP, así como un responsable de la Dirección del hospital, con funciones de coordinación con la AP.
- Realización de reuniones mensuales (presenciales/telemáticas).
- Método: identificación de áreas de trabajo prioritarias, realización de estudios de variables o indicadores de gestión, análisis de los resultados y propuestas de mejora para los problemas detectados.

IMPLANTACIÓN

Mediante la creación de esta comisión se han podido implementar diferentes propuestas de mejora con el objetivo global de optimizar el tratamiento farmacológico así como mejorar la continuidad asistencial.

RESULTADOS

1. Asistenciales y de Gestión
- Revisión periódica de los indicadores de prescripción tanto cualitativos como cuantitativos (CatSalut, ICS) y su adecuación a las recomendaciones.
- Identificación de los grupos terapéuticos de mejora: diabetes, respiratorio, dolor, psiquiatría y de los fármacos biosimilares: enoxaparina, teriparatida, insulina glargina.
- Elaboración de protocolos comunes con visión de continuidad asistencial (p.e. tratamiento de la osteoporosis)
- Acciones de mejora en el uso seguro de los medicamentos: Optimización en el uso de opiáceos ; utilización de parches de lidocaína fuera de indicación aprobada y realización de protocolo de utilización; protocolo de desprescripción en el marco de la coordinación territorial.
- Modelos de consultoría colaborativa: disminución de la derivación a la atención hospitalaria

2. Docencia/Formación continuada
- Curso de actualización del tratamiento de la diabetes para el ámbito de AP (actividad de mejora de la utilización de los nuevos antidiabéticos).
- Propuesta de herramientas basadas en las nuevas tecnologías para aplicar a la formación continuada

3. Investigación
- Análisis de la utilización de anticoagulantes de acción directa en el contexto de la pandemia covid19
- Estudio de la utilización de gabapentinoides asociado a opiáceos u otros depresores respiratorios en poblaciones susceptibles

LIMITACIONES

Necesidad de mejorar los canales de comunicación (recursos tecnológicos, circuitos) entre los sanitarios implicados en el seguimiento de los pacientes.
Se considera necesario adecuar los indicadores de gestión propuestos hacia indicadores de resultados en salud.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a cualquier Servicio de Farmacia que tenga como objetivo la colaboración y continuidad asistencial con el área de primaria de referencia

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

678. CONTROVERSIA EN EL USO DE BENZODIACEPINAS ¿AFECTAN A LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN UNA UNIDAD ORTOGERIÁTRICA?

AUTORES

SÁNCHEZ MONASTERIO I, LASO LUCAS E, HIJARRUBIA LANAU O, FERRO URIGUEN A, MIRO ISASI B, ARIZTIA SARRATEA M, JIMENEZ CLEMENTE G, BEOBIDE TELLERIA I
FUNDACION MATIA. PASEO DE LOS PINOS 35. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

Caracterizar a la población que toma benzodiacepinas tras una fractura de cadera y los factores de riesgo asociados al uso crónico de estos fármacos. Analizar la posible implicación de la toma de los mismos en la evolución funcional (Índice de Barthel, IB) durante el periodo postquirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo, realizado en una Unidad de Ortogeriatría de un hospital de media estancia durante el periodo enero-diciembre 2020. Se incluyeron los pacientes ingresados con benzodiacepinas y análogos (N05BA-N05CB-

N05CF) como tratamiento hipnótico tras una cirugía por fractura de cadera. Se excluyeron pacientes que reingresan o fallecen en dicho periodo.
Se recogieron de la historia clínica datos demográficos, clínicos, polifarmacia, tiempo en tratamiento con benzodiacepinas y número de caídas previas. Se consideraron los hipnóticos que en receta presentaban pauta nocturna crónica; polifarmacia si tomaba ≥5 principios activos de forma crónica e hiperpolifarmacia si ≥9. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS-20 (t-student, U-Mann-Whitney y x2)

RESULTADOS

Se incluyeron 188 pacientes, 81,9% mujeres y edad media 84,5 (SD 9,5) años. El 60,1% estaba polimedicado y el 27,7% hiperpolimedicado. Sólo el 10,1% presentaba insomnio entre sus diagnósticos.
Las benzodiacepinas eran tratamiento crónico domiciliario en 106(56,4%) pacientes, con una duración mediana de 11,35(RIC 9) años. Las mujeres presentaron un riesgo mayor que los hombres de consumir estos hipnóticos con una OR de 6,9(IC 95% 2,8-16,9; p < 0,001) y la edad media de los pacientes tratados era 3 años superior a la de los no tratados: 82,8 (SD 10,1) y 85,9(SD 8,8) (p=0,026) respectivamente. En el grupo de los pacientes tratados con benzodiacepinas, la mediana del número de principios activos fue mayor (8(RIC 6) vs 5(RIC 7) (p=0,006)) y además, presentaron más caídas previas (p=0,014), siendo la mediana de caídas 2(RIC 3) vs 1(RIC 3).
El estado funcional de los pacientes sin benzodiacepinas era mejor que el de los tratados (mediana del IB previo 85,5(RIC 35,25) vs 96(RIC 20)(p < 0,001)) pero la fractura de cadera supuso un declive funcional más acusado en los pacientes sin benzodiacepina (p > 0,05), por lo que el IB al ingreso fue similar en ambos grupos (mediana de 33(RIC 32)). La recuperación funcional no presentó diferencias significativas en ambos grupos, siendo la mediana del incremento del IB de 27 (RIC 33) puntos. El IB al alta fue de 69,5(RIC 47) puntos. La mediana de la duración del ingreso fue de 21 (RIC 11) días.

CONCLUSIONES

La edad, el ser mujer, el número de principios activos y un peor estado funcional se relacionan con un mayor consumo de benzodiacepinas como hipnótico crónico en los pacientes que sufren una fractura de cadera. Además, los pacientes tratados con benzodiacepinas presentaron un peor estado funcional previo y un mayor número de caídas previas.
Pese a ser un tratamiento crónico y postquirúrgico por protocolo, el tratamiento con benzodiacepinas no fue un factor significativo en la recuperación funcional de los pacientes.
La conciliación al alta debería ser una actividad clave para evitar la cronificación del tratamiento benzodiacepínico y prevenir nuevas caídas.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

745. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE PRODUCTOS DIETOTERÁPICOS E IMPACTO ECONÓMICO EN CENTROS SOCIOSANITARIOS EN UN AÑO DE PANDEMIA POR SARS-COV-2

AUTORES

MAYORGA BAJO I, APOLO CARVAJAL FE, CAPILLA SANTAMARÍA E, CAÑAMARES ORBIS I, ESCUDERO BROCAL A, LLANOS GARCÍA MT, MARTÍN CRUZ B, CALVO ALCÁNTARA MJ

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS. EDIFICIO SOLLUBE, PLAZA CARLOS TRIAS BERTRAN 7. MADRID

OBJETIVOS

Los usuarios institucionalizados en residencias de mayores han sido uno de los grupos más afectados por el SARS-Cov-2. La infección se asocia a factores de mal pronóstico relacionados con pérdida de calidad de vida, mayor discapacidad y morbi-mortalidad como son la desnutrición, la sarcopenia y la disfagia. Los objetivos del estudio fueron analizar el consumo de productos dietoterápicos (PD) en centros sociosanitarios (CSS) y su impacto económico durante el último año.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en 25 CSS de 12 meses de duración (mayo 2020 - abril 2021). Las variables estudiadas fueron: número de residentes con nutrición enteral (NE), suplemento nutricional oral (SNO), módulo de proteínas (P) o espesante (E), % de residentes con PD respecto al total de usuarios institucionalizados, % de variación a lo largo del último año, unidades de adquisición (expresadas como Kcal para NE y SNO o como g para P y E), subtipo de PD (NE y SNO), impacto económico y ahorro estimado considerando el precio de adquisición de forma centralizada mediante acuerdo marco frente al PVP-IVA.

RESULTADOS

El promedio mensual de residentes institucionalizados durante el periodo estudiado ha sido de 4.626,42 ± 342,52 de los cuales 1.059,58 ± 87,01 residentes/mes han tenido pautado algún PD: 722,25 ± 48,56 NE, SNO o P; 218,75 ± 17,82 E y 118,58 ± 44,16 NE, SNO o P + E. El porcentaje promedio mensual de residentes con PD respecto al total de institucionalizados ha sido del 23,01 ± 2,38 %, este porcentaje se ha incrementado un 5,23% en abril 2021 (25,05%) respecto a mayo 2020 (19,82%).
Se han adquirido una total de 115.642.204 kcal de NE y SNO (60,22% fórmula completa polimérica hiperproteica-hipercalórica, 18,37% específica de diabetes hiperproteica, 8,36% fórmula completa polimérica normoproteica-normocalórica y 13,05% otros), 270.990 g de P y 2.406.600 g de E.
El impacto económico de su adquisición centralizada durante los últimos 12 meses ha sido de 398.406 € (91,71% NE y SNO, 1,52% P y 6,77% E), suponiendo un ahorro de 1.870.462 € frente a la adquisición por receta médica a PVP-IVA.

CONCLUSIONES

Durante el último año de pandemia por SARS-Cov-2 ha aumentado la proporción de residentes institucionalizados que ha tenido pautado algún PD, siendo las fórmulas completas poliméricas hiperproteicas-hipercalóricas las más empleadas. Dado el elevado impacto económico de los PD, medidas como la adquisición centralizada promueven la eficiencia de la prestación farmacéutica, suponiendo un ahorro importante, sin comprometer la calidad ni la accesibilidad.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

748. ESTRATEGIA DE DESPRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTI-DEMENCIA

AUTORES

ECHEVERRIA GORRITI A, GARCÍA GONZÁLEZ P, ALZUETA ISTURIZ N, GONZÁLEZ GLARÍA B, LARUMBE ILUNDÁIN R, GOÑI RUIZ N, ACÍN GERICÓ MT, GOÑI ZAMARBIDE O

SERVICIO NAVARRO DE SALUD - OSASUNBIDEA. PZA DE LA PAZ S/N. NAVARRA

OBJETIVOS

Los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) (donepezilo, rivastigmina y galantamina) y la memantina están indicados en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Su balance beneficio-riesgo es cuestionable: su eficacia es limitada, tienen numerosos efectos adversos, y no está claro cuándo desprescribirlos. Por ello, en julio 2019 se elaboró un protocolo para ayudar a los profesionales sanitarios en la desprescripción.

El objetivo de este trabajo fue analizar el impacto de este protocolo sobre el consumo de los fármacos anti-demencia

MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizó la base de datos de facturación de receta electrónica para obtener el listado de pacientes tratados desde 2017 hasta 2020 con IACE y/o memantina.

Dentro del Grupo de Demencias de la Comunidad, se creó un equipo multidisciplinar formado por farmacéuticos, médicos de atención primaria, enfermera, neuróloga y geriatra, que trabajaron en el diseño del protocolo de desprescripción de fármacos anti-demencia.

El protocolo se publicó en julio de 2019, fue colgado en la intranet sanitaria y en la historia clínica de Atención Primaria.

Para evaluar el efecto de la intervención, se comparó el número de pacientes tratados en el año anterior (2018) con el número de pacientes tratados en 2020.

RESULTADOS

En el periodo de 2017 a 2020 se observó una tendencia a la baja en el número de pacientes tratados con IACE y/o memantina. Este descenso fue más pronunciado tras la publicación del protocolo en 2019, siendo del 6,5% entre 2019 y 2020 frente al 2,6% entre 2018 y 2019. Esta intervención supuso un ahorro de 224.782€.

En 2018, 4017 pacientes recibieron fármacos anti-demencia, el 72% mujeres y con una edad media (desviación estándar) de 84 (7) años, mientras que en 2020 disminuyeron un 7% los pacientes tratados.

Se analizaron los pacientes tratados en monoterapia y biterapia. Se tomaron como referencia el primer bimestre de 2018 y el último bimestre de 2020.

En enero-febrero de 2018 un total de 3153 pacientes recibían tratamiento con IACE y/o memantina. El 88,9% estaba en monoterapia: 44,5% rivastigmina, 25,4% donepezilo, 7,3% galantamina y 11,7% memantina. El 11,1% restante recibía biterapia: rivastigmina + memantina (5,9%), donepezilo + memantina (3,7%) o galantamina + memantina (1,5%).

De esos 3153 pacientes, en el último bimestre de 2020 solo 1408 continuaban en tratamiento para la demencia. En este periodo se perdió el seguimiento de 1300 pacientes entre fallecidos e ingresos en centros sociosanitarios con servicio de farmacia, y a 445 se les desprescribió el tratamiento (24%).

Se observó una disminución de los pacientes en biterapia, de los 350 pacientes en el primer bimestre de 2018, solo 176 pacientes seguían en biterapia en el último bimestre de 2020. Esta reducción se dio sobre todo en pacientes en tratamiento con rivastigmina y memantina, que disminuyeron un 55% (de 185 a 85), y en los tratados con donepezilo y memantina, que disminuyeron un 53% (de 117 a 55).

CONCLUSIONES

La elaboración y difusión de un protocolo multidisciplinar para la desprescripción de los fármacos para la demencia ha tenido un impacto positivo en el uso de estos medicamentos.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

750. DETERMINACIÓN DE LA SERIE BLANCA CON UN ANALIZADOR PORTÁTIL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CLOZAPINA

AUTORES

CIRUJEDA RANZENBERGER C, GARCÍA SOLA N, SANZ BÁGUENA E, JIMÉNEZ SANTACECILIA J, IZAGUERRI MOCHALES N, JUNZA SOLER A, MARTÍNEZ ARAUS E, LARRUBIA ROMERO J

CENTRO NEUROPSIQUIÁTRICO N.S. DEL CARMEN. CAMINO DEL ABEJAR S/N. ZARAGOZA

OBJETIVOS

La esquizofrenia es un trastorno mental grave de curso generalmente crónico. La clozapina es un antipsicótico de segunda generación que se reserva para el tratamiento de pacientes refractarios debido a su mayor eficacia, pero también al riesgo de agranulocitosis potencialmente mortal. Por ello, durante las primeras 18 semanas de tratamiento se deben determinar semanalmente los leucocitos y neutrófilos totales, continuando posteriormente con determinaciones mensuales durante todo el tratamiento y hasta un mes después de su retirada. Habitualmente estas determinaciones se realizan en sangre venosa, obteniéndose un hemograma completo.

Recientemente se han comercializado analizadores portátiles (point-of-care) que son capaces de medir diversos parámetros en muestras de sangre obtenidas mediante punción digital.
Se presenta la puesta en marcha de un circuito de determinación de la serie blanca con un analizador portátil en pacientes con esquizofrenia refractaria institucionalizados en un centro psiquiátrico de media/larga estancia que carece de laboratorio de análisis propio.

MEJORAS ESPERADAS

Satisfacción de los pacientes y aumento de la adherencia al tratamiento.
Satisfacción de los profesionales y agilidad en la disponibilidad de los resultados.

DISEÑO

Se constituye un equipo interdisciplinar formado por enfermería, psiquiatría y farmacia quienes consensuan el procedimiento y el circuito.

CIRCUITO Y ETAPAS

Los pacientes se dividen en cuatro grupos según su ubicación y se adjudica el autoanalizador cada semana del mes a uno de estos grupos. Enfermería realiza las determinaciones de lunes a miércoles y registra en la historia los valores de leucocitos y neutrófilos totales. Los jueves se utilizan para los pacientes en inicio de tratamiento de cualquier grupo y los viernes se reservan para que el Servicio de Farmacia descargue las series blancas completas obtenidas a un archivo protegido de acceso a todos los profesionales implicados.
Se mantienen los siguientes hemogramas venosos: al inicio del tratamiento, en las semanas 9 y 18 y cada seis meses. El resto de determinaciones se realiza con el autoanalizador.

IMPLANTACIÓN

La implantación del programa se tuvo que posponer debido a la pandemia, empezando de forma sistemática en enero 2021.
El primer mes se realizaron determinaciones en paralelo para asegurar la concordancia de las mediciones con sangre venosa.

RESULTADOS

Primer trimestre 2021:
Determinaciones realizadas:
Se han realizado determinaciones en 45 pacientes, 8 de los cuales han sido inicios de tratamiento, resultando 107 mediciones mensuales y 53 semanales. Existe concordancia con la sangre venosa.
Encuestas de satisfacción:
Se realizan encuestas de satisfacción a todos los implicados. El 81,4% de los pacientes prefiere el nuevo método a las extracciones venosas. Enfermería y los psiquiatras consideran que es una mejora para los pacientes. Enfermería lamenta una mayor dedicación de tiempo y los psiquiatras resaltan el hecho de poder disponer de los resultados de forma inmediata. Farmacia se ha incorporado al equipo asistencial.

LIMITACIONES

A pesar de la satisfacción global, destacamos el coste de las microcubetas y el tiempo de enfermería.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El proyecto es aplicable a otros Servicios de Farmacia que atiendan a un elevado número de pacientes en tratamiento con clozapina.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

793. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE DÉFICIT DE HIERRO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON HIERRO (III) CARBOXIMALTOSA

AUTORES

GARCÍA LASTRA S, FRA YÁÑEZ J, MARTÍN CARRO C, RAMOS APARICIO R, PLANO SÁNCHEZ AI, ZAPICO GARCÍA I, PUENTE MARTÍNEZ P, BECERRA INGERTO L
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CMNO HEROS 4. ASTURIAS

OBJETIVOS

La administración de hierro intravenoso en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) sintomáticos que presentan déficit de hierro (DH), consigue mejorar su capacidad funcional reduciendo los ingresos hospitalarios relacionados con dicha patología.
El objetivo del estudio fue analizar la prescripción de hierro (III) carboximaltosa (HCM) en pacientes diagnosticados de IC con DH y el seguimiento a partir de las cuatro semanas de la administración.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron a los pacientes del Servicio de Cardiología tratados con HCM de enero de 2019 a marzo de 2021.
Se revisaron las prescripciones del HCM tomando como referencia el documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) sobre el diagnóstico y tratamiento del DH en IC.
Los criterios establecidos para definir DH fueron: índice de saturación de la transferrina (IST) ≥ 20% y ferritina < 100µg/L o bien IST < 20 % y ferritina < 300 µg/l.
Las variables recogidas a través de la historia clínica electrónica fueron: sexo, edad, pauta posológica, fecha de administración y parámetros analíticos anteriores y posteriores a la administración, entre los que se incluyeron:

hemoglobina, IST y ferritina. Los resultados se expresaron con mediana [rango intercuartílico (RIQ) = Q1-Q3] y se analizaron con el programa Microsoft Excel®.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 78 pacientes, el 66,7% (n=52) hombres. La mediana de edad fue 73 años [67 – 78].
Las pautas posológicas fueron: 500 mg dosis única (37,2 %), 1.000 mg dosis única (26,9 %), 1.000 mg el día uno y 500 mg el día siete (19,2 %), 1.000 mg el día uno y 500 mg el día 15 (14,1%), 1.000 mg el día uno y 1.000 mg el día 7 (2,6 %).
Las medianas de los parámetros basales fueron: hemoglobina 12,8 g/dL [11,7-14,3], IST 14,0 % [11-19] y ferritina 58,0 µg/L [35,5-82,0]. Las recogidas posteriormente a la administración de hierro fueron: hemoglobina 13,8 g/dL [12,8-14,6], IST 25,0 % [19,0-30,5] y ferritina 278,0 µg/L [181-495].
El 84,6% (n=66) de los pacientes se ajustaron a las recomendaciones establecidas para la administración de HCM y el 15,4 % (n=12) no disponían de datos suficientes para valorar esta adecuación.
En cuanto al seguimiento, se realizó una analítica a partir de las cuatro semanas de la administración en el 64,1% (n=50) de los pacientes, de los cuales, 39 reflejaron valores de IST y ferritina normales mientras que 11 seguían cumpliendo criterios de DH.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes que recibieron HCM se ajustaban a los criterios establecidos en el documento de consenso de la SEC y la SEMI. La falta de registro en el 15,4% restante no permite evaluar su adecuación.
El seguimiento de los pacientes ha sido desigual por lo que no se pueden extraer conclusiones en cuanto a efectividad. Se detecta la necesidad de elaborar un protocolo multidisciplinar que facilite el registro para la indicación y seguimiento de estos pacientes de forma estandarizada.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

797. INDICACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ACETATO DE MEGESTROL PARA EL TRATAMIENTO DE CAQUEXIA DEBIDO A CÁNCER O SIDA

AUTORES

MESTRE RIBOT MM, GONZÁLEZ GARCÍA R, ALBANELL FERNÁNDEZ M, ESCOLÀ RODRÍGUEZ A, ROMA MORA JR, ROVIRA M, SOTOCA JM, SOY MUNER D
HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA. CALLE VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

El acetato de megestrol (AM) es un fármaco aprobado para el tratamiento de la caquexia en pacientes con enfermedad neoplásica o SIDA. Sin embargo, aunque el AM ha demostrado un ligero aumento de peso y del apetito, su uso está desaconsejado en pacientes ancianos o para indicaciones diferentes a las mencionadas debido a un beneficio-riesgo desfavorable, ya que se ha relacionado con un mayor riesgo de eventos trombóticos.
El objetivo del estudio es analizar de manera retrospectiva la indicación y la adecuación de las prescripciones de AM en pacientes de tres centros de atención primaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se analizaron los datos de dispensación en oficina de farmacia de las prescripciones de AM durante el año 2019 de tres centros de atención primaria que atienden a 90.000 habitantes.
Se recogieron variables demográficas, diagnósticos y si el paciente estaba institucionalizado en una residencia, en seguimiento por cuidados paliativos o bien si la prescripción venía inducida desde la medicina privada. La indicación de las prescripciones se definió según la ficha técnica del fármaco y la adecuación según las recomendaciones de los Criterios de Beers 2019.

RESULTADOS

Se identificaron 44 pacientes (27 mujeres) con prescripción de AM con una edad media de 85 años (rango 63-97).
Los pacientes tenían 10 diagnósticos de media, siendo la hipertensión arterial (59,1%) y la dislipemia (54,5%) los más prevalentes. Veinte pacientes estaban diagnosticados de alguna neoplasia, ninguno tenía VIH, 17 tenían demencia senil o alzheimer y 8 habían sufrido eventos trombóticos en el pasado. 31 pacientes han fallecido en el último año, 7 recibían atención paliativa y 9 estaban institucionalizados. Cuatro prescripciones venían inducidas desde medicina privada. El tratamiento solo estaba indicado en 20 de los 44 pacientes (45,4%), siendo la dosis de 160 mg al día la prescrita con más frecuencia (dosis máxima 800 mg/día). La duración media de las prescripciones fue de 4 meses (rango intercuartílico de 2 a 14,5 meses) sin observarse diferencias en la duración en función de si el tratamiento estaba o no indicado.

CONCLUSIONES

Más del 50% de las prescripciones de AM no están indicadas, prescribiéndose a pacientes de edad avanzada y frágiles que refieren pérdida de apetito y sin ningún diagnóstico de neoplasia o VIH. En este colectivo el balance beneficio-riesgo es desfavorable, por lo que sería adecuado implantar medidas para corregir la situación.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

858. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP COMO TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA

AUTORES

REDONDO GALÁN C, RIVAS RODRÍGUEZ MD, GONZÁLEZ VAQUERO D, GIL GARCIA A, ROJAS ALBARRÁN A, RANGEL MAYORAL JF
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. AVDA ELVAS S.N.. BADAJOZ

OBJETIVOS
Evaluar la eficacia y seguridad del uso de anticuerpos monoclonales antagonistas del ligando péptido relacionado con el gen de la calcitonina (anti-CGRP) en la profilaxis de migraña episódica y crónica con fracaso previo a ≥3 tratamientos preventivos utilizados a dosis suficientes durante al menos 3 meses.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, observacional y prospectivo de los pacientes en tratamiento con anti-CGRP (erenumab y galcanezumab) desde mayo 2020 hasta abril 2021 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables demográficas (sexo/edad), diagnóstico, fármaco actual, aumento de dosis de erenumab, cambio de tratamiento, número total de dosis administradas de anti-CGRP y reacciones adversas (RA). La eficacia se evaluó mediante la disminución de los días de migraña mensuales (DMM) a los 3 y 6 meses. Los pacientes se clasificaron en tres grupos: DMM≥ 75% (buen respondedor), DMM ≥50% (respondedor) y DMM < 30% (respuesta parcial o falta de respuesta). En este último grupo, se podía aumentar la dosis de erenumab o cambiar de tratamiento. También se evaluaron escalas de medida de calidad de vida específicas de migraña a los 3 y 6 meses: MIDAS (evalúa la discapacidad producida por la migraña) y HIT-6 (evalúa el impacto del dolor de cabeza). Se han considerado criterios de mejoría significativa una reducción ≥ 30 puntos en MIDAS y una reducción ≥ 5 puntos en HIT-6. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica de los pacientes y del programa de pacientes externos Farmatools®.

RESULTADOS
Se incluyeron 15 pacientes, 86,7% mujeres con una mediana de edad de 46 (19-72) años. El diagnóstico fue migraña crónica en 86,7% (13/15) y episódica en 13,3% (2/15). El 53,3% (8/15) de los pacientes estaba en tratamiento con erenumab y el 46,7% (7/15) con galcanezumab. El 75% (6/8) de los pacientes con erenumab precisó aumento de dosis, 20% (3/15) fracasó a erenumab y 13,3% (2/15) a galcanezumab. La mediana de dosis administradas de anti-CGRP fue 8 (3-11) dosis y las RA notificadas fueron leves: 33,3% (5/15) dolor local, 26,7% (4/15) estreñimiento, 20% (3/15) fatiga y 6,7% (1/15) erupción cutánea. En el 73,3% (11/15) se produjo DMM a los 3 meses. Los pacientes se clasificaron en: DMM≥ 75% (n=3), DMM≥50% (n=4) y DMM < 30% (n=8) a los 3 meses y; DMM≥ 75% (n=6) y DMM < 30% (n=1) a los 6 meses (solo 7 pacientes llevaban ≥6 meses en tratamiento). En el 53,3% de los casos (8/15) se evidenciaron criterios de mejoría en la escala HIT-6 y en el 80% (12/15) en la escala MIDAS.

CONCLUSIONES
El tratamiento con anti-CGRP puede considerarse una opción segura y eficaz en pacientes en los que no exista mejoría o presenten intolerancia a las otras opciones de profilaxis antimigrañosa. La ausencia de datos comparativos directos con otras alternativas en profilaxis limita la evidencia para considerar la superioridad de una u otra opción. Son necesarios más estudios para evaluar su eficacia y seguridad a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

861. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES CRÓNICOS EN UN CENTRO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

AUTORES
GARCIA MATILLAS CN, FERNÁNDEZ-LOBATO B, FERNANDEZ MARTÍNEZ IM, MARTINEZ MARCOS JM, ASENSI CANTO A, MIRA SIRVENT MC
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CALLE MINARETE, S/N. MURCIA

OBJETIVOS
La Organización Mundial de la Salud puso en marcha en 2017 el tercer reto mundial de seguridad del paciente "Medicación sin daño", cuyo objetivo era reducir los eventos adversos evitables por medicamentos en un 50%, en 5 años. Para cumplirlo ha instado a establecer actuaciones de mejora de la seguridad en tres áreas prioritarias: las transiciones asistenciales, la polimedicación inapropiada y las situaciones de riesgo, que incluyen a los medicamentos de alto riesgo y los pacientes más vulnerables a los errores de medicación.
En cumplimiento del Decreto nº2/2014 se implantó la Atención Farmacéutica especializada en un centro sociosanitario para personas con discapacidad física y/o psíquica(CPD) desde el hospital general universitario de referencia. Una de las principales funciones del farmacéutico en CPD es garantizar el uso seguro de los medicamentos.
Determinar la prevalencia de prescripción de Medicamentos de Alto Riesgo para pacientes crónicos(MARC) en el CPD.
Implantar medidas de identificación de MARC para garantizar la seguridad en el almacenamiento y administración de los medicamentos y evitar errores de medicación.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional transversal de las prescripciones de MARC en CPD durante febrero 2020.
Las variables recogidas: edad, sexo, número de fármacos prescritos, número de principios activos MARC, así como los más frecuentes.
Se incluyeron a los pacientes con más de tres fármacos prescritos.
El estudio se llevó a cabo mediante la revisión del tratamiento en el programa de prescripción electrónica asistida MIRA®.
Se implantaron medidas de identificación para evitar la confusión entre las distintas presentaciones farmacéuticas y la distinta dosificación de un mismo principio activo MARC.

RESULTADOS
De los 80 pacientes ingresados con CPD se incluyeron 64 pacientes donde se detectaron MARC. En los 64 pacientes(59,37% hombres) con una edad media de 50,12±10,87 años. El total de medicamentos prescritos fue 329, con una media de 5,14±2 medicamentos por paciente.

Se detectaron 171 MARC(51,97%), siendo el grupo más frecuente antiepiléticos con 40,93%(n=70); 31,58%(n=54) benzodiazepinas y 22,22%(n=38) antipsicóticos. Como menos frecuentes 1,75%(n=3) AINES y el mismo porcentaje hipoglucemiantes; 1,16%(n=2); antiagregantes y 0,58%(n=1) corticoides > 3 meses.
Entre las medidas de identificación se utilizó la aplicación de etiquetas de diferentes formas geométricas y colores(para las distintas presentaciones farmacéuticas y dosis del mismo principio activo). Del grupo de antiepilépticos de estrecho margen terapéutico: Carbamazepina 200 mg círculo verde y 400 mg círculo rojo; Ácido valproico comprimidos gastrorresistentes 200 mg círculo verde y 500 mg círculo rojo; ácido valproico comprimidos de liberación modificada "Crono" etiqueta triangular :300 mg verde y 500 mg rojo; del grupo de benzodiacepinas: Clonazepam 0.5 mg círculo verde y 2 mg círculo rojo; de antipsicóticos: Paliperidona etiqueta circular 3 mg verde, 6 mg amarilla y 9 mg rojo.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio la prevalencia de pacientes en tratamiento con MARC es elevada, por ello es preciso destacar la importancia de su detección en los tratamientos farmacológicos, así como su correcta identificación y almacenamiento, para prevenir y evitar la incidencia de errores de medicación.
La atención farmacéutica especializada en CPD es fundamental para desarrollar medidas que promuevan el uso seguro de los MARC.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

885. CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES ANCIANOS DE UN CENTRO RESIDENCIAL

AUTORES

EGUILUZ SOLANA M, GÓMEZ SÁNCHEZ A, SALAMANCA CASADO A, LASO LUCAS E, TORTAJADA GOITIA B
AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. A-7 KM. 187. MÁLAGA

OBJETIVOS

Evaluar la carga anticolinérgica (CA) y el riesgo anticolinérgico (RA) en pacientes ancianos institucionalizados, determinar los grupos terapéuticos y fármacos que contribuyen a la CA y optimizar los tratamientos hacia una reducción de la misma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, llevado a cabo en Febrero/2021, en el que se incluyeron todos los pacientes institucionalizados en un centro residencial adscrito a un hospital de media-larga estancia, que tuvieran alguna medicación con actividad anticolinérgica. A partir de la prescripción electrónica del centro, se registró el tratamiento farmacológico de cada paciente, con la CA y RA, calculados con la herramienta web Anticholinergic Burden Calculator (http://www.anticholinergicscales.es/). Se evaluó en profundidad el tratamiento de aquellos pacientes con riesgo > 2, aplicando los criterios STOPP/START y de Beers.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 59 pacientes, el 84% de los residentes. La media de fármacos prescritos con CA por paciente fue de 1.89±0.97. Con respecto al RA, un 10% presentó riesgo bajo, 42% riesgo medio y el 48% riesgo alto, de los cuales el 11% presentaba un riesgo > 2. Se detectaron 112 prescripciones que aportaban CA al tratamiento, siendo 41 antidepresivos (54% inhibidores de la recaptación de la serotonina, 27% trazodona), 34 antiepilépticos (55% pregabalina), 33 antipsicóticos (48% quetiapina), 3 ansiolíticos/hipnóticos y 1 antihipertensivo (doxazosina).
Tras evaluar los datos, se realizó la visita mensual de atención farmacéutica al centro residencial. Las medidas consensuadas con su médico responsable fueron la retirada gradual y monitorizada del medicamento, y el cambio a una alternativa terapéutica más segura. Estas medidas se detallan a continuación: se inició una reducción paulatina de la dosis hasta la mínima eficaz, ó hasta suspender en caso posible, de 6 antipsicóticos (67% quetiapina, 33% risperidona) y de 2 antiepilépticos (50% levetiracetam, 50% valproíco); se sustituyó lorazepam por trazodona (mayor seguridad como hipnótico) en un caso; se cambió paroxetina por sertralina (menor CA) en dos casos; y en un caso se sustituyó doxazosina por valsartan (antihipertensivo de elección en caso de intolerancia a inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina).

CONCLUSIONES

Pese a la evidencia disponible sobre su influencia negativa en el paciente anciano, la CA continúa siendo muy prevalente. Esto supone una oportunidad y un reto para el farmacéutico hospitalario, que puede desempeñar un importante papel en la reducción de la CA y del RA, mejorando la seguridad y calidad del proceso farmacoterapéutico de estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

931. ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DISFAGIA

AUTORES

RODRÍGUEZ LEGAZPI I, GONZÁLEZ FURELOS T, PLO SECO I, TABOADA LÓPEZ RJ, RODRÍGUEZ PENÍN I
COMPLEJO HOSPITALARIO AQUITECTO MARCIDE. AVDA. DA RESIDENCIA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Evaluar el grado de inadecuación de los procedimientos de alteración de la forma farmacéutica (FF) en pacientes institucionalizados con disfagia.
Evaluar el grado de aceptación de las recomendaciones farmacéuticas propuestas tras la detección de inadecuaciones.
Comparar los datos con los obtenidos en 2014 en un estudio de características similares.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental post-intervención realizado en febrero de 2021 en 3 centros sociosanitarios (CCSS) con prestación farmacéutica dependiente del área sanitaria.

Se incluyeron los pacientes institucionalizados a los que se les modificaba la FF por disfagia. La identificación de pacientes se realizó mediante entrevista al personal responsable de la administración en los centros.
La adecuación de la modificación de la FF se estableció según cuatro fuentes de información de uso habitual: ficha técnica del medicamento, guía farmacoterapéutica de CCSS, del servicio autonómico de salud y guías de administración de medicamentos por sonda del hospital: Clínico San Carlos (versión 2012) y de nuestra área sanitaria (versión 2020).
Se consideró que un medicamento estaba alterado inadecuadamente cuando cualquiera de las fuentes anteriores así lo consideraba.
Se identificaron los principios activos (PA) con mayor inadecuación de la FF y se realizaron recomendaciones de cambio de PA o cambio de FF del mismo PA.
A partir de la historia clínica de los centros se recogieron datos demográficos (sexo, edad), estado funcional (Barthel), estado cognitivo (MMSE), número de pacientes con inadecuación, número de FF inadecuadamente modificadas, número de FF cambiadas.
Se compararon los resultados con los obtenidos en un estudio similar llevado a cabo en los mismos centros y siguiendo la misma metodología en el año 2014.

RESULTADOS

De los 403 pacientes institucionalizados se incluyeron en el estudio 127 a los que se les modificaba las FF, detectando inadecuación de la modificación de FF en 48 pacientes (38%) [77% mujeres, edad media 89 años (70-98), mediana de Barthel 5(RIQ:0-20), mediana de MMSE 2(RIQ:0-7)]. Se detectó inadecuación en la administración en 77 FF [principales fármacos implicados: omeprazol (28), ácido acetilsalicílico (22)].
Se realizaron un total de 75 recomendaciones farmacéuticas con un grado de aceptación del 95% (cambio de PA: 51%, cambio de FF: 49%). En un paciente no se intervino por éxitus.
En el estudio del año 2014 se incluyeron 86 pacientes con disfagia, detectándose inadecuación en la modificación de FF en el 56% [85% mujeres, edad media 84 años (62-94), mediana de Barthel 0(RIQ:0-5), mediana de MMSE 0(RIQ:0-8)]. Se realizó recomendación en el 83% de los mismos con un grado de aceptación del 62,6%.

CONCLUSIONES

-La revisión de la correcta administración de FF orales en paciente con disfagia permitió detectar un importante número de errores de administración, solventándose la mayoría.
-Con respecto al año 2014 se observa una disminución en el porcentaje de pacientes a los que se les modifica inadecuadamente las FF, aumentando considerablemente el grado de aceptación de las recomendaciones propuestas.
-El farmacéutico es una figura clave en la adecuación de la administración de medicamentos, observándose un alto grado de intervención y aceptación, lo que repercute en una mejora de la salud de los residentes en CCSS.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

961. ADECUACIÓN POSOLÓGICA DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA.

AUTORES

CASAS FERNANDEZ X, GARCÍA GONZÁLEZ D, MARTÍN SANZ A, DÍAZ GARCÍA I, RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Z, GONZÁLEZ PÉREZ P, LÓPEZ SÁEZ A, ORTIZ DE URBINA J

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON. ALTOS DE NAVA S/N LEON. LEÓN

OBJETIVOS

Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) han demostrado un adecuado perfil de seguridad, así como, un beneficio clínico relevante siguiendo las dosis recogidas en ficha técnica.
Su uso cada vez está más expandido y al ser considerados medicamentos de alto riesgo, es importante que los pacientes reciban las dosis recomendadas en ficha técnica.
El objetivo principal de este estudio es conocer el grado de adecuación de los ACOD a lo indicado en ficha técnica, identificar cuáles son los errores más comunes y que servicios clínicos están más implicados. Como objetivo secundario, es conocer el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas por los diferentes servicios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, prospectivo intervencionista de 2 meses de duración (marzo-abril 2021) realizado en dos hospitales uno de tercer nivel y otro de segundo nivel que incluyó a todo paciente ingresado en tratamiento con ACOD. Se excluyeron aquellos pacientes en los que no se pudieron recoger todas las variables.
A partir del programa de dispensación de dosis unitaria de pacientes ingresados y de la historia clínica se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, peso, enzimas hepáticas, creatinina sérica, aclaramiento renal estimado por CKD-EPI, ACOD, posología, servicio clínico a cargo del ingreso y tratamiento concomitante.
Se revisaron diariamente los pacientes en tratamiento con ACOD y se comprobó si la dosis se ajustaba a lo indicado en ficha técnica. En caso de diferir se realizaron intervenciones farmacéuticas de forma escrita o verbal, y se comprobó la aceptación de las mismas.
Las variables analizadas fueron: número de pacientes en tratamiento con ACOD contraindicado, infra o sobredosificados, ACOD más susceptible de error, servicio médico más propenso a no ajustar las dosis según ficha técnica y grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas por los diferentes servicios médicos.

RESULTADOS

Se incluyeron 331 pacientes (182 varones) con una mediana de edad de 75 años (46-99).
En 47 (14.2%) pacientes, las dosis de ACOD no se ajustaban a lo indicado en ficha técnica. Siendo 30 pacientes infradosificados, 14 sobredosificados y 3 en los que está contraindicado el ACOD prescrito (2 por insuficiencia hepática y 1 por aclaramiento de creatinina < 15mL/min).

Dabigatran fue el ACOD con mayor porcentaje de error (20.8%), seguido de rivaroxaban (15.1%), edoxaban (14.5%) y apixaban (12.4%).
El servicio con mayor porcentaje de error en términos absolutos fue medicina interna (17.7%) y el que menor cardiología (8.2%). Se aceptaron el 63.8% (n=30) de las intervenciones farmacéuticas.
Grado de aceptación de la intervención farmacéutica por los diferentes servicios:
Cardiología: nº intervenciones=7; nº aceptadas=6; % aceptación= 85.7%
Medicina Interna: nº intervenciones=32; nº aceptadas=18; % aceptación= 56.2%
Otros: nº intervenciones=8; nº aceptadas=6; % aceptación= 75%

CONCLUSIONES

Un elevado porcentaje de pacientes están expuestos a dosis de ACOD diferentes a las indicadas en la ficha técnica, siendo más común la infradosificación. Dabigatran es el ACOD más involucrado en estos errores.
Medicina interna es el servicio con mayor porcentaje de error y menor aceptación de las intervenciones farmacéuticas.
La intervención del farmacéutico puede contribuir a reducir la prevalencia de estos errores.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

993. ADECUACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS: PROYECTO DE COORDINACIÓN SERVICIO DE FARMACIA Y GERIATRÍA

AUTORES

CARRIÓN MADROÑAL IM, MARTÍN ALCALDE E, CASARRUBIOS LÁZARO G, BARTOLOMÉ MARTÍN I, FEBRES PANEZ D, COLATO LÓPEZ C, RODRÍGUEZ-MIÑÓN OTERO I, HORTA HERNÁNDEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. DONANTE DE SANGRE, S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

-Revisión clínica y adecuación de la farmacoterapia en el paciente anciano polimedicado de centros sociosanitarios (CSS) de un área de salud.
-Análisis de las propuestas de adecuación farmacoterapéutica (AF) e intervenciones realizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde octubre-2020 se desarrolló un programa de revisión y AF individualizada en CSS, tras la implantación de un proyecto de coordinación de Geriatría y Farmacia Hospitalaria desde un hospital de segundo nivel. El Servicio de Geriatría realizó la selección de los pacientes polimedicados (≥10 principios activos) de cada CSS y remitió a Farmacia el informe clínico. El farmacéutico realizó la revisión clínica y sistemática del tratamiento farmacológico de cada paciente, elaborándose un informe de AF. Se analizó la situación clínica, analítica, funcional y cognitiva actual del paciente y como herramientas de medida: criterios explícitos (STOPP/START, BEERS, criterios de deprescripción LESS-CHRON) y criterios implícitos (MAI), así como el programa informático Checkthemeds®. Las prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) detectadas, se clasificaron según el Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con la Medicación (PRM). Para el análisis de los resultados se usó una base de datos Access ad-hoc y fueron tratados con Excel Microsoft Office 2010®. La repercusión económica se calculó a partir de los costes directos (PVPiva) de los medicamentos suspendidos.

RESULTADOS

Revisión de 75 pacientes pertenecientes a 6 CSS. Mediana de edad: 88 años [Rango intercuartílico (RIC):85-92]. 79% mujeres. Media de patologías por paciente: 8. Mediana de fármacos prescritos: 12 (RIC:11-15).
Detección de 377 prescripciones con posibles PRM, el 40% del total de fármacos prescritos. Los PRM mayoritarios encontrados fueron: fármacos de beneficio/riesgo desfavorable según la situación funcional del paciente (30%), mayor probabilidad de eventos adversos (19%), duración no adecuada (16%), dosis o pauta no adecuada (15%), y duplicidad (6%). Del total de PRM detectados, en un 40% correspondían a PPI según criterios STOPP o LESS-CHRON. Por grupo terapéutico, los PRM se han detectado mayoritariamente en fármacos del grupo A: 30% (vitaminas: B12, D, fólico; y calcio), grupo N: 25% (principalmente antidepresivos y BZD), grupo C: 18% (antihipertensivos y estatinas), y grupo M: 13% (principalmente analgésicos). Se ha intervenido en el 75.6% de los PRM detectados, con un grado de aceptación de las propuestas realizadas por farmacia del 70.6%. Intervenciones mayoritarias: suspensión o deprescripción de fármacos (68%) y disminución de dosis o cambio de frecuencia de administración (24%).
Reducción del 16.6% en el número de medicamentos prescritos con una mediana de fármacos por paciente de 10 (RIC:8-12), lo que ha supuesto un ahorro económico de 1979 €/mes y de 12098 €/6 meses.

CONCLUSIONES

La revisión clínica periódica de las prescripciones ha demostrado ser necesaria para adecuar la farmacoterapia a la situación actual del paciente, siendo esencial la incorporación del farmacéutico en el equipo multidisciplinar.
El estudio muestra que la estrategia de deprescripción en nuestros CSS ha sido eficiente, ya que se han detectado un elevado número de intervenciones con un elevado grado de aceptación. Las estrategias de adecuación farmacoterapéutica suponen un gran apoyo a los clínicos, favoreciendo el uso racional de los medicamentos.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

999. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS TRAS LA RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA RECETA ELECTRÓNICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES

CARRASCO PIERNAVIEJA L, OTERINO MOREIRA I, SILVA RIÁDIGOS GM, ESCUDERO VILAPLANA B, PICAZO SANCHIZ G, ZHAN ZHOU E, PÉREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. C/ BUDAPEST Nº 1. MADRID

OBJETIVOS
Describir la participación del farmacéutico de atención primaria (FAP) en un procedimiento para incrementar la seguridad de pacientes a los que se les ha realizado la renovación automática del tratamiento (RAT).
Analizar los problemas relacionados con la medicación (PRM) detectados y la aceptación de las intervenciones realizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS
La Gerencia Adjunta de Procesos Asistenciales proporcionó un listado de pacientes de alto riesgo (≥75 años y ≥18 medicamentos crónicos) a los que se les realizó la RAT entre marzo y diciembre de 2021, con motivo excepcional por la pandemia COVID-19.
Los FAP realizaron la revisión farmacológica entre enero y abril de 2021, en un área de salud que abarca una población atendida de 169.708 usuarios. El proceso incluyó la revisión de la historia clínica (HC) y del visor de receta electrónica (RE) con el apoyo de fuentes de información. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, nº prescripciones, aceptación del médico de atención primaria (MAP) y PRM. Los PRM se clasificaron en: indicación (patología no tratada, sin indicación), eficiencia (alternativa más adecuada), seguridad (dosis-pauta, duración, interacción, contraindicación, duplicidad, medicamento potencialmente inapropiado (MPI), cascada farmacológica, riesgo de reacción adversa a medicamentos (RAM), error de conciliación, falta de adherencia) y otros. Los principios activos se clasificaron por subgrupo farmacológico de la clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (SF-ATC).
El resultado de la revisión se puso en conocimiento del MAP mediante contacto telefónico y registro en la HC de atención primaria. La aceptación se verificó mediante los cambios en RE.
El análisis estadístico de los datos se realizó con Excel®.

RESULTADOS
Se revisaron 188 pacientes (73,4% mujeres, mediana de edad 81 (rango intercuartílico(RIQ):77-86) con una mediana de 19 prescripciones (RIQ:18-21), realizando recomendaciones en el 86,7%. Se detectaron 823 PRM, con una mediana de 5 por paciente (RIQ: 3-6), con la siguiente distribución: 11,79% indicación (10,57% sin indicación, 1,22% patología no tratada); 4,37% eficiencia; 79,34% seguridad (24,67% dosis-pauta, 13,37% duración, 13,48% duplicidad, 13,00% interacción, 5,22% error de conciliación, 4,25% MPI, 2,43% contraindicación, 1,58% riesgo RAM, 1,22% falta de adherencia, 0,12% cascada farmacológica) y 4,5% otros. La mediana de prescripciones tras las recomendaciones fue de 18 (RIQ: 17-20).
Respecto al resultado de las intervenciones, la aceptación global fue del 42,53%. No fueron aceptadas el 56,98%: 7,53% con justificación clínica y 49,45% sin justificación. El 0,49% no fueron valorables por exitus.
Los PRM con más aceptación fueron: problema de adherencia (70,0%), duplicidad (61,3%), patología no tratada (60,0%), error de conciliación (46,5%) y no indicación (46,0%). Los SF-ATC con mayor aceptación fueron: analgésicos y antipiréticos (11,51%), agentes contra úlcera péptica y reflujo (8,53%), ansiolíticos (8,33%) y opioides (6,75%), siendo los principios activos más modificados: paracetamol (7,94%), omeprazol (4,37%), metamizol (3,37%), bromazepam (2,98%), colecalciferol+carbonato cálcico (2,98%) y lorazepam (2,58%).

CONCLUSIONES
La participación del FAP en el procedimiento identifica PRM especialmente de seguridad, contribuyendo a mejorar la calidad de la prestación farmacéutica y la seguridad del paciente durante la pandemia COVID-19.
Se plantea la necesidad de mejorar el procedimiento de comunicación con el MAP y la posterior revisión para incrementar la aceptación médica.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1002. IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA PREPARACIÓN DE LA MEDICACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS CON PERMISO DE SALIDA TERAPÉUTICO

AUTORES
ROSARIO RODRÍGUEZ V, LUZÓN PÉREZ M, OLMO RIVERA R, GARCÍA PRIETO EM, MUÑOZ LÓPEZ MA, SÁNCHEZ MARTÍNEZ R, GARCÍA PEÑUELAS C, FERNÁNDEZ SALA X
CENTRE ASSISTENCIAL EMILI MIRA. PRAT DE LA RIBA, 171. BARCELONA

OBJETIVOS
Describir la preparación de la medicación correspondiente a permisos terapéuticos indicados a pacientes hospitalizados por el técnico de Farmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo realizado durante el año 2019. Se incluyeron aquellos pacientes hospitalizados en una unidad de Larga Estancia de un centro psiquiátrico con indicación de permiso terapéutico de salida con una duración comprendida entre 3 y 14 días.
Datos recogidos: número de permisos totales y por paciente; número total de fármacos prescritos y por permiso; número total de unidades preparadas y por día y permiso. Los fármacos se clasificaron de acuerdo al Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (código ATC).
Análisis descriptivo: variables cualitativas como porcentaje (%) y variables numéricas como media y desviación estándar.

RESULTADOS
Un total de 36 pacientes fueron incluidos, los cuales realizaron 1.836 permisos durante el año de estudio (51 permisos/paciente).
El total de permisos incluyó 168 fármacos diferentes, con una media de 5,3 (2,6) fármacos diferentes por permiso/paciente.

El total de fármacos diferentes correspondieron a 58.643 unidades de fármaco preparadas durante el año de estudio. La media de unidades preparada fue de 9,6 (6,4) unidades por día y de 31,9 (21,1) por permiso/paciente.
Distribución mensual del número de unidades preparadas: enero: 115,7 (76,4); febrero: 115,7 (76,4); marzo: 144,6 (95,5); abril: 134,9 (89,1); mayo: 115,7 (76,4); junio: 144,6 (95,5); julio: 115,7 (76,4); agosto: 221,7 (146,4); septiembre: 115,7 (76,4); octubre: 115,7 (76,4); noviembre: 144,6 (95,5); diciembre: 144,6 (95,5).
ATC mayoritarios correspondientes a los fármacos preparados (N(%)): N05-psicolépticos 63 (37,5), N03-antiepilépticos 21 (12,5), A02-agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos 12 (7,1), A06-laxantes 12 (7,1), N04-antiparkinsonianos 11 (6,5), C10-agentes modificadores de los lípidos 10 (6,0), N06-psicoanalépticos 8 (4,8), C08-bloqueantes de canales del calcio 5 (3,0), C09-agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina 4 (2,4), otros 22 (13,1).
El tiempo medio invertido en la preparación de cada permiso fue de 5,3 minutos. Considerando el total de permisos anuales, se invirtió un total de 162,2 horas.

CONCLUSIONES

- De forma esperable, el grupo de los psicolépticos fue el mayoritario, aunque otros grupos como los agentes modificadores de lípidos y antihipertensivos alcanzaron más del 10%. Este hecho pone de manifiesto la presencia de otras comorbilidades probablemente derivadas del tratamiento antipsicótico.
-La evolución temporal mostró una mayor demanda de preparación de medicación correspondiente a permisos durante el mes de agosto, coincidiendo con una época habitualmente vacacional.
-La informatización del proceso de preparación de la medicación para los permisos es imprescindible, tanto para agilizar el trabajo del técnico de farmacia como para elaborar esquemas posológicos sencillos que ayuden a los pacientes a aumentar el nivel de comprensión del tratamiento que han de realizar mientras están fuera del centro.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1037. COMPARATIVA DE LOS INDICADORES ECONÓMICOS Y DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO ENTRE LOS AÑOS 2019 Y 2020

AUTORES

DE LA NOGAL FERNANDEZ B, GARCIA MAYO ME, FERNANDEZ CORDON A, ALVAREZ NUÑEZ N, RODRIGUEZ MARIA M, LOPEZ BIRTANEN BC, MARTINEZ FERNANDEZ V, NOGUEROL CAL M
HOSPITAL EL BIERZO. C/ MEDICOS SIN FRONTERAS S/N. LEÓN

OBJETIVOS

Revisión del consumo de medicamentos, sueros y nutriciones enterales (NE) durante el año 2019 y el año 2020 de un centro sociosanitario público, evaluación de los productos que suponen mayor gasto y revisión de las intervenciones farmacéuticas realizadas tras la validación de los tratamientos prescritos en este periodo por el farmacéutico del servicio de farmacia del hospital de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Revisión de las estadísticas de indicadores económicos e informes anuales de indicadores de actividad/calidad según la clasificación del Tercer Consenso de Granada.
- Utilización de los programas de Unidosis, Gestión Económica y Explotación Estadística (comparativa de Grupos de Pareto) del programa informático que utilizamos en el hospital.

RESULTADOS

El gasto neto de medicamentos, sueros y NE fue similar en ambos años. Tanto en el año 2019 como en 2020, dentro de los 10 medicamentos que han supuesto un mayor impacto económico se encontraron: lactulosa, enemas, memantina, metformina+vildagliptina, NE oligomérica para malabsorción, arginina, aripiprazol intramuscular y levetirazetam.
259 intervenciones se registraron en 2019 y 220 en 2020, clasificadas según los siguientes ítems (total 2019/total 2020): administración errónea (9/0), características personales (3/0), contraindicación (6/3), dosis, pauta y/o duración no adecuados (59/74), duplicidad (20/25), errores de dispensación (3/0), errores de prescripción (3/4), incumplimiento (1/0), interacciones (2/4), otros problemas que afectan al tratamiento (1/0), probabilidad de efectos adversos (14/9), problemas de salud que afectan al tratamiento (1/1), otros-sustituciones terapéuticas (111/64) y conciliación (26/36) registradas.
Las intervenciones conciliadas fueron:
- Suspensión de medicamentos: megestrol, sulodexida, tolterodina, bicalutamida, cetirizina, bilastina, otilonio, glucosamina, levosulpirida, arginina, cleboprida y furantoina
- Detección de duplicidades terapéuticas: doxazosina/tamsulosina, pantoprazol/ranitidina, calcifedilol/colecalciferol, tramadol/buprenorfina, tamsulosina/dutasterida-tamsulosina, insulinas de acción prolongada, cetirizina/hidroxizina y memantina/citicolina
- Sustituciones por desabastecimientos: ranitidina, primidona, acetazolamida, pinaverio y nimodipino
- Sustitución de dexketoprofeno por naproxeno
- Sustitución de atorvastatina por simvastatina en prevención primaria
- Revisión de estatinas en prevención primaria en mayores de 75 años
- Omisión de un tratamiento con simvastatina en la transición asistencial
- Ajuste posológico de digoxina
- Deprescripción de denzodiacepinas, inhibidores de bomba de protones y fármacos para el Alzheimer
- Disminución dosis: citalopram, solifenacina, levofloxacino, tapentadol y estatinas
- Espaciar la toma de otros medicamentos con plantago ovata y con amalgato

- Espaciar lactulosa de la NE
- Duración de tratamientos con heparinas de bajo peso molecular
- Selección del tratamiento antibiótico empírico de las infecciones del tracto urinario según el perfil de sensibilidad de los microorganismos del informe anual de microbiología
- El farmacéutico facilita interconsultas telemáticas entre los facultativos del centro sociosanitario público y especialistas del área sanitaria: Endocrinología, Urología, Paliativos, Unidad del Dolor, Especialistas del programa de optimización de antibióticos, Microbiología, Neurología, Geriatría, Interna y Cardiología

CONCLUSIONES

Se mantienen los indicadores económicos similares tanto en 2019 como en 2020.
8 medicamentos en el periodo de estudio (2019 vs 2020) coinciden como los de mayor impacto económico.
El número de intervenciones registradas totales fue de 479, consolidándose la conciliación de tratamientos.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1061. IMPLANTACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA EN UNA RESIDENCIA SOCIOSANITARIA PÚBLICA DENTRO DEL ÁREA SANITARIA

AUTORES

DE LA NOGAL FERNANDEZ B, GARCIA MAYO ME, DOMINGUEZ VALENTIN I, CANEDO PEREZ C, GANCEDO MENDEZ J, DE LA ARADA BENAVIDES C, LOPEZ BUSNADINGO S, ALONSO VICENTE N
HOSPITAL EL BIERZO. C/ MEDICOS SIN FRONTERAS S/N. LEÓN

OBJETIVOS

Establecer un procedimiento para asegurar la continuidad asistencial de los pacientes con necesidades de cuidados intermedios ingresados en el Hospital, mediante la creación de una Unidad de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) y definir el papel de la Atención Farmacéutica dentro del proceso.

MEJORAS ESPERADAS

Optimización de recursos. Continuidad Asistencial. Satisfacción de los pacientes y cuidadores. Mejora de la coordinación entre Gerencias (Sanitaria-Servicios Sociales).

DISEÑO

El procedimiento de acceso y atención en las UCSS se compone de dos fases:
1. Procedimiento de selección de candidato y acceso a plazas UCSS
2. Estancia alta programada en plazas UCSS

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Selección por la Unidad de Trabajo Social del paciente ingresado candidato a una plaza en la UCSS. La UCSS es un recurso residencial temporal (2 meses prorrogables hasta un máximo de 4 meses), ubicada en una Residencia Sociosanitaria Pública, con 8 camas reservadas para los pacientes que cumplan estos criterios: aumento de las necesidades de asistencia social y/o incapacidad funcional secundaria a procesos susceptibles de mejora con rehabilitación (traumatológicos, neurológicos, reumatológicos, cardiológicos) e imposibilidad de que su cuidador siga atendiéndolo o que la intensidad de los cuidados excedan la capacidad del cuidador y/o la vivienda presente barreras arquitectónicas que dificulten los cuidados.
2. Acceso a la plaza UCSS en la fecha acordada, previa comunicación del traslado al Servicio de Farmacia Hospitalaria para coordinar el alta del paciente desde el Hospital a la Residencia Sociosanitaria.
3. Conciliación, validación y dispensación de las prescripciones de medicamentos, sueros y nutriciones enterales, ajustadas a la Guía Farmacoterapéutica del Hospital, desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria. Los productos sanitarios se suministran desde el Centro de Salud al que pertenece la Residencia Sociosanitaria.

IMPLANTACIÓN

Se realizó un estudio retrospectivo para evaluar el impacto de la derivación de los pacientes a la UCSS desde la fecha de inicio del procedimiento (Abril 2015).

RESULTADOS

Desde Abril de 2015 a Diciembre de 2020 se atendieron a 175 pacientes con una mediana de edad de 84 años (47-101). La media de ocupación mensual de la UCSS ha sido de 9 pacientes, salvo en 2020 que fue de 8 pacientes (por la pandemia COVID), siendo la mediana de días de ingreso de 90 días (2-123). Los motivos de alta de la UCSS fueron: traslado a domicilio (63%); traslado a otra residencia (20%); éxitus (9%); reingreso en el hospital (8%).
Los motivos de derivación fueron: enfermedad traumatológica (75%), enfermedad neurológica (20%) y pluripatología crónica (5%). La mediana de líneas de tratamiento por paciente en la UCSS fue de 8 (1-23). Los principios activos más prescritos fueron: omeprazol, paracetamol, lactulosa, furosemida, lorazepam, nutriciones enterales, atorvastatina, metamizol y candesartan.
El coste neto (Precio Venta Laboratorio+ descuentos+ %IVA) medio mensual de medicamentos, sueros y nutriciones enterales por paciente fue de 41,5 euros.

LIMITACIONES

Sistemas informáticos de prescripción no interconectados. Falta de integración de las Gerencias (Sanitaria-Servicios Sociales). Dificultad en la conciliación de tratamientos crónicos al ser estancias temporales.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Existe experiencia en varios Servicios de Farmacia Hospitalaria de nuestra Comunidad Autónoma desde hace 6 años. Coordinación entre Atención Especializada, Unidad de Trabajo Social y Atención Sociosanitaria.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1075. ESTUDIO DE POLIMEDICACIÓN EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS

AUTORES
CHINCHILLA ALARCON T, RODRIGUEZ MATAS BM, ESPINOSA ALMENDRO JM, ESPINOSA BOSH M
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA. AVENIDA CARLOS HAYA. MÁLAGA

OBJETIVOS
El uso inadecuado de medicamentos en pacientes ancianos puede conllevar consecuencias como son un aumento de la morbilidad y efectos adversos derivados de los medicamentos. El envejecimiento de la población está en crecimiento en España con el consecuente aumento de la polimedicación.
Entre las estrategias para disminuir la polimedicación están herramientas para desprescripción como los criterios STOPP-START.
El objetivo principal del estudio es analizar la prevalencia de medicación inadecuada en los residentes de centros sociosanitarios a los que da soporte una Unidad de Residencias y emitir una recomendación de adecuación terapéutica en los casos necesarios

MATERIALES Y MÉTODOS
Realizamos un análisis observacional retrospectivo en una Unidad de Residencias desde 15/3/2021 hasta el 28/4/2021 revisando los pacientes polimedicados definidos como pacientes con 10 o más fármacos, se usó una hoja de recogida de datos en la que figura: datos demográficos (edad y sexo), datos clínicos (enfermedades más prevalentes, índice de charlson, criterios stop/start y numero de recomendaciones emitidas).

RESULTADOS
Se revisaron 195 residentes de un total de 2850 con una mediana de edad de 78 años (rango 42-99), 69,6% mujeres (n=135) y 30,4% hombres, las enfermedades más prevalentes fueron: 81,5% hipertensión (n=159) , 59,5% diabetes mellitus (n=116), 46,7% dislipemia (n=91), 46,2% trastorno ansioso-depresivo (n=90), la mediana de índice de charlson fue de 6 (1-12), los criterios stop con mayor incidencia fueron: 73,7% vasodilatadores, calcioantagonistas, nitratos, IECA y ARA II con hipotensión postural (n=143), 72,9% benzodiacepinas; pueden reducir el nivel de conciencia y aumentar el riesgo de caídas (n=122), 49,5% Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina con hiponatremia. Los criterios start más prevalentes fueron: 19,6% iniciar estatinas con antecedentes de enfermedad vascular (n=38), 25,3% laxantes en pacientes con opioides (n=49). El número de recomendaciones emitidas medio fue de 4,97 +/- 1,78.

CONCLUSIONES
La revisión de la medicación en pacientes institucionalizados de forma periódica permite identificar potenciales prescripciones inadecuadas y así poder emitir recomendaciones de adecuación. La desprescripción es una herramienta muy potente en este tipo de pacientes puesto que se pueden disminuir los riesgos derivados de la polimedicación como los efectos adversos, interacciones, errores o problemas de adherencia.
Este estudio sigue en marcha y próximamente se analizará el impacto de las recomendaciones farmacoterapéuticas en los pacientes analizados.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1092. TERAPIA COMBINADA DE ANTICOAGULANTE Y ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO PROLONGADA EN EL TIEMPO: CONTINUA LA CONTROVERSIA

AUTORES
MARTINEZ RUIZ E, TARDAGUILA MOLINA P, CODONAL DEMETRIO A, DEAN BARAHONA C, YUSTE GUTIERREZ AM, CARRASCO CORRAL T, LAVANDEIRA PEREZ M, HORTA HERNANDEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. C/ DONANTE DE SANGRE, S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS
La terapia con anticoagulante (ACO) y antiagregante plaquetario (AGP) está indicada en pacientes con fibrilación auricular (FA) y riesgo de ictus cuando sufren un síndrome coronario agudo (SCA) y en aquellos con enfermedad coronaria estable (ECE) que se les realiza una intervención coronaria percutánea (ICP) e implantación de stent.
No se recomienda ACO+AGP en pacientes con FA y ECE sin implantación de stent y según las guías, no se debe mantener más de doce meses. Pasado ese periodo, se debe pautar solo el ACO.
La duración se establece en función del riesgo tromboembólico y hemorrágico del paciente.
Los objetivos de nuestro estudio fueron comprobar la indicación del tratamiento, analizar los factores de riesgo tromboembólico que justifiquen dicha terapia e identificar los pacientes que la mantuvieron, a pesar de que se indicase la suspensión del AGP (error de conciliación).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el que se obtuvieron pacientes con ACO+ AGP desde 2002 hasta 2020 a través del programa de historia clínica electrónica.
Las variables estudiadas fueron: demográficas, servicio clínico, fármacos prescritos, indicaciones y cumplimiento de las mismas, factores de riesgo tromboembólico que justifiquen el mantenimiento y errores de conciliación.

RESULTADOS
Se incluyeron 100 pacientes, 83% hombres. La mediana de edad fue de 75 años (RIC: 67-84). Un 49% de los pacientes estaba en seguimiento por cardiología y el resto por otros servicios.
El 37% de los pacientes estaban en tratamiento con acenocumarol y ácido acetilsalicílico (AAS), el 19% con acenocumarol y clopidogrel, el 18% con apixabán y AAS, el 8% con apixabán y clopidogrel y el resto con otros fármacos.

El 66% de los pacientes cumplían indicación al inicio del tratamiento. Con FA, el 45% lo tenían prescrito por SCA y el 16% por ECE con implantación de stent. De los pacientes con prótesis valvulares, un 2% por SCA y un 3% por ECE con implantación de stent. El 34% no cumplía indicación. Con FA, un 8% lo tenía prescrito por ECE sin implantación de stent, un 8% por arteriopatía periférica, y un 11% por accidentes cerebrovasculares (ACV) previos. De los pacientes con prótesis valvulares, un 2% lo tenían pautado por arteriopatía periférica, un 2% por prevención de ACV y un 3% por tromboembolismo pulmonar previo.
Entre los factores de riesgo que justificasen el mantenimiento ACO+AGP, un 54% presentaban eventos isquémicos recurrentes, un 50% antecedentes de infarto agudo de miocardio, un 23% enfermedad arterial periférica, un 21% ACV previo y el resto, otros factores.
En un 7% se encontró error de conciliación y no se había suspendido el AGP, además un 10% de los pacientes no tenían seguimiento por cardiología.

CONCLUSIONES

Se observa un elevado número de pacientes que no cumplen indicación desde el inicio del tratamiento.
A pesar de que los factores de riesgo de los pacientes son elevados, es preciso formar un equipo multidisciplinar que permita identificar los pacientes en los que reevaluar la necesidad de mantener dicha terapia, teniendo en cuenta el beneficio-riesgo en cada paciente.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1136. ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES Y RESULTADOS EN SALUD EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN HEMODIÁLISIS

AUTORES

GRAS COLOMER E, GARCIA TESTAL A, SORIANO MUNUERA MJ, PALLARDÓ NAVARRO N, GARCIA MARTINEZ T, ORTIZ RAMON R, GARCIA MASET R, PRATS ORTEGA R
HOSPITAL DE MANISES. AVDA.GENERALITAT. VALENCIA

OBJETIVOS

Describir los resultados preliminares de un programa de atención al paciente crónico en hemodiálisis, analizar la relación del nivel de activación con su estado de salud y estratificar los pacientes en función del nivel de activación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de un año de duración, donde se incluyeron pacientes pertenecientes a la Unidad hospitalaria de Hemodiálisis que aceptaron participar y firmaron consentimiento informado. Se diseñó un cuestionario para el estudio que recogía información de los pacientes sobre sus características socio-demográficas (edad, sexo, educación, domicilio, profesión, actividad laboral) y características relacionadas con la salud: tiempo (en años) en diálisis, índice de comorbilidad de Charlson, cuestionario de calidad de vida (SF12: mental y físico, normalizado por población española, donde una puntuación inferior/superior a 50 indican peor/mejor calidad de vida que la población de referencia), cuestionario Patient Activation Measure (PAM13: mide la activación del paciente en una escala de 0-100 clasificado en 4 grados, siendo 4 el de mayor activación), la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD57: como medida de ansiedad y depresión; > 8 puntos indica probabilidad de ansiedad y depresión).
Se realizó un análisis descriptivo de los datos donde los resultados se expresaron como media (desviación estándar) o mediana (rango intercuartil) según normalidad evaluada mediante Shapiro-Wilks. Se analizó la asociación de variables independientes y la activación del paciente, mediante regresión lineal y análisis ANOVA (SPSSv23).

RESULTADOS

Se incluyeron 93 pacientes. La media de edad fue 72,2(11,7) años, 52% fueron mujeres, 74% vivían en medio rural y 36% no tenían estudios. El índice de comorbilidad de Charlson fue 7,5(2,3) lo que indica elevada comorbilidad de los pacientes del estudio con 6,1 (6,6) años en tratamiento renal sustitutivo. La mediana de puntuación PAM13 fue 63,3 (15,2): 16% pacientes en grado 1, 11% en grado 2, 46% en grado 3 y 20% en grado 4. La puntuación SF-12 en componente físico fue 38,2(11,3) y 50,9(10,8) en mental. La escala HAD57 detectó una posible depresión o ansiedad en el 25% de los pacientes. No se encontró asociación entre la activación de los pacientes con la calidad de vida ni con la probabilidad de ansiedad/depresión.

CONCLUSIONES

El 27% de los pacientes en tratamiento crónico en hemodiálisis tuvieron baja activación (grado 1 y 2 del PAM13), lo que denota que este grupo de pacientes precisa una atención clínica integral para mejorar su conocimiento y habilidades en la salud. Las estrategias del programa se definirán en función de la estratificación obtenida en este estudio por lo que se priorizaran las medidas de valoración farmacoterapéutica (adherencia) y promoción de salud del programa de atención al paciente crónico en hemodiálisis en pacientes menos activados.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1141. PERFIL DE PACIENTES DIABÉTICOS EN UN CENTRO PENITENCIARIO, Y OPTIMIZACION DE SU TRATAMIENTO.

AUTORES

GARCIA RODICIO S, NOGUÉ PUJADAS E, LLAVERO SUBIRATS H, DÍEZ VALLEJO C, ORTÍ JUAN C, SACREST GÜELL R
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR JOSEP TRUETA. AVENIDA FRANÇA S/N. GIRONA

OBJETIVOS
Describir el perfil de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus (DM) ingresados en un centro penitenciario (CP). Revisar la efectividad del tratamiento antidiabético -farmacológico y dietético-, y valorar el impacto de una intervención formativa a los facultativos responsables.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio longitudinal pre-post intervención, de tres meses de duración. Se realizaron dos cortes transversales (inicio y dos meses post-intervención (PI)) en los que se recogieron datos demográficos (edad, sexo) y clínicos (tipo de DM, aclaramiento de creatinina, años desde el diagnóstico, hemoglobina glicosilada (HbA1c), registro de riesgo cardiovascular (CV) y de cuidados de enfermería del pie diabético, tratamiento farmacológico antidiabético y dieta).
La intervención se basó en una sesión formativa en la que se presentaron los datos obtenidos en el primer corte, y una revisión del algoritmo de tratamiento y opciones terapéuticas de la DM. Análisis descriptivo de los datos, con medidas de dispersión -intervalo de confianza al 95% (IC95%)- en los valores oportunos, siempre de forma anónima y garantizando la confidencialidad.

RESULTADOS
En febrero 2021 se identificaron 17/699 (2,4%; IC95%:1,3-3,6) internos con diagnóstico de DM. La relación hombre:mujer fue 16:1, siendo ésta en la globalidad del centro de 9:1. La edad media fue 51 [23-69] años y ninguno presentó alteración de la función renal. Además, se identificó un paciente tratado con metformina sin diagnóstico de DM, que se incluyó en el análisis.
El 76,4% (IC95%:51,5%-92,9%) presentaban DM tipo 2 (n=13), con una media de 4,1 años desde el diagnóstico. De estos pacientes, 2 no tenían tratamiento farmacológico, 4 estaban en monoterapia con metformina, 3 con biterapia metformina + sulfonilurea, glifozina o gliptina, y 4 incluían insulina basal además de biterapia oral. El 61,5% (IC95%:26,7%-80,9%) tenían HbA1c > 7 mg/dL. En 9/13 había registro del riesgo CV y en 7/13 de los cuidados al pie diabético. 8/13 tenían dieta adaptada.
El 23,6% (IC95%: 3,4%-43,7%] presentaban DM tipo 1 (n=4), con una media de 16 años desde el diagnóstico. Todos recibían insulina basal más insulina rápida y 2 además metformina a dosis bajas. El 100% tenían la HbA1c > 7 mg/dL. 3/4 tenían registro del riesgo CV y cuidados del pie diabético. 2/4 tenían dieta adaptada.
En el corte PI, 4/18 pacientes eran alta del centro. Se modificó el tratamiento en 6/14 restantes (3 aumentos de dosis: 2 insulinas y 1 metformina y 3 inicios de biterapia), se pidieron analíticas de control a 4 pacientes, se añadió un diagnostico de DM al paciente tratado con metformina, se quitó el diagnóstico a otro paciente porque era erróneo, y se solicitó control de fondo de ojo en 2 pacientes.

CONCLUSIONES
La prevalencia de DM en este CP es de 2,4%, siendo mayoritaria la DM tipo 2 con un 76,4% de los casos. Los datos obtenidos muestran que más de la mitad de los internos con DM cursan con mal control glucémico con HbA1c > 7 mg/dL. En este estudio se muestra que mediante una intervención sencilla ha sido posible optimizar el tratamiento farmacoterapéutico y el seguimiento de los pacientes. Queda pendiente analizar el impacto clínico real a más largo plazo.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1159. CONCILIACIÓN AL INGRESO Y AL ALTA DE PACIENTES POLIMEDICADOS EN INGRESOS DE CORTA DURACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES
CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, CARVAJAL SÁNCHEZ MÁ, PACHECO LÓPEZ P, TORRANO BELMONTE P, FRUCTUOSO GONZÁLEZ L, IBÁÑEZ CATURLA J, GARCÍA MOTOS C
HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA MORALES MESEGUER. AVENIDA MARQUÉS DE LOS VÉLEZ S/N. MURCIA

OBJETIVOS
Analizar las intervenciones llevadas a cabo por un farmacéutico en el Servicio de Urgencias de un Hospital de tercer nivel centradas en pacientes pluripatológicos con ingresos de corta duración.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional prospectivo que recoge las intervenciones farmacéuticas realizadas por un farmacéutico residente integrado en el área de observación del Servicio de Urgencias en los pacientes categorizados como pacientes de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (ADEC) con ingresos de corta duración, durante el periodo comprendido entre el 15 de febrero y el 15 de marzo de 2021. El farmacéutico formó parte del equipo de urgencias participando junto con el equipo médico en el pase de visita, llevando a cabo la validación médica, detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos, conciliación y adecuación del tratamiento tanto al ingreso como al alta de los pacientes ADEC con ingresos de corta duración. Se recogieron durante el periodo de estudio el número total de pacientes, órdenes médicas (OM) revisadas, el número de intervenciones realizadas por el farmacéutico de manera directa y grado de aceptación de las mismas por el facultativo responsable.

RESULTADOS
Se validaron un total de 47 pacientes (47 OM) ADEC con un total de 62 intervenciones farmacéuticas, lo que supone un promedio de 1.32 intervenciones por paciente. La revisión, conciliación y adecuación del tratamiento crónico se llevó a cabo en todos los pacientes.
Por orden de intervención en dicha conciliación se llevó a cabo el intercambio terapéutico en 14 OM (29.7%), la prescripción de tratamiento habitual no prescrito y necesario en 12 OM (25,5%), la solicitud de posible aportación por familiares por no disponer de equivalente terapéutico en 8 OM (17%), la deprescripción de medicamentos de baja

utilidad terapéutica en 6 OM (12.8%), ajuste de dosis por infra dosificación en 6 OM (12.8%), informe médico al alta incompleto o con errores en 2 pacientes (4.25%), la prevención de RAM en 2 OM (4.25%) y suspensión por duplicidad terapéutica en una OM (2.1%). Otras intervenciones llevadas a cabo fueron el ajuste por insuficiencia renal en 9 OM (19,2%), y la contraindicación o no indicación farmacológica en 2 OM (4.25%).
El 85,7% de las intervenciones fueron aceptadas por el facultativo responsable. Todos los cambios significativos en el tratamiento crónico fueron comunicados a su médico de atención primaria, garantizando de este modo el seguimiento adecuado del paciente.

CONCLUSIONES

La importancia de la conciliación al alta y al ingreso, así como, la integración del farmacéutico hospitalario como parte del equipo multidisciplinar, conlleva una reducción de los problemas relacionados con el medicamento tanto al ingreso como al alta, siendo la conciliación y adecuación del tratamiento de especial relevancia en pacientes polimedicados (pacientes crónicos y ADEC), evitando de este modo el ingreso prolongado en descompensaciones agudas, el reingreso y optimizando la asistencia sanitaria

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1209. CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS POLIMEDICADOS INGRESADOS EN UNA PLANTA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

AUTORES

MOÑINO DOMÍNGUEZ L, AGUADO PAREDES A, CERRILLO MENA L, CASTILLO MARTÍN C, VALERA RUBIO M, SANDOVAL FERNANDEZ DEL CASTILLO S
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. CALLE DR. FEDRIANI, Nº3. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar la calidad de vida de ancianos polimedicados y los factores que influyen en ella.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal, realizado entre febrero y mayo de 2021 en el área de Traumatología de un hospital terciario. Se incluyeron pacientes > 75 años, pluripatológicos (≥ 2 patologías crónicas) y polimedicados (≥5 medicamentos crónicos). Se excluyeron aquellos con los que no pudimos comunicarnos, por su estado físico/mental y ausencia de acompañante.
Se revisó la historia clínica, recogiéndose variables antropométricas, patologías y medicación domiciliaria, confirmada mediante entrevista personal.
Se les realizó el cuestionario de calidad de vida EuroQol-5D (EQ-5D) que consta de cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión). El resultado oscila entre 0 y 1 (mejor estado de salud).
Se midió la adherencia terapéutica usando el cuestionario Morisky-Green.
Se evaluó si existía relación entre la puntuación obtenida en el cuestionario EQ-5D y:
-el número de fármacos prescritos,
-el número de patologías crónicas,
-el tipo de patologías y
-la adherencia.
Para el análisis estadístico se usaron la prueba de normalidad de Shapiro–Wilk, el coeficiente de correlación de Spearman y la prueba no paramétrica de U Mann Whitney. Se consideraron significativos aquellos resultados con valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se seleccionaron 48 pacientes, 76,2% mujeres; la edad media fue 83,8±5,4 años.
La media de patologías/paciente fue 6±2,6. 61,9% presentaba cinco o más enfermedades. Los problemas de salud más frecuentes fueron hipertensión arterial (66,7%), hipercolesterolemia (42,8%), diabetes mellitus (33,3%) y depresión (33,3%).
El número medio de medicamentos/paciente fue 9±3,4. 35,7% de los pacientes eran grandes polimedicados (≥10 medicamentos). 82,5% eran adherentes al tratamiento.
Del cuestionario EQ-5D, se obtuvo una puntuación mediana de 0,57 (0,54-0,78). Las dimensiones en las que más pacientes presentaron problemas fueron: dolor/malestar (87,5%), ansiedad/depresión (75%) y cuidado personal (72,5%).
Se observó una correlación estadísticamente significativa entre mala calidad de vida y número de enfermedades ($r = 0,347$; $p = 0,028$); no se obtuvo relación entre calidad de vida y número de fármacos consumidos ($r = 0,009$; $p = 0,9$).
Los pacientes que padecían ciertas patologías obtuvieron menores puntuaciones en el índice EQ-5D. Esta relación resultó ser estadísticamente significativa en enfermedades neurodegenerativas ($p < 0,001$), depresión ($p < 0,001$), enfermedades osteoarticulares ($p=0,04$) e insuficiencia cardíaca ($p=0,026$).
No se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida entre los pacientes adherentes/no adherentes ($p=0,08$).

CONCLUSIONES

-La calidad de vida en la población de estudio es mala. Las peores puntuaciones se obtienen en cuidado personal, dolor/malestar y ansiedad/depresión.
-A mayor número de enfermedades, peor calidad de vida, siendo las patologías psicológicas, degenerativas, osteoarticulares y cardíacas, las que más afectan.
-Al contrario de lo que afirman los estudios publicados, no se ha observado que la calidad de vida empeore con el número de medicamentos.

-En cuanto a la adherencia, se concluye que es buena, pero hay que tener en cuenta que muchos pacientes tenían cuidadores encargados de la medicación.
Este estudio pone de manifiesto la necesidad de formar equipos multidisciplinares que mejoren la calidad de vida del paciente polimedicado, implantando estrategias de desprescripción, educación farmacológica y apoyo psicológico, además de mejoras en la comunicación entre Atención Primaria y Hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1247. ANÁLISIS DE LAS RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS POR EL EQUIPO FARMACIA-GERIATRÍA.

AUTORES
CARRASCO PIERNAVIEJA L, ÁLVAREZ ATIENZA S, PERDOMO RAMÍREZ B, SANZ MÁRQUEZ S, PÉREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. C/ BUDAPEST Nº 1. MADRID

OBJETIVOS
Analizar las recomendaciones farmacéutico-geriátricas (RFG) realizadas por el equipo Farmacia-Geriatría (E-FG) en el Servicio de Urgencias (SU) en pacientes geriátricos, para optimizar su farmacoterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo prospectivo realizado entre noviembre 2020 y abril 2021 en un hospital terciario en el que se analizaron las RFG realizadas, tanto en el tratamiento hospitalario (TH) como en el tratamiento domiciliario (TD), por el E-FG en pacientes ≥75 años que acuden al SU.
Se recogieron de la historia clínica electrónica (HCE) y del módulo único de prescripción (MUP) las variables sexo, edad y número de medicamentos crónicos. Las RFG sobre el TH se realizaron mediante comunicación verbal y escrita en la HCE, mientras que las del TD se dejaron reflejadas en el informe de alta. Se clasificaron en: aumento/reducción de dosis, reducción de dosis para evitar reacciones adversas a medicamentos(RAM), pauta descendente hasta desprescripción, desprescripción por duplicidad o duración, interacción, prescripción por omisión o sustitución y otros. Los medicamentos se catalogaron por subgrupo terapéutico de la clasificación Anatómica, Terapéutica y Química(ST-ATC), si son medicamentos potencialmente inapropiados(MPI) o medicamentos de alto riesgo en paciente crónico(MARc).
La aceptación se confirmó con los cambios realizados en MUP por parte de los médicos de atención primaria (MAP) o del hospital (geriatra, médico de ingreso o urgencias).

RESULTADOS
Se intervino sobre 108 pacientes (57,4% mujeres, mediana edad: 84 (rango intercuartílico(RIQ):81-88)) con una mediana de 13 medicamentos crónicos (RIQ:10-15). Se realizaron 312 RFG, siendo el 15,4% sobre el TH y 84,6% sobre el TD.
La distribución de las RFG fue: 30,1% desprescripción, 27,4% reducción de dosis para evitar RAM, 15,7% pauta descendente hasta desprescripción, 6,4% reducción de dosis, 6,4% otros, 5,4% prescripción por omisión, 2,6% desprescripción por duplicidad, 2,2% prescripción por sustitución, 1,6% aumento dosis, 1,6% desprescripción por duración y 0,6% interacción.
Los ST-ATC sobre los que más se intervino fueron: 20,8% analgésicos, 14,4% psicolépticos, 6,73% agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos, 6,41% agentes que reducen lípidos, 6,41% psicoanalépticos y 6,09% fármacos usados en diabetes. De todas las RFG, el 0,6% se realizó sobre MPI y el 28,2% sobre MARc.
La aceptación médica de estos fue: 43,1% analgésicos, 42,2% psicolépticos, 61,9% agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos, 60,0% agentes que reducen lípidos, 75,0% psicoanalépticos y 63,2% fármacos usados en diabetes. Respecto a los MPI y MARc, la aceptación fue 30% y 63,6% respectivamente.
El grado de aceptación global fue del 57,4%, siendo la aceptación de las RFG sobre el TH del 89,6% y sobre el TD de 51,5%. Las modificaciones de la prescripción en MUP fueron realizadas en un 36,8% por el MAP y en un 63,2% por los médicos del hospital (32,5% médico de ingreso, 10,5% urgencias y 57% geriatra).

CONCLUSIONES
La asistencia conjunta del geriatra y el farmacéutico a los pacientes del servicio de urgencias favorece la detección de errores y discrepancias en el tratamiento. Como medida de mejora se plantea la necesidad de revisar el procedimiento de comunicación con el MAP, implicando a los profesionales tanto del hospital como de Atención Primaria.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1251. ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS A LA VÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA MEDIANTE UN PROTOCOLO FARMACOCLÍNICO

AUTORES
NOTARIO DONGIL C, MUÑOZ CARRERAS MI, GONZÁLEZ ZARCA MT, MARCOS DE LA TORRE A, PEREZ FÁCILA A, MORENO PERULERO ML
HOSPITAL LA MANCHA CENTRO. AVDA. CONSTITUCIÓN,3. CIUDAD REAL

OBJETIVOS
Adecuar la prescripción de los fármacos utilizados en la deshabituación tabáquica a las condiciones de financiación establecidas por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Promover la inclusión de dichas prescripciones en un protocolo de deshabituación tabáquica elaborado por la comunidad autónoma (CA).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo. El periodo de actuación comprende del 01/02/2021 al 31/03/2021. Se seleccionaron todos los pacientes del área sanitaria que se encontraban en tratamiento con vareniclina y/o bupropion.

Éstos debían estar incluidos en un programa de apoyo de deshabituación tabáquica implementado por la CA. Para ello, se elaboró un protocolo farmacoclínico donde se incluyeron los pacientes en tratamiento. Como requisito de inclusión, los pacientes debían cumplir las siguientes características: presentar motivación expresa de dejar de fumar, consumir ≥ 10 cigarrillos diarios y presentar un elevado nivel de dependencia (calificada con el test de Fagerström ≥ 7). Sólo se financiaba un intento anual por paciente. El tiempo de financiación era de 12 semanas para vareniclina y 9 para bupropion. Se intervino sobre los médicos con mayor número de pacientes atenidos y menor porcentaje de cumplimiento de acuerdo a las condiciones de financiación, seleccionando un nivel de cumplimiento ≤50%. Se realizó una revisión de tratamientos prescritos de aquellos pacientes que no cumplían con el protocolo establecido y que no se ajustaban a las condiciones de financiación. Estos informes fueron suspendidos. La suspensión del informe no implicaba la interrupción del tratamiento, ya que podía prescribirse como tratamiento no financiado. La justificación de dicha suspensión se reflejó en la historia clínica de cada paciente. Previo a la actuación, se informó a los prescriptores de la actividad a realizar mediante una carta personalizada. Los listados de pacientes en tratamiento fueron proporcionados por el Servicio de Salud de la CA, al cual se remitía el registro de intervenciones realizadas mensualmente.

RESULTADOS

Durante el período de estudio, se incluyeron 259 pacientes en tratamiento. Se realizó intervención sobre 81 (31%). El 60% de las prescripciones eran de vareniclina y 40% de bupropion. Se contactó con 99 prescriptores cuyo nivel de cumplimiento de las condiciones de financiación de los tratamientos era ≤50%. Las causas de suspensión del informe fueron: A) Sin constancia de registro en programa de apoyo de deshabituación tabáquica (protocolo): 50 pacientes (62%); B) No cumple las condiciones financiación (test Fragestrom y/o nº cigarrillos/día): 23 pacientes (28%); C) Supera la limitación de tiempo establecido como tratamiento financiado: 4 pacientes (5%); D) Presenta más de un intento para dejar de fumar en el último año: 4 pacientes (5%). Tras corrección de algunos de los informes por parte de los prescriptores, 8 fueron reactivados, continuando así dispensando el tratamiento como financiado.

CONCLUSIONES

La implantación de la vía clínica de deshabituación tabáquica supone un elevado impacto económico para los servicios de salud. El farmacéutico puede actuar en ella con el objetivo de mejorar la adecuación de los tratamientos a las condiciones de financiación establecidas. En un sistema sanitario con recursos limitados es necesaria la implementación de programas y estrategias que garanticen un uso correcto del medicamento.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1273. ESTUDIO DE LA EFICACIA DE ETELCALCETIDA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS Y COMPARACIÓN CON CINACALCET

AUTORES

RAMIÓ MONTERO E, PÉREZ DE JUAN C, BRONSOMS ARTERO JM
CLINICA GIRONA. C/ JOAN MARAGALL, 26. GIRONA

OBJETIVOS

En Septiembre de 2017 se incluyó en nuestro centro etelcalcetida, el primer calcimimético parenteral indicado en el tratamiento del hiperparatiroidismo secundario en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis. En 2020 se planteó un estudio para evaluar su eficacia a los 3 y 6 meses, y a su vez, compararla con aquellos tratados previamente con cinacalcet oral.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo longitudinal en el que se incluyeron todos los pacientes en hemodiálisis que iniciaron tratamiento con etelcalcetida de septiembre 2017 a mayo 2020, con un mínimo de 3 meses de duración de éste. En aquellos que estaban en tratamiento con cinacalcet oral, se recogieron los parámetros analíticos a partir de marzo 2016 hasta el momento del cambio.
Variables registradas: sexo, edad, dosis de inicio, parathormona (PTH), calcio sérico y fósforo previos, y sus valores cada 3 meses y si tomaban cinacalcet previamente.
Se realizó un estudio descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas y pruebas t-student para muestras relacionadas, con el programa estadístico SPSS para Windows.

RESULTADOS

Se incluyeron 87 pacientes con una media de edad de 65 años (16) de los cuales el 65% eran hombres. Todos iniciaron etelcalcetida con dosis de 2,5mg a excepción de uno con 5mg. En 15 pacientes (17%) se requirieron incrementos posteriores de dosis.
Los valores medios de PTH a los 3 y los 6 meses del inicio del tratamiento, presentaron una disminución estadísticamente significativa respecto a los valores previos: 525 respecto 440pg/ml a los 3 meses y 525 respecto a 371pg/ml a los 6 meses ($p < 0,005$). Resultando también significativa la disminución entre los 3 y los 6 meses ($p=0,004$) alcanzando valores de 349pg/ml (258) a los 9 meses. Los valores medios del calcio sérico antes de iniciar, a los 3, 6 y 9 meses fueron: 9,06, 8,64, 8,91 y 8,74mg/ml respectivamente, con significación estadística entre los valores previos y los de los 3 y 9 meses. El fósforo previo resultó de 5,4mg/dl (1,4) y disminuyó a un valor medio de 4,8mg/dl (1,6) a los 6 meses ($p=0,003$) que se mantuvo estable a partir de entonces.
El 30% estaban en tratamiento con cinacalcet cuando se realizó el cambio a etelcalcetida. El valor medio de la PTH con el tratamiento oral en el periodo estudiado fue de 378pg/ml (249) y a los 6 meses del cambio de tratamiento 344pg/ml (274) ($p=0,35$).

CONCLUSIONES

Etelcalcetida és un tratamiento efectivo y rápido en la disminución de la PTH, el calcio sérico y el fósforo, consiguiendo valores de PTH a los 6-9 meses muy próximos al valor óptimo objetivo de 300pg/ml.
El cambio de cinacalcet oral a etelcalcetida parenteral post diálisis es seguro e incluso parece ofrecer una ligera mejoría en los valores de la PTH a los 6 meses del cambio. Favoreciendo además la disminución de medicación oral diaria de estos pacientes y garantizando su adherencia.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1277. EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN SEGUIMIENTO POR UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR QUE INCLUYE A UN FARMACÉUTICO DE HOSPITAL

AUTORES

BOO RODRÍGUEZ J, GONZALEZ FERNANDEZ T, LANDA ALBERDI J, BERISTAIN ARAMENDI I, RIPA CIAURRIZ C, LEUNDA EIZMENDI L, LIZEAGA CUNDIN G, ROS OLASO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. PASEO DE BEGUIRISTAIN. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

En 2018 se creó la unidad multidisciplinar(UMELA) de asistencia a pacientes con esclerosis lateral amiotrófica(ELA) con el objetivo de mejorar la atención de los pacientes a través de un equipo multidisciplinar mediante una consulta de alta resolución.El equipo lo forman: enfermera de enlace, neurólogo, neumólogo, farmacéutico, médico rehabilitador y psicólogo.
El papel del farmacéutico es detectar precozmente el riesgo de desnutrición y disfagia y realizar el seguimiento nutricional.
El objetivo es describir la evolución de los pacientes desde su ingreso en UMELA hasta la actualidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo (enero 2018 - febrero 2021)
Variables recogidas:
- Datos demográficos: edad, sexo, año diagnóstico, tipo de ELA, fecha de entrada al circuito/defunción y prescripción de riluzol.
- Escala de Valoración Funcional de ELA revisada(ALSFRS-R) y capacidad vital forzada(FVC) en primera visita, 6 y 12 meses para valorar evolución funcional y respiratoria respectivamente.
- Malnutrition Universal Screening Tool(MUST) en primera visita para determinar el riesgo de desnutrición.
- Eating Assessment Tool-10(EAT-10) en primera visita, 6 y 12 meses para determinar el riesgo de disfagia.
- Datos de seguimiento nutricional: peso, talla, porcentaje de pérdida de peso(PPP), realización de gastrostomía y necesidad de prescripción de nutrición básica adaptada(ABA) y suplementos nutricionales orales(SON).

RESULTADOS

Seguimiento a 72 pacientes: 44(61%)hombres, edad media al diagnóstico 66,7 años(34-85). ELA bulbar 26(36%), ELA espinal 26(36%), ELA mixto 20(28%). Fallecidos 45(62,5%). Riluzol 62(86%).
De los 45 fallecidos, la supervivencia media(SM) global desde el diagnóstico hasta la defunción fue 18,4 meses: bulbares(20) 16,1 meses, espinales(13) 20 meses y mixtos(12) 20,5 meses.
El valor medio de la escala *ALSFRS-R al inicio fue 35,2(n=69), siendo: 33 bulbares(26), 37,6 espinales(24) y 34,4 mixtos(19).A los 6 meses 32,5(n=50), siendo: 31,2 bulbares(17), 33,8 espinales(19) y 32,2 mixtos(14). A los 12 meses: 27,9(n=33), siendo: 27,4 bulbares(10), 28,4 espinales(13) y 28 mixtos(10).
*Escala ALSFRS-R: mide progresión de la enfermedad en pacientes con ELA (0-48).
La FVC(%) media al inicio fue 73,6(n=66), siendo: 63,5 en bulbares(25), 81 en espinales(23) y 77,9 en mixtos(18).A los 6 meses 67(n=43), siendo: 57,9 en bulbares(14), 74,4 en espinales(16) y 68 en mixtos(13)y a los 12 meses 63(n=24), siendo: 57 en bulbares(7), 69 en espinales(10) y 59 en mixtos (7).
Presentaron riesgo de desnutrición (MUST ≥ 1) al inicio 31/70(44%), siendo: 14(45%) bulbares 7(23%) espinales y 10(32%) mixtos.
Presentaron riesgo de disfagia (EAT-10 ≥ 3) al inicio 28/70(40%), siendo 13(46%)bulbares, 2(7%)espinales y 12(43%) mixtos. A los 6 meses 25/50(50%), siendo 15(60%) bulbares, 4(16%) espinales y 6(24%) mixtos y a los 12 meses 13/27(48%), siendo 5(38,5%) bulbares, 3(23%) espinales y 5(38,5%)mixtos.
De 45 fallecidos, 31 perdieron peso desde el diagnóstico. PPP medio fue 15,7%, siendo: 18,6% en bulbares, 11,6% en espinales y 14,3% en mixtos.
Precisaron ABA cómo espesantes 43(60%), siendo 23(54%) bulbares, 6(14%) espinales y 14(33%) mixtos. Precisaron SON 36(50%). Se realizaron 24 gastrostomías (33%): 11(46%) bulbares, 5(21%) espinales y 8(33%) mixtos.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos se correlacionan con la información publicada globalmente con respecto a la evolución de los pacientes con ELA y el tipo, siendo la ELA bulbar la que peor evoluciona.
Los datos recogidos con respecto al riesgo de desnutrición, disfagia y seguimiento nutricional, refuerzan la necesidad del papel del farmacéutico en UMELA.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

100. ESTANDARIZACIÓN DE LA BIBLIOTECA DE FÁRMACOS EN PERFUSIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO ADULTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES
FERNÁNDEZ OLIVEIRA C, ALBIÑANA PÉREZ S, GAGO GARCÍA E, BLANCO LONGUEIRA MB, VÁZQUEZ-GUNDÍN PAZ M, QUINTELA VALIÑO MJ, FEIJOO VILANOVA P, MARTÍN HERRANZ MI
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS
Estandarización de la preparación de diluciones de medicamentos de alto riesgo (MAR) para su administración en perfusión en las seis unidades de críticos (UC) (cuidados intensivos y reanimación) de un hospital terciario.

MEJORAS ESPERADAS
Incrementar la seguridad en la preparación y administración de MAR en las UC.

DISEÑO
Desde el servicio de farmacia se identificó la necesidad de estandarizar la preparación de diluciones de MAR para evitar situaciones donde el personal de enfermería se encuentre con procedimientos normalizados de trabajo (PNT) diferentes sobre los mismos medicamentos (distintas diluciones, unidades de medida y fuentes de información). Se realizó una revisión bibliográfica de los fármacos de uso más frecuente y se definió para cada medicamento la unidad de medida para la administración en bomba de perfusión, el diluyente preferente y diluyentes compatibles, la dilución recomendada, la concentración máxima de la dilución con garantías en su estabilidad, la estabilidad de la mezcla a temperatura ambiente, la necesidad (o no) de fotoprotección y la vía de administración recomendada (central y/o periférica). También se revisaron diluyentes contraindicados y modo de actuación ante cambios de apariencia de la mezcla. La propuesta de farmacia fue debatida y modificada hasta alcanzar un consenso entre los miembros del grupo de trabajo (GDT). Además, se incluyeron recomendaciones básicas para la correcta preparación de estériles en las unidades de enfermería.

CIRCUITO Y ETAPAS
Ante la evidencia de tres PNT distintos entre las UC, se formó un GDT (dos farmacéuticas, cuatro enfermeras) para su estandarización, estableciéndose el siguiente circuito:
1 Revisión de PNT hasta consensuar los medicamentos más susceptibles de protocolización por su riesgo de error.
2 Revisión de la evidencia científica y propuesta para la estandarización.
3 Revisión de la información por el GDT y enmiendas hasta el acuerdo.
4 Puesta en común con las jefaturas de servicio implicadas.
5 Elaboración de un documento gráfico en formato póster para la difusión de la información, con un código QR para su escaneo.
6 Inclusión de la información en el programa informático de las bombas de administración.

IMPLANTACIÓN
1 abril 2021.

RESULTADOS
Entre 01/11-15/12/2020 se revisaron 34 MAR, descartándose 3 por la comercialización de presentaciones prediluídas. Se encontraron discrepancias entre UC en la dilución empleada y la forma de administración de 17 y 3 medicamentos respectivamente. Para la estandarización, las principales fuentes de información consultadas fueron: Micromedex, ficha técnica, The Teddy bear book. La bibliografía fue discordante en 18 medicamentos, priorizándose en esos casos la práctica clínica más extendida cuando estuviese avalada por la literatura. Fueron necesarias 3 reuniones hasta el consenso definitivo. Se modificaron 15 PNT y se incluyeron 4 medicamentos adicionales en la estandarización. Además, el servicio de urgencias incorporó las recomendaciones a su práctica habitual y se consensuó la indicación de diluyentes preferentes e información sobre estabilidad con las UC pediátricos.

LIMITACIONES
No se incluye el 100% de los medicamentos administrados en perfusión en el hospital.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Circuito aplicable a los hospitales con más de una UC. El elevado grado de satisfacción del personal sanitario implicado permite apostar por la implementación de práctica seguras en otras áreas.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

120. MANEJO DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES
MEDINA CATALÁN D, RUIZ RAMOS J, JUANES BORREGO A, LÓPEZ VINARDELL L, MAS MALAGARRIGA N, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CTRA. DE SAN QUINTIN, 89. BARCELONA

OBJETIVOS
Describir la presentación de la infección por Clostridium difficile (ICD) atendida en un servicio de urgencias, así como su tratamiento y efectividad y los factores asociados al fracaso del mismo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes adultos que ingresaron en la unidad de urgencias con diagnóstico de ICD, entre enero/2019 y octubre/2020. Se evaluó la curación clínica, definida como la resolución de la diarrea y otros signos y síntomas de ICD sin la necesidad de modificar el tratamiento inicial prescrito. Los objetivos secundarios fueron recurrencia y reconsultas por ICD a urgencias a los 30 días. Se utilizó la historia clínica informatizada para extraer tales datos. Para identificar los factores de riesgo asociados al fracaso del tratamiento se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística, incluyendo en el modelo variables relacionadas con comorbilidades del paciente con un valor de $p < 0.2$ en un análisis univariante previo.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 42 pacientes, con una edad media de 77,0 (DE:11,2) años. Más de la mitad (23 [54,8%]) presentaban un primer episodio de ICD, siendo el resto (19 [45,2%]) recurrencias (rango episodios previos: 1-4). El origen de los pacientes fue mayoritariamente domicilio (31 [73,8%]), no obstante, la mayoría del total (28 [66,7%]) estuvo hospitalizado en los 30 días previos. 37 pacientes (88,1%) habían estado en tratamiento antibiótico durante los 30 días previos. Como destino posterior al paso por urgencias, 19 (45,2%) pacientes fueron hospitalizados, un paciente falleció en urgencias, 12 (28,6%) fueron dados de alta a domicilio y 10 (23,8%) a Centros Socio-sanitarios. Se consideró la presencia de un cuadro grave de ICD (según criterios de Rodríguez-Pardo et al 2013) en 21 (50,0%) de los pacientes. En cuanto a las terapias anti-ICD utilizadas, los pacientes con primer episodio de ICD fueron tratados con vancomicina (13 [56,5%]) y metronidazol (10 [43,5%]), mientras que en pacientes con recurrencia el antibiótico más usado fue vancomicina (16 [84,2%]) y en menor medida fidaxomicina (2 [10,5%]). Ocho sujetos (19,0%) reconsultaron por ICD en los posteriores 30 días (6 [14,3%] por recurrencia de ICD y 2 [4,8%] por fracaso al tratamiento). Tres pacientes (7,1%) fueron exitus en los 30 días posteriores al alta. En cuanto a la variable principal, se produjo la curación clínica en 39 (92,9%) de los individuos y 3 (7,1%) fracasaron al tratamiento antibiótico prescrito. No se encontró relación estadística entre el fracaso al tratamiento y la recurrencia de ICD en los 30 días al alta ($p = 0,475$). La inmunosupresión fue la única comorbilidad asociada a un mayor número de fracasos al tratamiento ($p = 0,051$).

CONCLUSIONES

La presentación de la ICD en los servicios de urgencias es ampliamente variable, condicionando una gran disparidad de tratamientos. La mitad de los individuos presentaba un cuadro grave. La inmunosupresión se asoció estadísticamente a un mayor número de fracasos al tratamiento. Cerca del 20% de los pacientes reconsultó por nuevos episodios tras el alta hospitalaria. No se encontró relación entre el fracaso a la primera línea de tratamiento y la recurrencia en los 30 días al alta.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

126. ANÁLISIS DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

GONZÁLEZ FRANCO RM, ALONSO PERALTA CÁ, SÁNCHEZ GUNDÍN J, RAMIS BARCELÓ MB, PÉREZ-PERIAÑEZ ORILLO L, RIOJA CARRERA M, DEL RIO ORTEGA P, VALERO DOMÍNGUEZ M

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA.VALDECILLA S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Analizar los resultados de la implantación de un programa para detectar medicación potencialmente inapropiada (MPI) en un Servicio de Urgencias (SU) y describir los grupos farmacoterapéuticos implicados con más frecuencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, prospectivo, de 5 meses de duración (noviembre 2020-abril 2021) en las unidades de Observación y Corta Estancia del SU en un hospital de tercer nivel con presencia física de un farmacéutico (lunes a viernes; 08.00h a 15.00h).

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con una edad de 70 años o más, polimedicados (5 fármacos crónicos o más). Se excluyeron aquellos con sedación paliativa y los institucionalizados.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica, el programa de prescripción electrónica asistida, el módulo de receta electrónica y la entrevista con el paciente y/o cuidador. Se revisó la medicación potencialmente inapropiada prescrita siguiendo los criterios Beers, Priscus y Stopp/Start.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, número de medicamentos crónicos, número de fármacos y grupos farmacoterapéuticos considerados como MPI.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® utilizando el test t de student para muestras independientes. Se tomó $p < 0,05$ como relación estadísticamente significativa.

RESULTADOS

Se incluyeron 249 pacientes, con una mediana de edad de 81 años (70-97), siendo el 53% mujeres y el 47% hombres. Se revisaron un total de 2.684 medicamentos crónicos, con una mediana de 14 medicamentos/paciente (rango: 5-20).

Se detectaron 137 MPI en el 44% de los pacientes, lo que suponía para estos pacientes una media de 1.2 MPI. El 81% de los pacientes tenían prescrito un solo MPI, 14% tenían prescritos dos, 4% tres y sólo 1% cuatro. Los fármacos más frecuentemente involucrados como MPI fueron: hipnótico-sedantes (92%), aumentando el riesgo de sedación prolongada, confusión y caídas; antipsicóticos (7%) incrementando los efectos extrapiramidales y deterioro de la función psicomotora; antiespasmódicos urinarios (4%) con riesgo de aumento de efectos adversos de perfil anticolinérgico (estreñimiento, sequedad de boca) y prolongación del intervalo QT; y diuréticos ahorradores de potasio (3%) con

elevación del riesgo de hiperpotasemia.
Al comparar el número de medicamentos crónicos que llevaban los pacientes sin y con MPI prescrita, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas (10,03 ± 13,23 vs. 11,80 ± 12,77 respectivamente, p < 0,05).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en nuestro hospital muestran que casi la mitad de pacientes mayores de 70 años que visitan el SU están en tratamiento con MPI, aumentando el riesgo de acontecimientos adversos y la necesidad de atención médica, con el coste que esto conlleva. Además, el número de medicamentos crónicos prescritos está relacionado con la prescripción de MPI, siendo mayor el riesgo de prescripción de MPI cuantos más medicamentos crónicos tienen prescritos los pacientes. A la vista de estos resultados consideramos que sería de gran utilidad implementar un programa de atención farmacéutica para valorar la adecuación de las prescripciones en pacientes de edad avanzada y fomentar la descripción de medicamentos para mejorar la seguridad en este grupo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

139. CAMBIOS EN LAS INTOXICACIONES DURANTE EL PERIODO DE ALARMA DECRETADO POR LA PANDEMIA DE LA COVID-19

AUTORES

MARIN CASINO M, PALLAS VILLARONGA O, CLEMENTE RODRIGUEZ C, ARANDA CARDENAS MD, ALBALAT TORRES A, ARDERIU FORMENTI A, LOPEZ MULA C, SUPERVIA CAPARROS A
HOSPITAL DEL MAR. Pº. MARITIMO, 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

El inicio de la pandemia por coronavirus motivó que se instaurara un periodo de alarma con el fin de limitar la movilidad de los ciudadanos, disminuir las interacciones sociales y la circulación del virus. Este periodo de alarma comprendió desde el 14 de marzo hasta el 21 de junio de 2020. Es probable que la disminución de interacciones sociales, así como el forzado confinamiento domiciliario, hayan tenido repercusión sobre las intoxicaciones producidas en este periodo. El objetivo de este estudio es comparar las intoxicaciones atendidas en el servicio de urgencias de un hospital universitario durante el periodo de alarma, con las intoxicaciones atendidas durante el mismo periodo dos años antes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, mediante recogida sistemática de las intoxicaciones atendidas en el servicio de urgencias de un hospital universitario durante el periodo de alarma instaurado debido a la pandemia por COVID-19 y las producidas durante los mismos meses del año 2018. Se recogió edad, sexo, forma de llegada a urgencias, motivo de la intoxicación, tóxico implicado, tratamiento administrado y destino final. Para el estudio estadístico se usó el paquete estadístico SPSS vs 15.0. Se utilizó la prueba de la ji cuadrado para la comparación de proporciones y la prueba de la t de Student para la comparación de medias.

RESULTADOS

Durante el periodo de alarma se atendieron un total de 89 intoxicaciones, mientras que en el mismo periodo de 2018 fueron 118. En ambos periodos, la mayoría eran hombres (67,4% vs 61,0%). Durante el periodo de alarma eran de mayor edad (40,8 (±16,3) vs 34,4 (±17,2) años; p=0,007), hubo menor presencia de turistas (2,2% vs 24,6%; p < 0,001), existía mayor tendencia a que la intoxicación se produjera en el domicilio (49,4% vs 36,4%; p=ns), acudieron más en ambulancia (74,2% vs 60,2%; p=0,038) y hubo más intoxicaciones con intencionalidad suicida (14,6% vs 6,8%; p= 0,011). Asimismo, aumentaron los pacientes con antecedentes psiquiátricos (36% vs 22,9%; p=0,039) e historia de intoxicaciones previas (65,2% vs 40,7%; p < 0,001). En ambos periodos, el tóxico más implicado fue el alcohol (53,9% vs 50,8%), seguido de las drogas de abuso (36% vs 37,3%) y los fármacos (18% vs 24,6%), sin que se observaran diferencias significativas entre los dos periodos evaluados. No se encontraron diferencias en la clínica, pero precisaron algún tipo de tratamiento con más frecuencia (58,4% vs 40,7%; p=0,011), sin que se produjeran cambios en la administración de antídotos ni en otros tratamientos específicos como la administración de oxigenoterapia hiperbárica o la necesidad de depuración renal o extrarenal. La mayoría de pacientes fueron dados de alta a domicilio (89,9% vs 93,3%) y fallecieron 2 pacientes en el periodo de alarma.

CONCLUSIONES

Durante el periodo de alarma se observó un descenso en el número total de intoxicaciones atendidas, pero aumentaron las intoxicaciones con intencionalidad suicida, así como aquellas en las que los pacientes tenían antecedentes psiquiátricos y de intoxicaciones previas. No hubo diferencias en el tipo de tóxico empleado, aunque se apreció un aumento no significativo de las intoxicaciones farmacológicas.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

214. FACTORES DE RIESGO DE SÍNCOPES DE RECURRENCIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

BLANCH ANGUERA V, MONTOLIU ALCÓN P, ESTEBAN GONZÁLEZ C, SÁNCHEZ DORREGO L, GALOFRÉ MESTRES L, PONS LLOBET N, DE TEMPLE PLA M, GONZÁLEZ VALDIVIESO J
HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. VILADOMAT, 288. BARCELONA

OBJETIVOS

Identificar los factores de riesgo de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias por síncopes como principal motivo de consulta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel durante un período de dos meses (enero-febrero 2020) en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años en los que se diagnosticó síncope en el servicio de urgencias.

Se analizaron las siguientes variables: sexo; edad; farmacoterapia prescrita (sistema cardiovascular, antiparkinsonianos, psicolépticos y psicoanalépticos); comorbilidades (enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, demencia, y neoplasias); y existencia de síncopes de recurrencia.

Se estimó la medida de asociación entre los factores de riesgo (comorbilidades, farmacoterapia prescrita y edad > 74 años) y los síncopes de recurrencia a partir de la razón de odds (OR) así como el cálculo de su intervalo de confianza (IC95%). El valor de significación estadística fue para un valor de P < 0,05 a partir del cálculo de X2 de Pearson. Para llevar a cabo dichos cálculos se utilizó SPSS®.

RESULTADOS

Se incluyeron 143 pacientes, de los cuales el 56,6% eran mujeres con una edad media de 59,8 (SD=24,2) años.

El 60,1% presentaba alguna comorbilidad, siendo la de mayor prevalencia la enfermedad cardiovascular (49%), seguida de diabetes mellitus (12%), demencia (6%), neoplasias (6%) y enfermedad de Parkinson en un 4% de los pacientes.

El 48,3% tenían prescrito algún fármaco de los analizados, siendo en el 42,7% fármacos del sistema cardiovascular (27,9% inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y/o antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAII), un 18,2% antiagregantes un 18,2% diuréticos, un 9,1% betabloqueantes, 6,3% antagonistas del calcio, y el 4,9% anticoagulantes). Un 13,3% psicoanalépticos, un 10,5% psicolépticos, y un 4,2% fármacos antiparkinsonianos.

El 34,3% (N=49) de los pacientes había tenido más de un síncope con anterioridad.

El riesgo de síncopes de recurrencia presentó una correlación (p < 0,05) en los pacientes con edad > 74 años (OR= 2,15; IC95%: 1,06-4,38), en los pacientes con enfermedad cardiovascular (OR=2,43; IC95%: 1,19-4,94) y en los pacientes con más de dos fármacos prescritos del sistema cardiovascular (OR=3,36 (IC95%: 1,36-8,28).

CONCLUSIONES

Los pacientes atendidos en el servicio de urgencias por síncope tuvieron una edad media de 60 años y mayoritariamente comorbilidad de tipo cardiovascular.

En este estudio, se pudo demostrar una asociación estadísticamente significativa entre el riesgo de síncopes de repetición y la comorbilidad cardiovascular y su farmacoterapia (> 2 fármacos). Asimismo, se observó que la edad avanzada de los pacientes aumentó el riesgo de aparición de síncopes de forma recurrente.

Los resultados confirman estas variables como factores de riesgo y son similares a los obtenidos en otras publicaciones.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

231. USO DE GASES HALOGENADOS INHALATORIOS COMO SEDANTES: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

AUTORES

DEL RÍO GUITÉRREZ JM, DOMÉNECH MORAL L, SÁNCHEZ SANCHO P, GARCÍA DÍAZ HC, CONTRERAS MEDINA RS, SANTANDER REBOREDA J, ANGUITA DOMINGO D, GORGAS TORNER MQ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº. VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Los fármacos sedantes se administran frecuentemente a pacientes críticos para aliviar la ansiedad, reducir el estrés de ser ventilado mecánicamente y prevenir complicaciones relacionadas con la agitación. La sedación inhalada mediante gases halogenados surge como alternativa debido a su mínimo metabolismo y acumulación de fármaco, lo que proporciona un mayor control en la sedación.

Diversos agentes inhalatorios han demostrado ventajas frente a la sedación intravenosa, sobre todo por sus efectos cardioprotectores, neuroprotectores y broncodilatadores. Su uso también se extiende a pacientes que presentan una sedación difícil.

Este estudio pretende describir el uso de gases inhalatorios en pacientes adultos de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluye a los pacientes ingresados en UCI tratados con un gas halogenado de enero a diciembre de 2020. Se recogieron variables demográficas y clínicas: motivo de prescripción, necesidad de sedación intravenosa concomitante, días de estancia en UCI, gas utilizado, días de sedación y posterior extubación tras el ingreso, efectos adversos y mortalidad. También se recogieron los datos de consumo de gases inhalados en la unidad y se calculó el coste global directo del tratamiento.

Se realizó un estudio estadístico descriptivo univariante con un cálculo de medianas y rangos intercuartílicos.

RESULTADOS

Se incluyeron 10 pacientes (8 hombres) cuya edad mediana fue de 58 (43-63) años, con un Índice de Masa corporal (IMC) mediano de 29 (24-34) kg/m2. Todos los pacientes tenían al menos un antecedente previo al ingreso en UCI [mediana de 2 (1-3)].

El motivo de prescripción del gas en 6 de los pacientes fue una sedación difícil y taquifilaxia a pesar de dosis máximas de fármacos sedantes intravenosos (midazolam 0,25 mg/kg/h y/o propofol 4 mg/kg/h), seguido de broncoespasmo (3 pacientes) y de epilepsia refractaria (1 paciente). En todos ellos el gas de elección fue el isoflurano 100 %, con una dosis mediana de 5,9 (4,3-6,2) ml/h. Todos los pacientes recibieron sedación intravenosa, presentando una mediana de 3 (2-4)

fármacos como complemento a los gases inhalados. Todos los pacientes alcanzaron una puntuación máxima media en la Richmond-Agitation-Sedation-Scale (RASS) de -4,77 (RASS 4-5= Sedación profunda).
La mediana de días de ingreso en UCI fue de 30 (20-53); los pacientes recibieron sedación inhalada durante 8 (7-13) días. Ningún paciente desarrolló efectos adversos directamente relacionados con el gas inhalado. 5 pacientes fueron éxitus durante su estancia en UCI. El tiempo de sedación y extubación tras el ingreso en aquellos pacientes que sobrevivieron fue de 25 (20-46) y 30 (27-52) días, respectivamente.
El consumo anual de fármaco por la unidad fue de 55 frascos de isoflurano. El coste global del tratamiento resultó en 3. 465 €.

CONCLUSIONES

El uso de gases inhalados en UCI puede ser una alternativa a la sedación intravenosa convencional, siendo de especial interés en pacientes que presentaron una sedación difícil y que, tras el inicio del tratamiento con gases halogenados, alcanzaron una sedación profunda adecuada.
Su utilización parece, a priori, segura; no obstante, son necesarios más datos que avalen su eficacia y seguridad.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

242. APLICACIONES MÓVILES SOBRE FÁRMACOS DE URGENCIAS: BÚSQUEDA SISTEMÁTICA Y ANÁLISIS DE CONTENIDOS

AUTORES

GARCÍA SÁNCHEZ S, SOMOZA FERNÁNDEZ B, DE LORENZO PINTO A, ORTEGA NAVARRO C, NARRILLOS MORAZA Á, VICENTE VALOR J, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DEL DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Las aplicaciones móviles (apps) relacionadas con el manejo de fármacos son unas de las más empleadas por los profesionales de los Servicios de Urgencias, pero actualmente no hay estudios sobre la cantidad y calidad de este tipo de apps. El objetivo de este trabajo fue identificar apps sobre fármacos de uso en Urgencias y analizar sus contenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se realizó una búsqueda sistemática en febrero de 2021 en las plataformas Google Play Store (Android) y App Store (iOS) con los términos: 'Emergency drugs', 'fármacos de Urgencias', 'Emergency Medicine' y 'Medicina de Urgencias y Emergencias'.
Se descargaron las apps identificadas y sus principales características fueron evaluadas por 2 investigadores independientes. Se analizaron: filiación del desarrollador, coste, actualizaciones y valoración de usuarios. Además, se evaluaron el número de fármacos descritos, la inclusión de referencias bibliográficas y la presencia de información sobre las siguientes características: presentaciones comerciales, dosis habituales, ajuste de dosis por insuficiencia renal, mecanismo de acción, indicaciones, contraindicaciones, interacciones con productos medicinales, uso en embarazo y lactancia, reacciones adversas, método de preparación y administración, datos de estabilidad e incompatibilidades, identificación de medicamentos de alto riesgo, posicionamiento en algoritmos terapéuticos, información sobre conciliación y coste.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 49 apps. De ellas, 32 (65,3%) se encontraron en ambas plataformas, mientras que 11 (22,4%) solo estaban disponibles en Android y 6 (12,2%) en iOS. En total, 20 (40,8%) eran de pago (rango: 0,50€-179,99€) y 11 (22,4%) fueron desarrolladas por profesionales no sanitarios. La media ponderada de las valoraciones de los usuarios fue 4,023/5. En total, 22 apps (44,9%) estaban enfocadas en los fármacos de Urgencias, mientras que 27 (55,1%) estaban relacionadas con la Medicina de Urgencias y Emergencias en un sentido más amplio. Más de la mitad no se habían actualizado durante el último año o no incluían referencias bibliográficas (61,7%). La mediana de fármacos descritos fue 66 (rango: 4 a más de 5000). La mayoría de apps contenían información sobre dosis habituales (87,8%) e indicaciones (79,2%), mientras que alrededor de la mitad incluían información sobre presentaciones comerciales (57,4%), mecanismo de acción (55,3%), contraindicaciones (55,3%), reacciones adversas (51,1%), forma de preparación/administración (52,1%) y algoritmos de tratamiento (40,4%). Menos de la mitad contenían datos sobre ajuste de dosis en insuficiencia renal (31,9%), interacciones (21,3%), uso en embarazo y lactancia (31,9%) y estabilidad/incompatibilidades (17,0%). Solo 3/47 (6,4%) identificaban los medicamentos de alto riesgo, 1 (2,1%) incluía información sobre conciliación y 1 (2,1%) sobre coste. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre una mayor valoración de usuarios y tipo de desarrollador (sanitario o no) (P=0,99), tema principal de la app (fármacos de urgencias o Medicina de Urgencias) (P=0,09) o una mayor cantidad de información (P=0,31).

CONCLUSIONES

Numerosas apps relacionadas con los fármacos de Urgencias contienen información insuficiente sobre relevantes características de los fármacos o no incluyen referencias bibliográficas.
Se deberían realizar esfuerzos para aumentar la regulación de este tipo de apps y desarrollar una revisión documentada y más frecuente de su contenido clínico.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

275. ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA: DOSIFICACIÓN EN FIBRILACIÓN AURICULAR.

AUTORES
MANDILEGO GARCIA A, CALDERÓN HERNANZ B, PÉREZ DE AMEZAGA TOMÁS L, PARERA PASCUAL MM, BRADY GARCÍA A, VILANOVA BOLTÓ M
HOSPITAL SON LLATZER. CTRA. MANACOR, KM 4. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS
En la seguridad con el empleo de anticoagulantes de acción directa (ACOD) existen ciertas circunstancias que obligan a ajustar su dosificación. Con la pandemia COVID se flexibilizaron los criterios de visado ACOD para la indicación de fibrilación auricular (FA) de novo.
El objetivo es determinar la correcta dosificación y la ausencia de interacción de ACOD en pacientes con diagnóstico de FA de novo con el fin de establecer si son necesarias medidas formativas.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio piloto realizado durante la primera ola de la pandemia por SARS-COV2 (Marzo-Septiembre 2021)
Se seleccionaron todos los pacientes que acudían a Urgencias con diagnóstico de FA de novo y prescripción de un ACOD y se comprobó la correcta dosificación de acuerdo a la información de las fichas técnicas de la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios.
Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, peso, función renal, función hepática, CHADSVASC (insuficiencia cardiaca, hipertensión, edad, diabetes, enfermedad cerebrovascular, edad y sexo), medicación concomitante, ACOD prescrito y posología.
Se consultó la Historia Clínica electrónica (programa H-CIS) y la receta electrónica. El análisis de los datos se realizó en un Excel® y se realizó un descriptivo con medidas de centralización y de frecuencia.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 57 pacientes de los cuales un 47,4% de los pacientes necesitaban ajuste de dosis.
La media de edad fue de 76 años±1,76 (IC95% 74,22-79,5), un 54,4% hombres. El 31,5% de los pacientes tenía una edad superior a 80 años por lo podría requerir ajuste de dosis
El peso medio fue de 70Kg±1,78 (IC95% 67,20-74,35). El 14% tenían un peso inferior a 60Kg.
El 19,3% de los pacientes padecían insuficiencia renal (Clr < 50ml/min) que podría requerir ajuste de dosis y ningún paciente padecía insuficiencia hepática.
El 96,5% de los pacientes tenía un CHADSVASC≥ 1 por lo que tenían indicación de anticoagulación.
En relación a la prescripción del ACOD, el más prescrito fue el apixabán (59,6%) y la posología más frecuente fue 5mg/12h. Le sigue el dabigatrán (24,6%), posología más frecuente 110mg/12h, seguido de rivaroxabán (14%), posología más frecuente 15mg/24h y finalmente edoxabán (1,8%) con posología 60mg/24h.
No se encontró ningún fármaco concomitante que requiriera ajuste de dosis del ACOD.
Se observó que solo se redujo la dosis al 35,1% de los pacientes incluidos en el estudio por lo que hubo un 12.3% de los pacientes que requerían un ajuste de dosis y no se les redujo (dosificación no adecuada).
Finalmente hubo un 8,8% del total de pacientes que no requerían ajuste de dosis y sí que se les disminuyó la dosis siendo una dosificación inadecuada del ACOD.
No se encontraron interacciones entre la medicación concomitante del paciente y los ACOD.

CONCLUSIONES
En una mayoría de los pacientes se adecuaba la dosificación. Hubo un porcentaje nada despreciable de pacientes en el que no era adecuada la dosificación.
Este estudio piloto sirvió para realizar sesiones formativas, realización de folletos informativos y se llevó a cabo un registro posterior sobre la dosificación de ACOD para garantizar una correcta prescripción y así mejorar la seguridad de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

371. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: CONCILIACIÓN Y VALIDACIÓN FARMACÉUTICA PRESENCIAL EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN

AUTORES
MARTÍNEZ DE LA TORRE F, CARO TELLER JM, RODRIGUEZ QUESADA PP, CANALES SIGUERO MD, HERNÁNDEZ RAMOS JA, CASTRO FRONTIÑAN A, SANCHEZ SANZ B, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AV. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS
Analizar el impacto de la intervención farmacéutica en el Área de Observación de Urgencias en términos de simplificación de tratamientos y de intervenciones derivadas de la conciliación.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio prospectivo y de intervención realizado durante febrero del 2021, en el que se incluyeron todos los pacientes adultos conciliados por un farmacéutico en la observación del Servicio de Urgencias mediante entrevista con el paciente, familiar o residencia. Posteriormente, se trasladaban las discrepancias al médico responsable.
Las variables analizadas fueron: sexo, edad, ser pacientes crónicos complejos (PCC), número de fármacos, número de medicamentos de alto riesgo para pacientes crónicos (MARC), Índice de complejidad de tratamiento adaptado al español (MRCI-E), intervenciones farmacéuticas realizadas y aceptación de las mismas.

La recogida de datos se realizó a través de la revisión de la prescripción electrónica del hospital, historia clínica electrónica y receta electrónica.
Se realizó un análisis estadístico descriptivo, incluyendo medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y frecuencia absoluta y relativa para las cualitativas. Para la diferencia de medias se utilizó la prueba T para muestras apareadas. Se utilizó el programa SPSSv.24.

RESULTADOS

Se incluyeron 96 pacientes, 59 (61,5%) mujeres, mediana de edad de 81,5 años (RIC: 70,0-86,7), el 28,12% (n=27) fueron PCC y el 6,25% (n=6) provenían de residencia. El 59,37% (n=57) ingresó y el 40,62% (n=39) se fue de alta.
Las características del tratamiento farmacológico de los pacientes antes y después de la intervención farmacéutica fueron respectivamente: media de medicamentos de 11,28 (±4,97) vs. 11,04 (±4,93)(p=0,01), media de medicamentos MARC de 3,70 (±2,16) vs 3,69 (±2,12)(p=0,46), y media MRCI-E de 24,1 (±11,5) vs 25,08 (±15,13)(p=0,57).
En los PCC, antes y después de la intervención farmacéutica, el número de medicamentos medio fue de 12,44 (±6,03) vs 12,19 (±6,19)(p=0,11), la media de medicamentos MARC de 3,74 (±2,42) vs 3,70 (±2,43)(p=0,33) y la media MRCI-E de 28,4 (±14,6) vs 28,04 (±14,81)(p=0,08) respectivamente.
Se realizaron un total de 207 intervenciones siendo aceptadas 126 (60,87%). El 62,32% (n=129) fueron de conciliación: el 41,08% (n=53) fueron por omisión y el 22,48% (n=29) por prescripción de un medicamento que el paciente ya no estaba recibiendo. El resto de intervenciones, por orden decreciente, se distribuyeron en los siguientes tipos: intercambio terapéutico (n=18;8,70%), prevención de reacción adversa (n=12;5,80%), medicación duplicada (n=6;2,90%), omisión de medicación necesaria por la situación clínica del paciente (n=4;1,93%), interacción (n=3;1,50%), alergia a medicamentos (n=2;0,97%), terapia secuencial (n=2;0,97%) y ajuste en insuficiencia renal (n=2;0,97%). En 15 pacientes (15,62%) no se encontró ningún error de medicación.

CONCLUSIONES

La implantación de un programa de conciliación y validación farmacéutica presencial en Urgencias ha permitido una detección eficiente de discrepancias en los tratamientos, con una alta aceptación por los médicos.
Se observa una tendencia favorable, aunque no significativa, en la reducción del número de medicamentos, el número de medicamentos MARC y en la reducción de la complejidad del tratamiento tras la intervención farmacéutica en PCC.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

396. ESTANDARIZACIÓN E INFORMATIZACIÓN DE LAS PERFUSIONES HABITUALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (SU)

AUTORES

CAMPABADAL PRATS C, FONOLL TASSIER I, GÀLVEZ MORA J, CAPERA FERNANDEZ J, ILLAMOLA NAVARRO N, URUEN PUEYO S, BOQUÉ OLIVA C, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL JOAN XXIII TARRAGONA. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4, 43005 TARRAGONA. TARRAGONA

OBJETIVOS

Mejorar en la seguridad del paciente estandarizando las perfusiones más habituales utilizadas en el Servicio de Urgencias (SU).

MEJORAS ESPERADAS

El SU presenta unas particularidades como tipo de pacientes atendidos, alta rotación de personal, condiciones propias de trabajo y un alto uso de medicamentos de alto riesgo que lo hacen estar expuesto a una mayor probabilidad de que se produzcan errores de medicación. Es frecuente encontrar diferencias en el uso de perfusiones con medicación de alto riesgo por lo que este es un punto clave en la mejora de la seguridad en el SU. Existe evidencia que demuestra que la falta de estandarización de las concentraciones de fármacos intravenosos aumenta la probabilidad de error. Diversos estudios han demostrado que estandarizar concentraciones reduce los errores de administración sin modificar significativamente la efectividad del tratamiento o el volumen total infundido. Organismos como el Institute for Safe Medication Practices (ISMP) recomiendan la estandarización del manejo de la medicación intravenosa de alto riesgo como herramienta imprescindible para aumentar la seguridad en esta área. Así pues creemos que la estandarización de las perfusiones más habituales utilizadas en el SU contribuiría a reducir los errores de medicación y aumentar la seguridad en las transiciones asistenciales.

DISEÑO

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con la participación de Farmacia, personal médico y de enfermería de urgencias y de áreas clave como Cardiología, Nefrología y Unidad de Cuidados Intensivos.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Creación de un Grupo Multidisciplinar.
2. Protocolización e informatización de las perfusiones estandarizadas.
3. Formación al personal médico.
4. Formación al personal de enfermería.
5. Implantación de las perfusiones protocolizadas.

IMPLANTACIÓN

Durante el mes de Julio 2020 se implanta el módulo de perfusiones protocolizadas.

RESULTADOS

Se estandarizaron un total de 16 perfusiones: amiodarona, dobutamina, dopamina, flumazenilo, furosemida, insulina, isoprenalina, labetalol, midazolam, mofrina, nitroglicerina, nitroprusiato, noradrenalina, omeprazol, somatostatina y urapidilo.

Los parámetros que se estandarizaron fueron:
-concentración
-dosificación
-presentación de fármaco a utilizar en la preparación y número de viales
-diluyente (volumen y tipo)
-concentración máxima por via periférica
-rango de velocidades de administración
-parámetros clínicos a monitorizar y objetivos terapéuticos
-estabilidad de la mezcla indicando aquellas fotosensibles
-observaciones particulares para cada perfusión
Con la implantacion de las perfusiones protocolizadas, se permite al personal de enfermería la introducción de observaciones, modificación de velocidades según parámetros clínicos, interrumpir o suspender la perfusión.
Desde que se implantaron las perfusiones estandarizadas no han sufrido ninguna modificación.

LIMITACIONES

Solo se encuentran estandarizados los fármacos más frecuentes.
El proyecto de estandarización de las perfusiones en el SU se ideó con la intención futura de estandarizar todas las perfusiones en el Hospital, debido a la pandemia actual y a la saturación del Sistema Sanitario este proyecto está paralizado a la espera de poderlo implantar en un futuro próximo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este proyecto es aplicable a todos los hospitales con Servicio de Urgencias con prescripción electrónica implantada.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

418. EVALUACIÓN IN VITRO DEL EFECTO BACTERICIDA DE MEROPENEM FRENTE ENTEROBACTERALES PORTADORAS DE CARBAPENEMASA EN LÍQUIDOS PERITONEALES DE PACIENTES CRÍTICOS

AUTORES

DE ANTONIO CUSCÓ M, SIERRA P, PRIM N, SORLI ML, ECHEVERRIA ESNAL D, BENITEZ-CANO A, FERRANDEZ QUIRANTE O, GRAU CERRATO S
PARC DE SALUT MAR- HOSPITAL DEL MAR. PASSEIG MARÍTIM DE LA BARCELONETA, 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

Las infecciones intraabdominales (IIA) en el paciente crítico (PC) representan el segundo proceso infeccioso más frecuente alcanzando tasas de mortalidad superiores al 20%. La penetración de los antimicrobianos en el líquido peritoneal (LPT) compromete la curación de la infección y la erradicación microbiológica.
Meropenem es el antimicrobiano empírico de elección para el tratamiento de IIA graves, a pesar de la limitada información acerca de su penetración en LPT. En el PC es habitual su administración mediante perfusiones prolongadas(PP) de 4-8h para conseguir durante mayor tiempo concentraciones superiores a la concentración mínima inhibitoria (CMI)y prevenir la selección de mutantes resistentes.
Las curvas de letalidad (CL) permiten determinar el efecto bactericida(EB) en presencia de concentraciones fijas de un antimicrobiano con relación al tiempo, simulando el EB in vivo al mantenerse constantes de forma similar al comportamiento de meropenem en LPT. El análisis de las CL utilizando modelos farmacocinéticos-farmacodinámicos in vitro puede determinar si las concentraciones de meropenem alcanzadas en LPT(CM-LPT) son suficientes para tratar las IIA.
Los objetivos principales fueron evaluar el comportamiento de las CM-LPT de PC mediante las CL y determinar su potencial actividad antimicrobiana frente a bacterias productoras de carbapenemasas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional multicéntrico. Se presentan resultados preliminares procedentes de uno de los centros de Enero-Octubre 2020.
Se realizaron 6 CL en base a las CM-LPT obtenidas de 6 PC con IIA en tratamiento mediante PP en estado estacionario frente aislados de Escherichia coli y Klebsiella pneumoniae portadoras de carbapenemasas con diferentes perfiles y rangos de CMI. Se incluyó 1 cepa de E.coli ß-lactamasa de espectro extendido (BLEE) como control. Las CM-LPT fueron extraídas en cualquier momento en perfusión continua y a las 3-5h post-administración de meropenem en extendida (concentración máxima en LPT).
El estudio de sensibilidad a los antibióticos se realizó según criterios EUCAST. Las CMI fueron determinadas por microdilución.
Aislados empleados:
-E.coli: BLEE (CMI < 0,12mg/L), verona integron-encoded metallo-beta-lactamase(VIM) (CMI=1mg/L), BLEE+VIM (CMI=1mg/L), BLEE+ New-Delhi-metalo-beta-lactamasa-1(NDM-1) (CMI=32mg/L y CMI=64mg/L), BLEE+OXA-48 (CMI < 0,12mg/L).
-K.pneumoniae: BLEE+OXA-48 (CIM=4mg/L), BLEE-NMD-1 (CMI=16mg/L), BLEE+OXA 48+permeability (CMI=32mg/L).
El EB se definió como una reducción de ≥3log10 unidades formadoras de colonias(UFC)/ml a las 24h desde el inicio de la curva.

RESULTADOS

Las CM-LPT se situaron entre 9-49,8mg/L. A estas concentraciones, se observó disminución inicial del crecimiento de ≥2log10 UFC/ml en todos los aislados con CMI < 16 mg/L; no se observó disminución a CMI superiores. Los aislados con una CMI categorizada como sensible exposición aumentada(I) mostraron disminución de 3-5log10 UFC/ml a las 4h.

CONCLUSIONES

Realizar CL con concentraciones de antibióticos alcanzadas in vivo facilita información del posible comportamiento del antibiótico in vivo sobre la actividad frente a los microorganismos implicados en la infección y el riesgo de selección de resistencias.
Las CM-LPT obtenidas en PC son adecuadas para tratar las IIA.
La actividad de meropenem frente a Enterobacterales productoras de carbapenemasas dependió de la CMI y no del tipo de betalactamasa.
Los aislados categorizados como sensibles exposición aumentada(I) presentaron importante disminución inicial en la carga bacteriana sugiriendo que el tratamiento con meropenem en perfusión prolongada podría ser una estrategia adecuada en el tratamiento de las IIA.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

665. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PACIENTES COVID: GRADO DE ACEPTACIÓN E INDICADORES DE ACTIVIDAD.

AUTORES

CALVO GARCÍA A, GARCÍA PERALO A, RUIZ GARCÍA S, ÁVAREZ YUSTE A, RAMOS MARTINEZ B, IBÁÑEZ ZURRIAGA D, PÉREZ ABÁNADES M, MORELL BALADRÓN A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. CALLE DIEGO DE LEON, 62. MADRID

OBJETIVOS

La elevada carga asistencial en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que ha supuesto la emergencia sanitaria creada por la pandemia producida por el virus SARS-CoV2, junto con los factores intrínsecos a estas unidades y las características del paciente crítico, hacen que se cree un entorno propicio para los problemas relacionados con la medicación (PRM). La validación farmacéutica (VF) e integración de un Farmacéutico Hospitalario (FH) en el equipo de la UCI puede prevenir y solucionar estos PRM mediante Intervenciones Farmacéuticas (IF). El objetivo del estudio fue evaluar el grado de aceptación de las IF y los indicadores de actividad. Además se estudió el grado de aceptación en función el tipo de IF.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo intervencionista realizado entre enero-febrero de 2021 en la unidad COVID de la UCI de un hospital de tercer nivel. Se registraron las IF en la VF y en las sesiones clínicas diarias con el equipo médico. Variables recogidas: edad, sexo, líneas de tratamiento, tipo de IF, medicamento sobre el que se realiza la IF y aceptación de la IF. Como variable principal de objetivo primario, se calculó el grado de aceptación y las IF/paciente, IF/día y IF/día/cama. Análisis estadístico: Estadística descriptiva mostrada en proporciones, intervalo del confianza (IC) al 95%, medias y desviaciones estándar. La prueba Chi-Cuadrado se realizó para relacionar el grado de aceptación con los tipos de IF.

RESULTADOS

Se siguieron un total de 37 pacientes, 21 (56,8%) hombres, con una media de edad de 62,9 (8,6) años. La líneas medias de tratamiento prescrito fueron 18,1 (3,3). En todos los pacientes se realizó alguna IF. Se registraron 100 IF: 40 (40,0%) interacción farmacológica, 25 (25,0%) ajuste de dosis (incluyendo insuficiencia renal (IR)), 14 (14,0%) reacción adversa a medicamento y alergias, 9 (9,0%) selección correcta de medicamentos, 4 (4,0%) medicamento innecesario, 3 (3,0%) vía de administración incorrecta, 3 (3,0%) error al recibir el medicamento y 2 (2,0%) indicación no tratada. El porcentaje de aceptación fue 87,0% (IC95%=89,5-84,5). Se registraron 2,7 IF/paciente, 1,7 IF/día y 0,13 IF/día/cama. El grado de aceptación por tipo de IF: ajuste de dosis (incluyendo IR) 92,0% (IC95%=94,5-89,5), interacción farmacológica 75,0% (IC95%=77,3-72,7), indicación no tratada 50,0% (IC95%=51,8-48,2); en el resto de IF el grado de aceptación fue 100%. El grado de aceptación por tipo de IF mostró una distribución asimétrica estadísticamente significativa (p=0,024).

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta el elevado grado de aceptación de las IF, la polifarmacia y los indicadores de actividad, la integración del FH en el equipo de atención al paciente COVID crítico podría ser de utilidad para evitar PRM. El grado de aceptación más bajo se observó en las IF relacionadas con interacción farmacológica e indicación no tratada. En el paciente crítico con polifarmacia, las interacciones farmacológicas son muy frecuentes, pero debido a la gravedad del paciente se prima la situación clínica frente a la posibilidad de suspender o cambiar un tratamiento. En el caso de las indicaciones no tratadas, sucede de manera similar, priorizándose el abordaje de la patología crítica frente a otras de menos gravedad para el paciente.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

680. MANIPULACIÓN DE FÁRMACOS EN PACIENTES CRÍTICOS COVID-19 COMO MEDIDA DE SOPORTE A ENFERMERÍA

AUTORES

PAPAGNA MILLÁN MA, ALVAREZ DE AMORES C, CAMPILLO AMBROS N, SANTOS RODRIGUEZ T, TORRES RIUS N, VERGARA CABALLERO S, CEREZO LARA A, GOMEZ MARAÑA Z
PARC DE SALUT MAR. PASSEIG MARITIM DE LA BARCELONETA 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

La pandemia COVID-19 ha tenido un elevado impacto sobre el trabajo asistencial de enfermería en las (UCI). Los pacientes críticos COVID-19 requieren una mayor inversión de tiempo de este colectivo, alcanzando una ratio media de 1:1. Adicionalmente, la utilización continuada de los equipos de protección individual dificulta la realización de algunas tareas, entre las que se incluyen la manipulación de aquellos fármacos que se administran en perfusión continua en pacientes críticos.

El objetivo de este trabajo es describir una estrategia de apoyo por parte del servicio de farmacia en cuanto a la preparación de perfusiones de estos fármacos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo realizado en el servicio de farmacia de un hospital universitario durante la primera ola y tercera ola de la pandemia COVID-19.
Durante ambos periodos el servicio de farmacia realizó la manipulación en cabina de flujo laminar horizontal de aquellos fármacos de administración en perfusión continua utilizados en los pacientes críticos. Estos fármacos fueron: cisatracurio, dexmedetomidina, midazolam, morfina, noradrenalina, propofol, remifentanilo, sufentanilo. Las preparaciones de estas perfusiones son habitualmente asumidas por el personal de enfermería.
Datos recogidos por semana: número de pacientes críticos, número de perfusiones elaboradas por el servicio de farmacia, número de horas invertidas.
Mensualmente se realizó una toma de muestra procedente de la cabina para el cultivo microbiológico correspondiente.
Se elaboró una encuesta de satisfacción al personal de enfermería de UCI.
Estadística: se aplicó una correlación de Spearman para analizar las posibles diferencias entre ambos periodos.

RESULTADOS

Durante ambas olas en las que se prepararon perfusiones obtenemos los siguientes datos: número de pacientes críticos, número de perfusiones elaboradas, número de horas invertidas (h)
Primera ola:
Semana 1: 469, 646, 161’50h; Semana 2: 398, 770, 192’50h; Semana 3: 307, 959, 329’75h; Semana 4: 233, 726, 181’50h; Semana 5: 141, 355, 88’75h; Semana 6: 108, 170, 42’50h; Semana 7: 79, 129, 32’25h
Tercera ola:
Semana 1: 155, 473, 118’25h; Semana 2: 143, 421, 105’25h; Semana 3: 131, 306, 76’50h; Semana 4: 104, 308, 77’00h; Semana 5: 121, 266, 66’50h; Semana 6: 103, 264, 66’00h; Semana 7: 112, 286, 71’50h; Semana 8: 179, 327, 81’75h; Semana 9: 195, 437, 109’25h; Semana 10: 208, 418, 104’50h; Semana 11: 200, 584, 146’00h; Semana 12: 213, 384, 96’00h; Semana 13: 221, 501, 125’25h; ;Semana 14: 215, 503, 125’75h; Semana 15: 213, 508, 127’00h; Semana 16: 203, 515, 128’75h; Semana 17: 167, 416, 104’00h; Semana 18: 173, 386, 96’50h
Se observó un crecimiento en el número de perfusiones elaboradas por cada paciente crítico en ambos periodos (Beta 1ª ola: 1,64; Beta 3ª ola: 1,84; p= 0,804).

CONCLUSIONES

-El comportamiento de la evolución del número de perfusiones correspondiente a ambas olas fue similar.
-Adicionalmente, las dos olas mostraron un crecimiento similar en la actividad relacionada con la preparación de las perfusiones.
-El grado de satisfacción expresado por enfermería con relación al soporte facilitado por el servicio de farmacia fue elevado.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

721. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: UN VALOR AÑADIDO AL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

AUTORES

AZNAR GARCIA M, MARTOS ROSA A, HERRERA EXPÓSITO M, BRETONES PEDRINACI I
HOSPITAL DE PONIENTE. CTRA. ALMERIMAR, 31. ALMERÍA

OBJETIVOS

Describir y analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) llevadas a cabo durante la rotación del residente de 4º año de Farmacia Hospitalaria en el Servicio de Urgencias (SU) de un hospital comarcal. Evaluar el impacto en la seguridad del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo, desarrollado en un hospital comarcal. Se registraron todas las IF llevadas a cabo en pacientes que ingresaron en SU durante el mes de noviembre de 2020 (periodo de rotación).Datos recogidos: demográficos, estancia en urgencias (mayor o menor de 24 horas), ingreso en planta de hospitalización, medicación domiciliaria (destacamos aquella a conciliar antes de las 4h en SU (MCU) y anticoagulación), e IF realizada. Las IF fueron clasificadas en: recomendaciones de anticoagulación (control de hematología, interconsulta a Hematología, introducción de anticoagulación), niveles de fármaco, recomendación acerca del empleo de dispositivos inhaladores, conciliación de medicación domiciliaria, adecuación de la prescripción en la orden médica (OM), detección de duplicidad terapéutica, registro de alergias, registro de efectos adversos y consejo antibiótico. Los datos fueron obtenidos a través de la historia clínica digital y del programa de prescripción electrónica asistida. La “Guía para la Conciliación de los Medicamentos en los SU” del Grupo REDFASTER de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) se empleó como bibliografía de referencia.

RESULTADOS

Se registraron un total de 100 intervenciones en 63 pacientes, 41 (65%) hombres, edad media 69,6 [21-91]. 22 (35%) permanecieron más de 24 horas en Urgencias y 38 (60%) fueron ingresados en planta de hospitalización. La media de medicación domiciliaria según prescripción en tarjeta sanitaria fue de 7,86 [0-16], 35 (56%) pacientes tenían MCU, 17(27%) anticoagulación. De las intervenciones registradas, 11 (11%) fueron recomendaciones de anticoagulación (7 (64%) controles de hematología, 2 (18%) interconsulta a Hematología, 2 (18%) introducciones de anticoagulación),

1 (1%) petición de nivel de digoxina, 2 (2%) recomendaciones sobre dispositivos inhaladores, 52 (52%) conciliación (22(42%) MCU y 7 (13%) anticoagulación), 20 (20%) adecuación de la prescripción en la OM al ingreso, 1 (1%) detección de duplicidad terapéutica, 7 (7%) registros de alergias, 2 (2%) registro de efecto adverso observado, 4 (4%) consejo antibiótico.

CONCLUSIONES

La presencia del farmacéutico en el SU aporta un valor añadido al equipo multidisciplinar. Debido al perfil de los pacientes que ingresa en el SU, la presencia del farmacéutico en el SU mejora la continuidad del tratamiento domiciliario al ingreso, disminuye errores de medicación y contribuye a la transferencia segura del paciente a la planta de hospitalización. Se observa un mayor número de IF relacionadas con la conciliación de la medicación domiciliaria y adecuación de la OM al ingreso (adaptación horaria y adecuación terapéutica). Las IF registradas contribuyeron a la mejora de la atención al paciente.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

751. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL MANEJO DE LA GLUCEMIA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

ÚBEDA RUIZ B, SANTOLAYA PERRIN MR, GINÉS PALOMARES A, GÓMEZ BRA A, PÉREZ-ARADROS MARÍN A, FERNÁNDEZ ARBERAS N, SERRANO GARCÍA M, BALDOMINOS UTRILLA G

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. CTRA. ALCALÁ - MECO, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Analizar la atención farmacéutica (AF) relacionada con el manejo de la glucemia en el Servicio de Urgencias y evaluar oportunidades de optimizar el tratamiento crónico de estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se recogen las intervenciones realizadas desde el 01/01/2021 al 30/04/2021. Los datos se recopilaron con los programas HCIS y Farmatools, donde se registran prospectivamente las intervenciones farmacéuticas realizadas diariamente en pacientes atendidos en urgencias. Se clasificaron en: 1) Adición de pauta de insulina en paciente que recibe insulina ambulatoriamente y no se ha prescrito en urgencias. 2) Adición de insulina en paciente que recibe antidiabéticos distintos de insulina ambulatoriamente y no se ha prescrito en urgencias. 3) Adición de insulina en paciente sin diabetes mellitus (DM) en tratamiento con corticoides. 4) Adición de insulina en paciente sin DM o con DM sin tratamiento farmacológico, con glucemia elevada. 5) Modificación de dosis para ajustarse a la recomendación de administración de 50% de la dosis diaria como insulina lenta y 50% como rápida. Se subdivide en: 5.1) Adición de pauta móvil en paciente que tiene prescrito sólo la insulina basal. 5.2) Adición de insulina basal en paciente que tiene prescrito sólo la insulina móvil, con la glucemia elevada. 5.3) Reducción de la insulina lenta en pacientes a los que se les ha mantenido la dosis de insulina lenta ambulatoria. 6) Modificación de dosis según evolución de glucemia. 7) Suspensión de antidiabéticos orales (ADO) pautados y adición de insulina durante el ingreso. 8) Errores de prescripción o adecuación a la política del centro.
Se definieron como clínicamente relevantes las intervenciones encaminadas a disminuir la hipoglucemia o tratar una glucemia ≥ 180 mg/dl.
Para evaluar las oportunidades de optimización del tratamiento crónico se recogió la glucemia al ingreso, edad, patologías crónicas, estado funcional, tratamiento ambulatorio y nuevos fármacos al alta que pudieran interaccionar.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 143 intervenciones en 143 pacientes (edad media: 75 años, rango: 38-99). Un 2.09% tenían DM tipo 1, un 71,32% tenían DM tipo 2 y un 26,57% no eran diabéticos. Las intervenciones evaluadas se clasificaron en: tipo 1= 12,55%; tipo 2= 19,58%; tipo 3= 17,48 %; tipo 4= 11,19%; tipo 5.1= 8,39%; tipo 5.2= 10,49%; tipo 5.3= 4,89%; tipo 6= 4,19%; tipo 7= 3,49%; tipo 8= 7,69%. Del total de intervenciones, un 54,54% fueron aceptadas, siendo un 17,48% no valorables. Un 76,22% fueron clínicamente relevantes, 16,78% por riesgo de hipoglucemia y 59,44% de hiperglucemia. En 34 (23,78%) pacientes se podría haber realizado una intervención para optimizar su tratamiento crónico: 7 por glucemia baja al ingreso según edad, patologías concomitantes y estado funcional (glucemia media= 76,43 mg/dl; DE= 16,77); 23 con ADO ambulatorio, con administración de la última dosis de insulina lenta en el hospital próxima a la siguiente administración de ADO; 4 con nueva pauta de beta-bloqueante.

CONCLUSIONES

Un porcentaje importante de las intervenciones son clínicamente relevantes, lo que consolida la AF realizada hasta el momento. El número de pacientes en el que hubiera sido posible optimizar su tratamiento crónico refleja la posibilidad de ampliar esta atención.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

761. EFECTIVIDAD DE ERITROMICINA Y/O METOCLOPRAMIDA EN LA DISFUNCIÓN GASTROINTESTINAL DEL PACIENTE CRÍTICO ANTE EL DESABASTECIMIENTO INTERNACIONAL DE ERITROMICINA.

AUTORES

QUIRÓS AMBEL H, ROLDÁN NAVARRO P, PLO SECO I, PRIETO CALLEJERO Á, GÓMEZ PEDRERO AM, PÉREZ ENCINAS M

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. C/ BUDAPEST 1. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de la eritromicina y/o metoclopramida en el tratamiento de la Disfunción Gastrointestinal (DGI) en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Críticos (UCC) y Reanimación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de 6 meses de duración en un Hospital secundario. Incluimos pacientes ingresados en UCC y Reanimación entre Octubre-2020 y Marzo-2021, excepto aquellos con < 72 horas y > 120 días de ingreso.
Se registraron factores relacionadas con mayor incidencia de gastroparesia (diabetes, ventilación mecánica invasiva), fármacos que enlentecen el vaciado gástrico (sedantes, catecolaminas, antiácidos, anticolinérgicos, clonidina y antagonistas de los canales de calcio entre otros), síntomas gastrointestinales, estancia y mortalidad, utilizando la historia clínica de Selene® y Farmatools®.
Para evaluar la efectividad, los pacientes se dividieron en cuatro cohortes según el tratamiento procinético recibido: eritromicina, metoclopramida, eritromicina+metoclopramida y ausencia de procinético. Como variable principal, analizamos la Supervivencia Libre de Evento a 7 días (SLE-7) del inicio de la sintomatología usando Kaplan Meier y definiendo "evento" como resolución de la DGI. Las curvas de supervivencia se compararon mediante el test Log-rank. Como variables secundarias, estimamos el tiempo hasta la resolución de la DGI. También analizamos la incidencia de pacientes que suspendieron y/o redujeron el ritmo de administración de la nutrición enteral (NE), y los que precisaron Nutrición Parenteral (NP) por la DGI. Los datos se analizaron mediante SPSS®v17.

RESULTADOS

Incluimos 158 pacientes, 71,5% hombres y mediana de 66,88 años (IQR, 58 a 74). El 24,7% eran diabéticos y 62,7% precisaron ventilación mecánica invasiva. El diagnóstico al ingreso fue en el 50,6% neumonía Covid-19, 15,8% patología respiratoria no Covid-19, 8,2% patología cardíaca, 6,2% post-cirugías y otras causas minoritarias. El 98,10% llevó al menos un fármaco que modificaba el vaciado, destacando 70,3% benzodiacepinas y 67,1% opiáceos. La mediana de seguimiento fue 16 días (IQR, 6 a 30) y la mortalidad 24,7%.
Del total, 56,96%(n=90) presentó al menos un síntoma de DGI: 12,2% tratados con eritromicina, 28,9% metoclopramida, 30% ambos fármacos y 28,9% sin procinético. La SLE-7 fue 25% en el grupo eritromicina, 52,3% con metoclopramida, 70% con ambos fármacos y 58,5% en ausencia de procinético. La mediana de tiempo hasta resolución de la DGI fue 6 días (IC95% 3 a 9) con eritromicina, 8 (IC95% 4 a 12) metoclopramida, 12 (IC95% 10 a 14) con ambos fármacos y 11 días (IC95% 7 a 15) sin procinético. La incidencia de pacientes que interrumpieron/redujeron ritmo de la NE fue 72.2% (IC95%; 61% a 80%) y un 43,3% (IC95%; 34%a 54%) precisó cambio a NP.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, las alternativas planteadas ante el desabastecimiento de eritromicina no demostraron diferencias significativas en la SLE-7 y tiempo de resolución de la sintomatología.
Hubo un impacto importante en la nutrición, ocasionando interrupción y/o modificación del ritmo de la NE en la mayoría de los pacientes y cambio a NP en la mitad.
La DGI es un problema común en pacientes críticos, por lo que sería necesario estudios a largo plazo que además demuestren la seguridad de estos fármacos y el impacto que la eritromicina podría tener en la flora intestinal y resistencias antibióticas.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

772. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE TERCER NIVEL

AUTORES

GUTIERREZ LUCENA L, CONTRERAS COLLADO R, GARCÍA GÓMEZ N, LÓPEZ LÓPEZ MP, CABA PORRAS I, VILCHEZ MEDINA T, CÓRDOBA SOTOMAYOR MD
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. AV. DEL EJÉRCITO ESPAÑOL 10. JAÉN

OBJETIVOS

Analizar y describir las actuaciones(AF) e intervenciones farmacéuticas(IF) y los resultados negativos asociados a la medicación(RNM) detectados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) médico quirúrgica, durante un periodo de 4 meses y evaluar el grado de aceptación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo realizado desde Diciembre/20 hasta Marzo/21 en UCI con 29 camas, con sistema de unidosis y programa de prescripción electrónica (PPE). Las variables recogidas han sido: sexo, edad, patología COVID, tipo de IF, de RNM, y medicamento implicado. Los datos se han obtenido de la Historia Clínica y del PPE. Las intervenciones se comunicaron por mensaje en PPE, además de llamada telefónica si era urgente, y fueron recogidas en una base de datos independiente.

RESULTADOS

En el periodo de estudio(121 días), hubo 312 ingresos(7,2 días de estancia media) con una media de 10 líneas de tratamiento, incluida la fluidoterapia y la terapia nutricional. Las AF propias de la validación modificaron 425 líneas de prescripción, mayoritariamente para adecuación de la forma farmacéutica a la vía de administración (sonda nasogástrica), a la especialidad disponible y cambios de pautas o dosis establecidas en protocolos, no contabilizadas en las IFs.
Se registraron 107 IFs en 54 pacientes: hombres(36), mujeres(18), el 53,7% con Covid(29); la media por paciente de IFs fue 1,98.
Los tipos de IFs se corresponden con: 27,1% programa de optimización de uso de antimicrobianos(PROA); 28,4% relacionadas con la terapia nutricional y electrolítica; 12,1% interacciones entre medicamentos; 11,2% intervalo posológico no adecuado; 8,4% duplicidad terapéutica; 5,5% errores de dosis; 2,8% vía de administración; 1,8% ajuste de dosis por insuficiencia renal; 1,8% alergias a medicación y 0,9% reacción adversa por contraindicaciones.
Los medicamentos implicados en las IFs se distribuyeron en: Antimicrobianos 43%; Terapia nutricional y electrolítica 30,8

%; Antihipertensivos 3,3%; Hormona tiroideas 2,8%; Antieméticos 2,8 %; Antipsicóticos 2,8%; Inhibidores de la bomba de protones 2,8%; Inmunosupresores 1,8%; Ansiolíticos 1,8%; Corticoides 1,8%; y con un 0,9% AINEs, Antiagregantes, Antiarrítmicos, Hipolipemiantes, Insulinas, Laxantes e Inhibidores de la hormona del crecimiento.
Los RNM posibles a consecuencia de los problemas relacionados con los medicamentos(PRM) detectados fueron: 38,3% pacientes recibieron un medicamento que no necesitaban, 7,5% no recibieron una medicación que necesitaban, 24,3% inseguridad cuantitativa, 17,8% inseguridad no cuantitativa, 3,7% inefectividad cuantitativa y 8,4% inefectividad no cuantitativa.
El grado de aceptación fue de un 84% de las IFs, aunque con una variabilidad de un 70% para la IFs del PROA y un 90 % en el resto.

CONCLUSIONES

En un 17,3% de los pacientes ingresados se detectó PRM que necesitaron IF (con una media de dos por paciente), más de la mitad con Covid, que determinó la gravedad y el uso empírico de antimicrobianos restringidos, así la principal IF fue relacionada con antimicrobianos y su optimización, y el RNM detectado fue la prescripción de medicamentos no necesarios. La adecuación de la terapia nutricional al paciente crítico fue la segunda IF más importante. El grado de aceptación elevado repercute en una mejora en el tratamiento del paciente tanto en seguridad como en efectividad.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

777. TERAPIA ANTIINFECCIOSA EN PACIENTES OBESOS DE UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

AUTORES

VARON GALCERA C, DOMÉNECH MORAL L, SÁNCHEZ SANCHO P, GARCÍA DÍAZ HC, DEL RÍO GUTIÉRREZ JM, LALUEZA BROTO P, GORGAS TORNER MQ

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

OBJETIVOS

La obesidad es un factor de riesgo para padecer formas graves de COVID-19 y, como consecuencia, de ingreso en unidades de cuidados intensivos (UCI). La farmacocinética en pacientes obesos puede verse modificada por la mayor proporción de grasa en su organismo, sin embargo en muchos casos no hay consensos en como dosificar los fármacos en este tipo de pacientes. El objetivo de este estudio es valorar la adecuación de dosis de antimicrobianos pautados en los pacientes obesos ingresados en UCI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico realizado en una UCI de adultos (donde había cierta presencia de pacientes COVID-19) de un hospital terciario. Se realiza un corte semanal en el censo de la UCI para el análisis de los datos durante un mes. Se recogen variables demográficas, antropométricas y se calcula el peso ideal y ajustado; se registran y revisan las pautas antimicrobianas de los pacientes obesos (índice de masa corporal (IMC) ≥30) y se valora su adecuación de dosis según lo publicado en la literatura. Las variables continuas se expresan como medianas (rango intercuartílico) y las variables categóricas como número de casos (porcentaje).

RESULTADOS

El número total de pacientes ingresados en UCI en los cortes realizados fue de 180. De estos, se incluyeron en el estudio a 79 (44%) pacientes obesos, 46 (58,2%) hombres, mediana de edad 61 (51-66) años y peso 94 (90-107). Del total de obesos, 41 (23%) presentaban un IMC 30-35; 31 (17%) un IMC 35-40; y 7 (4%) un IMC > 40.
Se identificaron 87 prescripciones de antimicrobianos en 55 (69,6%) pacientes obesos. De éstas, 59 (67,8%) tratamientos se consideraron correctamente dosificados por no requerir ajuste según peso; por el contrario 28 (32,2%) fueron antimicrobianos con recomendaciones especiales de ajuste de dosis en obesidad. De estos últimos, en 25 no se tuvo en cuenta el peso ideal o ajustado a la hora de prescribir; y en 6 no se dosificó mediante concentraciones plasmáticas. Los fármacos prescritos que requerían ajuste de peso en obesidad fueron: ganciclovir, daptomicina, aciclovir, tigeciclina y voriconazol. De entre los fármacos con recomendaciones de determinar niveles de fármaco encontramos isavuconazol, voriconazol y ganciclovir.

CONCLUSIONES

Un elevado porcentaje de pacientes obesos presentan errores de prescripción en la terapia antiinfecciosa. Esto puede llevar a una infra o supra dosificación de estos tratamientos, con las consecuencias de ineficacia o toxicidad del tratamiento.
Dada la elevada prevalencia actual de obesidad en la UCI y la falta de adecuación de las prescripciones, se considera necesaria la elaboración de una herramienta de apoyo a la prescripción y validación de fármacos en este tipo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

790. DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

AUTORES

DEL ESTAL JIMÉNEZ J, ESTEVE PITARCH E, MAÑÉ RUFÍ M, SANJUÁN BELDA A, SACANELLA ANGLÉS I, LÓPEZ BROSETA PA, BOADA HERNÁNDEZ J, CANADELL VILARRASA L

HOSPITAL UNIVERSITARI DE TARRAGONA JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Implantación de un sistema de dispensación en dosis unitarias en un servicio de medicina intensiva (MIV) carente de un sistema automatizado de dispensación.

MEJORAS ESPERADAS
Con este procedimiento se busca identificar las oportunidades de mejora en la dispensación y almacenamiento de medicamentos, para promover la seguridad y la calidad del proceso de utilización de los mismos y así, prevenir errores de medicación y reducir los problemas relacionados con medicamentos.

DISEÑO
El procedimiento se realizó en un servicio de MIV distribuido en 3 unidades con 34 camas totales. Para localizar los puntos de mejora se evaluó el sistema actual de dispensación por stock, se identificaron los medicamentos más utilizados y se realizó una auditoría durante 3 días para conocer la casuística. Con ello, se diseñó un proceso semi-automatizado para conocer los medicamentos a dispensar y cubrir las necesidades de cada paciente durante las 24 horas posteriores. El procedimiento consiste en extraer un fichero informático del programa de prescripción electrónica de MIV que permite obtener un archivo con los medicamentos y la cantidad requerida por paciente, y generar un archivo de consumos por paciente en el programa de gestión farmacoterapéutica del hospital. A continuación, los técnicos de farmacia preparan y dispensan la medicación individualizada por paciente, permitiéndose una reducción del stock de medicamentos en la unidad y un uso racional del medicamento.

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Reunión de un equipo multidisciplinar (médico, enfermería, farmacéutico clínico e informática).
2. Auditoría de 3 días (1 día/unidad):
a. Revisión del stock pactado de medicación. Resolución de los errores encontrados:
a.1. Orden: alfabético y por principio activo.
a.2. Identificación: principio activo, dosis y forma farmacéutica.
3. Ajuste del nuevo stock pactado de medicamentos.
4. Consenso horario y circuito de dispensación.
5. Puesta en marcha: reposición del stock y dispensación diaria por parte del Servicio de Farmacia.

IMPLANTACIÓN
El análisis se realizó durante tres días. El sistema de dispensación se implantó el 19 de marzo de 2021.

RESULTADOS
Entre el 19 de marzo y el 19 de abril se extrajeron 20 archivos informáticos para la dispensación unitaria de medicamentos. Se consensuaron las 13 horas del mediodía para la carga de dichos archivo, puesto que las modificaciones de las órdenes médicas se realizan previamente a dicha hora. Solo un día se produjo error en la carga del archivo. Durante el mes analizado, el número de pedidos urgentes de MIV disminuyó en un 42% respecto al mes anterior a la implantación. El número de especialidades del stock pactado se redujeron un 40%, permitiendo agilizar el proceso de reposición de estocaje y la posterior revisión de caducidades. Permite un control estricto y fomenta el uso racional del medicamento por parte de farmacia.

LIMITACIONES
- Aumento de la carga de trabajo para el personal técnico medio del servicio de farmacia.
- La existencia de un personal informático resolutivo es un factor importante en la puesta en marcha de dicho proyecto.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Aplicable en todos los hospitales que dispongan de diferentes sistemas o aplicativos informáticos en MIV y de gestión farmacoterapéutica sin la capacidad de intercomunicación directa entre ellos.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

805. EVALUACÍON DE HIPONATREMIA ATRIBUIDA A FÁRMACOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES
LÓPEZ VINARDELL L, RUIZ RAMOS J, JUANES BORREGO A, PUIG CAMPMANY M, AGRA MONTAVA I, CONEJO MARÍN I, MEDINA CATALÁN D, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CARRER DE SANT QUINTÍ, 89, 08041 BARCELONA. BARCELONA

OBJETIVOS
La hiponatremia supone una importante causa de consulta en los pacientes frágiles que acuden a los servicios de urgencias (SU). El objetivo de nuestro estudio es describir los fármacos implicados en estos episodios, así como las pruebas realizadas para determinar la causa de la hiponatremia y evaluar el número de re-consultas al SU a los 30 días del alta.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes adultos que consultaron el SU de un hospital terciario con sospecha diagnóstica de hiponatremia secundaria a fármacos de acuerdo al informe de alta, identificados en el pase diario de visita (Periodo: Octubre/2018-Abril/2021). Se revisó la medicación habitual del paciente y sus comorbilidades. Para analizar la causalidad se recogieron las siguientes variables: natremia (Nap), osmolaridad plasmática (Osmp), osmolaridad en orina (Osmo) y sodio en orina (Nao). Se utilizó la historia clínica informatizada y la información de la receta electrónica para extraer tales datos.

RESULTADOS
Se incluyeron 73 pacientes (edad media: 80,5 años), con las siguientes comorbilidades: demencia 26,0%; hipertensión 86,7%, diabetes 20,5%, insuficiencia cardíaca congestiva 17,8%, insuficiencia renal 15%. 44 (60,3%) fueron pacientes con ≥8 fármacos al ingreso.

57 (78.1%) pacientes provenían de domicilio, 13 (17,8%) del Centro de Atención Primaria y 3 (4,1%) de residencias. 34 (46,6%) pacientes presentaban sintomatología succeptible de hiponatremia moderadamente grave (nauseas, dolor abdominal, confusión, mareo, alteración de la marcha y astenia) y 39 (53,4%) pacientes mostraban sintomatología grave (vómitos, somnolencia, caídas, convulsiones, edemas y disnea).
Los principales fármacos relacionados con la hiponatremia (n=79) fueron 57,0% diuréticos (44,2% HCTZ, 7% furosemida, 4,6% indapamida y 1,2% clortalidona), 26,7% antidepresivos (mirtazapina, fluoxetina, citalopram, venlafaxina, sertralina, paroxetina, quetiapina, risperidona, trazodona), 9,3% antiepilépticos (carbamazepina, lamotrigina, zonisamida) y 7% antagonistas de la aldosterona (eplerenona y espironolactona).
En los 73 pacientes se determinó el Nap (n=34 < 125mmol/L, n=35 125-129mmol/L, n=4 130-134mmol/L) y en 43 (59,0%) pacientes la Osmp (n=31 < 275mOsm/L y n=12 > 275mOsm/L). La determinación del Nao se realizó en 48 (65,7%) pacientes (n=13 < 30mmol/L y n=35 > 30mmol/L) y la Osmo en 34 (46,6%) pacientes obteniendo en todos valores > 100mOsm/L. Solamente en 28 (38,3%) pacientes se realizaron las cuatro determinaciones necesarias.
48 (65,7%) pacientes fueron hospitalizados, tres (4,1%) fallecieron, 14 (19,2%) fueron derivados a otro hospital o centro sociosanitario, dos (2,7%) a residencia y 9 (12,4%) a su domicilio. Al alta hospitalaria se suspendió el fármaco causante de la hiponatremia en el 66,7% de los casos y se mantuvo o disminuyó la dosis en el 33,3%. Dos (3,8%) de los pacientes a los que se les suspendió el fármaco y siete (26,9%) a los que se les había mantenido/disminuido la dosis, reconsultaron al SU a los 30 días presentando hiponatremia (p=0.006; Fisher).

CONCLUSIONES

Los principales fármacos implicados en las consultas al SU por hiponatremia de causa farmacológica son los diuréticos y los antidepresivos. En un 60% de los casos no se realizan todas las pruebas necesarias para determinar que la causa sea realmente farmacológica. El 27% de los pacientes a los que no se les suspende el fármaco causante reconsultan a los 30 días del alta presentando hiponatremia.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

836. EVALUACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES QUEMADOS CRÍTICOS Y SU ADECUACIÓN A LAS GUÍAS ESPEN 2018

AUTORES

SANTANDER REBOREDA J, LALUEZA BROTO P, ARÉVALO BERNABÉ Á, JUAREZ GIMENEZ JC, BAENA CAPARRÓS J, SERRACANTA DOMENECH J, SÁNCHEZ SANCHO P, GARCÍA DÍAZ HC
HOSPITAL VALL D,HEBRON. PASSEIG DE LA VALL D'HEBRON, 119. BARCELONA

OBJETIVOS

El soporte nutricional es esencial en el paciente quemado crítico debido al elevado hipermetabolismo e hipercatabolismo. El objetivo es analizar el soporte nutricional en estos pacientes y su adecuación a las recomendaciones establecidas por las guías ESPEN 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en pacientes quemados críticos sometidos a ventilación mecánica ingresados durante ≥ 7 días en una unidad de quemados críticos (UCI-Q) durante el año 2019. Se recogieron datos biodemográficos (edad/sexo), relacionados con la lesión (superficie corporal quemada, grado de la quemadura) y la estancia en la UCI-Q. Se recogieron datos del soporte nutricional, tanto el tipo de nutrición que recibieron, dosis, duración y seguimiento del mismo (PCR y prealbúmina).

RESULTADOS

De un total de 84 pacientes, hay 44 críticos de los que se incluyeron 21 pacientes (76% hombres) con una edad media de 51 años (23-76). La superficie corporal quemada (SCQ) mediana fue de 50 (± 22.98) %. Un 42% presentaron quemaduras de tercer grado. La estancia total de todos los pacientes fue de 655 días con una media por paciente de 30 (3-90) días y un total de estancia hospitalaria mediana de 62 (± 35,59) días. La mortalidad de este subgrupo fue del 11,3% durante todo el ingreso hospitalario.
Todos los pacientes (21) requirieron soporte nutricional artificial durante su ingreso en UCI-Q. Los 21 pacientes recibieron nutrición enteral hiperproteica (NEHP), el 100% inició de manera precoz en las primeras 24-48h, con una duración total de todos los pacientes de 611 días (93% del tiempo de ingreso en UCI-Q). Dos pacientes (10%) requirieron nutrición parenteral (NPT). Se administró glutamina (20/30 g/día) en 20 (95%) pacientes con una duración media de 8,2 (3-17) días, 3 pacientes (19%) recibieron glutamina 10-15 días y el 100% lo recibieron en las primeras 24-48h.
En relación al seguimiento se utilizó la prealbúmina como marcador nutricional, disponible en 20 (95%) pacientes. Diecinueve (90%) disponían de controles semanales. La media de la última determinación disponible de prealbúmina fue de 14,87 mg/dL en el grupo de supervivientes con una PCR media de 16,16 ± 10,82 y de 9,55 mg/dL en el de exitus con una PCR media de 26,34 ± 5,76.

CONCLUSIONES

Se comprueba el cumplimento de lo recomendado en las guías ESPEN puesto que el 100% de los pacientes han comenzado el soporte nutricional con una fórmula hiperproteica de manera precoz. El 95% de los pacientes (20) recibieron glutamina tal como indican las guías ESPEN 2018 como suplemento proteico aunque sólo 3 pacientes la recibieron durante el tiempo recomendado (10-15 días). Se constata un valor bajo de prealbúmina al alta de la UCI-Q, si bien fue inferior en los pacientes que fallecieron.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

838. RELACIÓN ENTRE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA Y LA PRESCRIPCIÓN DE LAXANTES EN PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS

AUTORES
ALONSO ZAZO FJ, HIJAZI VEGA M, HEIDARI NEZHAD MIRABI A, VÁZQUEZ SÁNCHEZ R, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO GETAFE. CARR. MADRID - TOLEDO, KM 12,500. CP: 28905. MADRID

OBJETIVOS
El estreñimiento crónico funcional (ECF) se considera un importante problema de salud que afecta a la calidad de vida de los pacientes. Uno de los posibles causantes es el uso habitual de medicamentos con carga anticolinérgica. Los laxantes constituyen una alternativa terapéutica para el tratamiento del ECF.
Describir la relación entre la prescripción de laxantes y la carga anticolinérgica asociada a la medicación habitual en pacientes que ingresan en el Servicio de Urgencias y evaluar otros posibles factores asociados como edad, sexo o actividad física.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo donde se incluyeron pacientes que ingresaron en hospitalización desde Urgencias durante un mes (marzo-abril 2021) y que fueron revisados por el farmacéutico de urgencias.
Se obtuvieron datos de la historia clínica: edad, sexo, actividad física, medicación habitual del paciente y laxante pautado en la receta electrónica y al menos dispensado una vez.
Se analizó la carga anticolinérgica aportada por dichos medicamentos y el riesgo asociado (nulo, medio o alto), mediante la calculadora validada Anticholinergic Burden Calculator®.
La relación entre la carga anticolinérgica asociada a los medicamentos y la prescripción de laxante se analizaron mediante estadístico Chi-cuadrado. Se estudiaron los posibles factores asociados a dicha prescripción utilizando el estadístico t-student para la variable cuantitativa edad y chi-cuadrado en el caso de las cualitativas. La edad también se clasificó en dos grupos ≥80 años y < 80 años, acorde con la bibliografía consultada. Se consideró un p-valor < 0.05 estadísticamente significativo.
El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS V2.0®

RESULTADOS
Se incluyeron 103 pacientes (53,4% mujeres) con edad media 72,42±16,35 años. El 38,8% de los pacientes eran ≥80 años, otro 38,8% mantenían baja actividad física y el 30,1% tenían prescrito algún laxante. La edad media de los pacientes con laxante pautado fue de 78,13±12,77 años y la de aquellos sin laxante fue 69,96±17,17 años (p=0,032).
Respecto a la carga anticolinérgica, 36,9% presentaban una carga nula, 35,9% carga media y 27,2% alta carga anticolinérgica, de los cuales el 57,14% llevaban un laxante asociado.
El 51,6% de los pacientes totales con laxante pautado presentaban carga anticolinérgica alta, mientras que 25,8% carga media y el 22,6% restante carga nula (p=0,001).
Los pacientes con alta carga anticolinérgica presentaron mayor riesgo de tener un laxante pautado respecto al grupo formado por pacientes con carga media-nula, OR= 5,22 IC=95%, [1,99;13,65]; p=0,001.
Respecto a los otros factores de riesgo estudiados, ninguno mostró significación estadística, aunque los ≥80 años presentaron una tendencia incremental del riesgo de tener un laxante pautado, OR 2,50 IC=95%, [0,93;6,31]; p=0,052.

CONCLUSIONES
Aproximadamente la mitad de pacientes con laxante pertenecían al grupo con alta carga anticolinérgica asociada a la medicación. De esta manera, se demostró que los pacientes con alta carga presentaban mayor riesgo de tener un laxante respecto a carga media o nula. Además, se observó una tendencia mayor de laxante prescrito en ≥80 años.
Más de un 40% de los pacientes con alta carga anticolinérgica no llevaban un laxante pautado por lo que es necesario la reevaluación de su necesidad.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

863. ANÁLISIS DE LAS INTOXICACIONES QUE HAN REQUERIDO EL PRÉSTAMO DE UN ANTÍDOTO A TRAVÉS DE UNA PLATAFORMA VIRTUAL

AUTORES
PI SALA N, AGUILAR SALMERÓN R, FERNÁNDEZ DE GAMARRA MARTÍNEZ E, GISPERT AMETLLER MÀ, MATÍNEZ SÁNCHEZ L, GARCIA PELÁEZ M, SALGADO GARCÍA E, NOGUÉ XARAU S
CLINICA GIRONA. JOAN MARAGALL, 26. GIRONA

OBJETIVOS
La aplicación on-line destinada a la gestión de antídotos permite localizar de forma rápida los hospitales adheridos que disponen de los antídotos con mayores problemas de disponibilidad y, a su vez, permite la tramitación de préstamos entre ellos. El objetivo de nuestro estudio es analizar las intoxicaciones que han requerido solicitar el préstamo de un antídoto a través de nuestra plataforma virtual.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo de todos los préstamos realizados a través de la plataforma on-line entre enero de 2020 y marzo de 2021.
Los datos se recogieron mediante un breve cuestionario que se activó en la plataforma virtual para los usuarios del hospital que había solicitado el préstamo. Se recogieron las siguientes variables: edad y sexo del paciente, tóxico, vía de

la intoxicación, antídoto solicitado, servicio que solicitó el préstamo, indicación del antídoto, impacto clínico, eficacia del fármaco y evolución final del paciente intoxicado.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se realizaron 16 préstamos entre hospitales, correspondientes a siete antídotos diferentes: anticuerpos antidigoxina (43,7%), dantroleno (18,7%), EDTA cálcico disódico (12,5%), fisostigmina (6,3%), fomepizol (6,3%), idarucizumab (6,3%) y suero antiofídico (6,3%). La mitad de los pacientes a los que se les administró el antídoto fueron mujeres y solamente un préstamo fue utilizado para tratar la intoxicación de un paciente pediátrico.
El 68,7% de las intoxicaciones fueron causadas por fármacos, el 12,5% por animales, otro 12,5% por metales pesados y el 6,3% por otras sustancias. La vía de intoxicación fue la oral en el 87,5% de los casos y la cutánea en el 12,5% restante. Un 62,4% de las intoxicaciones fueron atendidas por el Servicio de Urgencias, un 25% también por el Servicio de Medicina Intensiva, un 6,3% por Psiquiatría y el 6,3% restante se desconoce. Los motivos de indicación del fármaco fueron: inestabilidad hemodinámica (25%), trastorno del ritmo cardíaco (25%), hipertermia maligna o síndrome neuroléptico maligno (18,8%), toxicidad por metales pesados (12,5%), toxicidad por alcoholes (6,3%), revertir la inhibición de la colinesterasa (6,3%), revertir el envenenamiento por serpiente (6,3%) y otros (12,5%).
Aunque en el 12,5% de los pacientes el antídoto no se llegó a utilizar, en el 25% de las intoxicaciones el antídoto tuvo un impacto clínico decisivo y en el 43,8% un beneficio contributivo. En cuanto a la eficacia del antídoto, la valoración global registrada fue del 62,5%. El antídoto consiguió evitar la aplicación de otros tratamientos en el 31,3% de los casos, y a reducir las horas de estancia en urgencias el 18,8% de los pacientes intoxicados.

CONCLUSIONES

El antídoto más solicitado a través de la aplicación ha sido los anticuerpos antidigoxina y las intoxicaciones en las que se ha activado la red para la gestión de préstamos han sido principalmente de origen farmacológico.
La plataforma virtual ha contribuido positivamente al tratamiento del paciente intoxicado.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

915. ANTIBIOTERAPIA E INFECCIONES SECUNDARIAS EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19

AUTORES

CONTRERAS REY MB, PÉREZ SERRANO R, GIL TRUJILLO S, COLMENAREJO SERRANO C, ABDEL-HADI ÁLVAREZ H, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ M

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. CALLE OBISPO RAFAEL TORIJA S/N. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Determinar la frecuencia de infecciones secundarias en pacientes ingresados por enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en cualquiera de las unidades de cuidados intensivos (UCI) del hospital, incidiendo en aquellas relacionadas con microorganismos multirresistentes. Además, se analizará la utilización de antimicrobianos en este grupo de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes adultos ingresados en cualquiera de las unidades de cuidados intensivos de un hospital general durante un período de tiempo de 3 meses entre marzo y junio de 2020 coincidente con la primera ola pandémica de COVID-19. Como criterios de inclusión se establecieron: positividad en PCR para infección por SARS-CoV-2, neumonía uni o bilateral e insuficiencia respiratoria grave con criterios de ingreso en UCI.
Se analizaron las siguientes variables: demográficas (edad, sexo), días de ingreso en UCI, días con antibiótico durante el ingreso, días con antibiótico durante la estancia en UCI, aparición de infección secundaria, presencia de microorganismos multirresistentes (MR), días con antibiótico previo al primer MR, días con antibioterapia de amplio espectro previa al primer MR, aparición de colonización por MR, aparición de candiduria, tipo de antibioterapia recibida previa al primer aislamiento de microorganismo MR o hasta alta/éxitus en pacientes sin infección por MR. Se consideró infección cualquier aislamiento microbiológico significativo.

RESULTADOS

Se incluyeron 110 pacientes (63,6% hombres) con una media de edad de 59,4 años. La mediana de tiempo de ingreso hasta alta/éxitus fue de 33 días (rango 3-234), con una mediana de estancia en UCI de 20 días (rango 2-160). El 76,4% de los pacientes presentó infección secundaria durante el ingreso, de los cuales un 57,1% fue por patógenos multirresistentes. Además, en un 44,5% de los pacientes se identificó colonización por MR y en un 41,8% candiduria.
Una media del 57,3% de días durante el ingreso total y del 71,6% durante la estancia en UCI se administró tratamiento antibiótico. En cuanto al grupo terapéutico empleado hasta la aparición del primer multirresistente, o hasta la fecha de alta/éxitus en caso de pacientes sin infección por MR, la frecuencia de utilización fue: 68,2% piperacilina/tazobactam, 65,5% cefalosporinas, 26,4% carbapenémicos y 1,8% tigeciclina. En pacientes con infección por microorganismos MR, la mediana de estancia en UCI hasta la aparición del primero de ellos fue de 15 días. En estos pacientes, un 71% recibió tratamiento antibiótico previo a la aparición del primer MR y un 48,13% antibioterapia considerada de amplio espectro.

CONCLUSIONES

Se detecta un alto porcentaje de pacientes con COVID-19 e infecciones secundarias durante el ingreso hospitalario, estando relacionadas aproximadamente la mitad de ellas con microorganismos multirresistentes. Sin embargo, esta tasa podría estar sobreestimada al considerar únicamente criterios microbiológicos en la definición de infección y no incluir criterios clínicos y/o analíticos.
La utilización de antibióticos en pacientes con COVID-19 durante la primera ola ha sido elevada, empleando con frecuencia antibióticos de amplio espectro de forma empírica antes de la aparición de microorganismos multirresistentes.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

952. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN A LOS PROTOCOLOS DE INSULINIZACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES
SALAR VALVERDE I, CABALLERO REQUEJO C, PASTOR MONDEJAR C, MARTINEZ SOTO AM, ORTIZ FERNANDEZ P, RENTERO REDONDO L, INIESTA NAVALON C, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. AV. INTENDENTE JORGE PALACIOS. MURCIA

OBJETIVOS
El objetivo del estudio fue evaluar la adecuación del tratamiento hipoglucemiante prescrito en la sala de observación del Servicio de Urgencias (SUH) a los nuevos protocolos de insulinización consensuados en el hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional prospectivo realizado en un hospital de referencia de área durante el mes de febrero de 2021 en horario de cobertura del farmacéutico (de lunes a viernes de 08:00 a 15:00).
Se seleccionaron todos los pacientes con glucemias al ingreso superiores a 150 mg/dl no diagnosticados de Diabetes Mellitus (DM) y pacientes con diagnóstico de DM, ingresados en la sala de observación del SUH. Se excluyeron los pacientes donde el diagnóstico de ingreso fuese hipoglucemia, hiperglucemia o hiperpotasemia.
Los nuevos protocolos de insulinización del hospital buscan secuenciar de manera sencilla el tratamiento antidiabético domiciliario de los pacientes en pautas de insulina, combinando insulina rápida prandial, lenta y una pauta de rescate con insulina rápida. Para el cálculo de la insulina basal y prandial pautada se tiene en cuenta la glucemia al ingreso, el número de antidiabéticos orales del paciente o número de unidad de internacional (UI) de insulina y el peso del paciente.
El farmacéutico de urgencias validó la prescripción médica en el SUH, revisando el tratamiento domiciliario del paciente y la glucemia al ingreso para así confirmar la adecuación al protocolo del hospital.
Los datos recogidos fueron número de pacientes ingresados en la unidad, número de pacientes con glucemia al ingreso, y dentro del grupo a estudio: edad, sexo, la glucemia al ingreso, si eran diabéticos, el tipo de DM y su tratamiento antidiabético domiciliario.

RESULTADOS
Durante el mes de febrero de 2021 ingresaron 237 pacientes, de los cuales 220 tenían glucemia al ingreso. 84 pacientes cumplieron criterios de inclusión, con una mediana de edad de 77 años [17-96], donde la moda era 84 años y de los cuales 46 (54,76%) eran hombres. De los 84 pacientes, 60 (71%) estaban diagnosticados de DM, 57 de ellos eran DM tipo II, solo un paciente no necesitaba tratamiento domiciliario. Los 24 restantes (29%) habían presentado una glucemia superior a 150 mg/dl al ingreso.
Solo 27 (32%) de los 84 tratamientos se adecuaban correctamente a los nuevos protocolos del hospital. El motivo más común de no adecuación fue la omisión de prescripción de insulina (40%); seguido de error en el cálculo de UI de insulina (34%), donde en 12 (78%) de las veces el error de calculo fue superior a 5UI o > 20% del teórico ya sea por defecto (9 casos) o por exceso (3 casos); y en el 26% restante el error se debió a la prescripción únicamente de una pauta de rescate.

CONCLUSIONES
El manejo de los nuevos protocolos de insulinización en paciente hospitalizado aún no ha sido asimilado por todos los facultativos del SUH, incurriendo en la mayoría de casos en una omisión del tratamiento hipoglucemiante, observándose también falta de adecuación a las unidades calculadas, en su mayoría inferior al que correspondería por protocolo.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

1065. IMPACTO CLÍNICO DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS AGENTES ANTITROMBÓTICOS IDENTIFICADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES
NAVARRETE-ROUCO - ME, BARCELO-VIDAL J, CARBALLO N, DE ANTONIO-CUSCO M, AGUIRRE TEJERO A, JIMENEZ MARTINEZ C, DOMINGO TORRELL L, FERRANDEZ-QUIRANTE O
HOSPITAL DEL MAR. PG. MARITIM DE LA BARCELONETA, 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS
Los problemas relacionados con la medicación (PRM) se han asociado con un aumento de la morbimortalidad. La detección precoz de PRM podría potencialmente reducir la aparición de efectos adversos (EA) relacionados con la medicación. De acuerdo con la evidencia disponible, aproximadamente el 10% de los PRM detectados en el Servicio de Urgencias (SU) están relacionados con agentes antitrombóticos. Debido a la elevada repercusión clínica de los EA asociados, los antitrombóticos se clasifican como fármacos de riesgo, por lo que es necesario determinar el papel que juega la detección de dichos PRM.
El objetivo fue evaluar el resultado clínico en aquellos pacientes en los que se detectó algún PRM relacionado con antitrombóticos en el SU.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo observacional realizado en un hospital universitario de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes atendidos en el SU que presentaron algún PRM relacionado con la anticoagulación o antiagregación durante junio 2020-marzo 2021.
Las prescripciones farmacológicas fueron revisadas diariamente. Cuando se detectó un PRM, los farmacéuticos realizaron una recomendación al equipo médico a través de una anotación en el curso clínico.
Datos recogidos: demográficos, asistencia (médica/quirúrgica) y fármacos antitrombóticos (antiagregante/anticoagulante, mecanismo de acción e indicación), PRM detectado (clasificación Pharmaceutical Care Network Europe Classification),

resultados negativos relacionados con la medicación (RNM) (hematuria, hematomas, plaquetopenia, eventos trombóticos, hemorragias, hemoptisis), aceptación de la recomendación.
Estadística mediante SPSS: test exacto de Fisher para las variables categóricas y t-student para las continuas. Se expresaron las variables categóricas como porcentajes y las continuas como media y desviación estándar.

RESULTADOS

Se incluyeron 68 pacientes, edad media 83(13,0) años y 33(48,5%) mujeres. Cincuenta pacientes (73,5%) fueron atendidos por especialidades médicas. En cada paciente se detectó un único PRM, de los que el 92,6% se asoció a un anticoagulante y el resto a antiagregantes; HBPM: 35(51,5%), anti-Xa orales: 20(29,4%), antagonistas vitamina K: 7(10,3%), inhibidor COX: 4(5,9%) y antagonistas del receptor P2Y12 e inhibidor de trombina, con 1(1,5%) caso de cada uno. La prescripción se clasificó en tratamiento anticoagulante 45(66,2%), profilaxis anticoagulante 20(29,4%) y antiagregante 3(4,4%).
PRM detectados; parámetro analítico alterado: 29(42,6%), ajuste por insuficiencia renal: 25(36,8%), dosis errónea (infra/supradosificación): 8(11,7%) y otros 6(8,8%). El 80,9% de las recomendaciones fueron aceptadas.
Se detectaron 11(16,18%) RNM en los 68 pacientes que presentaron algún PRM (hematuria 5(45,5%), hematoma 3(27,3%), melenas 2(18,2%) y rectorragias 1(9,1%). Los RNM aparecieron en una media de 2(1,2) días tras la recomendación.
Considerando aquellos pacientes que presentaron un RNM frente a los que no, no se observaron diferencias significativas en el sexo (mujeres vs hombres) (3/30(9,1%) vs 8/27(22,9%))(p=0,123), especialidad médica/quirúrgica (8/42(16,0%) vs 3/15(16,7%))(p=1,000), tratamiento antiagregante/anticoagulante (0/5(0%) vs 11/52(16,2%))(p=0,583), prescripción profilaxis/tratamiento (2/18(10,0%) vs 9/39(18,8%))(p=0,487). Por otra parte, un mayor grado de aceptación de la recomendación se asoció a un porcentaje inferior de RNM (7/54(13,0%) vs 4/9 (44,4%))(p=0,042).

CONCLUSIONES

-La mayoría de las intervenciones llevadas a cabo por parte del farmacéutico estuvieron relacionadas con los anticoagulantes.
-Más del 15% de los pacientes que presentaron algún PRM desarrollaron un RNM.
-Un mayor grado de aceptación de la recomendación por parte de los farmacéuticos se asoció a un riesgo inferior de presentar un RNM.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

1149. MORDEDURA DE OFIDIO: 4 AÑOS DE EXPERIENCIA DE USO DE SUERO ANTIOFÍDICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ I, INFANTE CAMARERO A, ORTOLL POLO V, ARNÁIZ DÍEZ S, SANTIAGO GALLEGO B, IZQUIERDO ACOSTA L, ÁLAMO GONZÁLEZ O, UBEIRA IGLESIAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. CALLE ISLAS BALEARES 3. BURGOS

OBJETIVOS

Existen 3 especies de vipéridos venenosos en España(Vipera(V) latastei,V.aspis y V.seoanei). Nuestro hospital asiste a la zona norte de la Península Ibérica, área geográfica endémica para estas tres especies,siendo el envenenamiento por mordedura de ofidio relativamente frecuente. Objetivo: describir la experiencia de uso de suero antiofídico(SA)en un hospital terciario, actual estándar en el envenenamiento ofídico moderado-grave,coincidiendo con el desabastecimiento del SA intravenoso(iv) disponible y activo frente a las 3 especies ibéricas por reactividad cruzada con los venenos de las especies europeas(V.aspis,V.berus y V.ammodytes).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes tratados con SA según el protocolo de accidente ofídico del centro durante 4 años(2017-2021).Datos recogidos a partir de los registros de medicamentos restringidos e historia clínica electrónica: edad,sexo,localización anatómica de mordedura,grado de envenenamiento,adherencia al protocolo,presentación de SA(iv,subcutáneo/intramuscular[sc/im]),evolución clínica. La adherencia al protocolo se evaluó según la indicación del SA en función del grado de envenenamiento, analítica y síntomas sistémicos: se revisaron síntomas gastrointestinales(SGI) y/o neurológicos(SN) y como signos de gravedad: hemograma(leucocitosis > 15.000/µL,plaquetopenia < 150.000/µL,fibrinógeno < 200mg/dl y actividad de protrombina(AP) < 60%) y síndrome compartimental(SC).

RESULTADOS

El Servicio de Farmacia(SF),revisó el cumplimiento del protocolo del centro que incluyó el uso de SA en pacientes con mordedura moderada/grave(grado 2-3).Previo a la dispensación,se validaron las prescripciones y se verificó que todas cumplían los criterios de uso de SA establecidos.Desde el SF,además del acceso al fármaco como medicamento extranjero,se proporcionó información necesaria para la correcta administración de cada SA debido a las diferencias entre presentaciones(la sc/im,específica para V.ammodytes y V.berus,precisa test de tolerancia previo y si fuera positivo desensibilización correspondiente; la iv se administra en infusión lenta).
Se estudiaron 43 pacientes(74,4% hombres), con mediana de edad de 52 años(8-86). Fueron tratados con SA 26 pacientes(60,7%). Se pudo identificar la especie en 6 casos(14% V.latastei).El lugar más frecuente de lesión fue la extremidad superior(69,8%).Se administró SA iv a 14 pacientes y, durante su desabastecimiento, SA sc/im a 12.El 2,3%(n=1) presentaron envenenamiento grado 3,un 60,5%(n=26) grado 2(46,5% 2A/27,9% 2B), 27,9%(n=12) grado 1 y 9,3%(n=4) grado 0(mordedura seca),ajustándose la prescripción al protocolo en un 97,8%(n=42), 1 no cumplió criterios de uso por haber pasado más de 3 días desde la mordedura.El 9,3%(n=4)presentó SGI pero ninguno SN, 11,6%(n=5)

leucocitosis, 25,6%(n=11)plaquetopenia, 11,6%(n=5)fibrinógeno < 200, 2,3%(n=1)AP < 60%, SC 0%. La administración precoz de SA conllevó pronóstico favorable en todos los casos, sin diferencias en la evolución clínica entre presentaciones.

CONCLUSIONES

Según los estudios, la administración precoz de SA reduce las complicaciones y el tiempo de hospitalización. Es aconsejable la realización de analíticas seriadas y medición de la inflamación periódicamente en las primeras 24 horas, así como la correcta clasificación del grado de envenenamiento para un uso racional del SA. En nuestro centro se ha utilizado la presentación sc/im en pacientes con envenenamiento ofídico moderado/grave ante el desabastecimiento de SA iv y la severidad del cuadro clínico, con buenos resultados a pesar de no cubrir todas las especies endémicas en nuestra área. La comodidad de la presentación iv frente a la sc/im mejora su utilización. Es necesario crear protocolos y formación terapéutica ante esta urgencia, sobre todo en zonas de alta prevalencia de casos.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

1189. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES COVID-19 INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES

MATEO FOLGADO E, GIMERO LÓPEZ P, CASAS LABARGA A, AQUERRETA GONZÁLEZ I

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. AV. DE PÍO XII, 36, 31008 PAMPLONA, NAVARRA. NAVARRA

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es analizar y describir la actividad realizada por un farmacéutico clínico integrado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) sobre pacientes COVID y cuantificar el impacto clínico y económico de sus intervenciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Entre marzo de 2020 y abril de 2021 el farmacéutico pasó de media 5 horas diarias en la UCI (12 camas) disponible para consulta por el equipo médico y de enfermería y participando en el pase de visita. Las actuaciones farmacéuticas (AF) se comunicaron verbalmente al médico prescriptor y se registraron en el programa informático del hospital. Se registraron los siguientes datos: medicamento implicado, tipo de problema relacionado con los medicamentos (PRM) detectado, actuación farmacéutica realizada, aceptación (sí/no), impacto clínico en el paciente y coste económico evitado, estimado como la diferencia entre el coste del tratamiento inicial y el alternativo sin considerar el coste de los efectos adversos prevenidos o la disminución de la estancia hospitalaria.

RESULTADOS

Se registraron 548 AF realizadas en 87 pacientes COVID. Se realizaron de media 6,3 intervenciones por paciente (rango: 0 - 19). Un 9% de las AF se debieron a errores de medicación, de los cuales el 15% llegaron a alcanzar al paciente. El 100% de las intervenciones farmacéuticas fueron aceptadas por el médico responsable.

Los PRM detectados se relacionaron con la seguridad (58%), la indicación (39%) y la efectividad del tratamiento (7%). El 98% de ellos podrían haber provocado consecuencias sobre la morbilidad de los pacientes.

Las principales AF realizadas fueron: suspensión de un medicamento (42%), modificación de dosis y/o intervalo posológico (33%), inicio de tratamiento adicional (15%), cambio de vía o método de administración a otro más más coste/efectivo (5%) y cambio de forma de dosificación (2%). La mayoría fueron realizadas con el objetivo de prevenir efectos adversos (68%) y/o evitar fallo del tratamiento (20%). El 99% de la AF realizadas fueron consideradas importantes con mejora en el cuidado del paciente.

El coste evitado por las intervenciones farmacéuticas realizadas fue de 95.447€ (1.097€ por paciente).

CONCLUSIONES

La presencia de un farmacéutico clínico integrado en UCI mejora la efectividad y la seguridad del tratamiento de los pacientes críticos COVID consiguiendo un elevado porcentaje de aceptación de las propuestas. Destacan las AF relacionadas con la suspensión de medicación innecesaria, ajustes de dosis y la conciliación de la medicación crónica. Las actuaciones realizadas derivan en un ahorro económico significativo.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

1316. PROYECTO PILOTO DE INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES Y RESULTADOS INICIALES

AUTORES

SUAREZ-LLEDÓ GRANDE A, GAMARRA CALVO S, ALCALÁ SOTO Á, ESTOPIÑA ANTOLÍ M, BADÍA TAHULL MB, MALCHAIR P, JÓDAR MASSANES R

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE. C/FEIXA LLARGA S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Proporcionar atención farmacéutica centrada en el paciente e integrada en el equipo disciplinar para lograr:
- Contribuir al diagnóstico que pueda ser de origen iatrogénico.
- Optimizar los resultados terapéuticos mediante la validación de los tratamientos.
- Minimización de los posibles errores de medicación derivados de la prescripción y administración.
- Conciliación de la medicación crónica prioritaria para favorecer la transición asistencial.

MEJORAS ESPERADAS

Mejorar la calidad asistencial y garantizar la seguridad del paciente atendido en urgencias mediante la revisión de los tratamientos.

Evitar o reducir los problemas relacionados con la medicacion y su administración.
Favorecer la formación farmacológica del personal sanitario que trabaja en el servicio.

DISEÑO

Estudio restrospectivo y descriptivo del desarrollo del proyecto de integración de un farmacéutico presencial en el SU y su consecuente análisis posterior de la actividad desarollada. Iniciado en enero de 2020, y analizado tras 16 meses de actividad.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Observacional (diciembre 2019-enero 2020): presentación al staff del farmacéutico, y conocimiento de las necesidades del servicio de manera presencial en los diferentes módulos.
- Presencial (enero 2020 – mayo 2021):

Trabajo inicial:

- Adecuación del stock almacenado en los armarios de dispensación automática de cada módulo, adecuado a la patologia especifica que atiende.
-Elaboración de guías que faciliten la administración de fármacos endovenosos: resumiendo las perfusiones más habituales, sus consejos de administración y la compatibilidad en Y entre ellas. Creación de un kit de extravasación con las acciones a realizar en caso de extravasación de las mismas.
-Implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en el SU: previamente a su implementación, el programa usado en hospitalización fue adecuado a las necesidades urgentes, con la creación de nuevas codificaciones que se ajusten a los horarios, y de protocolos de prescripcion de las principales patologias atendidas en el SU, siendo revisados junto con los especialistas implicados.

Trabajo posterior y paralelo a la implementación:

- Actividad asistencial presencial que implica la revision de los tratamientos iniciados, la conciliacion del tratamiento habitual y la resolución de consultas

IMPLANTACIÓN

Iniciada en diciembre de 2019, con la interrupcion entre los meses de marzo y julio de 2020 debido a la pandemia COVID

RESULTADOS

Inicialmente esta labor se realizó en un único módulo debido a la falta de recursos personales. Posteriormente la actividad farmaceutica pudo realizarse en todos los modulos y durante cualquier dia del año gracias a la PEA.
Tras el primer mes de actividad y a los 5 meses se evalúo la actividad realizada (previamente a la PEA). Se revisaron 1811 pacientes y se realizaron 503 intervenciones (27%). Las principales fueron relativas a antibioticoterapia (14%), cambio posologia (13%) , suspension/inicio medicamento (12%), Conciliacion al ingreso (28%), consultas (15%), monitorización (13%) y otros.
Tras 5 meses de PEA se volvio a evaluar la actividad, siendo revisados 2884 pacientes y realizadas 705 intervenciones (25%). Los intervenciones realizadas fueron similares en procentaje a las previas, aunque mayor en numero

LIMITACIONES

No se tienen en cuenta los periodos vacacionales ni la pandemia COVID durante la actividad asistencial sin PEA

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Es aplicable a cualquier SF.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

10. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE USTEKINUMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS RARAS

AUTORES

BELTRÁN GARCÍA I, TORRES NAVARRO I, EVOLE BUSELLI M, MONTE BOQUET E, TARAZONA CASANY MV, CUELLAR MONREAL MJ, GARCIA ROBLES A, POVEDA ANDRES JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA DE FERNANDO ABRIL MARTORELL, N.106. VALENCIA

OBJETIVOS

Se ha demostrado recientemente un incremento de la expresión de la vía linfocito T helper (Th) 1 y de las citokinas dependientes de la vía Th17/interleukina (IL)-23 en pacientes con lesiones cutáneas de fenotipo ictiosiforme, similar a lo que ocurre en psoriasis. Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal humano con especificidad por citokinas humanas IL-12 e IL-23, que impide la unión IL-receptor. Se ha especulado la utilidad de la inhibición de esta vía en los niños con dermatosis ictiosiformes.
El objetivo del estudio es la evaluación de la utilización de ustekinumab en pacientes pediátricos con patologías dermatológicas ictiosiformes, perfil de efectividad y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo multidisciplinar en pacientes pediátricos que han iniciado ustekinumab como tratamiento de dermatosis ictiosiformes refractarias a tratamientos habituales o corticodependientes en el ámbito de un hospital de tercer nivel hasta marzo 2021. Se seleccionaron los pacientes por los registros de dispensaciones realizadas de jeringas redosificadas preparadas desde el Servicio de Farmacia. Se recogieron sexo, edad, patología, estudio genético, número de tratamientos previos, pauta, eficacia (medida como la mejoría de los síntomas tras exploración), motivos del

cambio a ustekinumab y acontecimientos adversos (AA). Los datos se recogieron a partir de la historia clínica electrónica y el programa de dispensación de medicamentos en Pacientes Externos. Para el análisis descriptivo se utilizaron medianas y rangos.

RESULTADOS

Se estudiaron tres pacientes varones (5, 8 y 10 años), dos de ellos con diagnóstico de eritrodermia ictiosiforme y uno con queratosis folicular espinulosa decalvante. Ningún paciente con estudio genético concluyente (tratados por fenotipo). La mediana de líneas de tratamientos previos fue de 8 (rango 7-12). Los motivos de cambio a ustekinumab fueron: falta de respuesta total y respuesta parcial. Todos los pacientes al inicio siguieron la pauta recomendada en la bibliografía (0,75 mg/kg SC semana 0, 4, y posteriormente cada 12 semanas), en dos de ellos se realizaron modificaciones de dosis ajustando a 1-1,1 mg/kg por eficacia limitada y persistencia de síntomas. La mediana de dosis recibidas fue 8 (rango 7-10). La mediana de duración de tratamiento fue de 16 meses (rango 5-12). En cuanto a la eficacia y seguridad, todos presentaron mejoría temprana al inicio del tratamiento y significativa tras cada administración, sin registrarse AA en ningún paciente. 2 pacientes continúan en tratamiento, 1 interrumpió y más tarde tras varios brote reintrodujo ustekinumab.

CONCLUSIONES

Ustekinumab puede ser un tratamiento efectivo y seguro para estos pacientes pediátricos refractarios, si bien, se precisaría de más estudios que determinen la implicación de la vía Th17/IL-23 en la enfermedad de cada uno de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

30. ANÁLISIS DE USO EN LA VIDA REAL DE ERENUMAB, GALCANEZUMAB Y FREMANEZUMAB EN UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

AUTORES

CASTAÑO AMORES C, NIETO GÓMEZ P, ÁLVAREZ SÁNCHEZ R, PORTILLO HARO S, NIETO SÁNCHEZ MT
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. AVDA DE LA INVESTIGACION S/N. GRANADA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad, seguridad y uso en la práctica clínica de erenumab, galcanezumab y fremanezumab en el tratamiento de la migraña crónica y migraña episódica de alta frecuencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo realizado en dos hospitales de tercer nivel y primer nivel entre marzo de 2019 y abril de 2021. Se incluyeron pacientes en tratamiento con erenumab, galcanezumab o fremanezumab al menos durante 3 meses diagnosticados de migraña crónica (MC) o migraña episódica de alta frecuencia (MEAF) Se recogieron las variables: edad, sexo, días de migraña al mes (DMM) antes y después (mínimo 12 semanas) del anticuerpo monoclonal (MAB), tratamiento con toxina botulínica previo (Si/No) y concomitante (Si/No), percepción en disminución de la intensidad (Si/No), reacciones adversas (RA) cardiovasculares y de otro origen. El análisis estadístico se realizó con el programa R.

RESULTADOS

Se incluyeron 86 pacientes con erenumab, 25 con galcanezumab y 1 con fremanezumab. Para erenumab: El 21% (18) eran hombres y el 79% mujeres (68), con media de edad 47 años (17-69), media de dosis administradas= 8 [IC 95%; 6-11] El 94,2% de los pacientes iniciaron con dosis de 70 mg, de ellos el 55,8% (48) requirieron aumento a 140 mg y el 3,5% (3) cambio de MAB. Del total de pacientes, 11,62% (10) cambiaron a un segundo MAB, y el 3,5% (3) cambiaron a un tercer MAB tras fracaso. El 83,7% recibieron toxina botulínica previa y el 8,13% concomitante. La media de DMM pre-tratamiento fue 11,8 [IC 95%; 9-15] y post-tratamiento 5,1 [IC 95%; 2-7] Se realizó un test de Student para datos apareados comparando estas dos variables con un p-valor < 2,2e-16. El 2,3% presentaron alguna RA cardiovascular (dolor pecho, taquicardia) y el 9,3% estreñimiento, 2,32% insomnio, 3,48 picor intenso y 2,32% rinitis. El 30% de los cambios a otro MAB fueron por RA. Galcanezumab: El 76% (19) eran mujeres y el 14% (6) hombres, la media de edad 45 años (22-67) El 44% del total habían recibido otro MAB previamente (erenumab), con media de 7,5 dosis hasta el cambio. Las medias de DDM antes y después fueron 12 [IC 95%; 8-15] y 5 [IC 95%; 3-6,25], p-valor=6,8e-5 para la diferencia. El 64% recibió botox previamente y el 12% concomitante. El 25% cambió a otro MAB tras fallo a galcanezumab. El 80% no presentó RA, el 12% notaba el efecto fin de dosis, no se observaron RA cardiovasculares. Se incluyó 1 paciente muy refractario con migraña crónica en tratamiento con fremanezumab tras fallo a 2 MAB previos. El 75% de los pacientes incluidos refirió falta de seguimiento por neurología.

CONCLUSIONES

Los nuevos MAB en prevención de la migraña son efectivos en la reducción del número de DMM. En no-respondedores existe una práctica habitual de cambio a otras moléculas aunque en muchos casos la falta de respuesta se evalúa antes de 12 semanas recomendadas en informe de posicionamiento terapéutico. La consulta de farmacia es fundamental para el seguimiento clínico de pacientes refractarios para detectar fallos al tratamiento o RA, mejorar su calidad de vida y optimizar la terapia antimigrañosa.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

48. EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PERCIBIDOS POR EL PACIENTE CON TERAPIA DIRIGIDA EN ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES

RODRÍGUEZ ESQUÍROZ A, ARRONDO VELASCO A, TEJADA MARIN D, CALVO ARBELOA M, FRESÁN RESTITUTO D, ORTEGA BELIO I, DE LA RIVA BOHIGAS R, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. IRUNLARREA, 3. NAVARRA

OBJETIVOS
Evaluar la evolución en la calidad de vida(CV) tras el tratamiento dirigido en pacientes con artritis reumatoide (AR) a través del cuestionario " Rheumatoid Arthritis Impact Disease" (RAID).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo y prospectivo. Se incluyeron pacientes diagnosticados de AR, naïve o pretratados, que iban a iniciar un tratamiento dirigido.
La CV se evaluó mediante el cuestionario RAID antes de iniciar el tratamiento y a los 4 meses, previa firma de un consentimiento informado. Se incluyeron variables demográficas recogidas en la historia clínica: edad, sexo y tratamiento concomitante con corticoides y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad convencionales (FAMEc).
Las diferencias de puntuación del cuestionario se evaluaron mediante la prueba de Mann-Whitney.

RESULTADOS
Se incluyeron 57 pacientes, de los cuales 11 tuvieron que ser excluidos porque cambiaron de tratamiento antes de que transcurrieran 4 meses. De los 46 pacientes restantes 35 (76.1%) fueron mujeres, la media de edad fue 58 años (DE±13.8), 22 (47.8%) eran naïve, 25 (54.3%) recibían FAMEc y 31 (67.4%) corticoesteroides concomitantes al inicio del tratamiento.
Al inicio del tratamiento la puntuación media del cuestionario RAID fue de 5.63 puntos (DE±2.126), mientras que al final del tratamiento fue de 4.01 (DE±2.424). Se observó una disminución media en la puntuación del cuestionario RAID de 1.623 (p-valor 0.000).
Se analizaron también los 7 dominios del cuestionario por separado:
- Dolor: media al inicio 6.39 (DE±2.265), a los 4 meses 4.07 (DE±2.947) y diferencia de medias 4.518 (p-valor 0.000).
- Incapacidad funcional: media al inicio 6.11 (DE±2.549), a los 4 meses 3.96 (DE±3.011) y diferencia de medias 4.785 (p-valor 0.000).
- Fatiga: media al inicio 5.67 (DE±2.617), a los 4 meses 4.37 (DE±3.108) y diferencia de medias 2.513 (p-valor 0.012).
- Sueño: media al inicio 5.24 (DE±3.381), a los 4 meses 4.57 (DE±3.284) y diferencia de medias 1.478 (p-valor 0.139).
- Bienestar físico: media al inicio 5.57 (DE±2.509), a los 4 meses 4.09 (DE±3.010) y diferencia de medias 2.741 (p-valor 0.006).
- Bienestar emocional: media al inicio 5.17 (DE±2.807), a los 4 meses 3.61 (DE±2.910) y diferencia de medias 3.227 (p-valor 0.001).
- Afrontamiento: media al inicio 4.54 (DE±2.771), a los 4 meses 3.30 (DE±2.804) y diferencia de medias 2.874 (p-valor 0.004).
Respecto a la dosis de corticoides orales 10 pacientes (21.7%) la mantuvieron, 10 (21.7%) la redujeron, 8 (17.4%) lo suspendieron, 2 (4.3%) la aumentaron y 1 (2.2%) inició tratamiento.

CONCLUSIONES
- Es importante tener en cuenta la calidad de vida de los pacientes con AR en diferentes momentos del tratamiento. El cuestionario RAID es una herramienta útil para medirla.
- Los tratamientos dirigidos mejoran la calidad de vida de los pacientes con AR tras 4 meses de tratamiento. Se observaron mejoras estadísticamente significativas en todos los dominios del cuestionario, excepto el sueño.
- La mayoría de los pacientes mantuvo, suspendió o redujo la dosis de corticoides orales.
- La medida de la percepción de resultados en salud por el paciente(PROs) es una herramienta que ayuda a la toma de decisiones clínicas.
- Los farmacéuticos hospitalarios tenemos un papel fundamental en la medida de los PROs por nuestro contacto y proximidad con el paciente.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

62. EFECTIVIDAD DE DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA MODERADA A GRAVE. ESTUDIO DE UTILZIACIÓN DE DUPILUMAB EN LA VIDA REAL

AUTORES
TOLEDO DAVIA MA, FERNANDEZ SANCHEZ-CORADA A, GONZALEZ SUÁREZ S, LOPEZ ALVAREZ R, TORRALBA FERNANDEZ L, DOMINGUEZ BARAHONA A, LABRADOR ANDUJAR N, MOYA GOMEZ P
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. AVDA. DE BARBER, 30. TOLEDO

OBJETIVOS
Estudiar la efectividad de dupilumab en dermatitis atópica moderada a grave, el perfil de seguridad y la adherencia de los pacientes en tratamiento con dupilumab.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo de los pacientes en tratamiento con dupilumab en un hospital de tercer nivel. Se revisan las historias clínicas y las dispensaciones desde el Servicio de Farmacia. Se recogen las variables IGA (Investigator global assessment), EASI (Eczema Area anda SeverityIndex) y BSA (afectación del área de superficie corporal); antes y a las 16 semanas del tratamiento con dupilumab.

RESULTADOS
11 pacientes con prescripción de dupilumab en nuestro hospital en el momento del estudio, 3 de estos pacientes en situación de fuera de ficha técnica (2 pacientes por otras indicaciones y 1 paciente por no cumplir con la edad). Se excluye a un paciente por no haber complicado con las 16 semanas de tratamiento. En total n=7 pacientes para el estudio.
La mediana de edad fue de 35 años (19-42), la distribución por sexos fue de 3 mujeres y 4 hombres.

La mediana de las variables en el momento de la prescripción de dupilumab fue: EASI= 32 (22-53, n=7), BSA= 70 (13-80, n=7); IGA= 3 (3-4, n=7).
A las 16 semanas de tratamiento, se re-evaluaron las variables del estudio con los siguientes resultados: mediana de valores EASI= 5 (1-15, n=5), mediana de valores BSA= 13 (26-6,5, n=3) y mediana de valores IGA= 1 (1-2).
El número de pacientes que alcanzaron EASI 50 (reducción del 50% del valor de escala EASI) fue de 5, de los cuales 4 alcanzaron la reducción en un 75% del valor EASI (EASI 75). Además 4 pacientes consiguieron reducir en 2 puntos el valor de escala IGA.
Los pacientes han presentado 100% de adherencia al tratamiento, solo 1 paciente presentó efectos adversos relacionados con el medicamento (herpes de repetición) y que no requirió retirada del mismo.

CONCLUSIONES

El uso de dupilumab en nuestros pacientes ha sido efectivo en el manejo de la dermatitis atópica, mejorando en sintomatología y calidad de vida. El perfil de reacciones adversas fue el esperado según la bibliografía disponible.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

80. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS EN VIDA REAL DE ERENUMAB EN MIGRAÑA

AUTORES

GIL SIERRA MD, BRICEÑO CASADO MDP, MORENO RAMOS C, MARTIN RODRIGUEZ S, VILLASTRIGO GARCIA C
HOSPITAL DOCTOR JOSE MOLINA OROSA. CRTA. ARRECIFE-SAN BARTOLOMÉ, KM 1, 3. LAS PALMAS

OBJETIVOS

Erenumab es un anticuerpo monoclonal que se usa en la prevención de la migraña crónica (MC). Una adecuada monitorización puede evitar que pacientes sin beneficio continúen recibiendo el fármaco. El objetivo es describir la efectividad y seguridad de erenumab en MC, así como el grado de cumplimiento de los criterios de financiación establecidos en el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio descriptivo retrospectivo multicéntrico de pacientes con MC tratados con erenumab desde 26/07/2018 hasta 01/05/2021. Se recogieron los siguientes datos de la historia clínica digital: género, edad, días mensuales de migraña, tipo de migraña (sin aura/aura/menstrual/otros), tratamientos previos y su adherencia, tratamientos concomitantes, duración de tratamiento con erenumab y dispensaciones. Se consideraron pacientes adherentes aquellos que tomaron el 80% de los tratamientos previos al anticuerpo antimigrañoso. Se valoró la efectividad mediante la reducción ≥50% de días mensuales de migraña registrados en la semana 12 con respecto al valor basal, así como cualquier mejora subjetiva del paciente en intensidad del dolor, número de días mensuales de migraña o reducción de otros tratamientos concomitantes. Se evaluó la seguridad mediante las reacciones adversas (RA) y suspensiones del tratamiento. Los criterios de financiación del IPT fueron: ≥8 días de migraña mensuales y ≥3 fracasos terapéuticos (siendo uno toxina botulínica) con adherencia ≥3 meses.

RESULTADOS

Se incluyeron 47 pacientes: 39 (83%) mujeres y 8 (17%) hombres. La mediana de edad fue 45 (22-74) años. La mediana basal de días mensuales de migraña fue 15 (4-30). El tipo de migraña más frecuente fue sin aura, en 15 (31,9%) pacientes. Se trató con una mediana de 7 (3-18) tratamientos previos a los pacientes. La toxina botulínica fue usada previamente en 44 (93,6%) pacientes. Los pacientes adherentes a tratamientos previos fueron 29 (61,7%). Se trató a 5 (10,6%) pacientes de forma concomitante con toxina botulínica. La mediana de duración de tratamiento con erenumab fue 7 (3-20) meses. La mediana de dispensaciones fue 7 (3-20). Se registró una reducción ≥50% de los días de migraña mensuales a la semana 12 en 16 (34%) pacientes. Asimismo, se observó una mejora subjetiva de la intensidad del dolor, número de días mensuales de migraña o reducción de otros tratamientos concomitantes en 24 (51,1%) pacientes. Se registraron episodios de RA en 4 (8,5%) pacientes: 3 de estreñimiento y 1 de irritabilidad. No hubo suspensiones de tratamiento asociadas a RA. Los criterios de financiación del IPT se vieron cumplidos en 27 (57,4%) casos.

CONCLUSIONES

Más de un tercio de los pacientes con MC tratados con erenumab presentaron una reducción ≥50% de los días de migraña mensuales a la semana 12. Más de la mitad de los pacientes refirieron mejora subjetiva de la intensidad del dolor, número de días de migraña al mes o reducción de otros tratamientos concomitantes. Se registraron pocos efectos adversos, sin suspensiones de tratamiento asociadas. Más de la mitad de los pacientes con MC tratados con erenumab cumplieron los criterios de financiación del IPT.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

86. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP EN LA PREVENCIÓN DE LOS ATAQUES DE MIGRAÑA

AUTORES

FRESAN RESTITUTO D, LACALLE FABO E, TELLECHEA ARAMBURO P, MARTIN BUJANDA M, NAVARRO AZPIROZ MC, BELOQUI LIZASO JJ, ORTEGA BELIO I, CALVO ARBELOA M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. IRUNLARREA, 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Evaluación de la efectividad y seguridad de los anticuerpos monoclonales anti péptido relacionado con el gen de la calcitonina (AMC anti-CGRP) galcanezumab y erenumab en la profilaxis de los ataques de migraña tras 3 y 12 meses de tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional realizado en un hospital terciario con consulta monográfica de cefaleas entre diciembre de 2019 y marzo de 2021.

Se ha analizado la persistencia de los tratamientos a los 3 y 12 meses, revisando los motivos de continuación, cambio y suspensión en la Historia Clínica. Según las guías de práctica clínica la efectividad y tolerancia se evalúa a los 3 meses de inicio. Si es eficaz, se mantiene hasta 12 meses; si respuesta parcial, se continúa 3 meses más y se reevalúa; y, si ineficaz, se suspende o cambia a otro AMC anti-CGRP. El protocolo del hospital contempla cambiar a un segundo AMC anti-CGRP si respuesta parcial o intolerancia. Se establece galcanezumab como AMC anti-CGRP de elección y erenumab si contraindicación o fracaso al primero.

La variable principal de eficacia empleada en los ensayos clínicos es la reducción de días de migraña al mes (DMM). Sin embargo, en la práctica clínica real los pacientes se muestran satisfechos cuando mejoran la calidad de vida con el tratamiento, ya sea por disminuir los días de migraña, de cefalea o su intensidad. Por ello, se considera efectivo aquel tratamiento que consigue reducir los DMM al menos en un 50% respecto a la situación basal y/o una mejora significativa en la calidad de vida (evaluada por las escalas HIT6 y MIDAS). Cuando la reducción es menor al 50% la respuesta se considera parcial y, cuando es nula, el tratamiento inefectivo.

RESULTADOS

190 pacientes han cumplido 3 meses de tratamiento. El 68% (n:130) continúo con efectividad y tolerancia, el 12% (n:22) suspendió terapia por inefectividad o intolerancia y el 20% (n:38) cambió a la segunda línea de AMC anti-CGRP.

91 pacientes teóricos podrían haber completado los 12 meses de tratamiento. El 67% (n:61) finaliza con efectividad; el 20% (n:18) ha cambiado a otro AMC anti-CGRP y el 13% (n:12) ha finalizado tempranamente por inefectividad e intolerancia.

Las reacciones adversas más descritas al tercer mes fueron: vértigos (13%), estreñimiento (4%) y reacciones en el lugar de inyección (1%). Un porcentaje ≤1% describió prurito, hipotensión, síndrome febril y alteraciones del sueño. Tras 12 meses de tratamiento, los vértigos se mantuvieron en el 16% de los pacientes que los presentaron a los 3 meses. Ningún paciente que presentara a los 3 meses las otras reacciones adversas ha completado los 12 meses de tratamiento, por lo que dicha persistencia no es valorable.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la limitación en el número de pacientes:

·Los AMC anti-CGRP son tratamientos efectivos y seguros que ayudan a disminuir los DMM y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

·La efectividad se mantiene en el transcurso de tratamiento (%68 vs 67%).

·La tolerancia a los tratamientos mejora con el tiempo, aunque se requieren estudios a más largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

87. RESCATE DE PACIENTES REFRACTARIOS A ANTICUERPOS ANTI CGRP CON UN SEGUNDO ¿UNA NUEVA OPORTUNIDAD PARA LOS PACIENTES CON MIGRAÑA?

AUTORES

FRESAN RESTITUTO D, LACALLE FABO E, TELLECHEA ARAMBURO P, MARTIN BUJANDA M, NAVARRO AZPIROZ MC, BELOQUI LIZASO JJ, ORTEGA BELIO I, CALVO ARBELOA M

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. IRUNLARREA, 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Recientemente se han incorporado al tratamiento preventivo de la migraña los anticuerpos monoclonales anti péptido relacionado con el gen de la calcitonina (AMC anti-CGRP) (galcanezumab, erenumab y fremanezumab). Todos han demostrado eficacia y seguridad en la reducción de los días de migraña al mes (DMM) frente a placebo en ensayos clínicos (EC). No obstante, todavía existen varias incertidumbres, como el manejo de los pacientes no respondedores. En estos casos, las guías de práctica clínica recomiendan valorar un segundo AMC anti-CGRP tras fracaso al primero.

El objetivo de este trabajo consiste en analizar la efectividad y seguridad de dicho cambio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional realizado en un hospital terciario con consulta monográfica de cefaleas entre diciembre de 2019 y marzo de 2021.

Según el protocolo del hospital se comienza con galcanezumab o fremanezumab, posicionando erenumab en segunda línea tras fracaso o contraindicación a los primeros.

La efectividad y seguridad del tratamiento se valora a los 3 meses y se mantiene hasta un máximo de 12 si es efectivo. Si respuesta parcial y/o intolerancia se plantea cambiar al segundo AMC anti-CGRP y se reevalúa tras 3 meses; si respuesta nula, se suspende.

Señalar que se considera efectivo aquel tratamiento que reduzca los DMM al menos en un 50% respecto a la situación basal y/o cuando mejora la calidad de vida significativamente al disminuir los días de cefalea o su intensidad. Cuando la reducción es menor al 50% la respuesta se considera parcial y cuando el tratamiento es inefectivo, respuesta nula.

Se ha analizado la persistencia de estos tratamientos al tercer mes, revisando los motivos de continuación, cambio y suspensión en la Historia Clínica.

RESULTADOS

190 pacientes completan 3 meses de tratamiento. El 68% (n:130) continúa tratamiento con efectividad y tolerancia; el 12% (n:22) suspende por inefectividad o intolerancia; y, el 20% (n:38), cambia a una segunda línea de AMC anti-CGRP.

De estos 38 pacientes, 28 han completado 3 meses del segundo AMC anti-CGRP, continuando 18 (64%) y suspendiendo 10 (36%).
Estos 28 pacientes cambiaron de AMC anti-CGRP por: inefectividad (n:18); efectos adversos (n:4); inefectividad y efectos adversos (n:4) y participación en EC previo con un AMC anti-CGRP diferente (n:2).
Tras 3 meses de tratamiento, de los 22 pacientes que cambiaron por inefectividad, el 63,6% (n:14) continúa con efectividad y el 36,4% (n:8) suspende nuevamente por inefectividad. Los efectos adversos provocaron la suspensión del segundo AMC anti-CGRP en el 12,5% (n:1, vértigos) de los pacientes que habían suspendido el primero por dicha causa (n:8). Destacar que de los 190 pacientes el 8% (n:15) suspendió el primer AMC anti-CGRP por intolerancia (vértigo, estreñimiento y reacción cutánea tras inyección, principalmente).

CONCLUSIONES

En nuestra serie y con la limitación del número de pacientes:
·El cambio de diana terapéutica (galcanezumab y fremanezumab antiligando y erenumab antirreceptor) podría explicar la reversión de inefectividad en el 63,6% de pacientes.
·El cambio de molécula por efectos adversos no condiciona a una interrupción de tratamiento con la segunda por la misma causa (tasa de fracaso por EA: 12,5% vs 8%).

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

119. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA DE BRODALUMAB, GUSELKUMAB Y TILDRAKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

MEDINA CATALÁN D, MASIP TORNÉ M, RIERA ARMENGOL P, JORBA BERTRAN N, DE DIOS LÓPEZ A, PUIG SANZ L, VILARRASA RULL E, PAGÈS PUIGDEMONT N
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CTRA. DE SAN QUINTIN, 89. BARCELONA

OBJETIVOS

Brodalumab, un anti-IL-17, y guselkumab y tildrakizumab, ambos anti-IL-23, son fármacos aprobados para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave. Hasta el momento, se dispone de pocos estudios en los que se haya evaluado su uso en la práctica clínica real. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad y seguridad y el impacto del grado de adherencia en la efectividad del tratamiento con brodalumab, guselkumab y tildrakizumab en pacientes con psoriasis en placas en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo realizado en un hospital terciario. Se incluyeron todos los pacientes con psoriasis en placas que iniciaron tratamiento con brodalumab, guselkumab o tildrakizumab a partir del 02/2019. Se registraron las siguientes variables, obtenidas a partir de la historia clínica informatizada: edad, sexo, tratamientos biológicos previos, Psoriasis Area and Severity Index (PASI) basal y en la primera visita de seguimiento, reacciones adversas y grado de adherencia terapéutica (calculada mediante el método medication possession ratio [MPR] a partir del registro de dispensaciones). La variable principal fue la efectividad del tratamiento determinada por el número y porcentaje de pacientes que alcanzaron el PASI 100, PASI 90 y PASI 75 (porcentaje de reducción del PASI respecto el valor basal) y el cambio en el valor PASI respecto al basal en la primera visita de seguimiento. Las variables secundarias fueron el número y tipo de reacciones adversas y el grado de adherencia terapéutica.

RESULTADOS

Se incluyeron 51 pacientes (52 tratamientos): 34 casos en el grupo guselkumab; 13, brodalumab; y 5, tildrakizumab. La media (± DE) de edad fue de 53,9 ± 17,1 años, siendo un 57,7% hombres. Únicamente, 4 pacientes (7,8%) eran naive a tratamiento biológico. De entre los 47 pacientes pretratados con biológicos, 40 (85,1%) habían sido tratados con un anti-TNF-alfa; 25 (53,2%), con un anti-IL-12/23; y 15 (31,9%), con un anti-IL-17. La media de biológicos previos fue de 2,0 ± 1,4 [rango 1-5]. El PASI basal medio fue de 12,4 ± 7,7. El PASI medio en la primera visita de seguimiento (realizada a las 24,5 ± 11,7 semanas) fue de 1,7 ± 3,1. La reducción en el PASI medio obtenida fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En la primera visita de seguimiento, 24 (46,1%) casos alcanzaron PASI 100; 31 (59,6%), PASI 90; y 39 (75,0%), PASI 75. El promedio del MPR fue 92 ± 15% (rango 57-116%). Sin embargo, no se observó que los pacientes con mayor grado de adherencia, presentaran una mayor efectividad (p=0,4). Se reportaron los siguientes efectos adversos en 4 casos: infección de tracto respiratorio superior (n=2), candidiasis orofaríngea (n=1), diarrea (n=1) y mialgia (n=1). Durante el periodo de estudio, un tratamiento con tildrakizumab fue suspendido por inefectividad en la semana 15.

CONCLUSIONES

En la práctica clínica real, brodalumab, guselkumab o tildrakizumab son fármacos efectivos: en nuestra cohorte, un 75% y un 45% de los casos había alcanzado PASI 75 y PASI 100, respectivamente, en la primera visita de seguimiento. La tolerancia al tratamiento fue adecuada. El grado de adherencia no estuvo relacionado con la efectividad del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

142. BRODALUMAB EN PSORIASIS MODERADA-GRAVE: EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD

AUTORES

ARAGON GRACIA I, SÁNCHEZ GUNDÍN J, ARMESTO ALONSO S, GÓMEZ GÓMEZ D, BARBADILLO VILLANUEVA S, ILLARO URANGA A, RIOJA CARRERA M, VALERO DOMINGUEZ M
HOSPITAL MARQUES DE VALDECILLA. AVENIDA VALDECILLA 25. CANTABRIA

OBJETIVOS
Evaluar efectividad de brodalumab tras 12 semanas de tratamiento en una cohorte de pacientes con psoriasis moderada-grave. Como objetivo secundario, comparar dicha efectividad según la línea de tratamiento recibida.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo (junio 2019 - abril 2021) llevado a cabo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con brodalumab durante 12 semanas.
Se registraron características poblacionales basales (edad y sexo), presencia de artritis psoriásica, tratamientos biológicos previos (incluido apremilast), posología, suspensión del tratamiento, motivo y duración.
Para medir la efectividad, se recogieron en semana 0 y semana 12 el índice de severidad del área de psoriasis (PASI) y la calidad de vida (DLQI). Las variables para medir la respuesta fueron PASI75 y PASI100 en semana 12.
Los pacientes se dividieron en dos grupos según la línea de tratamiento: 2ª/3ª línea y sucesivas líneas.
Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica (PEA®) e historia clínica electrónica (Altamira®).
El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® y para comparar la relación existente entre la respuesta PASI75 y PASI100 frente a la línea de tratamiento se empleó la prueba chi-cuadrado y test de Fisher, respectivamente. Se tomó $p < 0,05$ como relación estadísticamente significativa.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 40 pacientes, con una mediana de edad de 56 años (23-76), mayoritariamente mujeres (65%). El 48% (19) de los pacientes presentaban artritis psoriásica y la mediana de tratamientos previos fue de 3 (1-9). El 61% (24) de posologías eran según ficha técnica, 37% (15) estaban intensificadas y 2% (1) optimizadas.
En cuanto a la efectividad, se obtuvieron datos de PASI para 21 pacientes, que disminuyó de 8,1±6,5 en semana 0 a 3,3±6,4 en semana 12, correspondiendo a un descenso del 59%. Para estos pacientes, el 48% (10) alcanzó PASI75 en semana 12 y el 29% (5) PASI100. En relación al DLQI, se obtuvieron datos de 19 pacientes y descendió de 7,5±4,8 a 3,8±5, suponiendo una reducción del 51%.
A fecha fin de estudio, el 30% (12) de pacientes habían suspendido tratamiento [25% (10) por inefectividad y 5% (2) por efectos adversos (picor, diarreas y sospecha enfermedad inflamatoria intestinal)] tras una mediana de duración de 22 semanas (6-95).
En cuanto a la línea de tratamiento, de los 21 pacientes para los que había datos de respuesta, el 52% (11) llevaban brodalumab en 2ª/3ª línea y el 48% (10) en sucesivas (4ª-10ª línea), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas de un grupo frente al otro en cuanto a PASI75 y PASI100 en semana 12 (p=0.8350 y p=0.6351, respectivamente). De los 12 pacientes que habían suspendido el tratamiento, 42% llevaban el fármaco en 2ª/3ª línea y 58% en sucesivas.

CONCLUSIONES
Uno de cada tres pacientes tratados con brodalumab suspende el tratamiento, lo que indica que, aunque parezca una alternativa efectiva en la remisión clínica y mejora de la la calidad de vida, se requieren estudios adicionales para valorar qué factores pueden afectar a dicha efectividad. También resulta alentador que este tratamiento sea efectivo en pacientes multitratados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

156. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE GUSELKUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE REFRACTARIOS.

AUTORES
NIEVAS BAÑOS AB, MANCILLA MONTERO E, RUIZ LARA LM, HERNANDEZ PARADA J
HOSPITAL REINA SOFÍA. AVDA. MENENDEZ PIDAL, S/N. CORDOBA

OBJETIVOS
La psoriasis es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica y recurrente producida por la hiperproliferación de queratinocitos epidérmicos combinada con una estimulación exacerbada de la inmunidad. El objetivo de este estudio fue la evaluación de la eficacia y la seguridad en práctica clínica de guselkumab como tratamiento sistémico en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave tras fracaso con otros fármacos biológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, y multidisciplinar realizado en condiciones de práctica clínica habitual en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes adultos tratados con guselkumab, diagnosticados de psoriasis en placas de moderada a grave, tras fracaso con otras terapias biológicas convencionales. Los datos se obtuvieron mediante revisión de la historia clínica Diraya y el registro de tratamientos del programa de Pacientes externos (Dominion®). Se recogieron variables demográficas generales (sexo, edad, peso, comorbilidades asociadas). Las variables seleccionadas para valorar la efectividad fueron el índice de gravedad de la psoriasis (PASI) y la afectación de la superficie corporal (BSA). Para la evaluación de la seguridad se registraron los efectos adversos relacionados con guselkumab. Para el análisis de los resultados se utilizó el programa estadístico Minitab.

RESULTADOS
En este estudio se registraron 12 pacientes en tratamiento con guselkumab. La edad media de estos pacientes fue de 51,83 años (36-74) con un total de 2 mujeres y 10 hombres. El peso medio fue 97,100kg ±16,176DS. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas fueron; hipertensión arterial (41,16%), fumadores/exfumadores (33,34%), problemas cardíacos (16,67%) y amidalectomia (16,67%). El porcentaje de pacientes que desarrollaron otra patología autoinmune, como artritis psoriásica/dolores articulares, espondilitis, colitis ulcerosa o ileítis, fue de un 25%.

Todos los pacientes previamente habían pasado por un medicamento antiTNF, mayoritariamente fue etanercept, seguido de adalimumab y una mediana de 2(1-6) tratamientos biológicos previos a guselkumab. El último medicamento administrado previo a la recidiva fue, mayoritariamente, ustekinumab (33,34%). Con un PASI basal cuando empezaron la administración de guselkumab de 7,0083 (IC95%, 3,49-10,52) mientras que la media del BSA fue de 14,083 % (IC95% 2,5-25,665). Tras el periodo de seguimiento y tras una mediana de 22 meses (IC95%, 6,23-24,00) de tratamiento con guselkumab estos parámetros mejoraron obteniendo una media de PASI 1,74 (IC95%, 0,86-2,63) y de BSA de 3,90%(IC95%, 1,79-6,02). Hubo 3 pacientes que se les pudo suspender la administración por aclaramiento total de las lesiones.
En cuanto a la seguridad evaluada de este fármaco, mostró un porcentaje muy bajo de efectos adversos (8,34%) entre los que destacan: plaquetopenia, leucopenia y mareo.

CONCLUSIONES

El tratamiento con guselkumab como tratamiento para la psoriasis refractaria a otros tratamientos biológicos muestra una mejora en cuanto a los parámetros clínicos observables (PASI, BSA) y en los síntomas en los pacientes revisados en este estudio. La frecuencia de efectos adversos es muy baja, siendo un fármaco muy bien tolerado, por lo que se puede considerar un fármaco muy seguro y eficaz.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

207. PRESCRIPCIONES DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

ALVAREZ GRANDE B, IZQUIERDO NAVARRO MDC, FIJÓ PRIETO A, CAMACHO PARREÑO S, SANCHEZ SANCHEZ MT
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. AVENIDA RAMÓN Y CAJAL, 3. VALLADOLID

OBJETIVOS

Evaluación de la adherencia de las nuevas prescripciones de fármacos biológicos en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) al protocolo aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

En Junio de 2020, es presentado el documento “Criterios de uso de fármacos en el tratamiento de la EII”, elaborado por un grupo multidisciplinar en el que participan farmacéuticos expertos en el área.
Estudio retrospectivo, observacional, de 10 meses de duración, en el que se incluyeron todos los inicios y cambios de tratamiento con fármacos biológicos incluidos en el documento. El protocolo establece: 1ª línea de tratamiento: fármacos inhibidores del factor de necrosis tumoral (antiTNF): Adalimumab (ADA), Infliximab (IFX) y Golimumab (GOL). La elección, se basaría en el contexto clínico del paciente valorando eficiencia, seguridad, vía de administración, disponibilidad de niveles y posibilidad o necesidad de asociar inmunosupresores. 2ª línea:otro antiTNF o cambio de diana a Vedolizumab (VDZ)y Ustekinumab (UTK), que serían de elección frente a antiTNF en caso de que éstos estuviesen contraindicados, falta o pérdida de respuesta, y de, manera excepcional, se valorará individualmente en determinadas circunstancias por su mejor perfil de seguridad (infecciones o fragilidad). VDZ es una opción en colitis ulcerosa (CU) y fracaso al tratamiento convencional o antiTNF y en enfermedad de Crohn (EC) en pacientes con fallo o intolerancia previa a antiTNF con resultados menos consistentes en EC en cuanto a eficacia. UTK es una opción en EC refractaria o intolerantes a antiTNF aportando un inicio de acción más rápido que VDZ.
3ª línea y sucesivas: Tofacitinib (TOF), opción en CU con pérdida de respuesta o intolerancia al tratamiento convencional o biológico, teniendo en cuenta las precauciones de uso establecidas por la AEMPS(pacientes con factores de riesgo para tromboembolismo venoso y > 65 años); UTK y VDZ si no se han usado en segunda línea.
Variables recogidas: número de solicitudes, edad y sexo, diagnóstico,paciente naive o líneas sucesivas,fármaco solicitado y grado de adherencia al protocolo.

RESULTADOS

Se incluyeron 49 solicitudes nuevas (47 pacientes); para 1 paciente, hubo 3 solicitudes de fármacos (IFX, UTK, VDZ). El 66% eran hombres (31/47) con una media de edad de 46 (rango 23-69) años. El 81% (38/47) de los pacientes tenían EC. De las nuevas solicitudes, el 49% (24/49) corresponden a pacientes naive (17/24 ADA, 7/24 IFX), el 29% (14/49) fueron segundas líneas (7/14 UTK, 3/14 ADA, 3/14 IFX, 1/14 VDZ), un 22% (11/49) se solicitaron como 3ª línea (7/11 UTK, 3/11 VDZ, 1/11 TOF), y un 6% (3/49) son solicitudes de 4ª línea (1/3 UTK, 1/3 VDZ, 1/3 TOF).
La adherencia al protocolo fue del 100% para todas las solicitudes.

CONCLUSIONES

Disponer de un protocolo de manejo de fármacos en EII y su difusión entre los profesionales implicados en el manejo de estos pacientes garantiza la selección de la terapia más adecuada basándose en criterios de eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia; todo esto queda reflejado en el 100% de adherencia obtenido.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

265. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD TRAS EL SWITCH DE ADALIMUMAB ORIGINAL AL BIOSIMILAR EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE PSORIASIS

AUTORES

ORTEGA BELÍO I, ARRONDO VELASCO A, ULACIA EPELDE L, FRESÁN RESTITUTO D, LAMAS PILLO A, MAGRO VÁZQUEZ C, RODRÍGUEZ ESQUÍROZ A, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. IRUNLARREA, 3. NAVARRA

OBJETIVOS
Evaluar la efectividad y seguridad tras el cambio de adalimumab original al biosimilar en pacientes diagnosticados de psoriasis.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de psoriasis tratados con adalimumab original a los cuales se les había realizado el cambio al biosimilar entre diciembre del 2019 y marzo del 2021. Las variables registradas fueron: edad, sexo, diagnóstico, efectividad a los 2 meses como mínimo, duración previa con adalimumab original, efectos adversos, tratamientos concomitantes, suspensión tras cambio y optimización de la pauta. Todos los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica de los pacientes y del programa de dispensación de la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos. Para evaluar la efectividad y seguridad se recogió el índice PASI (Psoriasis Area Severity Index) y los efectos adversos registrados tras el cambio respectivamente.

RESULTADOS
Entre diciembre de 2019 y marzo de 2021, 39 pacientes con diagnóstico de psoriasis realizaron cambio de adalimumab original a adalimumab biosimilar. De éstos, 23 pacientes aún no disponían de datos de efectividad y seguridad, por lo que se incluyeron 16 pacientes. La edad media fue de 52 años (24-74) y la distribución por sexos fue de 3 mujeres (18,75%) y 13 hombres (81,25%). En el momento del cambio al biosimilar, sólo 3 pacientes llevaban tratamiento tópico concomitante, que siguieron manteniendo. La duración media del tratamiento con adalimumab original fue de 26 meses (0,25-55). Se registró el PASI a los 2 meses como mínimo tras el cambio para evaluar la efectividad del biosimilar. De los 16 pacientes, 12 pacientes (75%) mantuvieron un PASI igual o menor, con una media inicial de 0,9 (0-3) y una posterior de 0,6 (0-3), por lo que se observó una reducción en el PASI del 33,3%. Además, a 6 de estos 12 pacientes se les optimizó la pauta a cada 3 semanas (4 pacientes) y a cada 4 semanas (2 pacientes). Los 4 pacientes restantes de los 16 (25%), alcanzaron un PASI superior, con una media inicial de 2,7 (0-8) y una posterior de 5,8 (1-15), por lo que se observó un incremento en el PASI del 53,5%. De éstos últimos, 3 pacientes cambiaron el tratamiento a otro biológico por falta de respuesta. No se observaron efectos adversos relevantes. Se consiguió un ahorro económico importante tras el switch.

CONCLUSIONES
Tras el switch de adalimumab original a adalimumab biosimilar se mantiene la efectividad y seguridad en la mayoría de los pacientes diagnosticados de psoriasis. Adalimumab biosimilar es una alternativa más eficiente, lo que contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

333. EFICACIA Y SEGURIDAD DE IXEKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PSORIASIS MODERADA-GRAVE EN PRÁCTICA REAL

AUTORES
ELBERDÍN PAZOS L, FERNÁNDEZ TORRES RM, MATEOS SALVADOR M, OUTEDA MACIAS M, VILLALTA ANDÚJAR T, BLANCO CASTRO E, FONSECA CAPDEVILA E, MARTÍN HERRANZ MI
CHUAC. A CORUÑA. A CORUÑA

OBJETIVOS
Ixekizumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea IL-17A indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos candidatos a tratamiento sistémico. El objetivo de este estudio es valorar la eficacia y seguridad de ixekizumab en pacientes con psoriasis moderada a grave en práctica real. El objetivo secundario es comparar la eficacia con los resultados obtenidos en los 3 estudios pivotales (EEPP) (UNCOVER-1, UNCOVER-2, UNCOVER-3) en la posología aprobada para la indicación de psoriasis (160 mg semana 0, 80 mg semanas 2, 4, 6, 8, 10 y 12, seguido de dosis de mantenimiento 80 mg c/4 semanas).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo del 100% pacientes con psoriasis moderada a grave que recibieron tratamiento con ixekizumab desde su comercialización hasta abril 2021. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación. Todos los pacientes otorgaron su consentimiento informado previo a la inclusión en el estudio.
Fuentes de datos: aplicativo informático Silicon®, historia clínica informatizada IANUS®.
Variables recogidas: edad, sexo, tiempo desde diagnóstico hasta inicio de terapia biológica, medicamentos biológicos previos y motivo de cambio, Psoriasis Area Severity Index (PASI) previo al inicio de ixekizumab (PASI_ixek) y a las 12 y 60 semanas de tratamiento, PASI al finalizar tratamiento con ixekizumab (PASI_fin), efectos adversos.
1/Evaluación de eficacia: % pacientes que alcanzan una mejoría del 100% del valor PASI_ixek (PASI100) y del ≥75% del valor PASI_ixek (PASI75) a las semanas 12 y 60 de tratamiento.
2/Evaluación de seguridad: registro de efectos adversos en la historia clínica hasta la semana 60 de tratamiento.
Estadística: análisis descriptivo de variables (SPSS versión 24.0); variables cualitativas (mediana/rango) y cuantitativas (porcentaje).

RESULTADOS
19 pacientes (68,4% hombres). Edad 58 (rango 27-74) años. Tiempo desde el diagnóstico hasta inicio de terapia biológica 15,9 (1,1-39,6) años. Tratamiento biológico previo: 94,7% pacientes, 3 (rango 1-5) líneas, 100% anti-TNF y 77,8% anti-IL, motivo suspensión: 54,5% fallo secundario, 38,1% fallo primario, 7,3% reacción adversa. En los EEPP el 64% de los pacientes habían recibido tratamiento previo con biológicos. PASI_ixek 11,2 (7,2-32,4), PASI_ixek EEPP 17,4 a 18,3 (en función del estudio).

1/Evaluación eficacia semana 12 (19 pacientes). Respuesta PASI100 en 79,0% (EEPP: 37,8%) y PASI75 en 84,2% de los pacientes (EEPP: 88,7%).
Evaluación eficacia semana 60 (14 pacientes). Respuesta PASI100 y PASI75 en 36,8% de los pacientes (EEPP: 57,5% y 83,3% respectivamente).
Suspensiones de tratamiento: 52,6% pacientes. Tiempo de tratamiento 13,8 (6,2-20,8) meses. Motivo suspensión: 10% fallo primario, 90% fallo secundario. PASI_fin 15,5 (10-26,4). Líneas tratamiento previo 4 (1-5).
Continuación de tratamiento al final del periodo de estudio: 47,4% pacientes. Tiempo de tratamiento 15,6 (5,9-44,7) meses. Líneas tratamiento previo 3 (1-4).
2/Evaluación de la seguridad. Ningún paciente presentó efectos adversos durante el tratamiento con ixekizumab.

CONCLUSIONES

Según nuestra experiencia, ixekizumab es un tratamiento seguro y de rápido inicio de acción para el tratamiento de la psoriasis en placa moderada a grave. Sin embargo, se observa una mayor pérdida de eficacia que en los EEPP a lo largo del tiempo que puede estar influida por tratamientos biológicos previos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

420. RELACIÓN ENTRE NIVELES SÉRICOS DE USTEKINUMAB Y ACTIVIDAD CLÍNICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

AUTORES

LAO DOMÍNGUEZ FÁ, FOBELO LOZANO MJ, KECO HUERGA A, GUTIÉRREZ PIZARRAYA A, ESPINA LOZANO JM, CASTRO FERNÁNDEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE VALME. AVDA. ILDEFONSO MARAÑÓN LAVÍN 8 10. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar los niveles séricos de ustekinumab (UST) y la actividad de la enfermedad en pacientes con enfermedad de Crohn (EC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, multidisciplinar y unicéntrico, en el que se incluyeron todos los pacientes con EC en tratamiento con UST en mantenimiento durante el año 2020 y a los que se les realizó al menos una determinación del nivel sérico de UST. Se recogieron variables demográficas, clínicas y bioquímicas a partir de la historia clínica digitalizada: sexo, edad, localización y fenotipo de EC, cirugía previa, tratamientos biológicos previos, pauta posológica de UST, duración de tratamiento, reinducción previa con UST IV, uso de corticoides y/o inmunosupresores, proteína C reactiva (PCR) y calprotectina (CAL). La actividad de la enfermedad fue establecida por un gastroenterólogo en el momento de la determinación del nivel, considerando si el paciente se encontraba en remisión clínica según el índice de Harvey-Bradshaw (puntuación igual o menor a 4). La extracción de muestras se realizó justo antes de la siguiente administración de UST. La técnica analítica empleada fue el ELISA sándwich (Promonitor®). Las variables cuantitativas se describieron mediante mediana y rango intercuartílico y las categóricas mediante frecuencia y porcentaje. La comparación entre variables cuantitativas se realizó mediante el test no paramétrico de Mann Whitney.

RESULTADOS

Se incluyeron 41 muestras de 37 pacientes (20 mujeres) con edad mediana de 43 años (RIQ:35-52,5). La EC se localizó en el 62,2 % en íleon distal-colon, el 27% en íleon-ciego y el 10,8% en colon. El perfil de la EC fue inflamatorio en el 43,2%, estenosante en el 32,4%, en el 10,8% penetrante y en el 13,5% estenosante-penetrante. El 45,9% de los pacientes presentaban cirugía de resección intestinal previo al inicio de UST.
En el 70,3% de los pacientes, UST se utilizó en tercera línea de tratamiento biológico, el 27% en segunda y en el 10,3% en cuarta. La pauta posológica fue 90 mg cada 8 semanas (68,3%), cada 7 semanas (4,9%), cada 6 semanas (9,8%) y cada 4 semanas (17,1%). El tiempo de tratamiento fue de 23 meses (RIQ:10-29). El 10,3% de los pacientes se habían reinducido con una dosis IV. El 5,4% de los pacientes estaban en tratamiento concomitante inmunomodulador (metotrexato) y el 8,1% con corticoides orales (budesónida o prednisona).
El nivel de CAL estuvo disponible en el 68,3% de los pacientes. En los pacientes con remisión clínica, los valores de CAL y de PCR fueron de 116,7 µg/g (RIQ:71,8-213,9) y 1,9 mg/L (RIQ:1,3-3,1) respectivamente, y de 206,4 µg/g (RIQ:64,5-378,1) (p=0,595) y 3,9 mg/L (RIQ:1,85-12,3) (p < 0,05) en aquellos sin remisión.
Del total de muestras, 18 (43,9%) correspondían a pacientes que se encontraban en remisión clínica, los cuales presentaron un nivel sérico mediano de UST de 2,78 (RIQ:1,84-4,13) mcg/mL; en el resto de muestras sin remisión clínica el nivel fue 2,08 (RIQ:1,05-3,5) mcg/mL (p=0,337).

CONCLUSIONES

En el estudio, no se ha encontrado diferencia estadísticamente significativa en los niveles séricos de UST de los pacientes con o sin remisión clínica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

424. RESULTADOS EN VIDA REAL DEL TRATAMIENTO CON CLADRIBINA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

CAZORLA PODEROSO L, NAVARRO AZNÁREZ H, PÉREZ MORENO M, ABAD BAÑUELOS B, LÓPEZ PÉREZ A, PASCUAL PERALES J, HERRANZ BAYO E, AGUILÓ LAFARGA I
HOSPITAL MIGUEL SERVET. Pº ISABEL LA CATOLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS
Evaluar la efectividad y seguridad de cladribina en Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (EMRR) en la práctica habitual de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con EMRR que iniciaron cladribina desde su comercialización hasta marzo de 2020. Cladribina se administra por vía oral, ajustado por peso, en dos ciclos anules durante dos años. Variables estudiadas: sexo, edad al inicio del tratamiento, terapias previas, efectividad clínica, efectos adversos y adherencia. La efectividad se valoró a partir de la estabilidad clínica a criterio facultativo, ausencia de brotes, discapacidad neurológica según la escala del estado de incapacidad expandida (EDSS) y actividad radiológica. Se excluyeron los pacientes que no complementaron un año tras la administración de la primera dosis de cladribina. Fuente de datos: historia clínica y programa informático FarmaTools®. Los datos se recogieron y trataron de forma anonimizada en Excel®. Estudio estadístico: SPSS® versión 22.0.

RESULTADOS
Dieciséis pacientes con EMRR activa fueron tratados con cladribina oral, 1 de ellos se excluyó por no cumplir los criterios de inclusión. De los 15 pacientes incluidos 9 eran mujeres, y la edad mediana al inicio del tratamiento de 36 [19-52] años. Los pacientes estaban vacunados de varicela- zóster y no presentaban infecciones latentes del virus de la hepatitis B y C. Todos recibieron terapias previas a cladribina oral, 5 de ellos fracasando al tratamiento con fingolimod. Tres pacientes iniciaron cladribina oral como 1ª línea, 6 como 2ª línea, 2 como 3ª línea, 3 como 4ª línea y 1 como 5ª línea. Diez pacientes recibieron el primer año de tratamiento completo mientras que, 5 completaron los dos años de tratamiento.
Se observó estabilidad clínica en 14 pacientes. La mediana de EDSS basal fue de 2,5 [0-6,5] frente al EDSS actual de 2 [0-6,5] observándose en 11 pacientes mantenimiento y en 4 mejoría significativa. En 13 pacientes no se observó, en los posteriores 6-12 meses, actividad radiológica ni nuevas lesiones respecto a las resonancias magnéticas basales. En 2 pacientes se observó actividad radiológica, aunque no fue concluyente. Además, no se notificaron brotes en ninguno de los pacientes durante el tratamiento.
Respecto a la seguridad del fármaco se registraron efectos adversos en 2 pacientes: 1 linfopenia grado 3 (recuperados niveles normales de linfocitos en 3 meses) y 1 erupción cutánea, pero no supuso la interrupción del tratamiento. Todos los pacientes presentaron buena tolerancia y adherencia al fármaco.

CONCLUSIONES
El tratamiento con cladribina en la EMRR parece ser efectivo al observar la no progresión de la enfermedad en la gran mayoría de los pacientes. Además, tiene buena tolerancia y toxicidad limitada. Pero debido a la limitación del tamaño muestral, son necesarios posteriores estudios que confirmen los resultados en este contexto.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

425. RELACIÓN ENTRE CONCENTRACIONES SÉRICAS DE VEDOLIZUMAB EN FASE DE INDUCCIÓN Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

AUTORES
MARTÍN GIL M, MARTÍN GUTIÉRREZ N, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, REBOLLO DÍAZ N, MUÑOZ NUÑEZ F, PADULLÉS ZAMORA N, MIARONS FONT M, OTERO LÓPEZ MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO DE SAN VICENTE, 182, 37007 SALAMANCA. SALAMANCA

OBJETIVOS
Vedolizumab ha supuesto un importante avance en el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) en aquellos pacientes que no han respondido o no son candidatos a líneas farmacológicas previas, incluidos fármacos anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF). El objetivo del estudio ha sido evaluar la capacidad predictiva de las concentraciones séricas de vedolizumab (CSV) determinadas en la fase temprana de inducción para predecir respuesta al tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio prospectivo, multicéntrico y multidisciplinar de 3 años de duración. Se incluyeron pacientes diagnosticados de CU moderada o grave, que iniciaron tratamiento con vedolizumab con la pauta indicada en ficha técnica y en los que se realizó un primer control de CSV en la semana 6 de la fase de inducción. El estudio fue autorizado por los CEIm de los centros participantes. Se recogieron datos demográficos, de tratamiento, clínicos [índice mayo parcial (Mayop)], endoscópicos [índice Mayo endoscópico (Mayoend)] y biomarcadores de actividad [proteína C reactiva (PCR) y calprotectina fecal (CF)]. Se determinaron las CSV, en muestras pre-dosis de la semana 6, mediante técnica de inmunoabsorción ligada a enzimas (ELISA).
Se consideraron pacientes respondedores a aquellos con respuesta bioquímica: CPF < 100 mg/kg y reducción de PCR respecto a valor basal; respuesta clínica: Mayop < 3; y respuesta endoscópica: valor índice Mayoend < 2. Se definió falta de respuesta precoz como la necesidad de administrar una dosis adicional en la semana 10 de inducción, y respuesta a largo plazo como aquella mantenida durante el primer año sin necesidad de intensificar el tratamiento debido a pérdida de respuesta.
Se realizó un análisis de curvas ROC, con el fin de determinar el punto de corte de las CSV obtenidas en la semana 6 para la respuesta precoz y a largo plazo.

RESULTADOS
Se incluyeron 30 pacientes (13 mujeres), con una mediana (rango) de edad de 55 (18-85) años, de los que 16 habían recibido previamente terapia con anti-TNF. La mediana de CSV (rango) en la semana 6 fue de 19,2 (10,0-43,2) µg/mL. Diez pacientes precisaron una administración extra en la semana 10 de inducción, debido a falta de respuesta precoz.

El punto de corte óptimo para la curva ROC en pacientes monitorizados en la semana 6 y a partir del que se observó respuesta precoz fue de 16,7 µg/mL, con un área bajo la curva (AUC) de 0,794 (IC95%: 0,600- 0,989; p < 0,05).
A lo largo del primer año de tratamiento, 16 pacientes fueron intensificados y a 10 pacientes se les suspendió el tratamiento debido a pérdida de respuesta. El punto de corte de buena respuesta a largo plazo para la curva ROC de CSV en la semana 6 fue de 24,09 µg/mL, AUC: 0,837 (IC95%: 0,688-0,986; p < 0,05).

CONCLUSIONES

En esta cohorte limitada de pacientes se observó una relación entre las CSV determinadas en la semana 6 y la respuesta a la terapia a corto y largo plazo en pacientes con CU tratados con vedolizumab. Por tanto, la monitorización temprana de las CSV en la fase de inducción podría ser útil como herramienta predictiva de la respuesta al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

427. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CLADRIBINA EN LA PRÁCTICA REAL

AUTORES

DÍAZ RAMÓN M, MENENDEZ NARANJO L, CANO MOLINA JA, LAORDEN CARRASCO A, GOLNABI DOWLATSHAHI F, MARTINEZ IBAÑEZ MA, GIL ALMELA J, RUIZ GOMEZ A

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXA. CARRETERA MADRID-CARTAGENA S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de cladribina en pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes que habían recibido al menos un curso de tratamiento con cladribina (1,75mg/kg el primer año, dosis acumulada de 3,5mg/kg durante dos años) y transcurrieron 6 meses tras su administración, desde enero de 2018 hasta octubre de 2020.
Las variables recogidas fueron: nº de pacientes tratados con cladribina, nº pacientes tratados con dos ciclos de cladribina, nº pacientes tratados con el primer ciclo de cladribina, sexo, edad, tratamientos previos, años desde el diagnostico hasta la instauración del tratamiento. La efectividad se midió por la existencia o nº de brote/s tras el tratamiento, así como la aparición de nuevas lesiones en la resonancia magnética (RM) y la seguridad por el recuento de linfocitos previos al diagnóstico, a los 2 y 6 meses del primer y segundo curso de tratamiento y aparición de complicaciones infecciosas.
Las fuentes de información utilizadas han sido el programa de prescripción electrónica asistida y el programa de historia clínica del hospitaL.

RESULTADOS

Se incluyeron 16 pacientes con EERR activa, 12 habían recibido el tratamiento completo con cladribina y 4 solo habían recibido las dosis del primer curso. La media de edad fue de 43 años (rango 20-63 años), y la relación entre mujeres y hombres fue de 7:1 (87,5% mujeres). El tiempo medio desde el diagnóstico hasta el tratamiento con cladribina fue de 7,8 años. 15 de los 16 pacientes habían recibido terapias previas, y la media de fármacos administrados antes de la cladribina fue de 2; teriflunomida (9), acetato de glatirámero (7), interferon beta (6), natalizumab (4), fingolimod (2).
Respecto a la efectividad, solo 1 paciente (6,25%) tuvo un brote a los 7 meses del primer curso de tratamiento con aparición de nuevas lesiones en la RM.
Por otro lado, en cuanto a la seguridad la media de linfocitos previos al tratamiento fue de 2,15 x103 células/mm3, la media de linfocitos a los dos y seis meses tras el primer curso de tratamiento fue de 1,31 x103 células/mm3 y 1,27 x103 células/mm3 respectivamente y la media de linfocitos a los dos y seis meses tras el segundo ciclo de tratamiento fue de 0,96 x103 células/mm3 y 0,94 x103 células/mm3 respectivamente. Tras completar el primer curso (16 pacientes), un 6,25% tuvo linfopenia de grado 1, un 18,7% linfopenia de grado 2 y un 6,25% linfopenia de grado 3. Tras completar el segundo ciclo (12 pacientes), un 12,5% tuvieron linfopenia grado 1 y un 12,5% linfopenia grado 2. Ningún paciente ha presentado complicaciones infecciosas.

CONCLUSIONES

En nuestro hospital, el tratamiento con cladribina es efectivo ya que la mayor parte (93,75%) de los pacientes no han presentado nuevos brotes ni lesiones en la RM. Respecto a la seguridad, se ha observado linfopenia al finalizar el tratamiento completo, sin embargo, ninguno de los pacientes han presentado complicaciones infecciosas. No obstante sería conveniente ampliar el nº de sujetos estudiados para confirmar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

429. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE BENRALIZUMAB, MEPOLIZUMAB Y RESLIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE NO CONTROLADA

AUTORES

GUILLÉN MARTÍNEZ O, GONZÁLEZ FERNÁNDEZ A, ROCHINA ASTORGA A, SORIANO IRIGARAY L, MATOSES CHIRIVELLA C, NAVARRO RUIZ A

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CALLE ALMAZARA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

Benralizumab, mepolizumab y reslizumab son anticuerpos (Ac) monoclonales humanizados que actúan inhibiendo la actividad de la interleucina 5 (IL-5), responsable de la diferenciación, la maduración, el reclutamiento y la activación de los eosinófilos humanos. El objetivo general es evaluar la eficacia y seguridad en la práctica clínica habitual de benralizumab, mepolizumab y reslizumab en pacientes con asma eosinofílica grave, insuficientemente controlada con corticosteroides inhalados y/u orales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital general de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de asma eosinofílica grave tratados con benralizumab, mepolizumab o reslizumab entre abril de 2017 y abril de 2021. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad), clínicas (recuento absoluto de eosinófilos, al inicio y al final del tratamiento, exacerbaciones), farmacoterapéuticas (tipo de Ac monoclonal, duración del tratamiento) y de toxicidad (reacciones adversas debidas al fármaco). Los datos se extrajeron de los programas informáticos OrionClinic12® y Farmasyst®.

RESULTADOS

Se detectaron 28 pacientes distintos durante el periodo de estudio. La media de edad fue de 62 años (DE: 14,4) y el 75% fueron mujeres. Siete de ellos fueron tratados con más de un Ac monoclonal, por tanto, se evaluaron 14 tratamientos con benralizumab, 12 con mepolizumab y 9 con reslizumab. La duración media de tratamiento fue 16 meses (DE= 7,12) con benralizumab, 22 meses (DE=13,95) con mepolizumab y 25 meses (DE=8,47) con reslizumab. Al evaluar la eficacia, se observó que 12 de los pacientes (85,71%) en tratamiento con benralizumab presentaron una disminución del valor medio de eosinófilos en un 91,52% respecto al nivel inicial, con reslizumab, 8 pacientes (88,89%) experimentaron una reducción media en un 68,83% y con mepolizumab todos los pacientes presentaron una disminución del nivel de eosinófilos en un 75,11%. Sólo 1 paciente abandonó el tratamiento con benralizumab debido a empeoramiento clínico con exacerbaciones clínicas y necesidad de incrementar o añadir corticoesteroides inhalados y/u orales, y cambió de tratamiento a reslizumab. Con respecto a mepolizumab, el porcentaje de abandono fue del 50% (2 pacientes por empeoramiento clínico que cambiaron a benralizumab, 3 pacientes por reacciones adversas como cefaleas, mialgias y urticarias, a los que se consideró cambiar a reslizumab y 1 paciente debido a embarazo). Y en relación con reslizumab, sólo 1 paciente abandonó el tratamiento debido a empeoramiento clínico, modificando el tratamiento a benralizumab.

CONCLUSIONES

El tratamiento con benralizumab, mepolizumab y reslizumab en asma eosinofílica grave es eficaz en la mayoría de los pacientes en condiciones de práctica clínica habitual. La suspensión del tratamiento por toxicidad solamente se observó en pacientes en tratamiento con mepolizumab, teniendo lugar en el 25%.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

439. COMPARATIVA DE RESULTADOS EN SALUD DE ANTI-CD20 EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE PRIMARIA PROGRESIVA: OCRELIZUMAB Y RITUXIMAB

AUTORES

HERRANZ BAYO E, AGUILÓ LAFARGA I, LÓPEZ PÉREZ A, PERALES PASCUAL J, PÉREZ MORENO M, CAZORLA PODEROSO L, VICENTE ITURBE C, ESCOLANO PUEYO Á

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Conocer el perfil de utilización de los fármacos anti-CD20, ocrelizumab y rituximab, en esclerosis múltiple primaria progresiva (EMPP) y comparar su efectividad en la práctica clínica de un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes con EMPP tratados con Ocrelizumab y Rituximab desde 01/05/2018-30/04/2021. Variables: sexo, edad, tiempo de evolución de la enfermedad al inicio del tratamiento, tratamientos previos con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES) y tiempo en tratamiento. La efectividad se midió como incremento en la escala del grado de discapacidad funcional, Expanded Disability Status Scale (EDSS), y presencia de actividad radiológica por resonancia magnética (RM) a los 12,18 y 24 meses. Fuentes de datos: programas informáticos Farmatools® y Oncowin® e historia clínica. Recogida de datos en Excel® y análisis con SPSS Statistics 21®.

RESULTADOS

7 pacientes recibieron ocrelizumab y 5 rituximab. Más de la mitad eran mujeres en ambos grupos (57% ocrelizumab 60% rituximab). Edad media al inicio del tratamiento 47 años en ocrelizumab (34-57) y 57 en rituximab (48-67). La mediana de tiempo de evolución de la enfermedad fue mayor con ocrelizumab, 9 años (1-15) versus 2 años rituximab (1-14). Rituximab fue primera línea en todos los pacientes excepto en uno que recibió un FAME previo mientras que ocrelizumab sólo fue primera línea en 1 paciente (segunda en 3 y tercera en otros 3). La mediana de tiempo en tratamiento con Ocrelizumab fueron 28 meses (3-35) frente a los 16 meses (2-24) con rituximab. Ningún paciente tratado con Ocrelizumab abandonó la terapia mientras que 2/5 pacientes con rituximab lo hicieron por fracaso a los 12 y 18 meses. En ambos grupos falleció un paciente, a los 24 meses con rituximab y 28 con ocrelizumab.

La mediana de EDSS al inicio del tratamiento fue similar en ambos grupos, 6 (4-8) con rituximab y 6,5 (4-8) con ocrelizumab. Presentaron actividad radiológica en RM previa al inicio del tratamiento 4/5 pacientes con rituximab y 4/7 con ocrelizumab.

Tras 12 meses de tratamiento la puntuación EDSS se mantuvo constante en casi todos los pacientes, incrementándose únicamente 1 punto en 1/4 pacientes con rituximab y 0,5 en 1/6 con ocrelizumab. A los 18 meses se incrementó la EDSS 1 punto en 1/2 pacientes de rituximab y se mantuvo con ocrelizumab. A los 24 meses sólo se disponía de datos con ocrelizumab que incrementó 0,5 puntos la EDSS en 1/5 pacientes. La mediana EDSS se mantuvo estable todo el periodo de seguimiento con Ocrelizumab (6) mientras que con rituximab se incrementó a los 18 meses 0,75 puntos (6,75).

A los 12 meses sólo se observó actividad radiológica en RM en 1/4 pacientes con rituximab y en 1/6 pacientes con ocrelizumab.

Las diferencias encontradas en las medianas de EDSS a los 12 y 18 meses no fueron estadísticamente signtificativas.

CONCLUSIONES
Parece que ocrelizumab mantiene más estable la progresión de la EMPP que rituximab, no obstante es necesario estudios de mayor tamaño muestral y periodo de seguimiento para demostrar esa tendencia y conseguir significancia estadística.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

447. EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE ERENUMAB Y GALCANEZUMAB EN PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA

AUTORES
LOSA LOPEZ L, GRACIA GARCIA B, PUEBLA VILLAESCUSA A, MURGADELLA SANCHO A, GARCIA SANCHEZ SM, CANO SANCHEZ LM, LOZANO MORENO D, HIDALGO ALBERT E
HOSPITAL MOISÈS BROGGI. CALLE JACINT VERDAGUER, 90, SANT JOAN DESPÍ, BARCELONA. BARCELONA

OBJETIVOS
Evaluar la eficacia y seguridad de erenumab y galcanezumab en la profilaxis de la migraña crónica (MC) o migraña episódica de alta frecuencia (MEAF) en vida real.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital comarcal de 400 camas desde julio 2019 hasta abril 2021.
Variables recogidas:
Basales: sexo y edad.
Del tratamiento: tipo de migraña (MC: ≥ 15 días de migraña al mes (DMM) o MEAF (8-14 DMM), tratamientos preventivos previos, adherencia (registro de dispensaciones).
De eficacia y seguridad: reducción ≥50% de DMM y disminución de ≥5 puntos en la escala Headache Impact Test (HIT-6) a los 3, 6 y 12 meses con erenumab y a los 3 y 6 meses con galcanezumab; efectos adversos (EA) reportados por el paciente.
Los datos se extrajeron de las historias clínicas informatizadas (visitas médicas, farmacéuticas y de enfermería, tanto presenciales como telemáticas) y se analizaron con Excel®.

RESULTADOS
Se incluyeron 32 pacientes, 88% mujeres, edad media 48 años (19-72).
19 pacientes fueron tratados con erenumab (pauta habitual 70 mg/4 semanas; el 58 % estaban intensificados a 140 mg/4 semanas) y 13 con galcanezumab (240 mg dosis de carga seguido de 120mg/mes).
El 61% de los pacientes presentaban MC y el 49% MEAF. Los pacientes habían recibido 4,8 tratamientos preventivos previos de media. Los más frecuentes fueron: toxina botulínica (94%), topiramato (91%), amitriptilina (83%), propranolol (77%) y flunarizina (66%).
La adherencia al tratamiento con ambos fármacos fue del 98%.
Erenumab: reducción a los 3 meses de DMM ≥50% en el 42% de los pacientes y disminución de ≥5 puntos en la escala HIT-6 en el 68% (n=19); a los 6 meses 50% y 88% (n=16) y a los 12 meses 83% y 67% respectivamente (n=6).
EA reportados: estreñimiento (55%), reacción local en la zona de inyección (5%) y prurito generalizado (5%).
Retirada de erenumab en 7 pacientes: fracaso terapéutico (1), estreñimiento severo (1), estabilización de la migraña y retirada progresiva según las recomendaciones del protocolo del centro (5).
1 paciente reinició con erenumab por empeoramiento de la cefalea a los 8 meses.
Galcanezumab: reducción a los 3 meses de DMM ≥50% en el 62% de los pacientes y disminución de ≥5 puntos en la escala HIT-6 en el 62% (n=13); a los 6 meses 75% y 75% respectivamente (n=8).
EA reportados: estreñimiento (38%), vértigo (23%) y dolor leve-moderado en la zona de inyección (15%).
El tratamiento con galcanezumab se retiró en uno de los pacientes por fracaso terapéutico.

CONCLUSIONES
Erenumab y galcanezumab han demostrado ser eficaces a medio plazo en más de la mitad de los pacientes de nuestro estudio.
Se observa un elevado porcentaje de pacientes que requieren intensificación de dosis con erenumab.
El efecto adverso más frecuente de ambos tratamientos es el estreñimiento. En el caso de galcanezumab es destacable la frecuente aparición de vértigos y dolor en el punto de inyección.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

457. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BELIMUMAB SC EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

AUTORES
DÍAZ RAMÓN M, MENENDEZ NARANJO L, CANO MOLINA JA, LAORDEN CARRASCO A, GOLNABI DOWLATSHAHI F, MARTINEZ IBAÑEZ MA, GIL ALMELA J, TORRO GARCIA L
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXA. CARRETERA MADRID-CARTAGENA S/N. MURCIA

OBJETIVOS
Belimumab en pluma precargada para administración subcutánea (sc) se incorporó a la guía de nuestro hospital en enero de 2019 para el tratamiento de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) activo, con autoanticuerpos positivos, con un alto grado de actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento estándar. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de la presentación sc de belimumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes en tratamiento con belimumab sc desde enero de 2019 a enero de 2021.
Las variables recogidas fueron: sexo, edad, nº pacientes que pasaron de belimumab iv a sc, tiempo medio de tratamiento con belimumab sc, terapias previas, y valores de anti-DNA, c3 y c4 antes y después de belimumab sc.
La efectividad se midió por la existencia o ausencia de brotes, la disminución de anti-DNA, c3, c4 y la suspensión o reducción de dosis de corticoides. La seguridad se evaluó por la existencia de eventos adversos (EA) relacionados con belimumab.
Las fuentes de información utilizadas han sido el programa de prescripción electrónica asistida y el programa de historia clínica del hospital.

RESULTADOS

Se analizaron 16 pacientes en tratamiento con belimumab sc, 7 pasaron de belimumab iv a sc. La media de edad fue de 44 años, un 93,75% mujeres. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta el tratamiento con belimumab sc fue de 15 años y el tiempo medio en tratamiento con belimumab sc fue de 17,5 meses. Todos los pacientes recibieron terapias previas, con una media de fármacos por paciente de 3,8. Todos se encontraban en tratamiento con corticoides antes de iniciar belimumab sc.
En cuanto a la efectividad, ningún paciente ha sufrido un brote en tratamiento con belimumab sc. En los pacientes que pasaron de belimumab iv a sc (n=7), los niveles medios de anti-DNA se redujeron de 21,7 a 12,1mg/dL, y los niveles medios de c3 y c4 mejoraron aumentando de 78,9 a 97mg/dL y de 16,1 a 20,9mg/dL respectivamente. En los pacientes que iniciaron directamente belimumab sc (n=9), los niveles medios de anti-DNA pasaron de 23,3 a 9,6mg/dL, y los niveles medios de c3 y c4 de 75,2 a 89,7mg/dL y de 15,1 a 18,8mg/dL respectivamente. En 10 pacientes se ha suspendido el tratamiento con corticoide, 2 se encuentran en pauta de descenso y 4 siguen en tratamiento.
No se observó ningún EA en los pacientes que pudiera ser asociado a belimumab sc.

CONCLUSIONES

El tratamiento con belimumab sc parece efectivo tanto en pacientes nuevos como en los que proceden de la presentación iv, ya que hasta el momento ninguno ha presentado nuevos brotes, los niveles medios de anti-DNA se han reducido y los niveles de c3 y c4 han aumentado, implicando una disminución de consumo de complemento. Además, un 62,5% de pacientes ha conseguido suspender el tratamiento con corticoide. Respecto a la seguridad, no se han observado EA derivados de belimumab. Sin embargo, sería conveniente ampliar el nº de sujetos estudiados y el tiempo de seguimiento para confirmar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

459. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB

AUTORES

APARICIO CARREÑO C, FÓRNEAS SANGIL A, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B, GÁNDARA ANDE A, PAMPÍN SÁNCHEZ R, TEMBRÁS TEMBRÁS S, AYASTUY RUIZ A, BARBAZÁN VÁZQUEZ FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO CABUEÑES. CALLE LOS PRADOS, 395. ASTURIAS

OBJETIVOS

Analizar el impacto en la calidad de vida de los pacientes con dermatitis atópica moderada-grave (DAMG) que iniciaron terapia con dupilumab. Como objetivos secundarios analizar su efectividad y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado desde junio hasta diciembre de 2020. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de DAMG candidatos a tratamiento con dupilumab, que cumplían los siguientes criterios: ser mayores de edad, refractarios a medicación tópica, con uso previo de ciclosporina (con respuesta insatisfactoria o contraindicada), con extensión y severidad del eccema (Eczema Area Severity Index, EASI) ≥21, evaluación global del médico (Physician Global Assessment, PGA) ≥3, una afectación mínima del área de superficie corporal (Body Surface Area, BSA) ≥10%. Debían además dar consentimiento verbal para participar en el estudio. En la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia (SF) se les proporcionaba el cuestionario de calidad de vida DLQI (Dermatology Life Quality Index, cuya puntuación queda definida como: 0-1 “la enfermedad no afecta nada la calidad de vida del paciente”, 2-5 “poca afectación”, 6-10 “moderada afectación”, 11-20 “gran afectación”, 21-30 “extremadamente gran afectación”) para ser cumplimentado al inicio y a las 16 semanas de terapia. Además, en las visitas al SF se revisaba la evolución clínica del PGA (que considera el 0 como “dermatitis aclarada”, 1 “mínima”, 2 “ligera”, 3 “moderada”, 4 “grave” y 5 “muy grave”), del EASI (que considera: 0-7 “afectación leve”, 7-21 “moderada”, 21-50 “grave” y 50-72 “muy grave”) y del BSA (definida como superficie corporal afecta: 0-16% “leve”, 16-40% “moderada” y 40-100% “grave”), así como el número y magnitud de reacciones adversas sufridas relacionadas con el fármaco según los Criterios de Terminología de Eventos Adversos (Common Terminology Criteria for Adverse Events, CTCAE) v 5.0.

RESULTADOS

9 pacientes fueron candidatos a participar en el estudio, de los cuales 8 dieron su consentimiento para realizar los cuestionarios, 2 lo revocaron y 1 presentó fallo primario al fármaco con retirada del mismo antes de la semana 16. La mediana de edad fue de 27 años (20-51). La puntuación media del cuestionario DLQI antes del inicio de la terapia fue de 19,8 puntos (15-24) y a las 16 semanas de 5,2 (0-9), lo que supuso una reducción media de 14.6 puntos (11-24). La puntuación media del PGA pasó de ser 3,4 puntos (3-4) a 1,8 (1-3), que se tradujo en una reducción media de 1,6 puntos (0-2). La puntuación media del EASI pasó de ser 28,6 puntos (21,5-38,4) a 4.84 (2-11,7), reducción media de 23,76 puntos (19-34,4). La puntuación media del BSA pasó de ser 53,3% (34-60) a 9,9% (3.5-26), disminución media de 43,4% (24-56).

Desarrollaron reacciones adversas 3 de los 5 pacientes, todas de grado 1-2 según la CTCAE, reportándose conjuntivitis en 3 pacientes y candidiasis genital en 1.

CONCLUSIONES

Aunque el número de pacientes es limitado, parece que dupilumab mejora de forma importante la calidad de vida y reduce la sintomatología con un perfil de seguridad favorable en pacientes con DAMG.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

464. DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA GRAVE: EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y PATIENT-REPORTED OUTCOMES

AUTORES

ROMERO JIMENEZ RM, VICENTE VALOR J, RUIZ BRIONES P, ALMODOVAR REAL A, MORALES DE LOS RIOS LUNA P, SUAREZ FERNANDEZ R, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M

HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN. C/ DR. ESQUERDO, 47. MADRID

OBJETIVOS

La utilización de dupilumab para el tratamiento de la dermatitis atópica (DA) grave está condicionada a su registro en Valtermed (Sistema de Información del Valor Terapéutico de Medicamentos). Esto pone de manifiesto el gran interés suscitado respecto a sus resultados en la práctica clínica. Nuestro objetivo fue evaluar la efectividad, seguridad y los patient-reported outcomes (PROs) del tratamiento con dupilumab en pacientes con DA grave.

MATERIALES Y MÉTODOS

En enero 2020, se creó un grupo multidisciplinar de atención integral y coordinada a pacientes con DA grave. Los resultados de dupilumab se evaluaron mediante un estudio prospectivo y longitudinal, donde se incluyeron a todos los pacientes que iniciaron tratamiento con dupilumab para DA grave entre febrero y diciembre 2020.

Variables basales registradas: demográficas (edad y sexo) y farmacoterapéuticas (fecha de diagnóstico y de inicio del tratamiento con dupilumab, posología utilizada y tratamientos sistémicos previos). La efectividad se evaluó con el EASI (Eccema Area and Severity Index) basal, en la semana 16, 52 y EASI50 en la semana 16. La seguridad se evaluó mediante la detección de los efectos adversos en la entrevista con el paciente. Los PROs evaluados fueron: calidad de vida (DLQI basal y en la semana 52) y satisfacción con el tratamiento (1-10). El análisis estadístico se realizó con el programa Stata®v14.2.

RESULTADOS

Se incluyeron 17 pacientes con DA grave. El 88% eran hombres, con una mediana de edad de 33 años (RIC 27-40). El tiempo medio desde el diagnóstico al inicio de tratamiento fue 22,8 años (DE 12,1). Previamente al uso de dupilumab, todos los pacientes habían recibido tratamiento con ciclosporina, corticoides (n=16), metotrexato (n=5) o azatioprina (n=5).

La mediana de tiempo en tratamiento con dupilumab fue de 13,9 meses (RIC 7,6-14,6). La media del EASI basal fue 36,8 (DE 8,47). En la semana 16 y 52 el EASI fue 6,1 (DE 3,61) y 3,1 (DE 1,64) respectivamente, medido este último en los 9 pacientes que llegaron a ese tiempo de tratamiento. El 100% de los pacientes alcanzaron EASI 50 en la semana 16. La media del DLQI basal fue 17,1 (DE 6,5) y en la semana 52 fue 2 (DE 2,1), medida en los 9 pacientes que llegaron a ese tiempo de tratamiento. La satisfacción de los pacientes con el tratamiento fue 9,1/10.

La posología del dupilumab fue 600mg de dosis carga seguida de 300 mg/14 días, no se modificó la dosis en ningún paciente durante el seguimiento. Se suspendió el tratamiento en un paciente en la semana 50 debido a un fallo secundario del tratamiento. Los efectos adversos detectados fueron: enrojecimiento ocular (n=8), picor ocular (n=6), conjuntivitis (n=5), alteraciones palpebrales (n=4), fatiga (n=3), queratitis (n=2) y alteraciones en la zona de inyección (n=2).

CONCLUSIONES

El tratamiento con dupilumab resultó efectivo en la práctica clínica, ya que el 100% de los pacientes alcanzaron el EASI 50. Se redujo el impacto de la DA en la calidad de vida de los pacientes hasta un impacto leve o nulo. Los efectos adversos más frecuentemente detectados fueron a nivel ocular.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

466. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE GALCANEZUMAB

AUTORES

APARICIO CARREÑO C, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B, GÁNDARA ANDE A, FÓRNEAS SANGIL A, BARBAZÁN VÁZQUEZ FJ, MARTÍNEZ-MÚGICA BARBOSA C, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ A, TEMBRÁS MARTÍNEZ S

HOSPITAL UNIVERSITARIO CABUEÑES. CALLE LOS PRADOS, 395. ASTURIAS

OBJETIVOS

Analizar el impacto en la calidad de vida de los pacientes con migraña crónica (MC) que iniciaron terapia profiláctica con galcanezumab. Como objetivos secundarios analizar su efectividad y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado desde junio hasta diciembre de 2020. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de MC candidatos a tratamiento con galcanezumab, que cumplían los siguientes criterios: ser mayores de edad, que padeciesen ataques migrañosos 8 o más días al mes y que fuesen refractarios a todas las líneas terapéuticas con indicación clínica preventivas de migraña (incluida la toxina botulínica). Debían además dar consentimiento verbal para

participar en el estudio. En la unidad de pacientes externos del Servicio de Farmacia se les proporcionaba el cuestionario de calidad de vida HIT-6 (Headache Impact Test Questionnaire) para que lo rellenasen en el momento del inicio y a las 16 semanas de terapia. Este cuestionario consta de 6 preguntas y a cada posible respuesta se le asigna un valor numérico: nunca = 6, rara vez = 8, algunas veces = 10, muy frecuentemente = 11, siempre = 13; y su suma presenta un rango entre 36 y 78: ≤ 49 impacto pequeño o ausente en la calidad de vida, 50-55 impacto leve, 56-59 impacto moderado, ≥ 60 impacto grave. Además, se revisaba en la historia clínica del paciente la reducción del número de días con cefalea al mes y las reacciones adversas sufridas relacionadas con el fármaco según los Criterios de Terminología de Eventos Adversos (Common Terminology Criteria for Adverse Events, CTCAE) v 5.0.

RESULTADOS

11 pacientes comenzaron terapia con galcanezumab en las fechas comprendidas en el estudio. Accedieron a realizar los cuestionarios pacientes, 6 mujeres y 3 hombres, con una mediana de edad de 53 años (39-72). La media del cuestionario HIT-6 antes del inicio de la terapia era de 66.2 (50-74) puntos (impacto grave en la calidad de vida) y a las 16 semanas de 51.5 (36-66) puntos (leve impacto), lo que supuso una reducción media en la puntuación del cuestionario de 14.7 puntos (3-31). La media de días con cefalea antes de comenzar la terapia y a las 16 semanas fueron, respectivamente, 16 (12-22) y 5 (0-11), lo que supuso una reducción media de 11 días (8-13).
Desarrollaron reacciones adversas relacionadas con el tratamiento 2 de los 9 pacientes, ambas de grado 2 (gravedad moderada), consistentes en el desarrollo de urticaria (1 ocasión) y aumento de las cifras tensionales (1 ocasión). Ambas precisaron la interrupción de la terapia.

CONCLUSIONES

Aunque los datos son limitados, galcanezumab parece que mejora la calidad de vida y reduce la sintomatología en pacientes con MC, con un perfil de toxicidad aceptable. Se requieren estudios con un número mayor de pacientes para confirmar la efectividad y seguridad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

492. EXPERIENCIA DE USO DE DUPILUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA GRAVE REFRACTARIA

AUTORES

GANFORNINA ANDRADES A, RODRIGUEZ MORETA C, CORRALES PAZ M, TUDELA TOMAS J, PLA PASAN R, RODRIGUEZ MATEOS ME, HUERTAS FERNANDEZ MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. AVD, ANA DE VIYA, 21. CÁDIZ

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de dupilumab en pacientes diagnosticados de dermatitis atópica grave (DAG) refractarios a medicación tópica y que han fracasado o presentan contraindicación a ciclosporina. Del mismo modo, se pretende valorar la adherencia al tratamiento

MATERIALES Y MÉTODOS

Dupilumab es un anticuerpo monoclonal recombinante de la inmunoglobulina G4 humana que inhibe la señalización de la interleucina-4 y la interleucina-13. Está financiado para la DAG en adultos candidatos a tratamiento sistémico. La dosis recomendada es 600 mg vía subcutánea seguido de 300 mg cada dos semanas.
Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a los pacientes diagnosticados de DAG que iniciaron tratamiento con dupilumab entre enero-2018 y abril-2021. Los criterios clínicos requeridos para el inicio del tratamiento fueron: puntuación “Eczema Area and Severity Index” (escala EASI) ≥21, valor “Physician Global Assessment” (PGA) ≥3 y afectación mínima del área de superficie corporal (BSA) ≥10%; así como fracaso a medicación tópica y ciclosporina. Los datos se obtuvieron de la historia clínica digital y del módulo de dispensación individualizada. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, tratamientos previos, fototerapia, optimización de dosis y adherencia al tratamiento. La efectividad se evaluó mediante la mejora de un 50% en el EASI (EASI-50) y una disminución del PGA≥2 en la semana 16. Se consideraron respondedores aquellos pacientes que a las 16 semanas cumplían con estos resultados y que además los mantenían a las 24 y 52 semanas. La seguridad se valoró mediante la aparición de efectos adversos (EA) graves. Se consideraron adherentes aquellos que tenían un cumplimiento terapéutico ≥90%.

RESULTADOS

Se incluyeron 23 pacientes diagnosticados de DAG (edad media: 35 ± 17 años; sexo: 52,2% mujeres). Todos habían sido tratados con medicación tópica y con fármacos inmunomoduladores. Además, el 43,5% (10/23) recibió previamente fototerapia y el 26,1% (6/23) tratamiento biológico con omalizumab. La media de EASI basal fue 28 (21-46). El 73,9% (17/23) de los pacientes habían alcanzado la semana 16 de tratamiento en el momento del estudio. De estos, el 82,4% (14/17) logró un EASI-50 y una disminución en el PGA≥2 respecto al basal, mientras que 17,6% (3/17) restante suspendió el fármaco: dos por falta de respuesta y uno por reacción adversa cutánea (eritema y sequedad extensa). En cuanto a los pacientes respondedores, el 78,6% (11/14) alcanzó la semana 24 de tratamiento y el 14,3% (2/14) la semana 52; en ambos casos se mantuvo la respuesta. Solamente una paciente respondedora suspendió el tratamiento a los 11 meses por embarazo. La mayoría manifestaron EA leves como conjuntivitis, cefalea y reacción en el lugar de inyección. La optimización de dosis a 300 mg cada 4 semanas se logró en tres pacientes. En cuanto a la adherencia, el 91,3% (21/23) se consideraron adherentes.

CONCLUSIONES

Dupilumab es un fármaco efectivo que podría considerarse una opción de tratamiento en pacientes con DAG que han fracasado previamente a medicación tópica y a ciclosporina. Su uso es seguro con un perfil de EA manejable. Además, los pacientes mostraron buena adherencia al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

499. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE GALCANEZUMAB EN PROFILAXIS DE MIGRAÑA CRÓNICA Y EPISÓDICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES
ANTÓN MÉNDEZ X, LURI FERNÁNDEZ DE MANZANOS M, MOÑINO BLÁZQUEZ B, BARROSO CASTRO J, LIGROS TORRES M, CALLEJA BUENO A, FERNÁNDEZ PEÑA A, CASAS ARRATE J
HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. CRUCES PLAZA, S/N. VIZCAYA

OBJETIVOS
Evaluar la efectividad de la profilaxis con galcanezumab en pacientes con migraña crónica o episódica refractaria tras las 12 primeras semanas de tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en el que se revisó la historia clínica de los pacientes con diagnóstico de migraña crónica (MC) o migraña episódica (ME) refractaria en seguimiento por el Servicio de Neurología de un hospital terciario que habían completado al menos 12 semanas de tratamiento con galcanezumab hasta el 1 de mayo de 2021. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, tipo de migraña (MC, ME), número de grupos terapéuticos (GT) empleados antes que galcanezumab (antidepresivos tricíclicos, antiepilépticos, betabloqueantes, antagonistas del calcio y toxina botulínica), días de migraña/mes (DMM), intensidad del dolor migrañoso (escala visual analógica, EVA) e impacto funcional del mismo (Headache Impact Test, HIT-6), previos al inicio de galcanezumab y a las 12 semanas del inicio del mismo. Se evaluó la efectividad de galcanezumab en base a la reducción de la frecuencia de los episodios de migraña (tasa de reducción; TR) y de los valores EVA y HIT-6 tras 12 semanas de tratamiento. Se consideró que la profilaxis con galcanezumab era efectiva si producía una reducción de al menos el 50% de DMM (TR≥50%).

RESULTADOS
Se incluyeron 65 pacientes (80% mujeres) con una mediana de edad de 48 años (23-78), y una media de 21,7 ± 7,8 DMM. La mayoría (72,3%) sufría MC. El 36,9% de los pacientes había fracasado a los 5 GT antes del inicio de galcanezumab, el 38,5% a 4 GT, el 20% a 3 GT, el 3% a 2 GT y el 1,5% solo a 1 GT.
Tras 12 semanas de tratamiento, se observó una reducción media de 9,9 ± 7,9 DMM. El 51,1% de los pacientes con MC mostró una TR≥50%, el 29,8% TR≥75%, y ninguno obtuvo una TR del 100%. De los pacientes con ME, el 77,8% mostró TR≥50%, el 33,3% TR≥75% y ninguno TR=100%. Se observó una reducción nula de DMM en 11 pacientes, todos refractarios a 3 o más GT previos a galcanezumab.
El 66% de los pacientes con MC y el 83,3% con ME experimentaron reducción en la intensidad del dolor migrañoso, con una mejoría de al menos 3 puntos en la escala EVA en un 28% y un 56% de los mismos, respectivamente.
Antes del tratamiento, 57 pacientes sufrían un impacto muy severo en su vida (≥60 puntos). Tras 12 semanas, el 32% de ellos pasó a sufrir poco o ningún impacto (≤49 puntos), el 21% cierto impacto (50-55 puntos), el 14% un impacto importante (56-59 puntos), y el 33% restante no experimentó mejoría.

CONCLUSIONES
Los resultados obtenidos en la práctica clínica de nuestro hospital refuerzan los datos de eficacia de los ensayos clínicos de galcanezumab: TR≥50% en el 51,1% de pacientes con MC (27,6% en REGAIN), y en el 77,8% con ME (62,3% y 59,3% en EVOLVE-1 y EVOLVE-2). Además, se redujeron intensidad e impacto funcional del dolor migrañoso en la mayoría de los pacientes tratados.
Conviene realizar más estudios para confirmar la efectividad de este tratamiento a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

502. PERSISTENCIA Y SEGURIDAD DE TOFACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES
FERNANDEZ DE LA FUENTE MA, BLANCO SERRANO B, HIDALGO CALLEJA C, MARTIN GUTIERREZ N, OTERO LOPEZ MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO SAN VICENTE Nº 58-182. SALAMANCA

OBJETIVOS
Evaluar la persistencia del tratamiento con tofacitinib y los factores asociados a ésta, así como su seguridad en pacientes con artritis reumatoide en condiciones de práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de todos los pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con tofacitinib entre marzo de 2018 y febrero de 2021 en nuestro centro.
Las variables recogidas fueron: sexo, edad, línea de tratamiento y duración de la misma, suspensión del tratamiento y motivo del mismo, tratamiento concomitante con fármacos modificadores de la enfermedad convencionales (FAMEsc) y efectos adversos.
Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica del paciente y del programa de dispensación a pacientes externos.
Para analizar la persistencia se calcularon el tiempo transcurrido desde el inicio hasta la suspensión del tratamiento y la probabilidad de persistencia a los 12 y 24 meses, mediante análisis de Kaplan-Meier. Las diferencias en la persistencia según la línea de tratamiento se determinaron con la prueba log-rank test. Se realizó un análisis de regresión de Cox para evaluar si la edad, el sexo y la asociación con FAMEsc eran factores que influían en la persistencia. La seguridad se evaluó

mediante la detección de efectos adversos y/o intolerancia a tofacitinib. Todos los cálculos se realizaron con el programa estadístico IBM SPSS® v.23.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 66 pacientes, de ellos 48 mujeres (72,7%) con una mediana de edad de 61 años (rango 37-86). Tofacitinib se prescribió en 19 pacientes (28,8%) en primera línea, en 24 pacientes (36,4 %) en segunda línea y en 23 (34,8 %) en tercera o posterior. Cuarenta y dos pacientes (63,6%) tenían FAMEsc como tratamiento concomitante y otros 24 (36,4%) estaban en monoterapia.

De los 66 pacientes, 31 (47,0%) discontinuaron el tratamiento y 35 (53,0%) continuaban a la fecha de finalización del estudio. Los motivos de discontinuación del tratamiento fueron pérdida de efectividad en 10 pacientes (32,3%), efectos adversos en 16 pacientes (51,6%) y otros motivos (contraindicado en mayores de 65 años por alerta sanitaria) en 5 pacientes (16,1%).

La mediana de tiempo de persistencia fue 25,2 meses [IC95%:16,1-34,3] y la probabilidad de persistencia a los 12 meses fue del 67,8% [55,9-79,7] y a los 24 meses del 50,4% [36,9-63,9]. La persistencia fue similar para las distintas líneas de tratamiento: 22,3 meses en primera línea; 19,4 en segunda y 21,6 en tercera línea (log-rank p=0,308).

El análisis de regresión de Cox mostró que la presencia de FAMEsc era el único factor que influía de manera estadísticamente significativa en la persistencia (HR=0,44; IC95%:0,20-0,96; p=0,04), reduciendo la probabilidad de discontinuar el tratamiento.

Veinte pacientes (30,3%) presentaron efectos adversos leves-moderados, siendo los más frecuentes las infecciones (10 pacientes). No hubo ningún efecto adverso grave (ingreso hospitalario), ni fenómenos tromboembólicos.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra que la terapia combinada con FAMEsc aumenta la probabilidad de persistencia de tofacitinib en pacientes con artritis reumatoide, si bien sería necesario ampliar el tamaño muestral y el tiempo de seguimiento para confirmarlo.

Los efectos adversos, aunque de carácter leve-moderado, pueden comprometer seriamente la persistencia del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

521. RESULTADOS DE LA SECUENCIACIÓN DE ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP PARA EL TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA CRÓNICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

BRICEÑO CASADO MDP, GIL SIERRA MD, DE LA CALLE RIAGUAS B, MORENO RAMOS C, JULIÁ LUNA FJ

HOSPITAL GENERAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. CTRA. MADRID, AV. EXTREMADURA, KM 114. TOLEDO

OBJETIVOS

Los anticuerpos monoclonales contra la vía del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (AM-anti-CGRP) se utilizan como prevención de la migraña crónica (MC). Existe poca evidencia sobre su uso secuencial, dificultando la toma de decisiones terapéuticas. El objetivo es evaluar la efectividad y seguridad de la secuenciación de AM-anti-CGRP como tratamiento preventivo de la MC en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo multicéntrico de pacientes con MC tratados secuencialmente con dos AM-anti-CGRP entre 01/08/2018-01/05/2020. Se utilizaron la historia clínica electrónica y el programa de prescripción Dominion® para registrar: sexo, edad, tratamiento previo, AM-anti-CGRP utilizados, duración del tratamiento, motivo del cambio y días mensuales de migraña. Para medir la efectividad se utilizó la reducción ≥50% de días mensuales de migraña respecto al valor basal y disminución en intensidad del dolor, diferenciando dos periodos: 3 primeros meses de tratamiento y los posteriores. En aquellos pacientes que no cumplieron ninguno de estos criterios se consideró ausencia de respuesta. Para evaluar la seguridad se registraron las reacciones adversas (RA) y discontinuaciones del tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 7 pacientes: 5 mujeres (71%) y 2 hombres (29%), con media de edad de 45 (25-68) años. La media de tratamientos previos fue 6 (4-10), siendo los más frecuentes: toxina botulínica (n=7), topiramato (n=5), flunarizina (n=5), amitriptilina (n=4), propranolol (n=4) y zonisamida (n=3). El primer AM-anti-CGRP utilizado fue galcanezumab en 6 pacientes y erenumab en uno, con una media de 7 (4-10) meses de tratamiento. El segundo AM-anti-CGRP fue erenumab en 4 pacientes, fremanezumab en 2 y galcanezumab en uno, durante una media de 6 (3-14) meses. El motivo de cambio en todos los casos fue ausencia de respuesta. El número basal de días mensuales de migraña fue ≥8 para todos los pacientes.

Con el primer AM-anti-CGRP se registró disminución en intensidad del dolor en 3 pacientes, de los cuales 2 también presentaron una reducción ≥50% de días mensuales de migraña respecto al valor basal en los 3 primeros meses de tratamiento. La efectividad se perdió progresivamente tras 3 meses hasta observarse ausencia de respuesta en estos pacientes. Los restantes 4 pacientes presentaron ausencia de respuesta desde el inicio del tratamiento. Con el segundo AM-anti-CGRP, 3 pacientes presentaron reducción ≥50% de días mensuales de migraña durante los 3 primeros meses, observándose disminución en la intensidad del dolor en 2 de ellos. Se produjo pérdida de respuesta en 2 pacientes tras 3 meses. Los 4 restantes presentaron ausencia de respuesta durante todo el tratamiento, siendo además los mismos que no respondieron al primer AM-anti-CGRP desde el inicio.

Respecto a las RA, un paciente presentó erupción cutánea durante el tratamiento con galcanezumab como segundo AM-anti-CGRP. No se produjeron discontinuaciones de tratamiento.

CONCLUSIONES

Menos de la mitad de los pacientes tratados con secuenciación de AM-anti-CGRP presentaron respuesta al primer y segundo tratamiento, siendo la falta de respuesta el principal motivo de cambio. Aquellos pacientes en los que se observó ausencia total de respuesta con el primer AM-anti-CGRP tampoco respondieron al segundo. Las RA fueron escasas sin requerir discontinuaciones de tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

529. EXPERIENCIA DEL USO DE GALCANEZUMAB EN PROFILAXIS DE MIGRAÑA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

ROS OLASO A, BOO RODRIGUEZ J, BERISTAIN ARAMENDI I, GONZALEZ FERNANDEZ T, LANDA ALBERDI J, LIZEAGA CUNDÍN G, IRASTORZA LARBURU MB, ARANGUREN REDONDO MA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. Pº DR. BEGUIRISTAIN, 109. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

El objetivo es evaluar las condiciones de uso, eficacia y seguridad del galcanezumab en la práctica clínica, comparándolas con el informe del posicionamiento terapéutico (IPT) en los pacientes candidatos.

El IPT concluye que, galcamezumab ha sido financiado en migraña crónica (MC) y migraña episódica (ME) de alta frecuencia, 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 tipo A en MC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico realizado entre enero 2020 y diciembre 2020 en un hospital universitario terciario. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de migraña en tratamiento con galcanezumab.

Variables demográficas: sexo, edad, tipo de migraña, líneas de tratamiento profiláctico previo y grupo terapéutico (GT).

Variables de eficacia: días de migraña al mes (DMM) (se comparó el cambio entre la medida de la media de los DMM a los 3 meses respecto al valor basal) y la reducción del número de DMM (Efectivo: una reducción de los DMM ≥ 50% a los 3 meses respecto al valor basal).

Variables de seguridad: reacciones adversas (RA) descritas en la historia clínica y suspensiones de tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 56 pacientes, el 76,8% (n=43) mujeres. La edad media fue de 49± 10,1 años. Todos padecían MC, excepto uno que tenía ME de alta frecuencia. Los pacientes habían fracasado a una media de 4,7 (3-10) líneas previas de tratamiento profiláctico, empleados a dosis suficientes al menos 3 meses. Los GT más frecuentes fueron: antiepilépticos (89,3%) beta-bloqueantes (66,1%) y calcio antagonistas (48,2%). Todos con MC habían sido tratados previamente con infiltraciones de toxina botulínica tipo A.

La media de los DMM previo al inicio de tratamiento fue 15,7±5,4 y a los 3 meses 11,2±6, obteniendo una reducción de 4,5 (0-22) días de los DMM a los 3 meses. El 33,9% (n=19), presentó una reducción ≥50%, el 17,9% (n=10) consiguió reducir en un 30-50% y el 48,2% (n=27) en < 30% los DMM a los 3 meses.

En cuanto a seguridad, se detectaron RA en el 7,1% (n=4) de los pacientes en el periodo de seguimiento. Las RA fueron: prurito local (20%), sofocos (20%), disnea (40%) y vértigos (40%). Las RA motivaron la suspensión del tratamiento en el 50% (n=2) tras la 3º administración y el 50% (n=2) restante, abandonó el tratamiento por falta de eficacia y RA tras la evaluación de los 3 meses.

CONCLUSIONES

Todos los pacientes del estudio cumplieron con los criterios de financiación del IPT.

Los resultados de eficacia obtenidos en la práctica clínica, fueron similares a los publicados en los ensayos clínicos.

Galcanezumab, presentó un buen perfil de seguridad, siendo bien tolerando en la mayoría de pacientes. Las RA más frecuentes fueron el vértigo y la fatiga, RA del fármaco ya descritas en los ensayos y ficha técnica. En un paciente, se detectó una RA previamente no descrita, sofocos.

Se recomienda un seguimiento más a largo plazo de estos pacientes, para continuar evaluando la respuesta y seguridad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

549. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE GALCANEZUMAB EN PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA

AUTORES

FIJÓ PRIETO A, FERNANDEZ PEÑA S, ALVAREZ GRANDE B, QUEIPO GARCIA E, GUITIAN BERMEJO C, BLANCO GARCIA P, SANCHEZ SANCHEZ MT

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VALLADOLID. AVD. RAMÓN Y CAJAL, 3. VALLADOLID

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad de galcanezumab en profilaxis de migraña crónica y episódica en pacientes altamente pretratados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo, en el que se incluyeron pacientes durante 7 meses (01/06/2020- 31/12/2020). Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con galcanezumab durante el periodo del estudio. Se excluyeron los pacientes que habían recibido previamente en ensayo clínico tratamiento con antagonistas del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Se analizaron como variables de efectividad: % reducción de migrañas/mes a los 3 meses de tratamiento respecto al número migrañas/mes basal; nº migrañas mensuales. Variables de seguridad: presencia de efectos adversos (EA), tipo de EA, retirada del tratamiento por EA.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica, información de los pacientes proporcionada en los seguimientos de atención farmacéutica y calendarios de cefaleas mensuales cumplimentados por los pacientes.
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

Un total de 59 pacientes fueron tratados durante el periodo de estudio. 16 pacientes fueron excluidos por haber participado previamente en un ensayo clínico con antagonistas CGRP. De los 43 pacientes incluidos: 39(90%) mujeres, media de edad 44,7 (±12,1) años. 38 (88%) pacientes con diagnóstico de migraña crónica, 5 (12%) pacientes con diagnóstico de migraña episódica. Los pacientes habían sido tratados previamente de mediana con 6 (rango 3-16) tratamientos. El nº previo de migrañas mensuales en migraña crónica fue de 17 (rango 7-30) con 29 (rango 16-30) cefaleas totales al mes. El nº previo de migrañas mensuales en migraña episódica fue de 10,4 (±1,1) migrañas y 12 (±2,3) cefaleas totales al mes.
Recibieron otro tratamiento para la profilaxis de la migraña de forma concomitante a galcanezumab 23(53%) pacientes.
A los 3 meses del tratamiento, 6 (14%) pacientes tuvieron una respuesta > 30%, 16 (37%) pacientes > 50%, 6(14%) pacientes > 75%, en 15(35%) pacientes no se redujo el número de migrañas mensuales. La mediana de migrañas mensuales en los 3 meses de tratamiento en los pacientes con migraña crónica respondedores fue de 9 (rango 2-28). La media de migrañas mensuales a los 3 meses de tratamiento en los pacientes con migraña episódica respondedores fue de 3 (±0.82)
Presentaron efectos secundarios 30 (69,8%) pacientes, se suspendió el tratamiento por efectos secundarios en 4 (9,3%) de los pacientes. Reportaron episodios de vértigo/mareos 17 (39,5%) pacientes, 14 (32,6%) pacientes presentaron síntomas de estreñimiento.

CONCLUSIONES

La población del estudio es altamente pretratada, más que la descrita en los ensayos de galcanezumab, aun así, galcanezumab fue efectivo en un alto porcentaje de pacientes con reducción de los días de dolor mensuales. Los principales EA desarrollados por los pacientes fueron vértigo/mareo y estreñimiento, ambos descritos en la ficha técnica del medicamento pero en nuestro estudio se observaron con mayor frecuencia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

574. SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS INMUNOMEDIADAS CRÓNICAS EN TRATAMIENTO POR VÍA ORAL

AUTORES

ZAZU VIVES M, HERRERO FERNÁNDEZ M, ÚBEDA RUIZ B, SÁNCHEZ NAVARRO I, FERNÁNDEZ-PACHECO GARCÍA-VALDECASAS M, BALDOMINOS UTRILLA G
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. AVDA ALCALÁ-MECO, SN. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el grado de satisfacción percibido por los pacientes con patologías inmunomediadas crónicas con su tratamiento por vía oral de uso hospitalario, que previamente han llevado tratamiento subcutáneo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional prospectivo de 12 meses de duración (marzo 2020 – marzo 2021).
Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con tofacitinib, baricitinib y apremilast orales que previamente habían sido tratados con biológicos subcutáneos. Se excluyeron aquellos con tratamiento oral inferior a un mes y con historias clínicas incompletas.
Las variables analizadas fueron: sexo, edad, diagnóstico, nº líneas previas de diagnóstico hospitalario, tiempo tratamiento oral y grado de satisfacción.
El grado de satisfacción se evaluó mediante el cuestionario validado CESTPAR (Cuestionario de evaluación de la satisfacción por el tratamiento en pacientes con artritis reumatoide), adaptado a patologías inmunomediadas crónicas. El cuestionario está dividido en tres bloques. El 1º incluye la satisfacción por el tratamiento actual oral, el 2º comprende la preferencia por las pautas de tratamiento (oral vs subcutánea) y el 3º hace referencia al cumplimiento de las expectativas creadas sobre el tratamiento oral.
Los resultados se analizaron mediante el programa estadístico SPSS v 18.

RESULTADOS

Se seleccionaron 31 pacientes (6 hombres, 25 mujeres), con una media de edad de 54,84±10,41 años. La media de líneas terapéuticas previas fue de 1,77±1,58 líneas. La media de tiempo de tratamiento oral fue de 20,03±14,06 meses. Las patologías inmunomediadas fueron artritis reumatoide (74,2%), artritis psoriásica (16,1%), psoriasis (6,5%) y colitis ulcerosa (3,2%).
En el 1º bloque de preguntas el 64,5% de los pacientes se mostraron entre bastante y muy satisfechos con la efectividad del tratamiento oral, pero con el control de síntomas y efectos secundarios su grado de satisfacción estaba entre bastante satisfecho y ni satisfecho ni insatisfecho.
En el 2º bloque del cuestionario el 71% de los pacientes preferían claramente la opción oral y al 77,4% de ellos les parecía más cómoda. Respecto al nivel de confianza, al 51,6% de la muestra le ofrece más confianza el tratamiento oral y al 29% le es indiferente.
En el 3º bloque, el 41,9% de los pacientes consideraron que el efecto del tratamiento oral era mayor del esperado y para el 35,5% el efecto fue más o menos el esperado. En cuanto a las expectativas respecto a las molestias para el 41,9% fueron menores de las esperadas y para el 45,2% fueron más o menos las esperadas.

CONCLUSIONES
Nuestro estudio muestra que los pacientes con patologías inmunomediadas crónicas prefieren el tratamiento oral frente al subcutáneo, lo consideran una opción más cómoda y están satisfechos con la efectividad del mismo.
Sería recomendable ampliar el tamaño muestral para confirmar los resultados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

583. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB Y GALCANEZUMAB EN LA PRACTICA CLÍNICA.

AUTORES
LOMARES MANZANO I, JIMENEZ DE-JUAN MC, RODRÍGUEZ MATEOS ME, MANZANO MARTIN V
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. AV. ANA DE VIYA, 21. CÁDIZ

OBJETIVOS
El objetivo es evaluar su efectividad y seguridad de erenumab y galcanezumab en un hospital de referencia y ver si su efectividad se mantiene en el tiempo.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo desde julio-2019 hasta mayo-2021. Se incluyeron aquellos pacientes en los que tras ser evaluados por la comisión permanente de farmacia se verificó que cumplían los criterios definidos en el informe de posicionamiento terapéutico (IPT) y con ≥ 3 meses de tratamiento. Se registró: sexo, edad, media basal y tras el tratamiento con erenumab o galcanezumab del número de días de migraña al mes (DMM), líneas previas, % de intensificaciones con erenumab,% pacientes que mantuvieron la respuesta 6 meses y un año, efectos adversos (EA) y el grado de adherencia como tasa de posesión de la medicación (TPM):unidades totales dispensadas/unidades totales teóricas prescritas en ese intervalo X 100. Se consideró adecuada adherencia terapéutica los valores > 80%.
Se consideró que la profilaxis había sido eficaz si se reducía al menos un 50% de DMM y/o reducción ≥5 puntos en la Migraine dissability Assessment Scale (MIDAS) y/o Headache Impact Test (HIT-6) tras 3 meses de tratamiento.

RESULTADOS
Se incluyeron inicialmente 36 pacientes, pero finalmente se midió la efectividad y seguridad en 34 (23 con erenumab y 11 con galcanezumab) ya que en 2 de ellos tras ≥ 3 meses en tratamiento no consta ninguna consulta de seguimiento posterior al inicio por lo que se excluyeron del estudio. Un 90% (28/34) eran mujeres con una edad media de 52(64-28) años. Los pacientes habían recibido una media de 5 líneas previas de tratamiento preventivo. En un 21,7% (5/23) se intensifico a 140mg de erenumab. La media de DMM basal fue de 18,6 días y tras 3 meses de tratamiento 5,5 días. La adherencia fue adecuada en todos los pacientes.
En 26 pacientes (19/22 (86,36%) erenumab y 8/11 (72,7%) galcanezumab) la profilaxis fue eficaz. Un 69,2% (18/26) de los pacientes mantuvieron la respuesta durante 6 meses y un 38,5%(10/26) 1 año, con una mediana de seguimiento de 6 (3-21) meses. En 1 de los pacientes que recibían erenumab y que mostro eficacia al tratamiento se suspendió por embarazo y en un 19,2% (5/26) de los pacientes respondedores se perdió la eficacia tras una media de 8 meses (4-13). De los 7 pacientes que no mostraron respuesta tras tres meses de tratamiento, 1 aún continua en tratamiento con erenumab a la espera de una re-evaluación y en otro paciente se probó a intensificar erenumab a 140mg.
El 23,5% (8/ 34) de los pacientes presentaron EA durante el periodo de seguimiento, siendo los más frecuentes: estreñimiento (17,3%; 6/34) y prurito (5,9%; 2/34).

CONCLUSIONES
En nuestra experiencia erenumab y galcanezumab han demostrado ser alternativas efectivas en profilaxis de migraña refractaria con un perfil de seguridad manejable. El mantenimiento de la respuesta a medio plazo fue aceptable pero aún los resultados son inmaduros para sacar conclusiones a largo plazo. Además, es imprescindible un adecuado seguimiento para evitar el mantenimiento de estos tratamientos en pacientes que no muestran beneficio.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

591. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE CLADRIBINA EN VIDA REAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE

AUTORES
SÁNCHEZ SANCHO P, ARÉVALO BERNABÉ AG, DEL RÍO GUTIÉRREZ JM, GARCIA DIAZ HC, ALERANY PARDO C, GORGAS TORNER MQ, SASTRE GARRIGA J
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. Pº VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS
La esclerosis múltiple es una enfermedad neurológica crónica e inflamatoria que afecta a más de 2,5 millones de personas en todo el mundo. El estudio CLARITY demostró eficacia de cladribina a las 96 semanas de tratamiento en pacientes con EM recurrente (EMR) muy activa, lo que motivó su aprobación por parte de la EMA en 08/2017 a dosis de 1.75 mg/kg/año durante dos años.
El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad, seguridad y condiciones de uso de la cladribina en vida real y compararlas con los resultados del ensayo CLARITY.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio unicéntrico prospectivo observacional en el que se incluyeron aquellos pacientes diagnosticados de EMR que, en 04/2021, hubiesen completado 96 semanas desde el inicio del tratamiento con cladribina. Se recogieron, de la historia

clínica y del programa de prescripción electrónica, variables: biodemográficas; clínicas previas al inicio [duración media de la EM, discapacidad neurológica, tratamientos modificadores de la enfermedad (TMF) recibidos y brotes en los 12 meses anteriores] y tras las 96 semanas de tratamiento [presencia de brotes y tasa anualizada de brotes (TAB)]; y de seguridad.

RESULTADOS

De un total de 46 pacientes tratados con cladribina, se incluyeron aquellos 15 pacientes (11 mujeres) que habían completado 96 semanas de tratamiento, con una mediana de edad de 35 (rango 22-55) años [vs. 39 (rango 18-65) CLARITY].

La duración media de la EM antes del inicio del tratamiento fue de 8 años (vs. 8,7 años CLARITY) y la mediana de la discapacidad neurológica inicial según la escala EDSS (Kurtzke Expanded Disability Status Scale) fue de 2 (rango 1,0-3,5) (vs. 3 (rango 0,0-6,0) CLARITY). Un 55% de los pacientes había presentado al menos un brote los 12 meses previos al inicio del tratamiento (vs. 100% CLARITY). Un 15% de los pacientes no había recibido TMF (vs. 74% CLARITY). El resto había recibido tratamiento con fingolimod (5), interferón beta-1a (3), acetato de glatirámero (3) y dimetilfumarato (2).

Un 80% de los pacientes se mantuvo libre de brotes durante 96 semanas (vs. 79,7% CLARITY). La TAB fue de 0,18 (IC95% 0,00-0,40) (vs. 0,14 (IC95% 0,12-0,17) CLARITY).

Respecto a la seguridad, un 15% presentó linfopenia grado III (vs. 25% CLARITY) y un 20% presentó algún tipo de infección (2: urinaria; 1: reactivación varicela zoster) (vs. 2,3% CLARITY). Ningún paciente presentó leucopenia grado IV, neoplasias o leucoencefalopatía multifocal progresiva. No hubo ninguna interrupción del tratamiento por efectos adversos (vs. 3,5% CLARITY).

CONCLUSIONES

En comparación con el CLARITY, nuestro grupo de pacientes se caracteriza por una mayor tasa de pretratamiento con TMF y una menor TAB durante los 12 meses previos al inicio del tratamiento.

El porcentaje de pacientes que se mantuvo libre de brotes en nuestro grupo, así como su TAB, fue superponible a los resultados del CLARITY. Sin embargo, presentaron una mayor tasa de infecciones que los incluidos en el estudio pivotal.

De acuerdo con los resultados del CLARITY-EXT sería interesante evaluar si la TAB y la progresión de la discapacidad se mantienen en los años 3 y 4.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

608. EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE PROCESOS ONCOHEMATOLÓGICOS TRAS UN TRATAMIENTO PROLONGADO CON FÁRMACOS INMUOMODULADORES.

AUTORES

SOLÍS OLIVARES J, MAÑES SEVILLA M, SOTO BASELGA I, BERTRÁN DE LIS BARTOLOMÉ B, GÓMEZ CABALLERO P, MORIEL SÁNCHEZ C

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. CALLE RÍO JÚCAR, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la incidencia de procesos oncohematológicos después de un tratamiento prolongado con agentes inmunomoduladores (orales, intravenosos y subcutáneos) y determinar la existencia de diferencias entre tratamientos, sexo u otras variables.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en un hospital de segundo nivel que incluyó pacientes con enfermedades inmunomediadas desde el año 2000 hasta 2020 tratadas con Anti-TNF, anti-IL1, Anti-IL6, Anti-CD20, iTK JACK2, iPDE4, Anti-IL17 y Anti-IL12/23. Se elaboró una base de datos con las variables: demográficas, tratamiento inmunomodulador, duración del tratamiento, diagnóstico oncohematológico. Las fuentes de información fueron: historia clínica electrónica de Selene®, registro de elaboraciones/dispensaciones de Farmatools®. Se cruzaron los datos de los pacientes con inmunomoduladores con los pacientes oncohematológicos y se extrajeron coincidentes para estudio. Como análisis estadístico de variables se utilizó el test chi-cuadrado y estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se analizó a 949 pacientes que habían recibido algún tratamiento inmunomodulador y se determinaron aquellos pacientes que también se habían administrado algún agente antineoplásico en el espacio de tiempo indicado. El 87,25% de estos pacientes, recibieron un Anti-TNF en algún momento de todo su tratamiento.

Entre todos los pacientes hubo coincidencia en 19 pacientes, pero solo 15 (73% varones; Xedad=61,60 años) desarrollaron una enfermedad oncohematológica posterior a un tratamiento prolongado inmunomodulador, es decir, 1,58% de los pacientes. Esta cifra se eleva a 1,69% si solo incluimos pacientes que han llevado en algún momento un anti-TNF y excluimos aquellos que nunca los han llevado. Al estudiar la población por sexos, se obtuvo una incidencia superior estadísticamente significativa (p=0.038) hacia el sexo masculino.

De los 15 pacientes, la mediana de tiempo con un inmunomodulador fue de 54 meses. 10 pacientes (67%) fueron tratados durante todo el periodo con un único tratamiento inmunomodulador, de los cuales 5 con adalimumab, 3 con etanercept, 1 con infliximab y 1 con apremilast. El resto, 5 pacientes, fueron tratados a lo largo del periodo con 2 o 3 fármacos inmunomoduladores (3 pacientes con adalimumab e infliximab; 1 con etanercept, adalimumab y ustekinumab; y 1 paciente con inflixumab, adalimumab y vedolizumab).

El 53% de los pacientes presentaron enfermedad hematológica (37,5% con resultado de exitus) y el 47% tumor de órgano sólido (71% con resultado de exitus; 14% todavía en tratamiento), concretamente 3 pacientes presentaron cáncer de colon, 2 linfomas Hodking, 2 linfomas no Hodking, 1 cáncer de pulmón no microcítico, 1 cáncer de esófago, 1 leucemia mieloide aguda, 1 sarcoma de tejidos blandos, 1 tricoleucemia, 1 mieloma múltiple, 1 cáncer de ovario y un síndrome mielodisplásico.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, destacan como fármacos relacionados con la aparición de enfermedades oncohematológicas los fármacos Anti-TNF, estando más presente entre ellos el adalimumab e infliximab. Si bien, esto puede ser debido a que son los fármacos que más tiempo llevan en el mercado y orientados a ser primeras líneas de tratamiento, y dado que el periodo de aparición de estas enfermedades es largo, son los fármacos que más posibilidades tenían de encontrarse involucrados. Cabe destacar, que los varones son los pacientes que más se han visto implicados en la aparición de malignidad, siendo estadísticamente significativo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

641. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE MIGRAÑA GRAVE CON ERENUMAB Y GALCANEZUMAB, ESTUDIO COMPARATIVO MEDIANTE EL ANÁLISIS DE CUESTIONARIOS

AUTORES

TOLEDO DAVIA MA, TORRALBA FERNANDEZ L, BLÁZQUEZ ROMERO C, FERNANDEZ-CORADA SANCHEZ A, GONZALEZ SUAREZ S, LOPEZ ALVAREZ R, DOMINGUEZ BARAHONA A, MOYA GOMEZ P

HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. AVDA. DE BARBER, 30. TOLEDO

OBJETIVOS

Evaluar la respuesta (a través de escalas empleadas en el seguimiento de migraña grave) de los pacientes con prescripción activa de fármacos anti-CGRP (del inglés, calcitonine gene related peptide), así como comparar los resultados entre los distintos tratamientos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio longitudinal y retrospectivo, de los pacientes con prescripción activa de fármacos anti-CGRP (erenumab, galcanezumab y fremanezumab) en un hospital de tercer nivel.

Se revisan las historias clínicas, se recogen datos demográficos (sexo, edad), tratamiento biológico y las escalas HIT 6 (Headache Impact Test), MIDAS (Migraine Disability Assessment Score) y los días de dolor de cabeza al mes (DDC) en el momento de la prescripción y tras 3 meses de tratamiento.

Análisis estadístico de los datos con el programa informático Stata/MD 16.0.

RESULTADOS

Se revisaron 97 pacientes que presentaban prescripción activa de fármacos anti-GCRP; la mediana de edad fue 44 años (18-65), 86% (84) mujeres y 14% (13) hombres. Distribución de las prescripciones: 7 pacientes en tratamiento con erenumab 70 mg, 36 pacientes con erenumab 140 mg, 44 pacientes con galcanezumab y 10 pacientes con fremanezumab. En el momento del estudio no es posible obtener datos para fremanezumab por su reciente inclusión en la guía terapéutica.

En cuanto a la evaluación de la respuesta, en todos los fármacos se observa una disminución en la escala HIT6 similar, para erenumab 70 mg una bajada de 11,66 (SD: 7,06; $p < 0,005$), para erenumab 140 mg la reducción es de 12,93 (SD: 9,88; $p < 0,001$) y para galcanezumab fue de 11 (SD: 8,31; $p < 0,001$).

En los resultados de la escala MIDAS se observa una reducción de 43 puntos (SD: 27,74; $p=0,0128$) en el caso de erenumab 70 mg, para la dosis de erenumab de 140 mg la diferencia fue de 57,78 puntos (SD: 45,05; $p < 0,001$) y para galcanezumab de 66,50 puntos (SD: 50,62; $p < 0,001$).

Por último, los resultados en reducción en DDC fueron: para erenumab 70 mg de 7,37 días (SD: 5,5; $p < 0,005$); para erenumab 140 mg fue de 13 días (SD: 5; $p < 0,001$) y para galcanezumab de 9,13 días (SD: 7,22; $p < 0,001$).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio los tres tratamientos ofrecen una reducción en la escala HIT6 similar (11-12 puntos). Por otro lado, galcanezumab es el que consigue una mayor reducción en la puntuación en la escala MIDAS y los días de dolor de cabeza al mes (DDC) se consiguieron reducir en mayor medida con erenumab 140 mg.

No es posible posicionar ninguno de los fármacos con los resultados obtenidos, ya que la efectividad resulta similar. Es necesario realizar más estudios teniendo en cuenta otras variables para evaluar y comparar la efectividad entre estos fármacos, y poder establecer preferencias en su uso.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

648. INTERCAMBIO ENTRE BIOSIMILARES DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN REMISIÓN CLÍNICA

AUTORES

PÉREZ DOMÍNGUEZ N, LÓPEZ SUÁREZ D, FERNÁNDEZ PÉREZ A, GAYOSO RODRÍGUEZ MA

HOSPITAL VALLE DE NALÓN. POLÍGONO DE RIAÑO S/N 33920. ASTURIAS

OBJETIVOS

Valorar la eficacia y seguridad, tras el intercambio entre dos biosimilares de infliximab (IFX), en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) una vez alcanzada la remisión clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo realizado entre enero 2018 y abril 2021 con pacientes diagnosticados de EII y en remisión clínica que han recibido durante al menos 9 meses tratamiento con cada uno de los biosimilares de infliximab a estudio.

Además de los datos demográficos se recogieron variables analíticas (calprotectina y niveles de IFX), tratamiento concomitante, fechas de inicio/fin del switch, efectos secundarios y la posología e intervalo de dosificación.

RESULTADOS
Se incluyeron 25 pacientes de 51,85 (± 13,8) años y 52% varones. La enfermedad de Chron y la colitis ulcerosa representaron el 36 y 64% de los casos respectivamente. Mientras que nueve pacientes eran naive para el tratamiento con fármacos biológicos, el resto había recibido infliximab original y/o Adalimumab previo, al que no habían respondido. En el 72% de los casos, la posología inicial fue entre 5-7 mg/kg cada 8 semanas.
Con el primer biosimilar, los pacientes recibieron una media de 13,8 (± 4,3 infusiones) hasta el intercambio con el segundo biosimilar (tiempo medio de tratamiento: 22,6 (± 5,1 meses). Durante este periodo, fue preciso incrementar la frecuencia de las administraciones en el 16% de los casos debido a niveles subóptimos de infliximab con clínica compatible y reducirla en el 4%
Tras el cambio al segundo biosimilar, los pacientes recibieron una media de 9,8 (± 4,1 infusiones) hasta el final del estudio (tiempo medio de tratamiento: 14,2 (± 0,5 meses). También fue necesario hacer una intensificación posológica disminuyendo el intervalo entre administraciones o duplicando la dosis en el 16% de los casos. Se produjo una desescalada en un paciente previamente intensificado y una suspensión y cambio de diana terapéutica por niveles IFX < 0,001 con anticuerpos (Ac_IFX) positivos con títulos altos.
El 80% de todos los pacientes tenía tratamiento concomitante con azatioprina y/o mesalazina o metotrexato. Tan sólo un paciente manifestó nauseas en los primeros ciclos del segundo biosimilar que se resolvieron posteriormente.

CONCLUSIONES
El intercambio entre los dos biosimilares de infliximab en pacientes con EII en remisión no parece tener un impacto significativo en los resultados clínicos a corto plazo.
Los factores asociados con la recidiva o pérdida de eficacia a cualquiera de los dos biosimilares estudiados pudieron corregirse mayoritariamente mediante diferentes estrategias (intensificación, tratamiento con corticoides, cirugía), lo que está en línea con los resultados comunicados por otros investigadores.
No se reportaron efectos secundarios graves con alguno de los biosimilares lo que anima también a su intercambiabilidad en términos de seguridad

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

664. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SARILUMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES
RAMOS MARTÍNEZ B, RAMÍREZ HERRÁIZ E, VALERO MARTINEZ C, CALVO GARCIA A, BALDIVIESO ACHÁ JP, GARCÍA PERALO A, PÉREZ ABANADES M, MORELL BALADRÓN A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. CALLE DIEGO DE LEÓN 62. MADRID

OBJETIVOS
Analizar la efectividad y seguridad de sarilumab en artritis reumatoide (AR) en un hospital de tercer nivel en la práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo, incluyendo pacientes con AR que iniciaron tratamiento con sarilumab desde enero 2019 a marzo 2021. Variables recogidas a través de historia clínica electrónica y registros de dispensación de farmacia: demográficas (edad, sexo), tratamiento (líneas previas, terapia concomitante, duración del tratamiento, modificaciones y motivo de fin de tratamiento si procede), clínicas (número de articulaciones tumefactas (NAT) y dolorosas (NAD), velocidad sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR) y puntuación de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones según VSG (DAS28-VSG) inicial y final) y efectos adversos. Análisis estadístico descriptivo y prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras apareadas con nivel de significación estadística alfa = 0,050 para evaluación de efectividad como reducción de DAS28-VSG en SPSS versión 26.

RESULTADOS
Se incluyeron 32 pacientes: 28 (87,5%) fueron mujeres. Mediana edad 62, rango intercuartílico (IQR) = [57,5 – 71,5] años. Mediana líneas previas de tratamiento fue 1,5, IQR = [0 – 2]: 4 pacientes primera línea, 12 en segunda línea y 16 en tercera línea o superior. Tratamientos biológicos previos: 21 pacientes recibieron anti-TNF, 9 tocilizumab y 7 rituximab. Iniciaron 9 pacientes tratamiento con sarilumab a dosis 150 mg y 23 pacientes a 200 mg. Mediana duración tratamiento fue 34,9, IQR = [17,3 – 67,9] semanas. 11 pacientes en monoterapia con sarilumab y 21 con fármaco modificador de la enfermedad (FAME) concomitante. 2 pacientes desintensificaron tratamiento con aumento de intervalo posológico a 21 días y 2 intensificaron tratamiento (uno con aumento de dosis de 150 mg a 200 mg y otro con reducción de intervalo a 12 días). Se descartaron 7 pacientes de evaluación de efectividad por datos clínicos perdidos, siendo mediana DAS28-VSG antes de tratamiento = 4,64, IQR = [3,40 – 5,16] y mediana DAS28-VSG última valoración clínica = 1,90, IQR = [1,01 – 2,87] con diferencias estadísticamente significativas (p = 0,000). Solo 2 pacientes no consiguieron reducción de DAS28-VSG con sarilumab y modificaron tratamiento biológico. 15 (46,9%) pacientes no refirieron efectos secundarios. Del resto, 2 redujeron dosis por plaquetopenia y hepatopatía, 1 interrumpió temporalmente tratamiento por neutropenia y elevación de transaminasas y 4 suspendieron tratamiento de forma definitiva por leucopenia, reacción exantemática tras la inyección, xerosis cutánea y hepatopatía. Los efectos adversos detectados fueron: neutropenia, leucopenia y plaquetopenia (21,8%), alteraciones lipídicas (12,5%), malestar general/astenia (9,4%), hepatopatía y elevación de transaminasas (6,3%), náuseas y vómitos (6,3%), capilaritis (3,1%), xerosis cutánea (3,1%) y reacción exantemática (3,1%).

CONCLUSIONES
Sarilumab fue utilizado en tratamiento de AR refractaria a tratamientos biológicos previos, salvo en 4 pacientes en los que se inició como primera línea. Ha demostrado efectividad clínica en la actividad de la enfermedad en disminución

de DAS28-VSG. En algunos pacientes, la aparición de efectos adversos implicó reducción o suspensión del tratamiento, siendo las alteraciones hematológicas y del perfil lipídico los efectos adversos más frecuentes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

682. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FREMANEZUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA

AUTORES
FRAILE RODRIGUEZ C, MARTIN BARBERO ML, IBAÑEZ GARCIA S, HERRERO BERMEJO S, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑON. DOCTOR ESQUERDO 46. MADRID

OBJETIVOS
El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de Fremanezumab en los pacientes con migraña crónica refractaria (MGCR) tratados en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS
Fremanezumab se incluyó en la guía farmacoterapeútica (GFT) de nuestro hospital en noviembre 2020 en pacientes que han recibido al menos 3 tratamientos preventivos incluida la toxina botulínica, durante al menos 3 meses.
Se realiza un estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados con Fremanezumab desde su inclusión hasta mayo 2021, se evaluó la eficacia y seguridad a los 3 meses de tratamiento. Las variables recogidas son: demográficas, tratamientos previos profilácticos y sintomáticos, nº días de migraña/mes, intensidad del dolor (EVA), cuestionarios de discapacidad y calidad de vida específicos (MIDAS, HIT6).
Las variables de efectividad fueron: disminución días de migraña/mes, reducción intensidad del dolor, disminución medicación sintomática, disminución de al menos el 30% en la escala MIDAS, si el valor basal > 20, y una disminución de al menos 5 puntos en el valor de la escala HIT6.
Para evaluar la seguridad, se registraron las reacciones adversas (RA) y las suspensiones de tratamiento.
Para la obtención de los datos se desarrolló un registro con todos estos datos de resultados en salud compartido con los neurólogos.

RESULTADOS
Se incluyeron 19 pacientes, el 94.74% mujeres, con una mediana de edad de 54 (27-66) años. El tiempo medio de tratamiento con fremanezumab fue de 3,74 meses.
Los pacientes habían sido tratados con una media de 6,45 (3-12) tratamientos preventivos. (betabloqueantes, antagonistas del calcio, antidepresivos, toxina botulínica). El número de tratamientos sintomáticos de media fue de 1,93 (1-4).
La media de días de migraña/mes fue de 26,72 días (10-30), con una intensidad de dolor (Eva) de 7,95 (5-10), y unas puntuaciones de 66,54 (discapacidad grave) y 63,88 (impacto muy severo) en las escalas MIDAS y HIT6 respectivamente.
A los 3 meses de tratamiento, disminuyó a 18,37 (1-30) la media de días de migraña/mes, y a 5,95 (1-10) la intensidad de dolor (Eva). La puntuación de la escala MIDAS se redujo el 50 % del valor basal y la HIT6 disminuyó en 5 puntos en el 68,44% de los pacientes.
Seis pacientes suspendieron el tratamiento por falta de eficacia.
Seis pacientes, (28,57%) presentaron alguna RA: dolor en la administración (1), palpitaciones (1), erupción y prurito (1), estreñimiento (1), perdida de atención (1), sofocos (1). Ninguno de los pacientes tuvo que suspender el tratamiento debido a RA

CONCLUSIONES
El fremanezumab ha demostrado ser un fármaco eficaz (68,44%) y seguro en nuestra cohorte de pacientes en los 3 primeros meses de tratamiento, no obstante, habría que realizar este seguimiento con un mayor número de pacientes y durante al menos un año. El desarrollo de un registro de datos compartido específico para la migraña nos permitirá conocer los resultados en salud a largo plazo y en tiempo real. Además de aportar al profesional sanitario la información necesaria para la toma de decisiones, minimizar la variabilidad en la práctica clínica y optimizar los tratamientos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

689. EXPERIENCIA CLÍNICA CON ERENUMAB PARA EL TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DE LA MIGRAÑA CRÓNICA

AUTORES
JORBA BERTRAN N, PAGES PUIGDEMONT N, DE DIOS LÓPEZ A, MOROLLON SANCHEZ-MATEOS N, BELVIS NIETO R, MEDINA CATALAN D, MASSIP TORNÉ M
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CARRER DE SANT QUINTI, 89. BARCELONA

OBJETIVOS
La migraña es una enfermedad altamente incapacitante, caracterizada por episodios recurrentes de cefalea de intensidad moderada o grave. Existen varios tratamientos preventivos, entre ellos, los anticuerpos monoclonales contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Erenumab es un fármaco contra el receptor del ligando CGRP autorizado para la prevención de las crisis de migraña episódica alta frecuencia y crónica. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de erenumab en la práctica clínica habitual en pacientes con migraña crónica (MC).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo y descriptivo en un hospital terciario. Se incluyeron todos los pacientes con MC que iniciaron erenumab entre 01/2019 y 10/2020. Se incluyeron aquellos pacientes que no habían recibido otros anticuerpos

monoclonales para la prevención de crisis de la MC y con al menos 6 meses de seguimiento clínico.
Se recogieron las siguientes variables de la historia clínica y los registros de dispensación: edad, sexo, días de migraña mensuales (DMM), número de tratamientos profilácticos recibidos, efectos adversos (EA) y adherencia terapéutica, calculada indirectamente a partir de la tasa de posesión de la medicación (TPM): cantidad de medicación dispensada/ cantidad de medicación requerida durante el período de estudio.
La variable principal de efectividad fue la reducción de los DMM a los 6 meses de iniciar erenumab. Como variables secundarias se consideraron: número de pacientes que requirieron aumento de dosis de 70 mg a 140 mg mensuales, número de suspensiones de tratamiento, frecuencia y tipo de EA y la TPM.

RESULTADOS

Se incluyeron 50 pacientes, de los cuales 47 (94%) eran mujeres. La media (± DE) de edad al inicio del tratamiento era 50 ± 14 años. Antes de iniciar erenumab, los pacientes presentaban de media 15,6 ± 6,8 DMM y habían sido tratados con un promedio de 5 fármacos preventivos (rango 2-10).
Cuarenta y siete pacientes presentaron una media de 8,4 ± 7,4 DMM a los seis meses de iniciar erenumab ($p < 0,001$), habiendo sido necesario un aumento de dosis a 140 mg/mes a un total de 17 pacientes (34%). Tres pacientes (6%) necesitaron un cambio a otro anticuerpo monoclonal anti-CGRP antes de los seis meses debido a inefectividad.
En cuanto a la seguridad, ocho pacientes (16%) manifestaron EA:estreñimiento (N=6) y reacciones en el lugar de inyección (N=2), en ningún caso supuso la suspensión del tratamiento durante el periodo de estudio.
La adherencia al tratamiento calculada mediante la TPM fue del 97,6%.

CONCLUSIONES

Erenumab es un fármaco efectivo y seguro como tratamiento preventivo de la MC en la práctica clínica. Nuestra cohorte de pacientes presentó una elevada adherencia al tratamiento. Se necesitan más estudios a largo plazo para ampliar nuestro conocimiento sobre este tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

690. SWITCH DE ADALIMUMAB: ¿SE CORREN RIESGOS?

AUTORES

CÁRDABA PÉREZ C, BENITO IBÁÑEZ V, OCA LUIS B, NIETO GONZÁLEZ G, HERNÁNDEZ VILLALBA L
HOSPITAL SANTOS REYES DE ARANDA DE DUERO. AVENIDA RUPERTA BARAYA, 6. BURGOS

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad del switch de adalimumab de referencia por su correspondiente biosimilar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de primer nivel de pacientes en tratamiento con adalimumab de referencia en los que se propuso el cambio a biosimilar (01/01/2019-31/03/2021). Desde el Servicio de Farmacia se propuso el cambio a los servicios prescriptores. Todos los pacientes fueron evaluados e informados previamente al cambio tanto por los servicios prescriptores como por el Servicio de Farmacia. Datos recogidos: edad, sexo, patología, aceptación del switch, duración del tratamiento biosimilar, cambios en el tratamiento y aparición de efectos adversos.

RESULTADOS

Se seleccionaron 23 pacientes candidatos a switch (10 mujeres, 13 hombres) con una mediana de edad de 56 años (12-78). La distribución de las patologías fue: 3 artritis reumatoide, 4 artritis psoriasica, 4 espondilitis anquilosante, 2 artritis idiopática juvenil, 7 psoriasis, 2 enfermedad de Crohn y 1 uveitis. La mediana de tratamiento con el biosimilar fue de 21 meses (3-25).
La no aceptación del switch solo se produjo en 2 pacientes con prescriptores externos a nuestro hospital (un paciente con uveítis y otro con artritis idiopática juvenil). Tras el cambio a biosimilar solo dos pacientes hicieron switch back tras 9 y 20 meses de tratamiento, refiriendo empeoramiento tras el cambio, sin embargo con el fármaco de referencia también tienen actividad en la actualidad. Solo ha habido dos cambios de diana tras 3 y 11 meses de tratamiento con el biosimilar tras reaparición de sintomatología.
Tras el cambio, se hizo un seguimiento en las sucesivas consultas de la aparición de efectos adversos, sin que ningún paciente notificase ningún evento. Una paciente suspendió el tratamiento al mes del cambio, y se mantiene suspendido estando estable, por una infección de herpes zoster.
El 81% de los pacientes que aceptaron el switch se mantienen en remisión y adecuada tolerancia. Incluso, dada la buena respuesta, 4 pacientes (3 pacientes con psoriasis y 1 con artritis psoriásica) han espaciado la administración de adalimumab a cada 3 o 4 semanas. Tan solo en un paciente se intensificó el tratamiento debido a un empeoramiento clínico relacionado con el estrés y a los 8 meses volvió a la pauta habitual.

CONCLUSIONES

Los dos pacientes que requirieron un switch back probablemente tengan un fallo a la diana terapéutica, dada la duración del tratamiento con el biosimilar y que no se ha conseguido el control de la enfermedad tampoco con el medicamento de referencia.
Ante los resultados obtenidos, confirmamos que el cambio al biosimilar no ha supuesto una disminución en la efectividad ni en la seguridad. Esto sumado al ahorro económico hace pensar que el switch es una estrategia eficiente que se debería implementar en la práctica clínica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

695. SWITCHING ENTRE ANTICUERPOS MONOCLONALES FRENTE AL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA EN PACIENTES DE MIGRAÑA CRÓNICA

AUTORES
PATIER RUIZ I, SANCHEZ-RUBIO FERRANDEZ J, CARCAMO FONFRIA A, FERNANDEZ FRAGA F, ONTENIENTE GONZALEZ A, MOLINA GARCIA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM.12'5. MADRID

OBJETIVOS
Los anticuerpos monoclonales frente al péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) se han introducido recientemente en el arsenal terapéutico del tratamiento profiláctico de la migraña crónica o episódica de alta frecuencia tras el fracaso a otros agentes tales como beta-bloqueantes, antiepilépticos, antagonistas del calcio, antidepresivos y toxina botulínica. Los ensayos clínicos reportan una eficacia y seguridad similar entre los diferentes anti-CGRP y no hay evidencia del beneficio del switch a otra línea tras fracaso a uno de ellos.
El objetivo del estudio es describir nuestra experiencia en switching de erenumab a galcanezumab tras fracaso al primero en pacientes diagnosticados de migraña crónica en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo. Se registraron variables demográficas como edad y sexo, así como variables relacionadas con la patología; DMM, nº. de líneas profilácticas previas fallidas, nº. días/mes de utilización de tratamiento sintomático para las crisis migrañosas y el diagnóstico. Se incluyeron pacientes con al menos 24 semanas de tratamiento con anti-CGRPs. El protocolo del centro posiciona erenumab (anti-receptor CGRP) como primera línea. Cada paciente recibe un total de tres dosis de erenumab, comenzando con 70mg pudiéndose aumentar a 140mg en la segunda administración si falta de respuesta, entendida como < 30% en la reducción de días con migraña al mes (DMM). Antes de la 4ª inyección el paciente es reevaluado por el neurólogo y se realiza el switch a galcanezumab (anti-ligando CGRP) si falta de respuesta. Fremanezumab no estaba disponible durante el estudio.

RESULTADOS
Cinco pacientes (17.85%), 3/5 (60%) mujeres con una edad media (± desviación estándar) de 53.5±14.7 años, todos diagnosticados de migraña crónica refractaria, con ≥4 líneas previas de tratamientos profilácticos fallidos, nivel basal alto de DMM (media 27.6±5.4) y abuso de medicamentos sintomáticos (media 22.6±8.6 días/mes) fueron incluidos. Todos los pacientes comenzaron con erenumab 70mg incrementándose a 140mg antes del switch con una media de inyecciones de 4.2±0.8. La media de reducción en DMM con erenumab fue 3.8±2.8. Después de tres dosis de galcanezumab (1ª dosis de 240mg y posteriores 120mg/4 semanas), la media de reducción en DMM fue de 9.8±8.1 días. En total, la reducción del ≥ 50% en DMM se observó en 2/5 pacientes (40%) mientras que el ≥ 30% de reducción en DMM se consiguió en 3/5 (60%) pacientes.
El paciente 1 pasó de 18 a 16 DMM con erenumab y 12 con galcanezumab, asociando como efecto secundario estreñimiento. Los pacientes 2 y 3 fracasaron a ambos tratamientos. El fracaso del paciente 2 se asoció con abuso analgésico, presentando una reducción en DMM de 30 a 23. El paciente 3 no presentó ninguna reducción en DMM. Los pacientes 4 y 5 presentaron reducción en DMM moderada con erenumab (5) que se acrecentó tras el switch (el paciente 4 pasó de 25 a 14 DMM y el paciente 5 de 25 a 10 DMM).

CONCLUSIONES
Nuestra experiencia encuentra el switch entre anti-CGRP con diferente mecanismo de acción una razonable opción terapéutica para aquellos pacientes con migraña crónica altamente refractaria.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

723. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE CONCENTRACIONES SUPRATERAPÉUTICAS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CLOZAPINA

AUTORES
POLO MONTANERO P, DEL POZO CARLAVILLA C, APARICIO IBÁÑEZ L, IGLESIAS GÓMEZ R, CRUZ SÁNCHEZ A, FERRADA GASCÓ A, MARQUÉS MIÑANA R, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI POLITECNICO LA FE. AVENIDA DE FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106, 46026. VALENCIA

OBJETIVOS
Describir las reacciones adversas observadas en aquellos pacientes tratados con Clozapina cuyas concentraciones plasmáticas superaron el límite superior del margen terapéutico establecido entre 350-600 ng/ml.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional y retrospectivo realizado entre Mayo-2019-Mayo-2021. Se incluyeron pacientes diagnosticados de esquizofrenia y trastorno bipolar en tratamiento activo con Clozapina en un hospital de tercer nivel.
Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico, concentraciones séricas de Clozapina, hábito tabáquico, reacciones adversas observadas, actuación médica. Los datos de las variables se obtuvieron de la historia clínica electrónica y del sistema informático del laboratorio.
Las muestras a analizar se recogieron en tubo seco y las concentraciones séricas se determinaron con el autoanalizador Architect ci-4100 (Abbott Laboratorios) mediante técnica de aglutinación de nanopartículas.

RESULTADOS
Durante el periodo de estudio se analizaron un total de 340 muestras pertenecientes a 101 pacientes. Del total, 58 muestras (17,06%), que corresponden a 30 pacientes (29,70%), presentaron unas concentraciones terapéuticas

superiores a 600 ng/ml.
De los 30 pacientes, el 66,6% fueron hombres (20 pacientes) y el 33,3% mujeres (10 pacientes), cuya edad media es 43,5 años y su mediana 45,5 (IQR: 33-53).
Del total de pacientes con concentraciones supraterapéuticas, están diagnosticados 23 con trastorno esquizofrénico (76,66%), 1 con trastorno bipolar (3,33%), 2 con trastorno bipolar y esquizoafectivo (6,66%), 3 cuyo diagnóstico psicótico es no especificado (10%) y 1 éxitus (3,33%).
De las 58 determinaciones, el 63,8% (37 determinaciones) están entre 600-800 ng/ml, el 15,5% (9 determinaciones) entre 800-100 ng/ml y el 20,7% (12 determinaciones) superan los 1000 ng/ml.
El 33,33% (10 pacientes) de los pacientes con dosis supraterapéuticas presentaban hábito tabáquico. De las 58 determinaciones por encima del margen, 21 corresponden a pacientes fumadores, de las cuales, un 19% (4 determinaciones) son superiores a 1000 ng/ml, otro 19% (4 determinaciones) se encuentran en el rango 800-1000 ng/ml, y un 61,9% (13 determinaciones) se encuentran en el rango 600-800 ng/ml.
Las reacciones adversas más frecuentes fueron: sedación-somnolencia (10 pacientes), sialorrea (7 pacientes), hipertrigliceridemia (7 pacientes), efectos extrapiramidales (6 pacientes), prolactinemia (4 pacientes), afectaciones cardiacas (4 pacientes) e hipotensión ortostática-síncope (3 pacientes). Otras reacciones menos frecuentes fueron: enuresis nocturna (2 pacientes), estreñimiento (2 pacientes) y sequedad bucal (1 paciente). 4 pacientes no presentaron ningún efecto adverso relacionado con la Clozapina.
En el 100% de los casos el médico actuó reduciendo la dosis del fármaco.

CONCLUSIONES

- El efecto adverso observado más frecuente con dosis supraterapéuticas es la sedación-somnolencia.
- En cuanto al hábito tabáquico, se ha observado que pese a ser un inductor, pacientes fumadores tienen concentraciones por encima del margen. Pertenecientes la mayoría al rango de 600-800 ng/ml.
- Se hace evidente la importancia de la monitorización para el control de las dosis.
- La monitorización de Clozapina es importante a la hora de tomar decisiones médicas para el cambio de pauta.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

730. INTENSIFICACIÓN DE USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD DE CROHN. RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

VALCARCE PARDEIRO N, FRAGA BUENO E, LOPEZ SANDOMINGO L, RODRIGUEZ PENIN I
COMPLEJO HOSITALARIO ARQUITECTO MARCIDE. AVDA. RESIDENCIA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

En la enfermedad de Crohn (EC), durante el mantenimiento con dosis estándar de ustekinumab (UTK) 90 mg subcutáneos/8 semanas, un subgrupo de pacientes experimenta pérdida de respuesta. Existen pocas publicaciones sobre la efectividad de una intensificación del tratamiento acortando el intervalo entre dosis a un período de cuatro semanas (posología no descrita en ficha técnica)
Objetivo
Determinar en práctica clínica la proporción de pacientes con EC que perdieron respuesta a UTK 90 mg/8 semanas y se intensificaron a UTK 90 mg/4 semanas. Evaluar la efectividad, seguridad e inmunogenicidad de UTK 90 mg/4 semanas

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron pacientes adultos con EC en mantenimiento con UTK 90mg sc/8 semanas, inicialmente, y cada cuatro semanas, posteriormente, desde Junio 2018 hasta Abril 2021. Se excluyeron pacientes con colostomía, procedentes de ensayo clínico o con intensificación < 16 semanas.
De la historia clínica electrónica y del programa de dispensación se recogieron variables demográficas, clínicas y datos relacionados con el tratamiento disponibles hasta la última visita de seguimiento. La efectividad se evaluó a partir de la semana 16 post-intensificación en base a la interpretación del clínico: mejoría en la sintomatología (respuesta parcial); resolución de los síntomas (remisión clínica) o en base a criterios de respuesta radiológica o endoscópica (si disponibles). La seguridad se evaluó por la notificación de eventos adversos (EA) después de la intensificación y la inmunogenicidad por valores de anticuerpos anti-UTK > 0,130 mcg/mL

RESULTADOS

Identificados 44 pacientes con EC en tratamiento con UTK 90 mg/8 semanas, 19 (43%) intensificados a 90 mg/4 semanas. En el análisis se incluyeron 14 pacientes (32%) con mediana de edad 48 años (43-52), 53% hombres, 33,3% fumadores y 40% ex-fumadores. Cinco excluidos [colostomía (1); ensayo clínico (1); duración intensificación < 16 semanas (3)].
La mediana de duración de la enfermedad fue 18 años (8-27). Localización cólica (7%), ileal (43%), ileocólica (50%). Fenotipo no estenosante-no penetrante (21%); penetrante (36%); estenosante (43%). Enfermedad perianal (36%) cirugía previa (64%) y manifestaciones extraintestinales (36%). Todos habían recibido tratamiento con esteroides y tiopurinas; metotrexato (43%). Tratamientos biológicos previos: un anti-TNFalfa (50%), dos (29%); dos anti-TNFalfa y vedolizumab (14%). Un paciente con esclerosis múltiple ningún biológico previo. La indicación para la intensificación fue: actividad perianal severa (21%); recurrencia endoscópica (36%); persistencia de síntomas clínicos (43%). Mediana de tiempo desde el inicio de UTK hasta la intensificación: 53 semanas (22-72). Tras la intensificación el 36% alcanzó respuesta parcial, remisión clínica (35%), remisión endoscópica (7%), actividad endoscópica (7%), ausencia de datos (7%), retirada UTK (7%). En ningún paciente se registraron EA post-intensificación ni se detectaron anticuerpos frente al fármaco. Limitaciones: carencia de índices de actividad pre/post-intensificación, ausencia de una evaluación sistemática de respuesta (endoscópica, biológica) y subjetividad en la interpretación de la respuesta clínica.

CONCLUSIONES

La intensificación con UTK se realizó en un porcentaje alto de pacientes. La efectividad (basada principalmente en criterios clínicos) fue elevada. No se notificó ningún EA relacionado con la intensificación y en ningún paciente se generaron anticuerpos anti-UTK.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

742. RITUXIMAB EN PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS: MÁS ALLÁ DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

GASÓ GAGO I, VÁLLEZ VALERO L, GARRIDO ALEJOS G, VILLAMARIN VALLEJO L, FELIU RIBERA A, GRAS MARTIN L, MANGUES BAFALLUY MA

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CARRER DE SANT QUNTI 89. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir el uso de rituximab en indicaciones diferentes a las autorizadas en un Servicio de Neurología y evaluar su efectividad y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, que incluyó a pacientes con patología neurológica tratados con rituximab entre enero de 2018 y diciembre de 2020. Se excluyeron pacientes con esclerosis múltiple, y aquellos con seguimiento inferior a seis meses. Variables recogidas de la historia clínica: demográficas (sexo, edad), clínicas (diagnóstico), farmacológicas (tratamiento previo, número de ciclos, tratamientos concomitantes), de efectividad (estabilidad o mejora de la sintomatología) y de seguridad (reacciones adversas y tolerancia). Los resultados de efectividad se valoraron a los 6 y 12 meses desde el inicio.

RESULTADOS

Durante el período de seguimiento se trataron con rituximab 33 pacientes con patología neurológica. La media de edad fue 56,4 años (rango: 21-85 años), y el 51,5% eran hombres. Se utilizó en las siguientes indicaciones: miastenia (n=8), encefalitis (n=6), vasculitis cerebral (n=6), poliradiculopatia desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP) (n=4), gammapatía (n=3), neuromielitis (n=3) y otros (n=3).

Las dosis utilizadas fueron: rituximab 375mg/m2/semana durante 4 semanas seguido de 375mg/m2/mes durante 2 meses (miastenia, CIDP, gammapatía, encefalitis, vasculitis) o rituximab 1000 mg/15 días x2 dosis (neuromielitis, encefalitis, vasculitis).

Los 8 pacientes con miastenia habían recibido tratamiento previo con una media de 3,6 fármacos, principalmente corticoesteroides y gammaglobulinas. Recibieron una media de 2 ciclos de rituximab. Seis pacientes presentaron estabilidad o mejora de la diplopía y ptosis a los 6 meses y cinco al año de tratamiento.

Los seis pacientes con encefalitis habían recibido tratamiento previo, mayoritariamente corticoesteroides y gammaglobulinas. Recibieron una mediana de 2 ciclos de rituximab (rango: 2-12) combinado con prednisona ± ciclofosfamida. El 50% presentó estabilidad o mejora cognitiva y de la marcha a los 6 y 12 meses.

Cinco pacientes con vasculitis cerebral habían recibido tratamiento previo, principalmente corticoesteroides. Recibieron una media de 2,4 ciclos de rituximab, combinado con corticoesteroides en 5 pacientes. Todos presentaron mejoría clínica global o estabilidad a los 6 meses, así como los 4 pacientes con seguimiento al año.

Los pacientes con CIDP habían recibido una media de 2,3 tratamientos previos. Recibieron una media de 3,3 ciclos de rituximab, combinado con plasmaféresis en dos pacientes. A los 6 y 12 meses todos los pacientes presentaban mejora o estabilidad global.

Los pacientes con gammapatía recibieron una media de 2,4 ciclos de rituximab. A los 12 meses, los dos pacientes con seguimiento presentaban estabilidad.

Todos los pacientes con neuromielits habían recibido tratamiento previo con prednisona y azatioprina. Los tres recibieron 3 ciclos y presentaron empeoramiento de la agudeza visual al año de tratamiento que mejoró con la administración de un ciclo de rituximab.

En cuanto a la seguridad, se dieron 4 infecciones no graves y 9 reacciones infusionales, una de ellas grave, que se resolvieron con las medidas habituales.

CONCLUSIONES

En nuestro centro, rituximab se utiliza en condiciones no autorizadas en numerosas indicaciones neurológicas con una efectividad relevante, aunque la muestra de pacientes por patología es muy limitada e impide sacar conclusiones. El tratamiento con rituximab presenta un perfil de seguridad manejable.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

754. EFICACIA Y SEGURIDAD DE OMALIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA Y ASMA ALÉRGICA GRAVE

AUTORES

PUEBLA VILLAESCUSA A, MURGADELLA SANCHO A, GRACIA GARCÍA B, LOSA LÓPEZ L, FELIU PONSATÍ C, LLORENS MASCARÓ M, HIDALGO ALBERT E, QUERO SOLER MDC

HOSPITAL MOISÉS BROGGI. CARRER D'ORIOL MARTORELL, 12. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar la eficacia del tratamiento con omalizumab en urticaria crónica espontánea (UCE) y asma alérgica grave no controlada (AAGNC) en nuestro centro evaluando la proporción de pautas optimizadas e intensificadas para lograr estabilidad clínica.

Analizar los motivos de suspensión de tratamiento para cada una de las indicaciones, así como los efectos adversos reportados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con UCE y AAGNC tratados durante más de 12 meses con omalizumab en un hospital de segundo nivel.
Período estudiado: enero 2012-mayo 2021.
Obtención de datos a partir de la historia clínica informatizada y análisis con Excel®.
Varirables basales: edad y sexo.
Variables relacionades con el tratamiento: indicación (UCE o AAGNC); fecha de inicio; posología (estandarizada (300 mg/4 semanas), optimizada (dosis media < 300 mg/4 semanas) o intensificada (dosis media > 300 mg/4 semanas) y efectos adversos (EA) reportados. También se recogió la fecha de suspensión del tratamiento (si la hubo), el motivo, la fecha de recaída y los meses libres de tratamiento hasta recaída.
Variables de eficacia: en UCE se considero el tratamiento eficaz una puntuación en la escala Urticary activity score 7 (UAS7) < 7 (escala de 0-42). En AAGNC se consideró eficaz una puntuación en el Asthma Control Test (ACT) > 19 (escala de 0-25).

RESULTADOS

94 pacientes (65 mujeres), 69 con UCE y 25 con AAGNC.
Media de edad: 52,6 años (19-78).
En UCE:
64 (92,8%) pacientes se encuentran bien controlados (UAS7 < 7).
1 (1,4%) con prurito leve (UAS7=7-15).
1 (1,4%) moderadamente controlado (UAS7=16-27).
3 (4,3%) tuvieron mal control y falta de respuesta, incluso tras intensificación (UAS7 > 27).
En 47 pacientes (68,1%) se optimizó dosis.
En 11 de ellos se suspendió omalizumab por remisión y estabilidad clínica: 6 continuan asintomáticos actualmente con una media de 20,7 meses libres de tratamiento, y 5 sufrieron recaída tras una media de 4,6 meses, siendo retratados de nuevo y asintomáticos hasta la actualidad.
En 16 (23,2%) se mantuvo una posología estandarizada.
En 6 pacientes (8,7%) se intensificó la dosis. En 3 de ellos se suspendió el tratamiento por falta de respuesta.
En AAGNC:
23 (92%) pacientes bien controlados (ACT) > 19.
1 (4%) parcialmente controlado (ACT=16-19).
1 (4%) mal controlado (ACT < 15).
En 11 (44%) pacientes se intensificó la dosis.
En 9 (36%) se mantuvo la posología estandarizada.
Sólo en 5 pacientes (20%) se pudo optimizar la dosis.
Ninguno de los tratamientos se suspendió por falta de respuesta hasta la fecha.
Los EA reportados para ambas indicaciones fueron: mialgia-artralgia y rigidez articular (1), cefaleas constantes (1), fatiga post-inyección (2), reacción local post-inyección (2).

CONCLUSIONES

Omalizumab ha demostrado ser eficaz en el control y estabilización clínica de la UCE y el AAGNC.
Destaca un elevado porcentaje de pacientes que permiten una pauta optimizada en UCE una vez alcanzada la estabilidad clínica, y por el contrario, un elevado porcentaje de pacientes que requieren una intensificación de dosis en AAGNC.
Los efectos adversos reportados en ambas indicaciones fueron leves y poco frecuentes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

778. EFECTIVIDAD DEL SWITCHING ENTRE INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA EN PROFILAXIS DE MIGRAÑA

AUTORES

PENA VILLANUEVA P, SABATE FRIAS N, MARTINEZ BERNABE EM, RUIZ POZA D, TERRE OHME S, GONZALEZ MARTINEZ J, SANCHEZ RIVERO R, SOLIS RODRIGUEZ A
HOSPITAL COMARCAL DE BLANES. ACCÉS CALA SANT FRANCESC, 5. GIRONA

OBJETIVOS

Determinar la efectividad de realizar switching con un inhibidor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (IPRGC) en pacientes que han fracasado a otro IPRGC previo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de dos hospitales comarcales de la misma región sanitaria en el que se incluyó a todos los pacientes que fueron tratados con un IPRGC tras fracasar con otro IPRGC previo.
Se recogieron de la Historia Clínica Electrónica los siguientes datos: sexo, edad, 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 del primer IPRGC, previos al inicio del segundo IPRGC y a los 3 meses de estar a tratamiento con el segundo IPRGC. Todos ellos fueron registrados en una hoja de cálculo.
Se consideró que el switching era eficaz si se producía una reducción de al menos el 50% en el DMM (a los 3 meses de

estar con el segundo IPRGC respecto al inicio de este segundo). 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.
Se excluyeron del estudio todos aquellos pacientes que no tuviesen medidas todas las variables o que no hubiesen tenido un seguimiento médico a los 3 meses de iniciar el segundo tratamiento.

RESULTADOS

Un total de 17 pacientes fueron tratados con 2 IPRGC distintos, 7 hombres y 10 mujeres con una media de edad de 48 años (rango 63-33). De estos 17 pacientes, se excluyeron 5 pacientes por cumplir los criterios de exclusión.
Antes de iniciar el primer IPRGC, la media de DMM fue 23,3 días (rango 12-30) y la media del HIT-6 fue 70,4 (rango 66-78). Antes de iniciar el segundo IPRGC, la media de DMM fue 23,9 días (13-30) y la media del HIT-6 fue 69,2 (66-78). A los 3 meses de iniciar con el segundo IPRGC, la media de DMM fue 11,2 días (5-24) y la media del HIT-6 fue 60,9 (48-72).
Todos los pacientes se clasificaron como migrañas de alto impacto (HIT-6 > 55).
El switching fue eficaz en 11 de los 12 pacientes.

CONCLUSIONES

El switching entre IPRGC ha resultado muy efectivo en nuestros pacientes. Aunque serían necesarios más estudios y de mayor duración para poder establecer la utilidad de hacer switching con estos fármacos en condiciones de práctica clínica y a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

780. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESPECTRO DE LA NEUROMIELITIS ÓPTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

GÓMEZ COSTAS D, MARTÍN BARBERO ML, GARCÍA DOMÍNGUEZ JM, HERRERO BERMEJO S, FRAILE RODRÍGUEZ C, GIMENEZ MANZORRO A, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DEL DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Principal:
Elaborar un protocolo de tratamiento de Trastorno de Espectro de la Neuromielitis Óptica (NMOSD) basado en la eficacia, seguridad y coste de las alternativas disponibles para justificar su uso en una indicación no recogida en ficha técnica.
Segundarios:
Establecer criterios de seguimiento de estos fármacos.
Evaluar las nuevas moléculas comercializadas y pendientes de comercializar, comparándolas con las alternativas con más experiencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza una revisión sistemática mediante la búsqueda en Pubmed: “Rituximab OR tocilizumab OR mycophenolate OR eculizumab OR satralizumab OR inebilizumab” AND “Neuromyelytis Optica” (MeSH), últimos 5 años, filtro de metaanálisis, revisiones y ensayos clínicos. Se seleccionan para su análisis completo aquellas publicaciones metodológicamente correctas y enfocadas en el tratamiento. Además, se consultan Uptodate, guías NICE y diferentes fuentes primarias citadas en ellas. Se analizan la eficacia y seguridad primando el número de recurrencias anuales y los abandonos por efecto adverso como indicadores de una y otra. El impacto económico se estima del número y precio de las dosis anuales recomendadas.
Se seleccionan en total 22 publiaciones que se analizan conjuntamente con Neurología.

RESULTADOS

El análisis objetiva que la eficacia de rituximab y tocilizumab parece elevada y comparable (alrededor de 80% de pacientes sin recurrencias anuales), siendo la de micofenolato algo inferior. La seguridad también es semejante y asumible cumpliendo una monitorización adecuada. Apoyándonos además en que el coste anual de micofenolato≈rituximab < tocilizumab surge el siguiente protocolo:
Micofenolato de mofetilo. Primera línea en prevención de recurrencias en NMSOD anti-AQP4 negativa, y alternativa en formas leves-moderadas de NMSOD anti-AQP4 positiva. Dosis objetivo de 2000-3000 mg/día en 2-3 tomas según tolerancia. Monitorización trimestral de linfocitos.
Rituximab: Primera línea en prevención de recurrencias de NMSOD anti-AQP4 positiva en pacientes naïve, y elección en progresiones a micofenolato. Dosis de 1000 mg intravenosos días 0 y 14, redosificaciones de 1000 mg cada 6 meses, y a partir del segundo año, 500 mg cuando exista elevación de CD20. Monitorización de hemograma y CD20 a los 2 y 5 meses, y luego mensualmente.
Tocilizumab (mismo mecanismo que satralizumab, pendiente de aprobación). Alternativa en pacientes no respondedores a rituximab en NMSOD anti-AQP4 positiva. Dosis de 8 mg/kg intravenoso cada 4 semanas. Monitorización lipídica, hepática y de neutrófilos primer y segundo mes, y luego trimestralmente.
Otras alternativas menos coste-efectivas como eculizumab quedan relegadas a casos refractarios evaluados individualmente. Satralizumab e inebilizumab, pendientes de aprobación, presentan unas tasas de respuesta comparables a las opciones terapéuticas del protocolo.
La eficacia de estos fármacos se estudiará mediante el número de recaídas anuales, considerando un brote grave como criterio ineficacia y cambio de tratamiento. Se propondrá también el cambio en caso de alteración analítica relevante o efecto adverso grave.

CONCLUSIONES

Este protocolo de tratamiento de la NMSOD supone una guía de uso detallada del manejo de la patología, basada en la evidencia y eficiencia, seleccionando micofenolato, rituximab y tocilizumab como principales alternativas. Ante la falta de posicionamientos consensuados y de indicaciones en ficha técnica, podría ser usado como referencia por otros centros. Es imprescindible recoger los resultados en vida real obtenidos con estas terapias para poder posicionar adecuadamente los nuevos fármacos que irán apareciendo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

811. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA GRAVE TRAS 16 SEMANAS DE TRATAMIENTO.

AUTORES

SANCHEZ LUQUE L, INFANTE CAMARERO A, ARNAIZ DIEZ S, REVILLA CUESTA N, MACHIN MORON MA, DE FRUTOS DEL POZO M, GUEMES GARCIA M, GUTIERREZ FERNANDEZ I

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. ISLAS BALEARES 3, 09006. BURGOS

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y la seguridad de dupilumab en pacientes con Dermatitis atópica grave tras 16 semanas de tratamiento en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes adultos con dermatitis atópica grave que recibieron dupilumab en un hospital de tercer nivel.

Se recogieron variables demográficas [edad, sexo], posología; tratamientos previos; las variables cínicas recogidas en la aplicación Valtermed [EASI-50: Área de eccema e índice de gravedad (0-70 puntos), PGA: Physician Global Assessment (0-4 puntos), BSA: Porcentaje de superficie corporal afectada]. Se evaluó el cumplimiento de los criterios incluidos en la aplicación Valtermed para el inicio y la continuación de tratamiento a las 16 semanas (alcanzar el EASI-50 respecto a su valoración inicial basal y una reducción en el PGA ≥ 2 puntos respecto a su valoración inicial basal); y los efectos adversos causados por este tratamiento.

Los datos se recogieron a partir de la historia clínica de los pacientes, del programa de dispensación de medicamentos a pacientes externos del hospital y de la aplicación Valtermed.

RESULTADOS

Se recogieron datos de 7 pacientes, con una mediana de edad de 32 (26-48), 5 de ellos de sexo masculino; de los cuales solo 5 completaron las 16 semanas de tratamiento. Todos ellos comenzaron con una pauta de inducción dupilumab 600 mg subcutáneo el día 1, seguido de 300 mg subcutáneo cada dos semanas. Los 7 pacientes recibieron ciclosporina previamente y corticoides orales, 4 recibieron omalizumab, 2 recibieron metotrexato oral, fototerapia y tacrólimus tópico; y 1 recibió leflunomida.

La mediana de EASI fue de 38 (25-42) en el momento del inicio del tratamiento y de 6 (3-9) en la semana 16; los 5 pacientes que llegaron a las 16 semanas de tratamiento alcanzaron un EASI-50 tras completar las 16 semanas.

De los 5 pacientes analizados, 4 de ellos comenzaron con un PGA de 4 y uno de ellos comenzó con un PGA inicial de 3, todos ellos alcanzaron un PGA de 1 (una reducción en el PGA ≥ 3 puntos respecto a su valoración inicial basal).

La mediana del BSA fue de 40% (25-70%) al inicio y de 15% (9-28%) a las 16 semanas de tratamiento. El 100% de los pacientes cumplen los requisitos para continuar el tratamiento a las 16 semanas.

En cuanto a la seguridad, el 43 % de los pacientes sufrieron conjuntivitis al inicio del tratamiento, sin embargo, la administración preventiva de lágrimas artificiales consiguió evitar nuevos episodios.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en las variables clínicas tras 16 semanas de tratamiento sugieren que dupilumab es efectivo para el tratamiento de la Dermatitis Atópica grave. Además, dado los bajos efectos secundarios, el fármaco también puede considerarse seguro. Se considera necesario continuar con la evaluación de resultados a largo plazo del tratamiento para comprobar su efectividad y seguridad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

823. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

PERPINYA GOMBAU M, ARTIME RODRIGUEZ-HERMIDA F, OLMO MARTINEZ M, COMA PUNSET M, VIÑAS SAGUÉ L, FAYET PÉREZ A, MALLA CANET MD, SACREST GÜELL R

HOSPITAL SANTA CATERINA. DR. CASTANY, S/N. GIRONA

OBJETIVOS

Evaluar la eficiencia de la optimización de la dosis de rituximab como indicación fuera de ficha técnica en el tratamiento de la esclerosis múltiple (EM)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de pacientes diagnosticados de EM remitente recurrente (EMRR), secundaria progresiva (EMSP) y primaria progresiva (EMPP) que iniciaron tratamiento con rituximab entre agosto de 2017 y junio de 2019 con la pauta posológica de 1000mg cada 14 días en el mes 0, 6 y 12 y continuaron el tratamiento con 500mg cada 6 meses a partir del mes 18 de tratamiento.

Las variables recogidas fueron: edad y sexo, tipo de EM, escala EDSS, % linfocitos CD19, inmunoglobulinas G (IgG) (basales, a los 3-6 meses y al año de la optimización del tratamiento) y número de dosis reducidas recibidas hasta abril 2021. Además se evaluó la estabilidad radiológica mediante resonancia magnética (RM) a los 3-6 meses y/o al año de optimización. Se revisaron los efectos adversos (EA) durante el tratamiento.
Se analizó el ahorro económico que supuso esta medida para el centro hospitalario.
Para la recogida de datos se utilizaron la historia clínica y los registros de prescripción

RESULTADOS

Se evaluaron 26 pacientes con una edad media de 47.9 años (20-66) y 53.8% eran mujeres. Los diagnósticos eran: 11.5% EMRR, 30.8% EMPP, 57.7% EMSP.
El EDSS medio basal fue de 5.2 (2-8.5), con CD19 11.9% (2,1-34) y IgG 966,3 mg/dL (605-1343).
A los 3-6 meses tras la optimización de la dosis el EDSS medio fue de 5.3 (2-8.5), el 92.3% (n=24) de los pacientes tuvieron CD19=0% y 7,7% con CD19 de 2%. El nivel medio de IgG fue de 990,3 (676-1455). El 11.5% (n=3) tuvieron nuevas lesiones en T2 y la media de estas lesiones fue de 1.
A los 12 meses tras la optimización (n=14), el EDSS medio fue de 5.9 (2-8.5), el 71.4% (n=10) de los pacientes tuvieron CD19=0% y 28.6% una media de CD19 de 1.25%. El nivel medio de IgG fue de 1011,92 (687-1598). En este corte, solo el 85,7% (n=12) tenían disponible la RM y en ninguno aparecían nuevas lesiones.
El 26,9% (n=7) de los pacientes presentaron EA leves (flushing y picor de garganta) durante todo el tratamiento.
Se estimó un reducción de los costes en 70.001,49€ teniendo en cuenta la medicación, los costes de preparación, los costes de administración y la atención en hospital de día

CONCLUSIONES

Este régimen terapéutico sugiere que las dosis reducidas de rituximab mantienen la estabilidad radiológica y clínica a pesar del ligero incremento en la escala EDSS, siendo seguras y mostrando un aumento de la concentración de IgG. Se requiere un seguimiento más prolongado para confirmar la respuesta de esta pauta en nuestra población. La dosis reducida supone un ahorro económico para el centro hospitalario

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

828. EFICIACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE INFLIXIMAB A ALTAS DOSIS.

AUTORES

GÁNDARA ANDE A, FÓRNEAS SANGIL A, FÉRNANDEZ GONZÁLEZ B, APARICIO CARREÑO C, AYASTUY RUIZ A, TERROBA ALONSO PN, MARTÍNEZ-MÚGICA BARBOSA C, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ A
HOSPITAL DE CABUEÑES. CALLE DE LOS PRADOS. ASTURIAS

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad del uso de infliximab a altas dosis en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, que incluyó a todos los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU), que recibieron infliximab a dosis superiores a 10 mg/kg y pautas inferiores a 8 semanas durante el 2020, excluyéndose aquellos pacientes que no tuvieron revisión médica tras la intensificación.
Los datos recogidos de la historia clínica electrónica fueron: sexo, edad, tipo de EII, dosis y pauta recibida, niveles del fármaco en sangre, calprotectina fecal (CPF) y efectos adversos (EAs).
La eficacia se valoró mediante el “Crohn’s disease activity index” (CDAI) para EC (0-149: remisión; 150-220: leve; 221-450: grave y 451-1100: fulminante) y el índice Mayo para CU (0-2: remisión; 3-5: leve; 6-10: moderada y 11-12: severa). Tras comprobar la normalidad de los datos con el programa informático SPSS© se compararon estos índices antes y tres meses después de la intensificación mediante la T de Wilconxon (EC) y la T de Student (CU).
Para la evaluación de la seguridad se registraron todos los EAs asociados al tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 56 pacientes (22 mujeres) con una mediana de edad de 45 años, diagnosticados de EC(n=38) y de CU(n=18).
El tratamiento con infliximab a altas dosis implicó el uso de diversas posologías: 20 pacientes (36%) utilizaron dosis de 10 mg/kg cada 6 semanas, 13 pacientes (23%) 10 mg/kg cada 4 semanas, 5 pacientes (9%) 12,5 mg/kg cada 8 semanas, 1 paciente (2%) 12,5 mg/kg cada 6 semanas, 14 pacientes (25%) 12,5 mg/kg cada 4 semanas y 3 pacientes (5%) 15 mg/kg cada 4 semanas.
En cuanto a la eficacia, la mediana del CDAI antes y tres meses después de la intensificación varió de 141 a 81 (ambos en remisión) y la mediana del índice Mayo de 4 (actividad leve) a 2 (actividad en remisión), encontrándose diferencias estadísticamente significativas en ambos índices (p=0,001 y p=0,035). Todos los pacientes consiguieron mayores niveles tras la utilización de altas dosis y la CPF mejoró en el 64%.
Tras la utilización de altas dosis de infliximab el 23% de los pacientes tuvieron que reducir la dosis (12 por niveles supraterapéuticos; 1 EAs), el 13% suspendió el tratamiento (3 por falta de eficacia; 3 por no alcanzar niveles; 1 EAs). Por otro lado, el 9% re-intensificó.
En cuanto a la seguridad, el 7% de los pacientes manifestaron EAs; 1 caso de psoriasis; 1 caso de dolor articular; 1 caso con infecciones urinarias recurrentes; 1 caso de eccema diseminado.

CONCLUSIONES

Infliximab es un anticuerpo monoclonal efectivo en el tratamiento de la EII pero con una gran variabilidad farmacocinética interindividual. La utilización de dosis altas de infliximab en nuestra población se asoció a un aumento de la eficacia en la mayoría de los casos. Además, los EAs registrados no implicaron ningún riesgo para la vida del paciente. Aunque los resultados son prometedores, es necesario hacer estudios de mayor duración y en muestras de mayor tamaño para poder obtener resultados más concluyentes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

832. NEUTROPENIA Y PLAQUETOPENIA ASOCIADAS A SARILUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

AUTORES
PÉREZ-PERIÁÑEZ ORRILLO L, FERNÁNDEZ MARTÍNEZ V, GÓMEZ GÓMEZ D, SÁNCHEZ GUNDIN J, ILLARO URANGA A, ARAGÓN GRACIA I, RAMIS BARCELÓ MB, VALERO DOMINGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA. AVENIDA VALDECILLA. CANTABRIA

OBJETIVOS
Sarilumab es un anticuerpo monoclonal humano que se une específicamente a los receptores de interleucina 6, bloqueando diferentes respuestas celulares mediadas por dicha citoquina, tales como: proliferación, diferenciación y supervivencia en células hematopoyéticas. El objetivo de este estudio es analizar el perfil de seguridad hematológica (neutrófilos y plaquetas) de sarilumab en tratamientos de pacientes ambulatorios con enfermedades reumáticas.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con patologías reumáticas que iniciaron tratamiento con sarilumab entre octubre de 2019 y marzo de 2021 en un hospital de tercer nivel. Los datos se recogieron del programa de prescripción electrónica asistida (PEA) y de la historia clínica electrónica (Altamira®). De cada paciente se registraron valores de neutrófilos y plaquetas previos al inicio del tratamiento, en 4 meses y a los 12 meses de tratamiento. Se compararon las medias de dichos valores mediante t de Student para muestras emparejadas, estableciendo el límite de significación estadística en $p < 0,05$. Se categorizó la gravedad de las citopenias según la guía CTCAE-2017. Otras variables seleccionadas fueron: edad, sexo, causas de suspensión de tratamiento y duración de los tratamientos finalizados.

RESULTADOS
35 pacientes (30 mujeres) recibieron tratamiento con sarilumab durante el periodo de estudio, cuya edad media fue de 63 ± 12 años. En los primeros 4 meses de tratamiento (N=28), el valor medio de neutrófilos sanguíneos se redujo significativamente de 4,08 [± 1,86 (*1000/µl)] a 2,82 [± 1,68 (*1000/µl)] (p= 0,012). El valor medio de plaquetas también descendió significativamente tras los primeros meses desde 253 [± 92 (*1000/µl)] hasta 212 [± 76 (*1000/µl)] (p=0,008). A partir del mes 9 de tratamiento (N=13), los valores de neutrófilos se situaron en una media de 3,68 [± 2,58 (*1000/µl)], sin diferencias estadísticamente significativas frente a los valores del inicio (4,69 [± 2,60 (*1000/µl)] (p=0,227)). En cambio, el número medio de plaquetas sí continuó siendo significativamente menor, con un valor medio de 231 [± 81 (*1000/µl)] frente a 274 [± 91 (*1000/µl)] (p= 0,016) al inicio del tratamiento.
En los primeros 4 meses de tratamiento, 7 pacientes (25%) presentaron neutropenia (4 de grado II) y 4 pacientes (14%) trombocitopenia, todas de grado II. A los 12 meses de tratamiento, se detectaron 4 neutropenias (31%) (2 de grado II o más) y 2 (15%) trombocitopenias de grado I.
La media de duración del tratamiento fue de 193 ± 143 días. Se suspendió el tratamiento en 17 pacientes: 9 por falta de eficacia (53%), 6 por EA (35%) (3 por neutropenia), 1 por falta de adherencia (6%) y 1 exitus (6%).

CONCLUSIONES
El descenso estadísticamente significativo en el recuento de neutrófilos y plaquetas tras los primeros meses de tratamiento constituye una limitación de sarilumab y conlleva su suspensión en un número importante de pacientes. Es necesario hacer un seguimiento estrecho de este tipo de EA durante todo el curso del tratamiento, hasta esclarecer cómo es su evolución en un horizonte temporal más amplio.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

839. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE USTEKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE CROHN

AUTORES
ARAGÓN GRACIA I, PEREZ-PERIAÑEZ ORRILLO L, ILLARO URANGA A, RIOJA CARRERA M, SÁNCHEZ GUNDIN J, GÓMEZ GÓMEZ D, BARBADILLO VILLANUEVA S, VALERO DOMINGUEZ M
HOSPITAL MARQUES DE VALDECILLA. AVENIDA VALDECILLA 25. CANTABRIA

OBJETIVOS
El anticuerpo monoclonal ustekinumab inhibe la bioactividad de las IL-12 y IL-23, disminuyendo marcadores inflamatorios, como la proteína C reactiva (PCR) y la calprotectina fecal, relacionados con la actividad de la Enfermedad de Crohn. El objetivo es analizar la efectividad y seguridad de ustekinumab en el primer año de tratamiento en pacientes con Enfermedad de Crohn.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico. Se incluyeron pacientes adultos con Enfermedad de Crohn tratados con ustekinumab, durante al menos un año, desde el inicio de su uso en el centro (septiembre 2017) hasta abril 2021.
Se recogieron como variables descriptivas edad, sexo, posología, tratamientos biológicos previos y tratamiento concomitante con inmunosupresores.
Como variables de efectividad, se registraron previamente al inicio y tras un año de tratamiento, la PCR, la calprotectina fecal y los niveles de hemoglobina, cuyos valores medios fueron comparados mediante la prueba t de Student para datos apareados, se tomó $p < 0.05$ como relación estadísticamente significativa.
Para analizar la seguridad se recogieron los efectos adversos durante el tratamiento, la suspensión o no del tratamiento, el motivo y la duración del mismo.

Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica (PEA®) y mediante la revisión de la historia clínica electrónica (Altamira®).

RESULTADOS

Se analizaron 48 pacientes, con una mediana de edad de 47 años (19-77) y el 35% (17) eran mujeres. Todos comenzaron con administración intravenosa inicial, 42 (88%) pacientes tenían una pauta de mantenimiento con ustekinumab 90mg SC cada 8 semanas y 2 (4%) cada 12 semanas, mientras que sólo 3 pacientes (6%) tenían intensificado el tratamiento a cada 28 días y 1 (2%) a cada 6 semanas. El tratamiento biológico previo fue un antiTNF en todos los pacientes (adalimumab en 33 pacientes e infliximab en 31) con una mediana de 1 tratamiento previo (1-3). Respecto a los inmunosupresores, 7 de los 27 pacientes que recibían tratamientos con azatioprina, corticoides u ambos los retiraron tras el inicio con ustekinumab.

En cuanto a la efectividad, la calprotectina fecal (n=36) disminuyó de 904,3±761,6 mg/kg a 569,6±674,6 mg/kg con diferencias estadísticamente significativas (p=0,018). Respecto a la hemoglobina (n=41) los valores aumentaron significativamente de 12,5±2,0 g/dl a 13,5±2,0 g/dl (p= 0,001). Los valores medios de PCR (n=40) disminuyeron sin variar significativamente, de 5,7±10,7 mg/dl a 1,9±6,1 mg/dl (p=0,057).

En relación con la seguridad, 7 pacientes (15%) mostraron efectos adversos: prurito, astenia, estreñimiento, infección por herpes zóster, dolores osteomusculares y artritis, de ellos, sólo este último llevó a la retirada del fármaco.

A fecha fin de estudio, 15 pacientes (31%) habían suspendido el tratamiento, con una duración media del tratamiento de 20 meses (2-29). Entre los motivos de suspensión: falta de efectividad (7), resecciones ileocecales (3), abandono paciente (1) y artralgias (2), interacción con tratamiento oncológico (1) y diagnostico carcinoma de colon (1).

CONCLUSIONES

Ustekinumab supone una alternativa segura y efectiva en Enfermedad de Crohn, cuya efectividad puede reflejarse en una mejora mantenida de los parámetros analíticos durante el primer año de tratamiento. El seguimiento del paciente es necesario para comprobar si la efectividad y la tolerabilidad se mantienen en un horizonte temporal más amplio.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

849. INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN MIASTENIA GRAVIS: RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES

ESTRADA NIETO L, MORALES TRIADÓ A, ARIAS MARTÍNEZ A, RAMOS FRANSI A, TERRICABRAS MAS E, RODRÍGUEZ-BERNUZ C, CARABIAS ANÉ L, QUIÑONES RIBAS C

HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL. CARRETERA DE CANYET, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar el coste-efectividad del tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) en pacientes con miastenia gravis (MG).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con MG seropositiva, caracterizada por la presencia de anticuerpos dirigidos contra el receptor de acetilcolina, que iniciaron el tratamiento entre enero de 2017 y diciembre de 2020. Se excluyeron aquellos que habían sido tratados previamente con IgIV. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, período de tratamiento, posología, ciclos recibidos, coste del tratamiento y estadio basal de la enfermedad según la Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA). La respuesta al tratamiento se evaluó tras un período de tiempo promedio de dos meses posadministración, mediante los resultados obtenidos de las escalas: MG Composite Scale (MGCS) y MGFA Post-intervention Status (MGFA-PIS). La escala de MGCS calcula una puntuación de 0-50, dónde un valor más elevado se traduce en una situación clínica desfavorable y la escala de MGFA-PIS clasifica la condición del paciente: remisión, manifestaciones mínimas, mejora, sin cambios, empeoramiento, exacerbación o muerte debida a la MG. La recogida de datos se realizó mediante la revisión de la historia clínica y el programa de prescripción conjuntamente con el equipo médico de la unidad neuromuscular. El coste por gramo de inmunoglobulina se obtuvo a partir del precio de venta laboratorio.

RESULTADOS

Se analizaron 9 pacientes (6 mujeres) con una media de edad de 50,67 años (19-85). En cinco pacientes, la indicación del tratamiento fue la crisis miasténica, mientras que en los pacientes restantes (4), fue la preparación previa a la intervención quirúrgica (timectomía). La clasificación de la MG basal de los pacientes estudiados de menor a mayor gravedad, fue la siguiente: MGFA-IIA (1), MGFA-IIB (4), MGFA-IIIA (1) y MGFA-IIIB (3).

La dosificación más frecuente fue el régimen de 2g/kg, recibiendo una media de 1,89g/kg. Todos los pacientes recibieron un solo ciclo, exceptuando un paciente que recibió tres tandas de IgIV separados mensualmente. La duración media de tratamiento fue de 4 días/ciclo.

Cinco pacientes, tres con indicación para la exacerbación y dos pretimectomía, presentaron una mejora de las manifestaciones clínicas según la escala de MGFA-PIS. Se obtuvo el valor MGCS de cuatro de los pacientes que lograron una mejoría, el valor del cual, disminuyó un promedio de 13,25 puntos.

Cuatro pacientes, dos con indicación para la exacerbación y dos pretimectomía, no presentaron cambios respecto a la situación previa a la administración del tratamiento según MGFA-PIS.

De los pacientes analizados, ninguno presentó un empeoramiento de la enfermedad posadministración.

El coste medio del tratamiento fue de 5383,33 euros. Para aquellos pacientes que obtuvieron una mejora de la clínica, el coste por cada punto que disminuyó el MGCS, fue de 445,95 euros.

CONCLUSIONES

El tratamiento con inmunoglobulinas fue efectivo en las indicaciones estudiadas, mostrando una mejora de la clínica en cinco pacientes y una estabilidad de la enfermedad en los restantes. Dado que se trata de un medicamento con una baja disponibilidad y un coste elevado, se debe garantizar una correcta selección y seguimiento de los pacientes candidatos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

853. ESTUDIO EN VIDA REAL DE ERENUMAB EN MIGRAÑA CRÓNICA O EPISÓDICA DE ALTA FRECUENCIA.

AUTORES

DÍAZ ACEDO R, GALVÁN BANQUERI M, RODRÍGUEZ PÉREZ A, FERNÁNDEZ RECIO M, GUTIÉRREZ PIZARRAYA A, ESPINA LOZANO JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. AVDA. DE BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y la seguridad de erenumab en el tratamiento de la migraña crónica (MC) o episódica de alta frecuencia (MEAF).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo, multidisciplinar que incluyó todos los pacientes en tratamiento con erenumab (agosto 2019-febrero 2021).

Se recogieron variables demográficas (sexo, edad) y descriptivas (tipo de migraña, duración, aura y tratamientos previos). Para la efectividad, se recogió en el momento basal, a los 3 meses y 6 meses: días mensuales de migraña (DMM) y resultado de las escalas MIDAS/HIT-6. Además, se evaluó el aumento de dosis/suspensión por falta de respuesta (valorado por Neurología), considerando respuesta clínica al tercer mes si los DMM se redujeron un 50% (y eran < 8 DMM) y al sexto mes si se mantuvo esa mejoría.

Para la seguridad, se recogieron eventos adversos (EA) documentados en la historia clínica.

Se realizó un análisis descriptivo y, para evaluar la efectividad, la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas.

RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes (80,7% mujeres, n=25), con edad mediana 45 años (RIQ:40-52). El 80,7% (n=25) sufría MC y el 19,3% (n=6) MEAF. El 40% (n=12) había sufrido migraña > 30 años, el 20% (n=6) 20-30 años, el 30% (n=9) 10-20 años y el 10% (n=3) < 10 años. El 16,1% (n=5) presentaban aura. Todos los pacientes habían recibido≥3 tratamientos preventivos (incluyendo toxina botulínica en caso de MC) y el 75% (n=24) combinaciones, con una mediana de tratamientos previos de 6 (RIQ:5-7).

La mediana de DMM basal fue 12 (RIQ:10-18) y los valores medianos de las escalas fueron 70 para MIDAS (RIQ:44-115) y 71 para HIT-6 (RIQ:69,3-75,5).

27 pacientes completaron 3 meses de tratamiento, con una mediana de DMM de 7 (RIQ:4-13) y unos valores medianos de 30,5 para MIDAS (RIQ:2-73) y de 63 para HIT-6 (RIQ:52-71). Se alcanzó la respuesta clínica en un 51,8% (n=14) de pacientes, aumentando un 48,2% de pacientes (n=13) la dosis a 140 mg/mes.

22 pacientes completaron 6 meses de tratamiento, con una mediana de DMM de 5 (RIQ:3-8) y valores medianos de 21 para MIDAS (RIQ:4-49) y 59,5 para HIT-6 (RIQ:43,5-66), suspendiendo 5 pacientes (22,7%) el tratamiento por fracaso tras 6 meses.

El número de DMM fue inferior tras 3 ($p=0,005$) y 6 meses ($p < 0,001$) con respecto al basal. Los valores de las escalas MIDAS y HIT-6 fueron, respectivamente, inferiores tras 3 ($p=0,021$; $p < 0,001$) y 6 meses ($p=0,003$; $p < 0,001$) con respecto al basal.

Un 9,7% de pacientes (n=3) presentó estreñimiento como EA durante el tratamiento. Además, un paciente (3,2%) presentó cefalea post-administración, uno fatiga (3,2%) y uno prurito (3,2%).

CONCLUSIONES

Se observa una reducción significativa de DMM y una mejoría significativa de los resultados de las escalas MIDAS y HIT-6 a partir del tercer mes de tratamiento. Sin embargo, casi la mitad de los pacientes requirieron aumento de dosis tras 3 meses para alcanzar respuesta clínica y se suspendió el fármaco por fracaso tras seis meses en una quinta parte de los pacientes. El perfil de seguridad del fármaco es concordante con el descrito en ficha técnica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

857. SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA CON ANTICUERPOS MONOCLONALES SUBCUTÁNEOS: ERENUMAB Y GALCANEZUMAB.

AUTORES

CARVAJAL SÁNCHEZ MA, PACHECO LÓPEZ P, NÁJERA PÉREZ MD, CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, IBAÑEZ CATURLA J, TORRANO BELMONTE P, PLAZA ANIORTE J

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AVENIDA MARQUÉS DE LOS VÉLEZ, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Erenumab y galcanezumab son dos anticuerpos monoclonales de administración subcutánea indicados para la profilaxis de la migraña en adultos. Son fármacos de reciente comercialización, por lo que resulta necesario conocer su perfil de seguridad.

A continuación se presenta un estudio en una serie de pacientes de un hospital de tercer nivel con el objetivo de analizar sus efectos adversos en vida real.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se trata de un estudio observacional retrospectivo llevado a cabo desde enero de 2020 hasta abril de 2021. Los datos fueron recogidos en un una base de datos informatizada durante la dispensación de los tratamientos en la consulta de pacientes externos. Para analizar la información, la base de datos fue previamente anonimizada.
Criterios de inclusión: Pacientes diagnosticados de migraña crónica o episódica con 8 o más días de crisis al mes. Los pacientes deben haber presentado fracaso a 3 o más tratamientos previos, en el caso de migraña crónica uno de ellos debe haber sido toxina botulínica.

RESULTADOS
En el periodo de tiempo estudiado se analizaron 53 pacientes: 41 diagnosticados de migraña crónica y 12 de migraña episódica. La mediana de edad fue 50 años (21-77). 49 pacientes eran mujeres y 4 eran hombres.
Recibieron tratamiento con erenumab 51 pacientes (5 con dosis de 70 mg y 46 con 140mg) y 2 con galcanezumab 120mg. Uno de los pacientes cambió de erenumab 140 mg a galcanezumab por intolerancia.
El número de dosis mensuales recibidas fue:
- Erenumab: menos de 3 dosis: 3 pacientes; 3-5 dosis: 11; 6-11 dosis: 27; 12 o más dosis: 10.
- Galcanezumab: 6 dosis: 2 pacientes.
Antecedentes clínicos:
De los pacientes analizados, el 3,70% presentaba insuficiencia hepática, ninguno presentaba insuficiencia renal y 25,93% de los pacientes tenían antecedentes de hipertensión arterial.
Hábitos de salud:
El 25,93% eran fumadores y 5,56% indicaron consumir alcohol al menos una vez a la semana. 59,25% indicaron tomar cafeína al menos una vez al día. 16,67% consumían plantas medicinales, estos compuestos fueron analizados no detectándose interacción con erenumab ni galcanezumab.
Las reacciones adversas descritas tras iniciar tratamiento fueron:
- Gastrointestinales: Estreñimiento(38,89%); sequedad de boca(3,70%); dolor abdominal, falta de apetito, vómitos (1,85%).
- Sistema nervioso: Mareos(7,41%); fatiga, cansancio(5,56%); vértigo(3,70%); parestesias, visión borrosa al inicio del tratamiento, temblor, insomnio(1,85%).
- Cardiovasculares: Hipertensión arterial(11,11%).
- Trastornos musculoesqueléticos: calambres(3,70%); dolor articular(1,85%).
- Dermatológicas: erupción cutánea(7,41%); picor(3,70%); caída del cabello(1,85%).
De las reacciones adversas descritas, uno de los casos de estreñimiento fue grave y provocó la suspensión temporal del tratamiento. Cuando se detectaron reacciones adversas por parte del farmacéutico, se asesoró al paciente y se notificó al médico responsable.

CONCLUSIONES
• El 96,22% de los pacientes recibió erenumab.
• La reacción adversa más frecuente fue el estreñimiento (38,89%), con una frecuencia mayor que la descrita en los ensayos pivotales de erenumab.
• Solo una de las reacciones fue considerada como “grave” y tuvo repercusión en la continuidad del tratamiento.
• Cabe destacar la incidencia de hipertensión arterial, no descrita en el perfil de seguridad de ninguno de los fármacos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

866. EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DE USO DE ERENUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL: EFICACIA Y SEGURIDAD

AUTORES
INFANTE CAMARERO A, ORTOLL POLO V, MACHIN MORON MA, GÜEMES GARCÍA M, SANCHEZ LUQUE L, DE FRUTOS DEL POZO M, VICENTE GONZALEZ B, GUTIERREZ FERNANDEZ I
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. AVENIDA ISLAS BALEARES, Nº3. BURGOS

OBJETIVOS
Evaluar la eficacia y seguridad de erenumab tras un año de tratamiento en pacientes diagnosticados de migraña refractaria que fracasaron previamente al tratamiento convencional.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo y retrospectivo que incluye los pacientes con migraña tratados con erenumab en el periodo mayo 2020-abril 2021.Se recogieron los siguientes datos:tipo de migraña[crónica(MC) o episódica(ME)],sexo,edad, número de líneas de tratamiento previas,intensificación del tratamiento,seguimiento de los pacientes en tratamiento con erenumab a los meses 3,6,9 y 12.
Las variables de eficacia analizadas fueron:
• Variable principal: Días de migraña mensuales (DMMs) al inicio y tras 12 meses de tratamiento con erenumab.
• Variables secundarias:Respuesta≥50%(proporción de pacientes con una reducción de los DMMs ≥50% en relación a la evaluación basal),respuesta 30-50%, respuesta < 30%, reducción en los días de consumo de medicación sintomática (ergóticos y triptanes), escalas clínicas validadas relacionadas con la calidad de vida como Headache Impact Test (HIT-6) 36-78 puntos y Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS) 0-21 puntos.
La seguridad se evaluó registrando los efectos adversos(EA).
Para la recogida de datos, se utilizaron la historia clínica informatizada y el módulo de Pacientes Externos.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 49 pacientes (47 de MC y 2 de ME),siendo el 77,6% (n=38) mujeres,con una mediana de edad de 53,6 años (40-71). Los pacientes estudiados fueron refractarios a una media de 6,2 tratamientos preventivos previos, habiendo recibido toxina botulínica el 100%.Tras el inicio del tratamiento,un 77,6% (n=38) fueron candidatos a una intensificación de la terapia (erenumab 140 mg/4 semanas).
A fecha fin del estudio, mantuvieron tratamiento con erenumab el 38,8%(n=19). El 34,7%(n=17) de los pacientes finalizaron tratamiento por falta de respuesta: un 28,6%(n=14) a los 3 meses, un 4,1%(n=2) a los 6 meses y un 2,0%(n=1) a los 9 meses. El 26,5%(n=13) restante, completaron el tratamiento tras 12 meses.
Los pacientes tratados con erenumab durante 12 meses, presentaron una media basal de 18,5 DMMs,obteniendo una reducción media de 10,8 DMMs,lo que supuso una disminución del 62,5%.
Se consiguió una respuesta≥50% en un 51,0%(n=25) de los pacientes.Un 14,3% (n=7) obtuvo una respuesta entre 30-50%. Se suspendió el tratamiento por respuesta < 30%, en un 34,7%(n=17).
Erenumab consiguió reducir 6,5 días la necesidad de tratamiento con medicación sintomática respecto a los 16 días basales(reducción del 59,4%).En el cuestionario HIT-6 se produjeron reducciones de 6,1 puntos con respecto a la encuesta basal (dos pacientes redujeron 10 puntos en esta escala). Sin embargo,un paciente refirió un efecto rebote en los DMMs,lo que se reflejó en un aumento de 5 puntos en la escala. Respecto a la escala MIDAS,se obtuvieron reducciones con respecto a la situación basal de 13,8 puntos.
En referencia a la seguridad, los EA más frecuentes fueron estreñimiento(26,7%),reacciones en el lugar de inyección(6,7%) y espasmos musculares(6,7%).

CONCLUSIONES
Erenumab ha demostrado eficacia consistente en cuanto a la reducción de los DMMs durante 12 meses en el 26,5% de los pacientes, suponiendo una gran mejoría en su calidad de vida. Además, presenta ventajas de tolerabilidad respecto a las alternativas actuales,con una menor incidencia de efectos adversos,lo que puede contribuir a mejorar la adherencia y persistencia del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

870. ANÁLISIS DE LAS MODIFICACIONES EN TRATAMIENTOS DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

AUTORES
SÁNCHEZ ARROYO C, SAN MIGUEL RODRÍGUEZ J, QUINTANA VELASCO F, RODRIGUEZ BARBERO J, VILLABONA RIVAS I, DEL OLMO REVUELTO A, PRADA LOBATO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. DULZAINA, 2. VALLADOLID

OBJETIVOS
Analizar los cambios de fármacos modificadores de la enfermedad (FME) en pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) en el año 2020.
Evaluar el FME anterior al cambio, el motivo de dicha modificación y el nuevo FME.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en pacientes con EMRR en los que se realizó un cambio de FME de enero a diciembre de 2020.
Los datos se obtuvieron de las bases de historia clínica electrónica y módulos de dispensación a pacientes ambulantes y externos.
Las variables del estudio fueron:
-Demográficas: edad, sexo.
-Clínicas: escala del estado de incapacidad ampliada de Kurtzke (EDSS).
-Farmacoterapéuticas: tratamiento previo, duración del tratamiento previo, tratamiento actual, número de tratamientos previos al cambio y motivo del cambio.

RESULTADOS
De un total de 299 pacientes con EMRR, 22 cambiaron de tratamiento durante el período del estudio. 17 (77,3 %) eran mujeres. La media de edad era 39 años (25-62). La EDSS media fue de 1,2 (0-4).
En el momento del cambio, 68,2% de los pacientes habían utilizado 1 FME; 22,8%, 2; 4,5%, 3 y 4,5%, 4. La duración media del tratamiento previo al cambio fue de 47,5 meses (6,0-56,4).
El 90,9% (20/22) estaban con FME de primera línea: interferón beta (11/22), acetato de glatirámero (5/22), dimetilfumarato (3/22) y teriflunomida (1/22). El 9,1% (2/22) estaban con fármacos de segunda línea: fingolimod (1/22) y alemtuzumab (1/22).
Los motivos de cambio fueron: 59,1% (13/22) por fallo terapéutico, 36,4% (8/22) por efectos adversos, y 4,5% (1/22) por deseo de embarazo.
De los 13 pacientes con fallo terapéutico, 10/13 (76,9%) presentaron aumento moderado de actividad y cambiaron a FME de primera línea; 3/13 (23,1%) mostraron progresión clínica y radiológica y cambiaron a FME de segunda línea: 2 en tratamiento con interferón beta y dimetilfumarato pasaron a fingolimod y 1 con alemtuzumab pasó a ocrelizumab.
De los 8 pacientes cuya modificación fue por efectos adversos, 4/8 (50,0%) se debió a intolerancia al pinchazo por Interferón β, cambiando a dimetilfumarato; 2/8 (25,0%) a intolerancia digestiva por dimetilfumarato, cambiando a teriflunomida; 1 (12,5%) a efectos psiquiátricos por interferón β, cambiando a dimetilfumarato y 1 (12,5%) a linfopenia por fingolimod, cambiando a cladribina.

CONCLUSIONES
El motivo mayoritario de cambio de tratamiento se debió a fallo terapéutico (59,1%), seguido de efectos adversos (36,4%) y deseo de embarazo. Los pacientes con interferón β y acetato de glatirámero fueron los que más cambiaron de tratamiento, coincidiendo con el mayor tiempo de duración del mismo.
Sólo en fallo terapéutico con progresión clínica y radiológica se realizó escalado terapéutico a FME de segunda línea fingolimod y cladribina.
El efecto adverso que mayoritariamente motivó el cambio de FME fue intolerancia al pinchazo con interferón β (50%), y el más grave linfopenia con fingolimod (12,5%).

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

886. RESPUESTA A ERENUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LA PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES
ÚBEDA RUIZ B, CUERVO ESCRIBANO K, ZAZU VIVES M, FERNANDEZ- PACHECO GARCIA- VALDECASAS M, HERRERO FERNANDEZ M, SAN ANDRES CORRAL C, ESCRIGAS FERNANDEZ C, BALDOMINOS UTRILLA G
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. CTRA. ALCALÁ - MECO, S/N. MADRID

OBJETIVOS
Evaluar la respuesta a erenumab en la profilaxis de la migraña a través de los días de migraña mensuales, consumo de analgésicos y triptanes, aparición de efectos adversos y calidad de vida de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional prospectivo del 01/03/2020 al 30/04/2021. Se incluyeron todos los pacientes con migraña que iniciaron tratamiento con erenumab. Tenían ocho o más episodios de migraña mensuales, fracaso previo de al menos tres tratamientos preventivos de grupos farmacológicos distintos, utilizados a dosis eficaces durante un mínimo de tres meses, siendo la toxina botulínica uno de ellos. La pauta de tratamiento fue de erenumab 140 mg cada cuatro semanas.
Se recogió la siguiente información mediante entrevistas presenciales o telefónicas: sexo, edad, número de días de migraña mensuales, número de fármacos preventivos utilizados previamente y número de días de toma de analgésicos y triptanes mensuales. Se pasó el cuestionario “Headache Impact Test- 6” (HIT-6) para medir el impacto funcional de la migraña en las actividades diarias. Una puntuación mayor o igual a 60 significó un impacto funcional muy grave. Se recogió la misma información previo al inicio del tratamiento, y en los meses tres y seis tras el comienzo.

RESULTADOS
Se incluyeron 43 pacientes (38 mujeres, edad media: 48 años, rango 22-79). Se descartaron 6 por no poderse continuar su seguimiento y 16 por no haber recibido las seis dosis en el momento del análisis de los datos.
El tratamiento se suspendió en 8 (38,09%) pacientes antes del sexto mes por falta de eficacia. En los pacientes restantes, la media de días de migraña mensuales disminuyó de 26,54 (DE= 6,58) a 13,54 (DE=13,17) en el tercer mes y a 12,46 (DE=11,50) en el sexto mes. El consumo medio mensual de analgésicos pasó de 18,31 (DE= 12,42) días a 8,92 (DE= 8,46) en el sexto mes, y el de triptanes de 17, 84 (DE= 10,39) días a 3,69 (DE= 3,01) en el sexto mes. Los pacientes con una puntuación HIT- 6 mayor o igual a 60, disminuyeron del 100% al 38,46% tras tres dosis y al 30,77% tras seis dosis. Se describieron efectos adversos en 8 (61,53%) pacientes: 6 estreñimiento y 2 dolor en el punto de inyección.

CONCLUSIONES
Enenumab demostró ser efectivo en un porcentaje considerable de los pacientes. Se redujo la frecuencia e intensidad de la migraña, que se reflejó en una disminución del número de días de migraña al mes, así como del consumo de analgésicos y triptanes. Como consecuencia, los pacientes han experimentado un menor impacto funcional de la migraña en su vida diaria, y por tanto una mejora en su calidad de vida. También ha presentado un buen perfil de seguridad y tolerancia, siendo el estreñimiento el efecto adverso más frecuente.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

894. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR LA INMUNIDAD EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS

AUTORES
CHAMORRO DE VEGA E, ROMERO JIMENEZ RM, LOBATO MATILLA E, AIS LARISGOITIA A, LOBO RODRIGUEZ C, GONZÁLEZ FERNANDEZ CM, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M
H.G,U. GREGORIO MARAÑÓN. C/ DOCTOR ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS
Describir los resultados de calidad de vida para la mejora de la atención y resultados en salud de pacientes con enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad (EIMI) en tratamiento con terapias biológicas (TB).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo, de pacientes con EIMI tratados en un centro multidisciplinar en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (ESART), artritis psoriásica (APs), enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y psoriasis (PSO) que llevaran al menos 4 meses en tratamiento con terapias biológicas (TB) entre el 15/01/2020 y el 30/04/2021.
Para la evaluación de la calidad de vida se utilizaron los cuestionarios: HAD (estado anímico), WPAI (productividad laboral), EuroQol EQ-5D (calidad de vida), QOL-RA (específico para AR), AsQol (específico para ESART), PsAQoL (específico

para APs), IBDQ-9 (específico para EII) y DLQI (específico para PSO).
El análisis estadístico se realizó con SPSS-18.0.

RESULTADOS

Se evaluó la calidad de vida en 441 pacientes: 19,9% (AR), 16,4%, (ESART), 15,8% (APS), 28,1% (EII) y 19,8% (PS). El 50,5% eran mujeres, con una mediana de edad de 51 años (RIC 42-59). El 74,8% de los pacientes estaban laboralmente activos. Las TB más frecuentes fueron: anti-TNF (62,3), anti-IL12/23 (12,8%), anti-IL17 (9,9%) e inhibidores del JAK (5,0%).
La mediana de puntuación en el HAD fue 11,5 (7,0-17,8) en AR, 17,0 (6,8-24,0) en ESART, 9,3 (5,0-14,0) en APs, 9,0 (6,0-17,0) en EII y 6,0 (3,5-9,0) en PSO. La puntuación del HAD fue ≥11 en el 58,9%, 44,1% y 16,0% de los pacientes en reumatología, EII y PSO, respectivamente. El WPAI mostró que el 23,5% de los pacientes laboralmente activos habían perdido horas semanales de trabajo por problemas de salud (mediana de 4,0 horas, RIC 2,0-8,3).
La mediana de calidad de vida EuroQol-EQ-5D-EVA fue 7,0 (5,0-8,5) en reumatología, 7,5 (6,0-8,5) en EII y 8,0 (7,0-9,0) en PSO. En AR, la mediana en el cuestionario QOL-RA fue 6,6 (5,5-8,0). En ESART, la mediana de respuestas afirmativas al cuestionario AsQol fue 6,0 (RIC 1,0-11,0). En APs, la mediana en el cuestionario PsAQoL fue 5,0 (0,8-9,0). En reumatología, las peores puntuaciones se obtuvieron en el dolor, la necesidad de dejar lo que se está haciendo para descansar y la preocupación por desmoralizar a la gente de alrededor. En EII, la mediana de puntuación en el cuestionario IBDQ-9 fue 45,0 (RIC 36,0-53,0) y los aspectos peor valorados fueron la sensación de fatiga/cansancio y la falta de energía. En PSO, la mediana del DLQUI fue 1,0 (RIC 0,0-3,0) y el 8,8% presentaba una puntuación ≥11.
Las mujeres y los pacientes con ESART presentaron más frecuentemente puntuaciones de HAD ≥11 y peores resultados en el EUROQOL ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

La calidad de vida de los pacientes EIMI fue buena. Los pacientes con patología reumatológica fueron los que peores resultados de calidad de vida presentaron, como consecuencia fundamental del dolor y la necesidad de descanso. Los pacientes con PSO fueron los que mejor calidad de vida presentaron. Cabe destacar el elevado porcentaje de casos probables de depresión/ansiedad, principalmente en los pacientes con patología reumatológica. Las EIMI tuvieron un impacto considerable en la productividad laboral.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

918. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE GALCANEZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

LURI FERNÁNDEZ DE MANZANOS M, ANTON MENDEZ X, MOÑINO BLAZQUEZ B, CALLEJA BUENO A, FERNANDEZ PEÑA A, LIGROS TORRES M, BARROSO CASTRO J, CASAS ARRATE J
HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. PLAZA CRUCES S/N. VIZCAYA

OBJETIVOS

Analizar el perfil de seguridad de galcanezumab en la profilaxis de pacientes adultos con migraña en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes con diagnóstico de migraña refractaria que recibieron tratamiento con galcanezumab durante al menos 12 semanas desde el 1 de marzo de 2020 hasta el 1 de mayo de 2021.
Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de migraña (crónica (MC), episódica(ME)) y tratamiento antimigrañoso previo.
Para evaluar el perfil de toxicidad de galcanezumab, se revisaron las historias clínicas de los pacientes con el fin de identificar la aparición de efectos adversos durante los tres primeros meses de tratamiento.

RESULTADOS

Se analizaron 65 pacientes con una mediana (rango) de edad de 48 (23-78) años. El 80% fueron mujeres y el 72% padecían MC. El 95,4% habían fracasado al tratamiento con antiepilépticos, el 90,7% a antidepresivos, el 66,1% a calcioantagonistas, el 63,1% a betabloqueantes, y el 60% a toxina botulínica.
Veinticinco pacientes (38,5%) sufrieron algún tipo de reacción adversa (RA) durante las 12 primeras semanas de tratamiento. Todas ellas fueron categorizadas de gravedad leve-moderada; ninguna fue considerada grave. Ningún paciente tuvo que suspender el tratamiento antimigrañoso debido a efectos adversos. Diez (15,4%) presentaron estreñimiento, 6 (9,2%) reacción/dolor en el lugar de inyección del fármaco, 4 (6,1%) vértigo, 3 (4,6%) astenia, 1 (1,5%) náuseas y 1 (1,5%) hipotensión. Las RA fueron más frecuentes entre los pacientes con ME (9 (50%) vs 16 (34%) en pacientes con MC).
Comparando los datos obtenidos con los descritos en los ensayos clínicos EVOLVE-1 y EVOLVE-2 de pacientes con ME y REGAIN de MC, se observó que las reacciones en el lugar de inyección fueron menos frecuentes en pacientes con MC (6,4% vs 9,1-12,4% referido en los ensayos) y similar en ME (16,7% vs 12,4-25,9%). No se observaron casos de nasofaringitis ni infección de tracto respiratorio descritas como frecuentes en los ensayos. Además, se observó mayor frecuencia de estreñimiento (MC: centro 12,8% vs ensayos < 2%; ME: 22,2% vs < 2%), vértigo (MC: 6,4% vs < 2%; ME: 5,5% vs 1-1,8) y astenia (MC: 4,2% vs < 2%; ME: 5,5% vs < 2%).

CONCLUSIONES

Las reacciones adversas por galcanezumab en nuestro centro fueron de carácter leve-moderado, sin describirse ninguna reacción grave-fatal. Es necesario realizar estudios con mayor número de pacientes y tiempo de estudio.
La recogida sistemática de efectos adversos de medicamentos de reciente comercialización es necesaria para conocer el perfil de seguridad de los mismos en la práctica clínica, ya que puede diferir de lo reflejado en los ensayos clínicos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

926. INFLUENCIA DE LA EDAD DE DIAGNÓSTICO DE LA MIGRAÑA EN EL TRATAMIENTO CON ERENUMAB

AUTORES
FERRER MACHÍN A, DÍAZ RUIZ MDP, OCAÑA GÓMEZ MÁ, GONZÁLEZ CHÁVEZ J, GONZÁLEZ GARCÍA I, SUÁREZ GONZÁLEZ M, MERINO ALONSO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
El objetivo de este estudio es evaluar la influencia de la edad de diagnóstico de la migraña en la efectividad de erenumab en pacientes con migraña crónica y episódica.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo de 6 meses de duración en un hospital de tercer nivel asistencial. Se incluyeron pacientes adultos derivados de la consulta monográfica de migraña con 8 o más días de migraña/mes en tratamiento con erenumab.
Se excluyeron aquellos pacientes de edad avanzada (> 65 años) con un IMC > 40, y aquellos con antecedentes cardiovasculares de interés.
La variable independiente del estudio fue la edad de diagnóstico de la migraña: ≤12 años vs > 12 años (binaria).
La variable dependiente principal del estudio fue el cambio de los días de migraña al mes tras tres meses de tratamiento con erenumab (cuantitativa).
Para el análisis estadístico se utilizó el test de T-Student, debido a que la variable dependiente era cuantitativa, seguía una distribución normal y las varianzas eran homogéneas.
El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS/PC (versión 24.0 para Windows, SPSS, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS
Se analizaron 20 pacientes desde el 20 de enero del 2020 al 15 de junio de 2020.
La mediana de edad de diagnóstico de la migraña fue 14 años [11-22]. El 80% de los sujetos eran mujeres, la edad media fue 49 ± 8 años y el peso medio fue 71 ± 13 kg.
La edad de diagnóstico de la migraña fue menor o igual a doce años en el 45% de los pacientes.
Los pacientes cuya edad de diagnóstico fue ≤12 años redujo los días de migraña una media de 3,2 ± 5,4 días mientras que a los que el diagnóstico fue a una edad > 12 años se les redujo una media de 5,8 ± 4,3 días; d.m. -2,6 días (IC del 95%, -2,0 a 7,2 días), t=-1,20, p=0,247.

CONCLUSIONES
Los días de migraña al mes se redujeron más en los pacientes diagnosticados de migraña a una edad ≤12 años que en los pacientes donde la edad de diagnóstico fue > 12 años. Sin embargo esta diferencia no alcanzó significancia estadística, probablemente por la falta de tamaño muestral. Sería necesario realizar un estudio con una muestra adecuada para detectar diferencias y poder inferir los resultados a nuestra población.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

927. EFECTIVIDAD DE ERENUMAB USADO CONCOMITANTEMENTE CON TOXINA BOTULÍNICA EN MIGRAÑA CRÓNICA

AUTORES
FERRER MACHÍN A, OCAÑA GÓMEZ MÁ, DÍAZ RUIZ MDP, GONZÁLEZ CHÁVEZ J, GONZÁLEZ GARCÍA I, SUÁREZ GONZÁLEZ M, MERINO ALONSO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. LAS PALMAS

OBJETIVOS
El objetivo de este estudio es determinar la efectividad de erenumab usado de manera concomitante con toxina botulínica en práctica clínica real en pacientes con migraña crónica.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo de 6 meses de duración. Se incluyeron pacientes adultos derivados de la consulta monográfica de migraña con 15 o más días de migraña al mes durante más de tres meses, de los que al menos 8 días sean de tipo migrañoso. Además estos pacientes debían estar en tratamiento con erenumab y haber completado 3 dosis.
Se excluyeron aquellos pacientes de edad avanzada (> 65 años) con un IMC > 40, y aquellos con antecedentes cardiovasculares de interés.
La variable independiente del estudio fue el uso concomitante con toxina botulínica (binaria).
La variable dependiente principal del estudio fue el cambio medio de días de migraña al mes tras tres meses de tratamiento (cuantitativa).
Para el análisis estadístico se utilizó el test de T-Student, debido a que la variable dependiente era cuantitativa, seguía una distribución normal y las varianzas eran homogéneas.
El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS/PC (versión 24.0 para Windows, SPSS, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS
Se analizaron 15 pacientes desde el 20 de enero del 2020 al 15 de junio de 2020.
La mediana de edad de diagnóstico de la migraña fue 12 años [10-19]. El 73% de los sujetos eran mujeres, la edad media fue 47 ± 6 años y el peso medio fue 74 ± 14 kg.
El 33% de los pacientes estaban en tratamiento concomitante con toxina botulínica. Se redujo una media de 4,2 ± 5,6

días de migraña al mes en aquellos pacientes que usaban concomitantemente botox mientras que en aquellos que no lo usaban se redujo una media de 4,1 ± 5,1 días; d.m. 0,1 días (IC del 95%, -6,3-6,5 días), t=0,034, p=0,974.

CONCLUSIONES

El uso concomitante de toxina botulínica con erenumab no aporta un aumento de la reducción de los días de migraña al mes práctica clínica real. La limitación principal de este estudio es el pequeño tamaño muestral. Sería necesario un estudio con un diseño adecuado y con el número de pacientes idóneo para poder inferir los resultados a nuestra población.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

934. INTERACCIÓN FLUVOXAMINA-CLOZAPINA: UNA OPCIÓN PARA OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA RESISTENTE QUE EXIGE ¡EXTREMA PRECAUCIÓN!

AUTORES

NAVARRO DE LARA S, MERINO DEL VILLAR C, FERNANDEZ RUBIO A, ANOZ JIMÉNEZ L, LUQUE MESA J, ARMENGOL ALERT A, CASTRO MANZANARES M, BARCELO SANSO F

HOSPITAL CAN MISSES. C/CORONA S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Introducción

El tabaquismo es frecuente en pacientes con esquizofrenia, con una prevalencia del 62% (1). Los hidrocarburos aromáticos son responsables de la inducción del isoenzima CYP1A2. Clozapina (CLZ) se metaboliza mayoritariamente a través del citocromo CYP1A2 a N-desmetilclozapina (NCLZ). (2,3).

Hay estudios que sugieren que en pacientes varones, fumadores, que no alcanzan niveles terapéuticos de CLZ en plasma, puede ser útil añadir fluvoxamina (FVX), un potente inhibidor de CYP1A2, siempre con precaución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Descripción del caso

Varón de 27 años diagnosticado de esquizofrenia resistente, que pese a mantener buena adherencia al tratamiento con CLZ 250mg/día, presenta síntomas psicóticos persistentes (positivos, negativos y cognitivos). Ingresa por agravamiento de sintomatología psicótica e ideación autolítica. Tiene además factores de riesgo cardiovascular (índice de masa corporal IMC= 43 y fumador de 30 cigarrillos /día). El paciente rechaza aumentar la dosis de CLZ por presentar efectos adversos significativos (aumento de peso y somnolencia diurna).

Durante el ingreso, se mantiene la dosis habitual de CLZ 250 mg día, añadiendo FVX 25 mg en cena durante cuatro días, e incrementando a 50 mg el quinto día.

Al alta, tras 12 días de ingreso, se consigue gran mejoría, persisten síntomas psicóticos, pero más atenuados, ocasionando menor repercusión emocional y conductual. Niega ideación autolitica.

Niveles de CLZ (al ingreso) =76 ng/mL, NCLZ = 98ng/mL, cociente CLZ/NCLZ = 0,78.

NIveles de CLZ (al alta) = 674ng/mL, NCLZ = 236ng/mL, cociente CLZ/NCLZ=2,86.

RESULTADOS

Discusión y aportación farmacéutica

El intervalo terapéutico establecido para CLZ es de 350 a 600 ng/mL (8). La media del cociente CLZ/NCLZ se sitúa entre 1,5-2, en condiciones normales. En un tratamiento crónico esta relación debe mantenerse constante para cada paciente. Un cociente por debajo de 2, puede sugerir inducción enzimática o falta de adherencia en las últimas veinticuatro horas; mientras que un cociente superior a 2, sugiere una inhibición enzimática o que la muestra no se extrajo en el momento adecuado (justo antes de la administración). Se ha descrito que cocientes CLZ/NCLZ elevados pueden mejorar la respuesta clínica y reducir efectos adversos como el aumento de peso y la sedación (7,9).

Dado el perfil del paciente, en coordinación con el psiquiatra, se decide añadir FVX con el fin de optimizar el tratamiento con CLZ, bloqueando su metabolismo. Desde el Sº de Farmacia se recomienda la introducción gradual de FVX, monitorizar la posible aparición de efectos adversos, solicitar niveles plasmáticos de CLZ de forma periódica y volver a realizar el control hematológico semanal. Estas recomendaciones están basadas en que la combinación de CLZ/FVX puede aumentar la concentración plasmática de CLZ entre 1,4-5 veces incluso con aumentos impredecibles y desproporcionados(10), por lo que es necesario tener monitorizado al paciente en el ámbito hospitalario durante el ajuste del tratamiento.

CONCLUSIONES

La adición de 50 mg FVX al tratamiento con 250 mg CLZ en un paciente fumador logró remontar los niveles plasmáticos de ésta, de forma rápida, sin aumentar la dosis diaria de CLZ. Tampoco aparecieron nuevos efectos adversos relevantes (incluso desapareció la somnolencia diurna), produciéndose una mejoría clínica que permitió el alta en un periodo de 12 días.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

947. PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO Y REINGRESO HOSPITALARIO: ANTIPSICÓTICOS ORALES VERSUS INYECTABLES DE LIBERACIÓN PROLONGADA

AUTORES

LONGONI MERINO M, IGLESIAS RODRIGO M, MECA CASASNOVAS N, SEBASTIAN CARRASCO C, GONZALEZ MARTINEZ L, NOGUERA JURADO C, FRIAS MURO E, NICOLAS PICÓ J

HOSPITAL MUTUA DE TERRASA. GARCIA HUMET 2. BARCELONA

OBJETIVOS
Comparar el número de reingresos hospitalarios de pacientes esquizofrénicos en tratamiento con antipsicóticos inyectables de liberación prolongada (AIP) con pacientes tratados únicamente con antipsicóticos orales (AO) y estudiar si existen diferencias por sexo y edad.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo observacional en un hospital universitario de 450 camas. Se incluyeron los pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría, durante los años 2019 y 2020, con diagnóstico de esquizofrenia que estaban recibiendo AIP o AO. Se excluyeron los pacientes con otro diagnóstico psiquiátrico y en los que no se pudo realizar el seguimiento. Se recogieron datos demográficos (sexo, edad), medicamento y vía de administración y número de reingresos durante el periodo de estudio.
Se realizó un análisis estadístico descriptivo empleando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas (media y desviación estándar), además de frecuencias absolutas para las variables categóricas recogidas.

RESULTADOS
Un total de 218 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia ingresaron en el periodo de estudio. Se excluyeron 3 pacientes por exitus y 11 por no poder realizar el seguimiento. Un total de 119 (72,3% hombres), con una media de edad de 40,0 años (Desviación estándar: 13,5), recibieron AIP (76 palmitato de paliperidona suspensión inyectable de liberación prolongada, 33 aripiprazol suspensión inyectable de liberación prolongada, 6 risperidona suspensión inyectable de liberación prolongada y 4 zuclopentixol decanoato), y 85 (56,5% hombres), con una media de edad de 47,7 años (Desviación estándar: 15), recibieron AO (34 paliperidona comprimido liberación prolongada, 34 aripiprazol y 17 risperidona).
En el grupo AIP reingresaron 89 (75%) pacientes y el grupo AO 47 (55%) (OR 2,39 95% IC 1,32-4,34, p=0,004). En el grupo AIP reingresaron 68 hombres (79%) y en AO 24 (50,0%) (OR 3,77 95% IC 1,75-8,14, p=0,0007). En el grupo AIP reingresaron 21 mujeres (63,6%) y en el AO 23 (62,1%) (OR 1,06 95% IC 0,40-2,82, p=0,89). Los pacientes que reingresaron menores de 60 años en el grupo AIP fueron 82 (78,0%) y en el grupo AO 37 (54,4%) (OR 2,98 95% IC 1,53-5,80, p=0,0012). Los pacientes mayores de 60 años en el grupo AIP que reingresaron fueron 7 (50,0%) y en el grupo AO 10 (58,8%) (OR 0,7 95% IC 0,16-2,91, p=0,62).

CONCLUSIONES
La administración de antipsicóticos inyectables de liberación prolongada no es un factor de protección frente al reingreso hospitalario. Los hombres menores de 60 años reingresaron más a pesar de la administración de la medicación inyectable de liberación prolongada.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

964. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB EN VIDA REAL

AUTORES
GUZMÁN RAMOS MI, ROBUSTILLO CORTÉS MA, MONTERO PÉREZ O
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. RONDA NORTE, S/N, 21005 HUELVA. HUELVA

OBJETIVOS
Analizar la eficacia y seguridad de erenumab, un anticuerpo agonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), como tratamiento antimigrañoso preventivo en vida real.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con erenumab entre julio/2019 y abril/2021 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables demográficas: edad y sexo; relacionadas con la enfermedad: migraña crónica (MC) o migraña episódica (ME); farmacoterapéuticas: tratamiento preventivo previo (beta-bloqueantes, calcio-antagonistas, IECA/ARA-II, antiepilépticos, antidepresivos y botox); variables de resultado al inicio, a los 3, 6 y 12 meses de tratamiento: discapacidad (escala MIDAS), impacto en la vida diaria (escala HIT-6) y mejoría clínica reportada por paciente. Para evaluar la eficacia del fármaco se comparó el número de pacientes con enfermedad grave (EG) (MIDAS > 20 y/o HIT-6 > 60) al inicio y a los 3, 6 y 12 meses. Se recopilaron todos los eventos adversos (EA) registrados. Los datos se obtuvieron del programa ATHOS e historia clínica DIRAYA. Las variables cuantitativas se describieron en tablas de frecuencias y medidas de tendencia central. Para analizar las variables cualitativas apareadas se utilizó la prueba estadística de McNemar. Se empleó el programa estadístico IBM SPSS 20.0.

RESULTADOS
Se incluyeron 49 pacientes, 79.6% mujeres con edad media de 49.4 ± 10.7 años. En el 53.1% de los casos la indicación del tratamiento fue MC. Previo al inicio de erenumab, los pacientes habían fracasado a una mediana de 6 (4-7) tratamientos preventivos: 77.6% beta-bloqueantes, 67.3% calcio-antagonistas, 26.5% IECA/ARA-II, 89.8% antiepilépticos, 91.8% antidepresivos y 75.5% botox. Al inicio del tratamiento, el 89.9% de los pacientes presentaban discapacidad grave (DG) (MIDAS > 20) y el 95.9% impacto severo (IS) (HIT-6 > 60). A los 3 meses, la respuesta al tratamiento se analizó en 48 pacientes. El 47.9% informaron de mejoría clínica, el 54.2% presentaban DG y el 68.8% IS. A los 6 meses, la respuesta al tratamiento se analizó en 46 pacientes. El 43.5% informaron de mejoría clínica, el 41.3% presentaban DG y el 41.3% IS. Al año de seguimiento, las variables de eficacia se analizaron en 10 pacientes. El 81.8% informaron de mejoría clínica, el 18.2% presentaban DG y el 36,4% IS. El número de pacientes con EG disminuye pasando del 87.8% al inicio del tratamiento al 50%, 32.6% y 9.1% a los 3, 6 y 12 meses respectivamente. Esta disminución fue estadísticamente significativa con p=0.001, p=0.001 y p=0.016 respectivamente. A fecha de análisis, 18 pacientes habían suspendido erenumab por ineficacia. De ellos, el 88.9% cambiaron a Galcanezumab. 7 (14.3%) de los pacientes reportaron algún EA: astenia (5), reacción en el punto de inyección (2) y extreñimiento (1).

CONCLUSIONES
Erenumab es eficaz como tratamiento antimigrañoso preventivo en la reducción de la carga de la enfermedad. Se considera un tratamiento seguro.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

966. PERSISTENCIA AL TRATAMIENTO CON ERENUMAB

AUTORES
GUZMÁN RAMOS MI, ROBUSTILLO CORTÉS MA, RODRÍGUEZ JORGE M
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. RONDA NORTE, S/N, 21005 HUELVA. HUELVA

OBJETIVOS
Determinar la persistencia al tratamiento con Erenumab en pacientes con migraña crónica o episódica en la práctica clínica real y analizar si existen diferencias en esta según la dosis prescrita.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron aquellos pacientes, diagnosticados de migraña, que iniciaron tratamiento con erenumab entre julio de 2019 y abril de 2021 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables demográficas: edad y sexo; variables relacionadas con la enfermedad: migraña crónica (MC) o migraña episódica (ME); variables farmacoterapéuticas: tratamiento preventivo previo recibido (betabloqueantes, calcio-antagonistas, IECA/ARA-II, antiepilépticos, antidepresivos y toxina botulínica), dosis prescrita, número de adiministraciones recibidas, tiempo hasta la discontinuación y causa de la discontinuación. Se definió persistencia como el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta su discontinuación debida a modificación del tratamiento o abandono por más de 90 días. Los datos se obtuvieron a través del programa de dispensación a pacientes externos y de la historia clínica electrónica. En el análisis estadístico realizado las variables cuantitativas se describieron en tablas de frecuencias y medidas de tendencia central. La evolución de la persistencia se realizó a través del método de Kaplan-Meier, considerando evento la suspensión del tratamiento. Se empleó el programa estadístico IBM SPSS 20.0.

RESULTADOS
Se incluyeron 49 pacientes, 79.6% mujeres con una edad media de 49.4 ± 10.7 años. En el 53.1% de los casos la indicación del tratamiento fue MC. Previo al inicio de erenumab, los pacientes habían fracasado a una mediana de 6.0 (4.0-7.0) tratamientos antimigrañosos preventivos: el 77.6% había recibido tratamiento con betabloqueantes, el 67.3% con antagonistas del calcio, el 26.5% con IECA / ARA-II, el 89.8% con fármacos anticonvulsivos, el 91.8% con antidepresivos y el 75.5% con toxina botulínica. Todos los pacientes iniciaron erenumab a la dosis de 70 mg/mes. Sin embargo, el 69.4% incrementaron dosis a 140 mg/mes durante el periodo de observación con una mediana de administraciones recibidas antes del cambio de dosis de 3.0 (2.7-4.0). El 51.0% (25) de los pacientes persistía en tratamiento con erenumab al final del periodo de observación, con una mediana de duración del tratamiento de 10.1 meses (RIQ: 9.7 - 11.4) y una mediana de 10.0 dosis administradas (RIQ: 8.5 - 12.5). La mediana global de tiempo hasta la discontinuación fue de 11.9 meses (IC95% 10.9 - 12.8). No hubo diferencias significativas en cuanto a persistencia entre los pacientes que incrementaron dosis y aquellos que mantuvieron la dosis inicial. El 49.0% (n=24) de los pacientes suspendieron el tratamiento durante el periodo de observación, siendo las principales causas de discontinuación: ineficacia en el 75.0% y mejoría en el 25.0% de los casos. Ningún paciente discontinuó el tratamiento por evento adverso o toxicidad.

CONCLUSIONES
A priori no existen diferencias de persistencias según la dosis prescrita. La principal causa de discontinuación en nuestra cohorte es la ineficacia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1011. RE-INDUCCIÓN CON USTEKINUMAB INTRAVENOSO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

AUTORES
FERNÁNDEZ PEÑA A, CALLEJA BUENO A, BARROSO CASTRO J, LIGROS TORRES M, ANTÓN MÉNDEZ X, MOÑINO BLÁZQUEZ B, LURI FERNÁNDEZ DE MANZANOS M, BAZA MARTÍNEZ B
HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. CRUCES PLAZA S/N, 48903. VIZCAYA

OBJETIVOS
Ustekinumab está indicado en el tratamiento de la Enfermedad de Crohn (EC), de moderada a grave, en pacientes adultos. Concentraciones plasmáticas elevadas de este fármaco se han asociado a una mayor respuesta clínica y endoscópica, por lo que algunos estudios sugieren que aquellos pacientes que no responden o que experimentan pérdida de respuesta secundaria se podrían beneficiar de una re-inducción intravenosa. El objetivo de este estudio es analizar la evolución de los pacientes que se re-inducen con ustekinumab intravenoso.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en el que se revisó la historia clínica electrónica de pacientes diagnosticados de EC que iniciaron tratamiento con ustekinumab entre julio de 2017 y febrero 2021. Se identificaron los pacientes refractarios al tratamiento que habían recibido re-inducción con ustekinumab intravenoso y se recogieron las siguientes variables: datos demográficos (edad, sexo), fecha de inicio con ustekinumab, fecha de re-inducción, tratamiento farmacológico previo, datos analíticos (calprotectina fecal (CF), proteína C reactiva (PCR)) y clínicos (dolor, diarrea, náuseas y/o vómitos, fiebre) antes y después de la re-inducción.

RESULTADOS
Se identificaron 85 pacientes que habían iniciado tratamiento con ustekinumab, de los cuales 12 (14,1%) recibieron re-inducción del fármaco.
De los 12 pacientes reinducidos, el 50% fueron hombres, con una mediana (rango) de edad de 39 (20-58) años. Previo a ustekinumab, el 91,6% de los pacientes habían recibido adalimumab, el 66,6% azatioprina, el 41,6% infliximab, el 33,3% metotrexato, el 25% vedolizumab y mercaptopurina, y el 8,3% tacrolimus. El tiempo medio desde el inicio del tratamiento con ustekinumab hasta la primera re-inducción fue de 477 (88-945) días. Tres necesitaron una segunda re-inducción, con un tiempo medio desde la anterior administración intravenosa de 92,3 (28-195) días y, además, uno de ellos necesitó una tercera re-inducción 58 días después. Tras la re-inducción, 8 continuaron tratamiento con ustekinumab subcutáneo y 4 lo suspendieron (3 iniciaron vedolizumab y en 1 se plantean trasplante de médula ósea). Desde el punto de vista analítico, tras la primera re-inducción, el valor medio de CF disminuyó un 68,9% en 7 pacientes alcanzándose en 6 valores indicativos de remisión endoscópica (< 150µg/g); por el contrario, en 5 aumentó. Antes de la re-inducción, 8 pacientes tenían valores normales de PCR, 1 no tenía datos y 3 tenían la PCR elevada, de los cuales 2 normalizaron el valor tras la re-inducción. A nivel clínico, tras la primera re-inducción, 5 pacientes referían mejoría sintomática (sin fiebre, vómitos, dolor ni aumento de deposiciones), y 7 no obtuvieron respuesta (2 continuaban con náuseas/vómitos y dolor, 4 pacientes realizaban más de 5 deposiciones/día y 1 refería encontrarse peor). Tras la segunda re-inducción, 1 paciente refirió mejoría, 1 continuó con fiebre y dolor, y otro recibió una tercera re-inducción persistiendo dolor y diarrea.

CONCLUSIONES
El 14,1% de los pacientes tratados con ustekinumab en nuestro centro requieren re-inducción de tratamiento. En el 66,6% de los pacientes la re-inducción ha permitido alargar la vida útil del fármaco. Debido al reducido número de pacientes analizados sería necesario realizar estudios adicionales para confirmar los resultados obtenidos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1022. HIPOTIROIDISMO: CAUSA O EFECTO DEL TRASTORNO PSIQUIÁTRICO

AUTORES
IGLESIAS RODRIGO M, LONGONI MERINO M, SEBASTIÁN CARRASCO C, MECA CASASNOVAS N, GARRETA FONTELLES G, NOGUERA JURADO C, MARCH LÓPEZ P, NICOLÁS PICÓ J
HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA TERRASSA. PLAZA DEL DOCTOR ROBERT 5. BARCELONA

OBJETIVOS
Estudiar la relación de causalidad entre el hipotiroidismo y el trastorno psiquiátrico. Analizar la influencia del tratamiento psiquiátrico en la aparición de hipotiroidismo.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en un hospital universitario de 450 camas. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría en el período abril 2019-abril 2021 en tratamiento con levotiroxina oral, excluyendo aquellos pacientes tiroidectomizados.
Las variables recogidas fueron: demográficas (edad, sexo), patología psiquiátrica (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor, trastorno límite de personalidad y otros), fecha de diagnóstico y su tratamiento (benzodiacepinas, antipsicóticos [típicos y atípicos], antidepresivos [tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN)], estabilizadores del ánimo y otros), fecha de diagnóstico de hipotiroidismo.
Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo empleando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas (media y desviación estándar), además de frecuencias absolutas para las variables categóricas recogidas.

RESULTADOS
Un total de 85 pacientes fueron tratados con levotiroxina durante el ingreso. La media de edad fue 53,7 años (DE: 13,6). El 77,7% eran mujeres. El 30,6% padecía esquizofrenia, 32,9% trastorno bipolar, 17,7% depresión mayor, 5,9% trastorno límite de personalidad y 12,9% otros diagnósticos. El 80,0% fue diagnosticado con hipotiroidismo tras el tratamiento de la patología psiquiátrica, 3,5% en el momento del diagnóstico psiquiátrico y 16,5% antes del mismo.
De los pacientes diagnosticados con hipotiroidismo tras la instauración del tratamiento psiquiátrico, 76,5% (N: 52) de los pacientes fueron tratados con benzodiacepinas, 4,4% (N: 3) con antipsicóticos típicos, 85,3% (N: 58) con antipsicóticos atípicos, 66,2% (N: 45) con estabilizadores del ánimo, 20,6% (N: 14) con antidepresivos tricíclicos, 29,4% (N: 20) con ISRS, 22,1% (N: 15) con ISRSN y 35,4% (N: 22) con otros.
Del grupo de pacientes tratados con litio, el 93,3% (N: 28) fueron diagnosticados con hipotiroidismo posteriormente a la instauración del tratamiento psiquiátrico, el 82,4% (N: 14) del grupo de antidepresivos tricíclicos y el 81,7% (N: 58) antipsicóticos atípicos, destacando entre ellos el 85,3% (N: 29) quetiapina, 60,0% (N: 6) olanzapina, 63,3% (N: 7) risperidona y 78,6% (N: 11) aripiprazol.

CONCLUSIONES
El análisis ha permitido identificar aquellos fármacos con una potencial relación en la aparición de hipotiroidismo: litio, antidepresivos tricíclicos y los antipsicóticos atípicos descritos (quetiapina, olanzapina, risperidona y aripiprazol).
La realización de futuros estudios deberá analizar en más profundidad la posible relación entre el hipotiroidismo y el tratamiento psiquiátrico para establecer su posible causa desde un abordaje multidisciplinar.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1033. REACCIÓN TOXICORDÉRMICA EN UNA PACIENTE CON MIGRAÑA TRAS EL USO DE ERENUMAB, GALCANEZUMAB Y FREMANEZUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES
MARTÍNEZ SUÁREZ A, MERINO BOHORQUEZ V, MOÑINO DOMÍNGUEZ L, AGUADO PAREDES A, PORTAL RAMIREZ G, VIGUERA ROMERO FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. DR. FEDRIANI, 3. ALMERÍA

OBJETIVOS
Describir el caso y manejo de una paciente diagnosticada de migraña episódica de alta frecuencia (MEAF) que presenta toxicodermia tras la administración de los anticuerpos monoclonales antagonistas del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (anti-CGRP) aprobados en la prevención de migraña: erenumab, galcanezumab y fremanezumab.

MATERIALES Y MÉTODOS
Descripción de un caso. La información clínica se obtiene de la historia clínica electrónica y las dispensaciones de fármacos del módulo de pacientes externos del programa de prescripción electrónica (Prisma-Athos®). La valoración del beneficio terapéutico se realiza a los tres meses del inicio del fármaco.

RESULTADOS
Mujer de 46 años con antecedentes de migraña desde la infancia, diagnosticada de MEAF. Ha realizado tratamientos preventivos con amitriptilina, flunarizina, topiramato, valproico, zonisamida y 5 administraciones de OnabotulinumtoxinA según el protocolo “Phase III Research Evaluating Migraine Profilaxis Therapy” (PREEMPT). Registra en el diario de cefalea ≥ 8 días de migraña al mes, cumple las condiciones de financiación del Informe de Posicionamiento Terapéutico de galcanezumab y se aprueba el tratamiento en la Comisión de Cefaleas.
Tras una semana de las dos primeras administraciones de galcanezumab, la paciente presenta eritema en ambas mejillas y lesiones que describe como papulosas-habonosas que remiten a las 2 semanas. Se decide la suspensión del fármaco e inicio de erenumab, ocurriendo la misma reacción a las dos semanas. Una vez disponible en el hospital, se decide cambio a fremanezumab. De nuevo, vuelve a desarrollar la misma sintomatología a los dos días de la tercera administración de fármaco. La valoración del beneficio terapéutico realizado a los tres meses de inicio del fármaco de fremanezumab es desfavorable, al presentar ≥ 8 días de migraña al mes. Erenumab y galcanezumab se suspenden por cuestiones de seguridad y fremanezumab se suspende por fallo en la efectividad y seguridad.

CONCLUSIONES
Estamos ante un caso de fracaso en la seguridad de los tres fármacos y un fallo primario de la efectividad de fremanezumab. Los tres fármacos contienen polisorbato 80 (E-433) como único excipiente común. Las principales hipótesis del origen de la toxicodermia sufrida por la paciente son: hipersensibilidad a los distintos anticuerpos monoclonales o hipersensibilidad al polisorbato 80. Se advierte de la importancia de derivación a la Unidad de Alergología para estudiar la posible hipersensibilidad y la posible desensibilización. Los tres fármacos están sujetos a seguimiento adicional por lo que es de vital importancia la notificación de reacciones adversas, se comunicaron las provocadas por los tres fármacos. El fallo primario de la efectividad de fremanezumab puede ser farmacocinético (generación anticuerpos antifármaco) o farmacodinámico, no pudiéndose evaluar el de los otros dos fármacos por suspensión antes de tres meses.
Los fármacos anti-CGRP llevan poco tiempo en el mercado, el farmacéutico, debido a la experiencia adquirida en el manejo de anticuerpos monoclonales en otras patologías, es una pieza fundamental en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con migraña en tratamiento con estos fármacos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1034. DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA GRAVE: RESULTADOS EN SALUD.

AUTORES
CANALEJO FUENTES MJ, POU ALONSO A, HERNÁNDEZ MUNIESA B, GARCIA GIL M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUENLABRADA. C/ CAMINO DEL MOLINO 2. MADRID

OBJETIVOS
Evaluar la efectividad y seguridad de dupilumab en dermatitis atópica grave.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo de grupos apareados llevado a cabo en un hospital de segundo nivel desde febrero 2019 hasta abril 2021. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de dermatitis atópica grave en tratamiento con dupilumab durante al menos 24 semanas. Los criterios de inicio de tratamiento fueron: haber recibido inmunosupresores convencionales (corticoides, azatioprina o ciclosporina) o fototerapia y presentar control inadecuado de la enfermedad, definido como un valor en escalas EASI (Eczema Area and Severity Index)≥21, BSA (Body Superficial Area)≥10%, SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) > 40 e IGA (Investigator Global Assessment)≥3.
Las variables principales de efectividad fueron alcanzar el EASI-50, definido como una reducción del 50% en la escala EASI, y una disminución ≥ 2 puntos en escala IGA, ambas medidas en semanas 16 y 24 respecto al valor en semana 0 (valor basal).
El resto de variables de efectividad medidas fueron las diferencias de valor obtenido de las escalas EASI, BSA y SCORAD en semanas 16 y 24 respecto a semana 0 y alcanzar EASI-75 y EASI-90 en semanas 16 y 24.
Para la evaluación de seguridad se registraron efectos adversos relacionados con el tratamiento.
Los datos se obtuvieron del Sistema de Información para determinar el Valor Terapéutico en Práctica Clínica Real de

Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y Económico (VALTERMED), Historia Clínica Electrónica y del aplicativo para Farmacia.
Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la prueba t-Student para grupos apareados asumiendo un error alfa bilateral del 5%.

RESULTADOS

Se incluyeron 13 pacientes, 53,8% eran hombres. La mediana de edad era 41 años (22-58).
Al inicio del tratamiento el 100% de pacientes había recibido corticoides sistémicos, 92,3% ciclosporina, 61,5% azatioprina y 53,8% fototerapia.
El 100% alcanzó EASI-50 y una reducción de ≥ 2 puntos en escala IGA en semanas 16 y 24.
La media del EASI fue 33,08 (SD:9,9) en semana 0, 5,46 (SD:2,78) en semana 16 y 4,77 (SD:3,37) en semana 24. La diferencia de medias fue -27,61 [IC95%(-21,86)-(-33,36);p=0,000] en semana 16 y -28,31 [IC95%(-22,53)-(-34,08);p=0,001] en semana 24.
La media del BSA fue 67,77 (SD:12,65) en semana 0, 19,46 (SD:11,34) en semana 16 y 17,46 (SD:11,57) en semana 24. La diferencia de medias fue -48,30 [IC95%(-38,44)-(-58,17);p=0,000] en semana 16 y -50,38 [IC95%(-40,85)-(-59,76);p=0,000] en semana 24.
La media de SCORAD fue 60,92 (SD:18,8) en semana 0, 26,31 (SD:13,79) en semana 16 y 25,00 (SD:10,05) en semana 24. La diferencia de medias fue -34,61 [IC95%(-24,71)-(-44,51);p=0,000] en semana 16 y -35,92 [IC95%(-27,39)-(44,44);p=0,000] en semana 24.
El 92,3% y 84,6% alcanzaron el EASI-75 en semanas 16 y 24, respectivamente.
El 23% y 53,8% alcanzaron el EASI-90 en semanas 16 y 24, respectivamente.
Las reacciones adversas registradas fueron mayoritariamente oftalmológicas: prurito ocular (30,7%) y conjuntivitis (23%).
Un 53,84% no desarrolló ningún efecto adverso.

CONCLUSIONES

Dupilumab consigue un buen control de la enfermedad, aunque sería necesario continuar el seguimiento para conocer la efectividad a largo plazo. Se considera un fármaco seguro y bien tolerado ya que las reacciones adversas no supusieron limitación en los pacientes y no ocasionaron ninguna interrupción del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1039. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB Y GALCANEZUMAB EN POBLACIÓN REAL CON MIGRAÑA EPISÓDICA DE ALTA FRECUENCIA Y MIGRAÑA CRÓNICA.

AUTORES

VIUDEZ MARTÍNEZ A, PASCUAL CARRASCO Á, RUIZ EL JERCHE S, MARTÍNEZ-CABALLERO MARTÍNEZ D, COLOMER AGUILAR C, CLIMENT BALLESTER S, POLACHE VENGUD J, FUSTER RUIZ DE APODACA R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. AVENIDA PINTOR BAEZA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

Objetivo principal: evaluar la efectividad y seguridad de erenumab y galcanezumab como tratamiento preventivo en pacientes con migraña crónica (MC) o episódica de alta frecuencia (MEAF).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional desde la comercialización de ambos fármacos (noviembre de 2019) hasta enero de 2021 que incluye a los pacientes tratados con erenumab 140 mg o galcanezumab en un hospital terciario.
Variables recogidas: sexo, edad, tratamientos preventivos concomitantes, diagnóstico, tratamiento (suspensión por efectos adversos y/o por ineficacia), reacciones adversas relacionadas con el medicamento, media de días con cefalea al mes (DCM), media de días de medicación sintomática específica para migraña (MDSEM) y puntuación en las escalas HIT-6, MIDAS y EVA antes de iniciar el tratamiento y tras la administración de 3 dosis de fármaco.
La información se obtuvo en consulta de atención farmacéutica y a través de la historia clínica electrónica (Abucasis®). La efectividad se evaluó mediante herramientas objetivas (DCM, MDSEM) y resultados reportados por pacientes (PROs) (HIT-6, MIDAS, EVA). Se analizó la diferencia entre las medias de los grupos según la normalidad de la muestra y realizando pruebas paramétricas (t-student para datos emparejados) y no paramétricas (prueba de rango con signo de Wilcoxon). El resultado de cualquier prueba fue considerado como estadísticamente significativo si $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 75 pacientes tratados con erenumab (65 mujeres y 10 hombres) con una edad media de 49 años y diagnóstico de MC (n=52) o MEAF (n=23). También se incluyeron 55 pacientes tratados con galcanezumab (52 mujeres y 3 hombres) con una media de edad de 46 años y con diagnóstico de MC (n=27) y MEAF (n=28). La mayoría de los pacientes tenían prescrita al menos una línea de tratamiento preventivo oral adicional a erenumab (n=48) y galcanezumab (n=37).
Los pacientes tratados con erenumab o galcanezumab mostraron una reducción en el número de DCM y DMESM ($p < 0,01$ para ambos fármacos y todos los grupos tratados). Asimismo, se observó una reducción en la puntuación de los cuestionarios que evaluaban PROs: HIT-6, MIDAS, PGIC y EVA ($p < 0,01$ para ambos fármacos y todos los grupos tratados).
Aproximadamente un 25% de los pacientes tratados experimentó algún efecto adverso relacionado con la medicación de carácter leve-moderado, siendo el estreñimiento el más común para ambos fármacos. Únicamente 8 pacientes interrumpieron el tratamiento por efectos adversos, 4 para cada fármaco.

CONCLUSIONES

El tratamiento con anticuerpos monoclonales contra el CGRP parece efectivo y bien tolerado en población en la vida real con diagnóstico de MC y MEAF. La evaluación de variables objetivas y subjetivas ayuda al manejo clínico y al

seguimiento de pacientes en tratamiento con estos fármacos, resultando a su vez, de utilidad para evaluar la efectividad terapéutica. Los pacientes en tratamiento con cualquiera de los dos fármacos evaluados presentaron buena tolerabilidad al tratamiento. Los resultados confirman que ambos tratamientos presentan buena seguridad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1051. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DE CLADRIBINA EN EL TRATAMIENTO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE DE ALTA ACTIVIDAD.

AUTORES
VICENTE GONZALEZ B, DE FRUTOS DEL POZO M, REVILLA CUESTA N, ORTOLL POLO V, ARNAIZ DIEZ S, SANTIAGO GALLEGO B, IZQUIERDO ACOSTA L, ÁLAMO O
HOSPITAL UNIVERSITARIO BURGOS (HUBU). AVDA. ISLAS BALEARES, 3. BURGOS

OBJETIVOS
Analizar la efectividad del tratamiento con cladribina en la progresión clínica y radiológica en pacientes diagnosticados de esclerosis múltiple recurrente (EMRR) muy activa

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo retrospectivo, llevado a cabo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con cladribina a dosis de 3,5mg/kg durante dos años, administrados como 1,75mg/kg/año, para la EMRR muy activa, desde la inclusión del fármaco en la prestación farmacéutica hasta mayo 2021.Se recogieron los siguientes datos:edad, peso, número de líneas de tratamiento previas recibidas por los pacientes, EDSS (Expanded Disability Status Scale) antes del inicio, fecha de inicio y fin de tratamiento con cladribina.
Como variables de eficacia se recogieron la progresión radiológica y progresión clínica tras dos cursos de tratamiento. La progresión radiológica, descrita en resonancia magnética (RM) de control anual, se definió como nuevas lesiones T2 o aumento de volumen de lesiones antiguas o aparición de nuevas lesiones captantes de gadolinio. La progresión clínica fue definida por la escala EDSS y la presencia de brotes en el tiempo de seguimiento postadministración de tratamiento. Se realizaron consultas de control anuales en servicio de neurología para evaluar estos parámetros. Los datos fueron recogidos a partir del programa de historia clínica electrónica y del sistema de gestión de farmacia.

RESULTADOS
Se incluyeron 9 pacientes, 8 de los cuales fueron mujeres, con una media de edad de 39,33 años. Los pacientes habían recibido una media de 2 líneas de tratamiento previas a cladribina. Destaca que en los estudios pivotales cladribina se utilizó como fármaco de primera línea en 2/3 de los pacientes incluidos.
La progresión radiológica definida por la RM se produjo en 7 de los 9 pacientes,6 de los cuales lo hicieron el primer año de seguimiento (en uno de ellos se finalizó el tratamiento de cladribina sin llegar a administrar segundo ciclo).3 de estos pacientes progresaron también tras un segundo ciclo de cladribina. Únicamente en 2 pacientes no se observó progresión radiológica durante los 2 años de tratamiento.
Respecto a la progresión clínica, los pacientes partieron al inicio del tratamiento de un EDSS medio de 1,72 (solamente uno de ellos inició el tratamiento con EDSS 0). 4 pacientes progresaron clínicamente, con un aumento > 1 punto en la escala EDSS. 3 de éstos lo hicieron durante el primer año de seguimiento

CONCLUSIONES
La efectividad de cladribina en la progresión radiológica o clínica de la EMRR muy activa resultó inferior a la esperable. No obstante, se trata de pacientes con peor estado clínico y alta carga lesional inicial, con varias líneas de tratamiento previas. Sería necesario un estudio con más pacientes para obtener conclusiones de mayor robustez

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1073. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB, GALCANEZUMAB Y FREMANEZUMAB EN 15 MESES DE SEGUIMIENTO: ESTUDIO EN VIDA REAL.

AUTORES
MARTÍNEZ SUÁREZ A, MERINO BOHORQUEZ V, CASTILLO MARTIN C, RENDÓN DE LOPE L, PORTAL RAMIREZ G, VIGUERA ROMERO FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. DR. FEDRIANI, 3. SEVILLA

OBJETIVOS
Analizar la efectividad, seguridad e impacto de los anticuerpos monoclonales antagonistas del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (anti-CGRP) (erenumab, galcanezumab y fremanezumab) en la profilaxis de la migraña.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional prospectivo realizado en un hospital-terciario. Se incluyen todos los pacientes tratados ≥ 3 meses en tratamiento con anti-CGRP. Las variables clínicas se recogen de la historia clínica electrónica. La efectividad se mide determinando: diferencias entre el número medio de días de migraña al mes (DMM), reducción ≥ 50% de los DMM y reducción del número medio de días de uso de antiinflamatorios no esteroideos (NMDA) y triptanes (NMDT) antes del inicio del tratamiento (V0) y a los meses: 3 (V3), 6 (V6), 9 (V9), 12 (V12) y 15 (V15). El impacto se evalúa empleando las escalas: Escala Analógica Visual (EVA), Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS), Headache Impact Test (HIT-6) y Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). La seguridad se determina describiendo los efectos adversos (EA). Se describen los casos y motivos de discontinuación del anti-CGRP. Se analizan los datos mediante el programa IBM SPSS Stadistics (versión 25; estadísticamente significativo, $p < 0,05$) utilizando la prueba T de Student para muestras relacionadas.

RESULTADOS

Se incluyen 109 pacientes, siendo el 83,5% mujeres, mediana de edad de 48 años (rango intercuartílico (56-41)). La distribución de tratamientos es: 58,7% erenumab, 32,1% galcanezumab y 9,2% fremanezumab. Los DDM fueron: V0=11,7±4,5 (n=109); V3=5,1±5,5 (n=79); V6=5,7±6,4 (n=67); V12=4,8±4,8 (n=37) y V15=7,4±3,6 (n=5). El porcentaje de pacientes que redujeron ≥ 50% los DMM fue del: V3=82,7%; V6=74,4%; V9=65,6%; V12=64,8% y V15=20%. El NMDA fue: V0=12,4±8,6; V3=5,9±5,7; V6=5,5±6,5; V9=5,3±6,6; V12=4,1±4,8 y V15=1,0±1,8 y el NMDT fue: V0=10,8±5,6; V3=4,2±4,7; V6=4,4±5,2; V9=5,0±6,1; V12=3,4±3,4 y V15=7,0±7,0. Los valores de las escalas fueron: EVA: V0=8,8±1,1; V3=6,6±2,1; V6=6,4±2,2; V9=6,3±2,2; V12=6,3±1,8 y V15=7,0±1,6. MIDAS: V0=77,3±47,9; V3=33,5±42,5; V6=57,6±11,7; V9=32,7±39,8; V12=27,6±29,5 y V15=43,0±44,9. HIT: V0=67,4±5,6; V3=58,6±10,3; V6=57,6±11,8; V9=59,0±10,0; V12=57,0±10,9 y V15=63,2±9,7. HAD: V0=17,7±8,6; V3=15,0±10,3; V6=13,8±8,9; V9=14,5±10,6; V12=11,7±6,6 y V15=17,2±8,0. Existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a V0 en V3, V6, V9 y V12 en: DDM, NMDA, NMDT y en todas las escalas. En la escala EVA, también, en V15. Un 70,6% de los pacientes presentan ≥ 1 EA (39,4% estreñimiento; 26,6% dolor en el punto de inyección; 8,3% astenia y 6,4% congestión nasal). 13 pacientes cambiaron a otro anti-CGRP por falta de efectividad y 1 suspendió el tratamiento por toxicidad cutánea.

CONCLUSIONES

- Los resultados de este estudio en vida real muestran resultados positivos de efectividad y seguridad hasta 12 meses después de iniciar el anti-CGRP, no pudiéndose establecer diferencias significativas a los 15 meses debido al reducido número de pacientes. El 11,9% de los pacientes cambiaron de anti-CGRP por falta de efectividad. Los efectos adversos son frecuentes, leves y de fácil control.
- Son necesarios estudios que identifiquen las causas del fracaso, el perfil de pacientes respondedores y que posicionen cada una de las líneas de tratamiento con los anti-CGRP.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1082. EFECTIVIDAD Y PERSISTENCIA DE ETANERCEPT BIOSIMILAR VERSUS ORIGINAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES

CARBALLO MARTÍNEZ N, PEREZ GARCIA C, GRAU CERRATO S, MONFORT FAURE J, DURÁN X, FERRÁNDEZ QUIRANTE O

HOSPITAL DEL MAR. Pº MARITIMO DE LA BARCELONETA, 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

Etanercept (ETN) es un fármaco biológico que ha demostrado eficacia en el tratamiento de la Artritis Reumatoide (AR). Se han comercializado varios biosimilares de este fármaco. A pesar de que los resultados de los ensayos clínicos avalan la equivalencia terapéutica entre ETN original (ETNo) y los biosimilares (ETNb), no se dispone de amplia evidencia en práctica clínica real.

Objetivo: Comparar la efectividad y persistencia durante el primer año de tratamiento entre ETNo y ETNb en pacientes con AR.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo llevado a cabo en un hospital universitario de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes con AR que iniciaron ETN, tanto original como biosimilar, durante el periodo enero 2010-junio 2019 y se realizó el seguimiento durante el primer año de tratamiento.

Datos recogidos: demográficos; tabaquismo; situación de la enfermedad (duración, seropositividad, presencia de erosiones, DAS28 (Disease Activity Score 28)inicial (DAS28i)); farmacológicos (tratamiento de inicio (“naive”), número (n) de biológicos previos, fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs) concomitantes).

La efectividad se evaluó comparando el DAS-28,VSG(Velocidad de Sedimentación Globular) y PCR(Proteína C Reactiva) entre ETNo y ETNb al inicio(i), a los 3(3m), 6(6m) y 12(12m) meses.

La persistencia se estimó midiendo la duración de tiempo desde el inicio de ETN hasta la interrupción y se obtuvo del registro electrónico de dispensaciones de farmacia. Se consideraron no persistentes aquellos pacientes que interrumpieron el tratamiento durante el periodo de seguimiento y se registró el motivo de la interrupción (falta de efectividad, efectos adversos, embarazo).

Estadística: media y desviación estándar para las variables cuantitativas y frecuencias (número y %) para las cualitativas. Kaplan-Meier y long-rank para el análisis de persistencia. Los datos longitudinales se evaluaron mediante modelos tipo marginal (GEE).

RESULTADOS

Se incluyeron 78 pacientes, 53(67,95%) en tratamiento con ETNo.

ETNo versus (vs) ETNb:

Demográficos: edad 52,75 (12,50) vs 55,88 (10,46)(p=0,346); mujeres 37(69,8%) vs 23(92,0%)(p=0,043); caucásicos 43(81,1%) vs 16(64,0%)(p=0,156). Tabaquismo: 10(18,9%) vs 4 (16,0%)(p=1,000).

Situación enfermedad: duración 8,87 (7,25) vs 8,23 (7,07) años(p=0,885); seropositividad 37 (69,8%) vs 20 (80,0%)(p= 0,420); presencia erosiones 47 (88,7%) vs 16 (64,0%)(p=0,015); DAS28i 4,5 (1,41) vs 5,03 (1,13)(p=0,181).

Farmacológicos: naive 37 (69,8%) vs 21 (84%)(p= 0,267); n biológicos previos: 0,38 (0,66) vs 0,2 (0,5)(p=0,322); FAMEs concomitantes 43 (81,1%) vs 19 (76,0%)(p=0,765).

Efectividad: DAS28i 4,5 (1,41) vs 5,03 (1,13)(p=0,074); DAS28-3m 2,7 (1,22) vs 2,235 (0,75)(p=0,166); DAS28-6m 2,47 (1,07) vs 2,27 (1,54)(p=0,525); DAS28-12m 2,48 (1,27) vs 2,21 (1,31)(p=0,338). VSGi 23,36 (18,53) vs 25,38 (21,63)(p= 0,591); VSG-3m 16,55 (14,60) vs 9,64 (7,40)(p=0,047); VSG-6m 16,14 (16,11) vs 14,05 (14,19)(p=0,535); VSG-12m 13,67

(11,83) vs 11,80 (15,59)(p=0,465). PCRi 1,41 (2,35) vs 0,82 (0,74)(p=0,078); PCR-3m 0,50 (0,87) vs 0,30 (0,34)(p=0,553); PCR-6m 0,79 (1,99) vs 0,44 (0,56)(p=0,428); PCR-12m 0,39 (0,44) vs 0,34 (0,52)(p= 0,940).
No persistencia ETNo vs ETNb: 12/53(22,6%) vs 5/25(20,0%)(log-rank p= 0,773).
Motivo interrupción: 10 falta de efectividad, 5 efectos adversos, 2 embarazo.

CONCLUSIONES

Etanercept biosimilar muestra un comportamiento terapéutico equivalente al fármaco original en cuanto a efectividad.
La persistencia del tratamiento no resulta diferente entre el producto original y el biosimilar.
Los resultados observados en este estudio en práctica clínica real van en concordancia a los disponibles procedentes de los ensayos clínicos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1089. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON MEPOLIZUMAB EN EL CONTROL DE LA RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES

AUTORES

CANTARELLI . L, GARCIA GIL S, DEL ROSARIO GARCÍA B, PEREZ REYES S, GUTIERREZ NICOLAS F, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de mepolizumab en el control de los síntomas de la rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN) asociada al asma grave eosinofílica no controlado corticodependiente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, de 5 años y 4 meses de duración (enero 2016-abril 2021) que incluyó a todos aquellos pacientes diagnosticados de RSCcPN asociada al asma grave eosinofílica. Se registraron las variables clínicas y demográficas correspondientes a edad, sexo, gravedad y localización de la poliposis nasal (PN), cirugía de PN previa, síntomas nasales asociados a PN, intolerancia a AINEs (triada "ASA"), tiempo de seguimiento del paciente, duración del tratamiento con mepolizumab y tratamiento previo empleado. La eficacia del tratamiento en el control de la PN se evaluó a partir de los siguientes parámetros: reducción del grado de PN por técnicas de imagen (tomografía computarizada [TAC] de senos paranasales) y otoscopia, disminución de sintomatología nasal y mejoría en la calidad de vida del paciente mediante la realización de un cuestionario específico para patología nasosinusal (SNOT-22). Se definió como mejoría según SNOT-22, a una disminución de > 50% en la puntuación tras el inicio del tratamiento.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se incluyeron un total de 22 pacientes con RSCcPN asociada al asma grave (59,1% mujeres (n=13); edad media: 55,8 años [15-77]). La media de tiempo de seguimiento fue 3,4 años [1,4-12,3]. La media de duración del tratamiento fue 15,8 meses [5,9-34,5]. El 41% de los pacientes (n=9) recibieron omalizumab previamente. El 23,1% de los pacientes (n=6) presentaba la triada "ASA" al diagnóstico. La PN diagnosticada fue bilateral en el 95,5% (n=21) de los casos. La clasificación de la PN según gravedad fue: grado 1 (13,6%; n=3), grado 2 (22,7%; n=5), grado 3 (22,7%; n=5), grado 4 (18,2%; n=4), desconocido (22,7%; n=5). El 57,7% (n=15) de los pacientes fue intervenido de PN previo al inicio del tratamiento. Los síntomas nasales asociados a PN más comunes fueron: rinorrea (76,9%; n=20), obstrucción nasal (76,9%; n=20), anosmia (53,8%; n=14), mucosidad (46,2%; n=12), necesidad de sonarse (30,8%; n=8), estornudos (15,4%; n=4) y obstrucción de oídos (15,4%; n=4). El 36,3% de los pacientes fueron evaluados mediante la escala SNOT-22 (media puntuación: 71 [45-95] pre tratamiento vs 24,8 [8-75] post tratamiento). En el 75% de los casos (n=6) hubo una mejoría de > 50% en SNOT-22. En el 76,5% (n=13) de los casos se redujo el grado de PN y sintomatología nasal durante el tratamiento. El 18,2% (n=4) de los pacientes presentó una recidiva de PN.

CONCLUSIONES

El estudio muestra como en más del 75% de los pacientes con RSCcPN se consigue un control óptimo de los síntomas nasales, así como una mejoría en el grado de la PN y calidad de vida tras el tratamiento con mepolizumab. Serán necesarios futuros estudios con un mayor tamaño muestral para ratificar los resultados obtenidos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1112. RESULTADOS EN VIDA REAL DEL USO DE ANTICUERPOS MONOCLONALES PARA LA PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA

AUTORES

DÍAZ RUIZ P, SUÁREZ GONZÁLEZ M, GONZÁLEZ CHÁVEZ J, FERRER MACHÍN A, GONZÁLEZ GARCÍA I, OCAÑA GÓMEZ MA, GÓMEZ ONTAÑÓN E, MERINO ALONSO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Los anticuerpos monoclonales dirigidos frente al receptor del péptido relacionado con el gen la la calcitonina o su ligando (AntiCGRP) se emplean para profilaxis de la Migraña Crónica (MC, más de 15 días de migraña/mes) y Migraña episódica de alta frecuencia (MEAF, 8-15 días de migraña/mes), con criterios de financiación.
Este estudio describe el perfil de uso de los AntiCGRP y analiza los resultados obtenidos tras un año desde su implementación en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, trasversal que incluyó los pacientes tratados con al menos 3 dosis de AntiCGRP en nuestro hospital durante 1 año: (Febrero 2020-Enero2021). Se recogieron variables demográficas, otras profilaxis antimigrañosas

concomitantes, cambios entre AntiCGRP y efectos adversos. Se registraron: días de migraña/mes (DMM) y test de impacto de cefalea-6 (HIT-6, Headache impact test-6) antes del inicio de AntiCGRP y en el momento del estudio. Se aplicó estadística descriptiva y análisis cuasi experimental de medidas pareadas para $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 124 pacientes, 91,1% mujeres, con mediana de edad 50(18-79) años, diagnosticados el 80,7% de MC.
El 68,5% continúa con otras profilaxis al iniciar AntiCGRP: Toxina botulínica (TB, 52,4%), topiramato (32,25%), amitriptilina (23,38%) y metoprolol (23,38%).
El 72,1% inició con erenumab 70 mg (ERE70), progresando a erenumab 140 mg (ERE140) si precisaban. El resto inició con galcanezumab (GAL)
Se observaron los siguientes cambios terapéuticos:
- 46%(n=52) de ERE70 a ERE140
- 6,4%(n=8) de GAL a ERE140
- 4% de(n=5) de ERE70 a GAL

La mediana de tiempo desde el inicio del primer AntiCGRP es 7,1(4,6-13) meses y con el tratamiento actual es 6,7(4,3-12,3) meses.
Antes del AntiCGRP el 86,7% de los pacientes presentaban MC y disminuyó al 34,3% después del tratamiento, $\chi2(1)= 61,016$, $p < 0,05$ (McNemar). La distribución actual es: 34,3% MC, 35% MEAF y 29,8% menos de 8 DMM (7,2% menos de 4).
La mediana del HIT-6 fue 69,5(65-72) puntos al inicio y disminuyó a 64(57-68) puntos tras el AntiCGRP; $z=-6,98$, $p < 0,05$ (Wilcoxon). La TB concomitante disminuyó del 52,4% inicial al 40,3% actual, en el número de pacientes que lo emplean, $\chi2(1)= 74,9$, $p < 0,001$(Mc Nemar).
El 13,9% de los pacientes no han tenido respuesta alguna y el 6,4% abandonó el tratamiento.
El 51,6% de los pacientes presenta estreñimiento, y se ha observado en menos del 5%: síndrome pseudogripal, vértigo y mareos, exacerbación de asma y sudoración profusa. No se han observado eventos cardiovasculares. Tampoco manifestaciones clínicas de la interacción entre otras profilaxis y AntiCGRP, ni del cambio entre AntiCGRP.

CONCLUSIONES

Nuestros pacientes son principalmente mujeres que padecen MC.
En la práctica se emplean cambios entre AntiCGRP y la combinación con otras profilaxis antimigrañosas es habitual, no observándose problemas de seguridad al respecto.
Con el uso de AntiCGRP disminuyó un 46,4% la proporción de pacientes con MC, el 30% de los pacientes han pasado a presentar menos de 8 DMM. También se observó disminución significativa del valor de HIT-6 y del uso de TB en nuestro hospital.
No se detectaron efectos adversos graves con el uso de AntiCGRP. El efecto adverso más frecuente fue el estreñimiento, presente en más del 50% de los pacientes tratados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1119. ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES CON PSORIASIS EN TRATAMIENTO CON FARMACOS BIOLÓGICOS

AUTORES

MARTÍNEZ SOTO G, MARTINEZ SOTO AM, INIESTA NAVALÓN C, ORTIZ FERNANDEZ P, PASTOR MONDÉJAR C, SALAR VALVERDE I, RENTERO REDONDO L, URBIETA SANZ E

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS

Determinar el grado de complejidad de los pacientes con psoriasis en tratamiento con fármacos biológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal realizado en un Hospital General de referencia de Área que atiende a una población aproximada de 201.000 usuarios. Se incluyeron todos los pacientes con psoriasis tratados con un fármaco biológico en seguimiento por la unidad de pacientes externos del servicio de Farmacia. Se excluyeron aquellos pacientes sin información suficiente para determinar resultados concluyentes.
Mediante la entrevista clínica realizada por el farmacéutico y la revisión del programa de gestión del Servicio de Farmacia, SAVAC® y de la historia clínica informatizada (Selene®), se obtuvieron variables demográficas (edad y sexo), clínicas (comorbilidades) y relacionadas con la farmacoterapia (fármaco biológico prescrito, fármacos biológicos previos y tratamiento crónico). Se consideró paciente polimedicado cuando tomaba más de 5 medicamentos prescritos por un médico de forma crónica (durante los tres últimos meses).
Para determinar el grado de complejidad de la población de estudio se aplicó el modelo Estratificación y Atención Farmacéutica para enfermedades inflamatorias inmunomediadas elaborado por la SEFH. Este modelo propone 24 variables que se agrupan en cuatro bloques: variables demográficas, sociosanitarias y del estado cognitivo, clínicas y de utilización de servicios sanitarios y relacionadas con el tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 74 pacientes, de los cuales el 62.2% eran hombres. La edad media fue de 52.4 años (DE=12.5). La mitad de los pacientes (50%) estaban afectados por dos o más comorbilidades.
Las patologías crónicas más prevalentes fueron la dislipemia (40.5%), hipertensión arterial (36.5%) y depresión (28.4%). Casi la mitad (40.5%) de los pacientes eran obesos.
En cuanto al tratamiento crónico, incluyendo la terapia biológica, el 32.4% de los pacientes eran polimedicados. Los grupos terapéuticos más frecuentes fueron los corticoides tópicos (36.5%), antidiabéticos (8.69%) e inhibidores de

la bomba de protones (7.69%).En relación al tratamiento biológico, el 51.4% de los pacientes no habían recibido tratamiento previo. Los fármacos biológicos más prescritos fueron: ustekinumab (40.5%), adalimumab (16.2%), secukinumab (13.5%) y guselkumab (9.5%).
Tras la aplicación del modelo de estratificación se observó que el 48.6% de los pacientes tenían prioridad 3, el 39.2% prioridad 2 y el 12.2% prioridad 1. Las variables que más ponderaron en el grupo de prioridad 1 fueron las interacciones medicamentosas, tratamiento concomitante con medicamentos de alto riesgo, actividad de la enfermedad, padecer dos o más comorbilidades y la obesidad.

CONCLUSIONES

La mitad de los pacientes corresponden niveles de prioridad 1 y 2, ajustándose estos resultados a la pirámide de estratificación propuesta por el modelo.
Los hallazgos de este estudio sugieren la conveniencia de la aplicación de un modelo de estratificación a fin de ajustar las actuaciones de atención farmacéutica a las necesidades del paciente, optimizando así los recursos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1125. MULTICENTER PILOT STUDY TO EVALUATE PATIENT EXPERIENCE SATISFACTION OF SMART DEVICE DURING 6 MONTHS OF CERTOLIZUMAB PEGOL TREATMENT IN RHEUMATOLOGY PATIENTS

AUTORES

RODRÍGUEZ LUCENA. F, VICENTE ESCRIG. E, GARCIA MONSALVE. A, BORRAS BLASCO J
HOSPITAL DE ORIHUELA. CARRETERA ORIHUELA A ALMORADI S/N. ALICANTE

OBJETIVOS

AVA® is a new electromechanical injection device for self-injecting certolizumab pegol (CZP). It has been developed with the aim of improving self-injection experience.
The objective of this study was to assess acceptability and patient experience of self-injection with the ava® and determine patient device preference after switching CZP from the prefilled syringe or auto-injection pen to the ava® in rheumatoid arthritis (RA), psoriatic arthritis (PsA) and axial spondyloarthritis (axSpA) patients.

MATERIALES Y MÉTODOS

A multicenter cross-sectional study among four Spanish hospitals. Adult patients (≥18 years) diagnosed with RA, PsA, axSpA treated for at least six months with the CZP syringe or pen were recruited. Patients must have been self-injecting CZP using prefilled syringe or auto injection pen with a CZP dose of 200 mg every 2 weeks . At the first visit patients completed a Pre-ava® Assessment of Self-Injection questionnaire and four CZP 200mg cartridge were dispensed. Patients were instructed on proper administration of CZP cartridge. After 2 (4 doses) and 6 months (12 doses) of CZP self-injections using the ava®.

RESULTADOS

34 patients were included (28 women) RA 11, PsA 10 and axial axSpA 13. All patients with the pen or syringe after switch to ava® continued with CZP 200mg/Q2W.
Patients reported > 90% adherence to CZP ava® assessed with the injection log. The full dose of CZP was injected on all patients with ava® self-administration device.
Pain at the injection site was reduced after switching to ava® and the patient experience with the ava® was showed; 29 (85%) patients preferred CZP ava® and 5 (15%) patients preferred the CZP pen.
No safety-related findings related to ava® CZP administration were identified.

CONCLUSIONES

The ava® device is an advantageous delivery option for CZP. This study provides further evidence to support that the ava® device is a valid method for switching CZP from syringe or pen with highly preference in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1129. UTILIZACIÓN DE ANTI-TNF EN PSORIASIS EN PLACA MODERADA-GRAVE TRAS LA APARICIÓN DE NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS. ¿CONTINÚA TENIENDO UN PAPEL RELEVANTE?

AUTORES

DELGADO RODRÍGUEZ J, PÉREZ CORDÓN L, BITLLOCH OBIOLS M, GARCÍA JAVIER B, SÁNCHEZ ULAYAR A, AGUILERA JIMÉNEZ V, CAMPINS BERNADÀS L
HOSPITAL DE MATARÓ. CTRA. DE CIRERA, 230. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y la persistencia del tratamiento en el tiempo en la práctica clínica real de los anti-TNFα (Factor de Necrosis Tumoral) y de las diferentes dianas terapéuticas en el tratamiento de la psoriasis en placa de moderada a grave.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal en el que se incluyeron pacientes con psoriasis en placa moderada-grave que iniciaron tratamiento con un anticuerpo monoclonal entre enero de 2019 y abril de 2021 en un hospital de segundo nivel.
A partir de la historia clínica se recogieron datos demográficos (edad y sexo), indicación, fecha de inicio del tratamiento, el Psoriasis Area Severity Index (PASI) y el Dermatology Life Quality Index (DLQI) basal y al final de tratamiento o en el momento de realizar el análisis.
Para valorar la efectividad del tratamiento, se agruparon los diferentes anticuerpos monoclonales en función de la diana terapéutica (anti-TNFα, anti IL-12/23 (Interleucina), anti IL-17a y anti IL-23) y se determinó el número de pacientes que

había alcanzado el PASI75, PASI90 y PASI100 en el momento del análisis y la variación del DLQI respecto al valor basal. Respecto a la persistencia del tratamiento, se registró la duración media del tratamiento y los fracasos terapéuticos.

RESULTADOS

Se incluyeron 59 pacientes, 34(57.6%) fueron hombres, con una edad media de 49±14.9 años. Se precribió anti-TNFα a 20(33.9%) pacientes todos ellos con adalimumab, tratamiento anti IL-12/23 con ustekinumab a 8(13.6%) pacientes, anti IL-17a a 23(38.9%) pacientes (brodalumab 9 pacientes, ixekizumab 8 y secukinumab 6) y 8(13.6%) recibieron un anti IL-23 (guselkumab 5 pacientes, tildrakizumab 2 y risankizumab 1).
El PASI medio al iniciar el tratamiento en los pacientes con adalimumab, anti IL-12/23, anti IL-17a y anti IL-23 fue de 10.9, 7, 12.6 y 12.9 respectivamente. Diecisiete(85%) pacientes alcanzaron un PASI75, 13(65%) un PASI90 y 12(60%) un PASI100 en el grupo de tratamiento con adalimumab; 4(50%), 4(50%) y 3(37.5%) pacientes en el grupo anti IL-12/23; 16(69.6%), 15(65.2%), 14(60.9%) en el grupo anti IL-17a y 4(50%), 4(50%), 4(50%) en el grupo anti IL-23.
En cuanto al DLQI, la media al inicio del tratamiento fue de 12.35 puntos con una disminución media de 10.55 puntos en el grupo tratado con adalimumab y de 12.8, 13.6 y 13.25 con una disminución media de 11.35, 10.4 y 8.5 en los grupos anti IL-12/23, anti IL-17a y anti IL-23 respectivamente.
La duración media del tratamiento con adalimumab, anti IL-12/23, anti IL-17a y anti IL-23 fue 14, 20, 17 y 10 meses y los pacientes con fracaso terapéutico fueron 3(15%), 1(12.5%), 5(21.7%) y 2(25%) respectivamente.

CONCLUSIONES

Adalimumab presentó una adecuada efectividad y persistencia del efecto para el tratamiento de la psoriasis en placa de moderada a grave en la muestra analizada y, por lo tanto, actualmente continúa manteniendo un papel relevante en el tratamiento de esta patología a pesar de la aparición de nuevas dianas terapéuticas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1146. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DE GALCANEZUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA

AUTORES

TARDÁGUILA MOLINA P, MARTÍNEZ RUIZ E, BLANCO CRESPO M, CARRASCO CORRAL T, LAVANDEIRA PÉREZ M, CASARRUBIOS LAZARO GI, MENDOZA ACOSTA I, HORTA HERNÁNDEZ AM

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. C/ DONANTE DE SANGRE, S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

- Analizar la efectividad y seguridad de galcanezumab en la profilaxis de la migraña crónica
- Evaluar la calidad de vida y el grado de satisfacción de los pacientes con esta terapia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional. Se identificaron los pacientes en tratamiento con galcanezumab para profilaxis de migraña crónica desde enero 2020 hasta abril 2021. Los datos se recogieron a través de la historia clínica electrónica.
Variables estudiadas: edad, sexo, tratamientos previos, días de migraña mensuales previo al inicio de galcanezumab y tras 3 meses de tratamiento, tasa de respuesta objetiva (TRO) > 50%, variación en la intensidad del dolor, duración del tratamiento, motivo de suspensión y reacciones adversas (RA).
Se midió el impacto funcional a través del headache impact test (HIT-6) basal y a los tres meses de tratamiento para analizar la calidad de vida. Este test consta de 6 preguntas cuya puntuación total presenta un rango entre 36 y 78 (considerando: < 49=impacto pequeño, 50-55=leve, 56-59=moderado, > 60=grave).
Para evaluar el grado de satisfacción y tolerancia de galcanezumab se utilizó el treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM) validado y modificado (versión 1.4).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 37 pacientes. Mediana de edad 50 años(Rango intercuartílico (RIC) 43-58), 78,40% mujeres.
La mediana de tratamientos previos fue 5(RIC 4-6): topiramato(83,4%), propranolol(83,4%), amitriptilina(86,5%), flunarizina(75,7%), ácido valproico(70,3%). El 100% de los pacientes recibió toxina botulínica. Los pacientes presentaron una mediana de 16(RIC 14-18) días de migraña previo al inicio vs 5(RIC 3-9) después de tres meses de tratamiento. El 75% presentó una TRO > 50%, con una mediana de reducción de 70%(RIC 50-75). Además el 64% refirió menor intensidad del dolor migrañoso con galcanezumab.
La mediana de duración de galcanezumab fue 5 meses(RIC 3-7). El tratamiento se suspendió en 20 pacientes. Los motivos fueron: toxicidad(2), falta de efectividad(8), pérdida de respuesta a partir de los 3 meses de tratamiento(2), decisión del neurólogo prescriptor(8). De estos últimos 8 pacientes, 3 tuvieron que reiniciar galcanezumab por presentar más de 8 crisis de migraña/mes tras la suspensión.
El 37,8% de los pacientes presentó alguna RA, siendo las más frecuentes: mareo/vértigo(21,6%), reacción en el punto de inyección(8%), estreñimiento(8%), prurito(8%). Sólo el 10% de pacientes refirieron en el TSQM que estas RA eran muy molestas.
La mediana de puntuación de HIT-6 basal fue de 74 (68-78) vs 48 (48-58) a los tres meses de tratamiento. El 80% obtuvo una reducción > 5 puntos en dicha escala, con una mediana de 20(RIC 11-28).
En relación al grado de satisfacción con este tratamiento, el 78% de los pacientes manifestaron estar sumamente satisfechos, muy satisfechos o satisfechos.

CONCLUSIONES

En este estudio, un elevado porcentaje de pacientes presenta una alta efectividad y seguridad a galcanezumab.
La mayoría de pacientes reporta una mejoría en la puntuación de HIT-6, con un impacto funcional de la migraña pequeño tras 3 meses de tratamiento. Además, el grado de satisfacción fue elevado.
El seguimiento de los pacientes con migraña en la consulta de atención farmacéutica permite conocer la efectividad y seguridad a galcanezumab e incorporar los resultados en salud a la evaluación del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1152. ANÁLISIS DE LA OPTIMIZACIÓN E IMPACTO ECONÓMICO DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

AUTORES

CASTILLEJO GARCÍA R, MARTÍNEZ SUÁREZ A, MERINO BOHÓRQUEZ V, CASTILLO MARTÍN C, CORDERO RAMOS J, RENDÓN DE LOPE L

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. CALLE DR. FEDRIANI, 3, 41009 SEVILLA. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar las pautas posológicas de los diferentes fármacos biológicos empleados en pacientes con patologías reumáticas con la finalidad de conocer el grado de optimización e impacto económico de las terapias biológicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedades reumáticas que recogieron terapia biológica en nuestras consultas externas en el período desde septiembre del 2020 a febrero del 2021.
Los datos fueron obtenidos a partir del programa de prescripción electrónica Athos® y de la historia clínica informatizada y recogidos y procesados en una hoja de Excel®. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, juicio clínico, terapia biológica, pauta posológica, terapia optimizada y coste económico.
Las terapias biológicas que se analizaron fueron: Tocilizumab, Etanercept, Adalimumab, Abatacept, Golimumab, Certolizumab, Secukinumab, Ixekizumab, Canakinumab, Sarilumab y Ustekinumab.
Se definió como terapia optimizada cuando se utilizó una dosis inferior o un intervalo superior a los considerados en las respectivas fichas técnicas de estos fármacos.
Para calcular el impacto económico de la estrategia de optimización se calcularon los costes evitados a partir del número de dosis administradas a cada paciente comparadas con el número de dosis que se hubieran administrado de cada fármaco a dosis y posología estándar.

RESULTADOS

Se analizaron 858 pacientes, con una edad media 53,2 años (4-89), 499 eran mujeres (58,2%). El 41,2% presentaba artritis reumatoide, 23% artritis psoriásica, 22,8% espondilitis anquilosante y 5,5% artritis juvenil idiopática.
En total el 41,6% de los pacientes con terapia biológica se encontraba en situación optimizada. El porcentaje de pacientes optimizados para los diferentes tratamientos biológicos fue del: 75,3% de los 89 pacientes tratados con Tocilizumab, 54,5% de los 22 pacientes en tratamiento con Abatacept, 50,7% de los 304 pacientes en tratamiento con Etanercept, 37% de los 27 pacientes en tratamiento con Golimumab, 33,3% de los 30 pacientes en tratamiento con Certolizumab, 31,6% de los 294 pacientes en tratamiento con Adalimumab, 10,8% de los 37 pacientes tratados con Secukinumab y 7,7% de los 13 pacientes tratados con Ixekizumab.
No se alcanzó la optimización posológica en ningún paciente en tratamiento con Canakinumab, Sarilumab y Ustekinumab.
La optimización de la pauta posológica de las diferentes terapias biológicas supuso en el período de tiempo estudiado un ahorro económico de 586.059€ lo que se traduce a un ahorro económico anual aproximado de 1.172.118€ para el servicio de reumatología.

CONCLUSIONES

Con estos resultados podemos concluir que:
- Los fármacos más optimizables en la serie analizada son Tocilizumab, Abatacept, Etanercept y Golimumab.
- La optimización de las terapias biológicas permite un control de la enfermedad del paciente de manera adecuada, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario.
- Esta estrategia supone un importante ahorro económico, permitiendo así, el acceso de un mayor número de pacientes a ser tratados con fármacos biológicos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1153. EVOLUCIÓN DE LA DISLIPEMIA EN PACIENTES TRATADOS CON TOFACITINIB Y BARICITINIB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ IM, GARCÍA SIMÓN MS, JUEZ SANTAMARÍA C, LLORET LLORCA A, GARCÍA MATILLAS CN, MIRA SIRVENT MC

HOSPITAL SANTA LUCÍA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Los inhibidores de la quinasa Janus (IJACK) se han asociado con un incremento de los parámetros lipídicos, como colesterol total (Ct), colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y triglicéridos (TG).
El objetivo de este estudio es analizar la evolución del Ct y TG en pacientes tratados con baricitinib y tofacitinib en la práctica clínica en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de pacientes tratados con IJACK entre marzo-2018 hasta diciembre-2020. Se registraron, a partir de las historias clínicas obtenidas de Selene®, las siguientes variables de estudio: edad, sexo, fecha de inicio del tratamiento, fármaco, diagnóstico, niveles de Ct y TG antes y durante el tratamiento y prescripción de hipolipemiante previo y tras iniciar IJACK. Los datos se analizaron mediante SPSS-v.19, presentando las variables continuas como media y desviación estándar (SD) o mediana y rango intercuartílico (IQR) en función del ajuste de normalidad, y las variables categóricas como frecuencia absoluta. El estudio comparativo se realizó mediante la prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney para datos apareados.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 46 pacientes (74% mujeres) con una edad media 55±13,7 años, siendo tratados con tofacitinib el 76,1% (n=35) y con baricitinib el 23,9% (n=11). La media de duración del tratamiento con IJACK fue de 15,6±9,5 meses. El 87% (n=40) de los pacientes presentaba artritis reumatoide, el 6,5% (n=3) artritis psoriásica, el 4,3% (n=2) colitis ulcerosa y el 2,2% (n=1) alopecia areata.

Antes de iniciar el tratamiento, 19 pacientes (42,2%) presentaban hipercolesterolemia (Ct > 200 mg/dL); de ellos, 7 (15,9%) ya se encontraban en tratamiento hipocolesterolemiante. Tras el primer control analítico después de iniciar IJACK se observó un aumento del Ct en el 80,9% (n=34) de los pacientes, ascendiendo a 30 (71,4%) el número de pacientes con niveles de Ct > 200 mg/dL. Tras 3 meses de tratamiento, el nivel de colesterol disminuyó hasta normalizarse en el 37,9% de ellos, mientras que el 58,6% mantuvo cifras de Ct > 200 mg/dL, iniciándose tratamiento hipocolesterolemiante en n=7 (16,6%).

La mediana de Ct al inicio del tratamiento fue de 190 [161,5-234] mg/dL, aumentando tras el primer control a 214,5 [184,75-259,5] mg/dL de forma estadísticamente significativa (p < 0,05).

En cuanto a los niveles de TG, 5 pacientes (10,8%) presentaron niveles de TG > 200 mg/dL antes del inicio del tratamiento, aumentando a 8 (17,4%) después de iniciar tratamiento con IJACK. La mediana de TG aumentó de 112 [87,5-159] a 121 [95-174,2] mg/dl, diferencia que no alcanzó la significación estadística (p > 0,05).

CONCLUSIONES

Los pacientes que iniciaron tratamiento con IJACK mostraron un aumento significativo de las cifras de Ct. Al contrario que algunos ensayos publicados que muestran una normalización de las cifras de colesterol a los 1-3 meses de tratamiento, en nuestro estudio, más de la de mitad de los pacientes mantuvieron cifras superiores a 200 mg/dl tras 3 meses de tratamiento. No se observó un incremento significativo en los niveles de triglicéridos.

La determinación rutinaria del perfil lipídico completo en patologías tratadas con IJACK podría suponer una mejora en el control y seguridad de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1155. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL CAMBIO DE INFLIXIMAB INTRAVENOSO A SUBCUTÁNEO GUIADO POR NIVELES FARMACOCINÉTICOS

AUTORES

CASTILLEJO GARCÍA R, MARTÍNEZ SUÁREZ A, MERINO BOHÓRQUEZ V, CASTILLO MARTÍN C, ARGUELLES ARIAS F, FERNANDEZ ÁLVAREZ P

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. CALLE DR. FEDRIANI, 3, 41009 SEVILLA. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del cambio de presentación de Infliximab intravenoso (IFXiv) a subcutáneo (IFXsc) guiado por niveles farmacocinéticos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyen todos los pacientes respondedores a IFXiv a los que se le realizó el cambió a IFXsc, durante la primera ola de la pandemia por coronavirus para disminuir el riesgo de contacto en el ámbito hospitalario. Se recogen las siguientes variables, previas y posteriores al cambio, de la historia clínica electrónica: concentración libre media de fármaco en plasma (CLM), rango terapéutico IFX (3-8 mcg/ml), velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), calprotectina fecal (CPF) y actividad de la enfermedad medida por pruebas de imagen. Se analizan las variables mediante el programa IBM SPSS Stadistics (estadísticamente significativo, p < 0,05) utilizando la prueba T de Student para muestras relacionadas.

Se define la efectividad del cambio como la no suspensión de fármaco debido a: disminución significativa de las CLM, empeoramiento significativo de los parámetros analíticos inflamatorios y/o de las pruebas de imagen y pérdida de respuesta o seguridad. Se determina la seguridad describiendo los efectos adversos (EA).

RESULTADOS

Se incluyen 14 pacientes, siendo el 50% mujeres. La mediana de edad de los pacientes es de 43,5 años (rango intercuartílico 57,8-28,7). El 71,4% de los pacientes presentan Enfermedad de Crohn y el 28,6% Colitis Ulcerosa. Todos los pacientes se encontraban con IFXiv 5 mg/kg cada 8 semanas y se modificó a IFXsc 120 mg cada 2 semanas. La media de tiempo en tratamiento es: IFXiv= 60,7±43,3 meses y IFXsc= 10,6±2,3 meses.

Las diferentes variables de los pacientes con IFXiv son: CLM= 6,1±3,7 mcg/ml; VSG= 10,8±9,2 mm/h; PCR= 1,2±1,1 mg/dl y CPF= 409,7±925,7 µg/g y con IFXsc son: CLM= 18,1±4,2 mcg/ml; VSG= 8,9±6,0 mm/h; PCR= 0,8±0,6 mg/dl y CPF= 166,6±197,0 µg/g. La CLM es mayor con la forma de presentación subcutánea, encontrándose diferencias estadísticamente significativas, no se encuentran diferencias significativas entre las demás variables. Ningún paciente presenta empeoramiento de las pruebas de imagen. 2 (14,3%) pacientes suspenden el tratamiento con IFXsc debido a:

pérdida de respuesta y éxitus debido a enfermedad oncológica.
Ningún paciente refirió presentar EA relacionados con la nueva presentación.

CONCLUSIONES

IFXsc evitó el traslado al hospital y contacto de 14 pacientes. En 1 paciente el cambio no fue efectivo, ya que se produjo una pérdida de respuesta al fármaco sin objetivarse en la CLM, las variables analíticas inflamatorias y las pruebas de imagen. Se establece la hipótesis de que pueda deberse al efecto nocebo y para evitarlo se refuerza la idea de que el cambio debe realizarse de manera coordinada, dentro del marco del equipo multidisciplinar formado por médicos prescriptores, farmacéuticos y enfermeros. La comercialización de la nueva forma de presentación puede beneficiar a múltiples pacientes que prefieran la vía de administración subcutánea. Es necesario desarrollar estudios con un mayor número de pacientes y periodo de seguimiento para determinar: la efectividad y seguridad del cambio, impacto del efecto nocebo y su prevención y manejo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1160. RESULTADOS EN SALUD DEL ALEMTUZUMAB A LARGO PLAZO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL, EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

AUTORES

GARCÍA BELOSO N, ÁLVAREZ PAYERO M, SILVA LÓPEZ A, GONZÁLEZ SUÁREZ I, COUÑAGO FERNÁNDEZ M, ROBLES TORRES D, LÓPEZ LÓPEZ A, PARADELA CARREIRO A
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO. ESTRADA DE CLARA CAMPOAMOR, 341. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad del alemtuzumab tras haber recibido 2 ciclos, en pacientes diagnosticados de esclerosis múltiple remitente recurrente en la práctica clínica real.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, en un hospital universitario de 1100 camas, entre 04/2015-02/2021. Se incluyeron todos los pacientes que recibieron al menos 2 ciclos de alemtuzumab en el periodo descrito. Variables recogidas de la historia clínica electrónica: demográficas; duración enfermedad; número de líneas previas y fármaco inmediatamente anterior; fechas de los ciclos; variables de eficacia evaluadas anualmente tras el primer ciclo de tratamiento: tasa anualizada de brotes (TAB), Expanded Disability Status Scale (EDSS), aumento de carga lesional en resonancia magnética (RM) y captación de gadolinio (Gd+); variables de seguridad durante el seguimiento: reacciones adversas infusionales (RAI), infecciones, proteinuria, valores de hormona estimulante de la glándula tiroidea (TSH) trimestrales y valores de linfocitos mensuales.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 37 pacientes (67.56% mujeres); edad media: 42.19±8.63 años; 12.38±6.89 años de evolución de la enfermedad y 3.14±1.36 años de seguimiento desde inicio de alemtuzumab. El 72.97% recibieron ≥2 líneas previas, 18.92% recibieron una y el 8.11% eran naïve. Fármaco inmediatamente anterior: fingolimod (43.24%), natalizumab (13.51%), teriflunomida (13.51%), interferones, acetato de glatirámero y rituximab (29.74%). 24/37 (64.86%) llevan > 3 años desde la primera infusión, de los cuales, 7/24 (24.17%) necesitó un tercer ciclo.
La mediana de EDSS_basal: 4 (2-5.5), EDSS_1año: 3.5 (2-6), EDSS_2años: 4 (1.5-6), EDSS_3años: 4 (2-5.5), EDSS_4años: 4 (2.5-6), EDSS_5años: 4.5 (2-6.5). % de pacientes con actividad en RM: RM_basal: 83.78% (48.48% Gd+), RM_1año: 32.35% (22.22% Gd+), RM_2años: 23.08% (0% Gd+), RM_3años: 26.32% (12.5% Gd+), RM_4años: 10% (50% Gd+), RM_5años: 33.33% (0% Gd+). TAB_año_previo: 1.11±1.07, TAB_1año: 0.22±0.42, TAB_2años: 0.33±0.65, TAB_3años: 0.27±0.45, TAB_4años: 0.05±0.24, TAB_5años: 0.14±0.38.
Seguridad: 75.68% de RAI al primer ciclo (54.05% rash cutáneo, 37.84% prurito, 24.32% fiebre), 59.46% de RAI al 2º ciclo (27.03% fiebre, 21.62% rash cutáneo, 13.51%, prurito), de gravedad leve en ambos ciclos. El 89.19% de los pacientes presentaron algún tipo de infección (51.35% del tracto urinario, 43.24 % respiratoria, 13.51% otitis, 13.51% virus herpes zóster, 37.84% otras). El 62.16% de los pacientes presentaron proteinuria, apareciendo a los 9.52±9.32 meses del primer ciclo. 11 pacientes (29.72%) presentaron problemas tiroideos, necesitando tratamiento farmacológico y uno quirúrgico. El 100% de los pacientes presentaron linfopenia grave, con recuperación > 800 linfocitos al séptimo mes tras primer ciclo y con recuperación > 1200 linfocitos al duodécimo mes tras segundo ciclo. Ningún paciente presentó reacciones adversas cardiovasculares.

CONCLUSIONES

Alemtuzumab ha demostrado eficacia a largo plazo en práctica clínica real, alcanzando estabilización de la EDSS, reducción de la TAB y disminución de la actividad en la RM. Respecto a la seguridad, se ha cumplido adecuadamente el plan de gestión de riesgos. Las reacciones adversas graves estuvieron relacionadas con el tiroides (< 30%) y la linfopenia (100%), recuperándose los valores normales a los 12 meses del segundo ciclo. También hubo una alta tasa de RAI, infecciones y proteinuria, todas ellas de carácter leve. En el seguimiento hasta a 5 años del primer ciclo, no se ha detectado ninguna reacción adversa no descrita anteriormente.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1164. PERSISTENCIA DE LOS INHIBIDORES DE LAS JANUS QUINASAS EN ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES

PASTOR MONDÉJAR C, INIESTA NAVALÓN C, SALAR VALVERDE I, MARTÍNEZ SOTO AM, ORTIZ FERNÁNDEZ P, GIL CANDEL M, RENTERO REDONDO L, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVENIDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS
Baricitinib y tofacitinib son inhibidores reversibles de las Janus quinasas (JAK) indicados en artritis reumatoide con respuesta inadecuada a los fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs). Nuestro objetivo fue calcular la persistencia de los inhibidores de las JAK en el tratamiento de la artritis reumatoide en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con inhibidores de las JAK (tofacitinib y baricitinib) con diagnóstico de artritis reumatoide en nuestro hospital.
Se recogieron datos demográficos de los pacientes (edad, sexo), fecha de inicio del tratamiento, fecha y motivo de suspensión del mismo en caso de retirada y tratamientos biológicos previos. La persistencia se calculó en meses, desde el inicio del tratamiento hasta la última dispensación. Se recogieron datos de las dispensaciones desde marzo de 2018 hasta marzo de 2021. La supervivencia del fármaco se calculó con el método Kaplan-Meier y se utilizó test de Log-Rank para comparar la supervivencia de ambos. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas con un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 25 pacientes, los cuales recibieron 29 tratamientos (4 pacientes fueron tratados con ambos fármacos), correspondiendo el 51.7% a baricitinib y 49.3% a tofacitinib. El 93.1% eran mujeres, con mediana de edad de 65 ± 11.4 años. El 89.7% había estado en tratamiento con fármacos biológicos previos, con una mediana de 3 fármacos (rango 0-6). Se obtuvo una persistencia global por el método de Kaplan-Meier de 14.34 meses (intervalo de confianza del 95%(IC 95%) 10.18-20.05 meses). Cuando diferenciamos por fármacos se obtuvo una persistencia para baricitinib de 16.34 meses (IC 95% 8.9-23.8 meses) y de 13.23meses (IC 95% 7.1-19.39 meses) para tofacitinib, no observándose diferencias significativas entre ambos por el test de Log-Rank (p=0.530). Se suspendieron un total de 17 tratamientos (58.6%), 9 con tofacitinib y 8 con baricitinib), quedando en activo un total de 12 pacientes al finalizar el estudio. Los motivos de suspensión fueron, reacciones adversas (n=9; 5 con baricitinib y 4 con tofacitinib) falta de eficacia (n=6; 3 con cada fármaco), infección por COVID-19 (n=1, tofacitinib) y decisión del paciente (n=1, tofacitinib). En cuanto a las reacciones adversas, 4 fueron debidas a aparición de tromboembolismo venoso profundo, 1 por riesgo de trombosis, y el resto cefalea, mareo, vómitos y vértigo).

CONCLUSIONES
Tanto para baricitinib como tofacitinib se obtuvo una persistencia similar, algo superior al año en ambos casos, suspendiéndose más del 50% de los tratamientos, siendo el motivo más frecuente las reacciones adversas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1176. ÁNALISIS DEL MANEJO CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRAS LA IRRUPCIÓN DEL NUEVO CORONAVIRUS

AUTORES
SALVADOR LLANA I, SÁNCHEZ PASCUAL B, SANMARTÍN FENOLLERA P, ZHAN ZHOU E, PÉREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN DE ALCORCÓN. C/ BUDAPEST 1. MADRID

OBJETIVOS
Analizar los cambios en el manejo clínico de pacientes con Artritis reumatoide(AR) candidatos a tratamiento con medicamentos biológicos/inhibidores JANUS-QUINASAS dispensados en el área de Pacientes Externos de la Farmacia de un hospital mediano antes y después de la irrupción de la pandemia por el nuevo coronavirus(SARS-CoV-2).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo y comparativo de pacientes con AR que inician/cambian tratamiento con biológicos/ inhibidores JANUS-QUINASAS en dos periodos(cohorte 2018-19:1mayo2018-1mayo2019 y cohorte 2020-21:1mayo 2020-1mayo2021). Para analizar el manejo clínico se registraron los valores de índice de actividad antes del inicio/ cambio: Número Articulaciones Dañadas(NAD), Número Articulaciones Inflamadas(NAI), Disease Activity Score(DAS28) y ProteínaC Reactiva(PCR). También se recogió sexo, edad y comorbilidades. Para analizar las comorbilidades se utilizó el índice de Charlson(IC) abreviado(ausencia (0-1), baja(2), alta comorbilidad(> 3)), la presencia de multicomorbilidad(2 o más comorbilidades) y el nºcomorbilidades/paciente. En los cambios de tratamiento, se analizó el motivo(falta de eficacia, toxicidad, otros). Para la recogida de datos se usó la historia clínica informática, el programa de dispensación de Pacientes Externos(Farmatools®) y la base de datos de validación de Farmacia.

RESULTADOS
En 2018-2019, 171pacientes estaban en tratamiento activo de los cuales 53(30,9%) iniciaron/cambiaron tratamiento(81,1%mujeres), edad media de 62,9 años(Desviación Éstandar(DE):12,9). 25 pacientes(47,1%) recibieron el fármaco en 1ªlínea, 16(30,1%)segunda, 8(15%)tercera y 4(7,5%)cuarta/posterior. Los índices de actividad fueron NAD 5,22(DE:3,93), NAI 3,35(DE:3,66), DAS28 4(DE:1,08) y PCR 12,33(DE;19,66). Las comorbilidades más frecuentes fueron: dislipemia(53,8%), hipertensión(34,6%), obesidad(19,2%)y diabetes(19,2%). Según el IC, 47 pacientes(88,7%) presentaron ausencia de comorbilidades, 5(9,4%) baja comorbilidad y 1(1,9%) alta. Presentaron multicomorbilidad 39 pacientes(73,6%). Con respecto a los cambios, 22(78,6%) fueron por falta de eficacia, 4(14,3%) por toxicidad y 2(7,1%)otros. En 2020-2021, 228pacientes estaban en tratamiento activo de los cuales 57(25%) iniciaron/cambiaron tratamiento(73,7%mujeres), edad media de 59,47 años(DE:13,08). 43 pacientes(75,4%) recibieron el fármaco en 1ªlínea, 6(10,5%)segunda, 3(5,2%)tercera y 5(8,77%)cuarta/posterior. Los índices de actividad fueron NAD 4,02(DE:4,47), NAI 2,9(DE:3,27), DAS28 3,57(DE:1,52) y PCR 8,8(DE;8,53). Las comorbilidades más frecuentes fueron: hipertensión(38,6%), psiquiátricas(33,3%)y dislipemia(31,5%). Según el IC, 53 pacientes(93%) presentaron ausencia de comorbilidades, 3(5,3%) baja comorbilidad y 1(1,8%) alta. Presentaron multicomorbilidad 34 pacientes(59,6%). Con respecto a los cambios,

13(92,96%) fueron por falta de eficacia, 0por toxicidad y 3(7,1%)otros.
No se encontraron diferencias significativas entre cohortes de edad, sexo, comorbilidades e índices de actividad(excepto para NAD(p=0,044)). Sí hubo diferencias entre cohortes en número de inicios(p=0,022)

CONCLUSIONES

El perfil del paciente y manejo clínico son semejantes entre cohortes, observándose una tendencia a menores niveles de actividad al inicio/cambio, menor edad y multicomorbilidad en la cohorte2020-21. Igualmente, los cambios por toxicidad fueron más prevalentes en la cohorte2018-19 mientras que los cambios por falta de eficacia lo fueron más en la cohorte2020-21. Estos datos parecen apuntar a que las características y el manejo de los pacientes con AR candidatos a biológicos/inhibidores JANUS-QUINASAS no se han visto afectados de forma relevante por la irrupción de pandemia en nuestro hospital.
Por otro lado, los inicios fueron más prevalentes en la cohorte2020-21. Este incremento parece seguir la tendencia de las últimas actualizaciones de las guías, que postula un acceso más temprano a los biológicos y que dificulta la interpretación de los efectos de la pandemia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1208. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BARICITINIB Y TOFACITINIB EN REUMATOLOGÍA EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL

AUTORES

CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, RODRIGUEZ MARTÍNEZ T, CARVAJAL SÁNCHEZ MÁ, IBÁÑEZ CATURLA J, FRUCTUOSO GONZÁLEZ L, TORRANO BELMONTE P, GARCÍA MOTOS C
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AVENIDA MARQUÉS DE LOS VÉLEZ, SN. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar la eficacia y seguridad de los pacientes a cargo del servicio de Reumatología en tratamiento con baricitinib y tofacitinib. Evaluar la supervivencia del fármaco en relación con la aparición de efectos adversos o ineficacia clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con artritis reumatoide(AR) y psoriásica(APS) tratados con baricitinib y/o tofacitinib desde septiembre 2017-febrero 2021. Incluye variables demográficas, parámetros clínicos:"Disease Activity Score 28"(DAS28)/"Disease Activity in Psoriatic Arthritis Score"(DAPSA),"Health Activity Score"(HAQ),al inicio, en la semana 12,24 y al finalizar el tratamiento, así como efectos adversos y/o motivos de interrupción. Análisis estadístico realizado con SPSS25, datos tratados de manera anonimizada.

RESULTADOS

Se incluyeron 37 pacientes, 31 con AR(83.8%) y 6 con APS(16.2%), con una media de edad de 53±11.8 años, el 83.8% mujeres y 74.7% seropositivos a factor reumatoide y 54.1% Anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados(ACPA). La media de años de evolución de la enfermedad fue de 9.05±5,71 años.
En relación al tratamiento, 25 pacientes recibieron tofacitinib(58.1%) y 18 baricitinib(41.9%), 6 ambos tratamientos de forma consecutiva(16.2%). El 37.8% en segunda/tercera línea y el 70.3% tras fallo a 3 o más líneas de tratamiento biológico, únicamente un paciente en primera línea por requerir administración oral. El 83.78% de los pacientes recibía tratamiento con un fármaco modificador de la enfermedad(FAME)(Metotrexate:48.6%,Hidroxicloroquina:16.2%,salazopirina:5.4%,leflunomida:2.7%),el 10.8% FAMEs en asociación.
De los pacientes con APS, en tratamiento con baricitinib, al inicio del tratamiento DAPSA/HAQ se determinó en el 66.6% con una media de 9.48±13.3 y 1.93±0.42 respectivamente, se realizó revaluación a las 12/24 semanas en un paciente. En pacientes con AR DAS28/HAQ se determinó en el 59.4%,con un promedio de 6.48±1.7 y 1.77±0.4 al inicio del tratamiento. Seguimiento de DAS28 en un 10% en la semana 12(5.1±0.3), 22.7% (5.9±0.1) en la semana 24, y 24.24%(6.4±0.6) al finalizar el tratamiento; y de HAQ del 14.3% semana 12(2±0.4), 19% semana 24(2.18±0.6) y 32% (1.82±0.6) al finalizar el tratamiento.
La media de duración del tratamiento fue de 10.02±7.0 y 8.72±6.5 meses para tofacitinib y baricitinib, no alcanzando la semana 12 el 15.4% y 38.9% de los pacientes para tofacitinib y baricitinib. En el análisis de supervivencia entre grupos (Kaplan-Meier)no se encontraron diferencias significativas(p=0.741).
El 51.4% del total de pacientes continúa en tratamiento en el momento de la revisión, el 40%del grupo de tofacitinib y 55.5%de baricitinib.
Respecto al fin de tratamiento, el 37.2%(n=16) suspendieron por fallo al tratamiento [40% del grupo de tofacitinib(n=10) y 33% de baricitinib(n=6)]. El 16.2%(n=7) por efectos adversos [20% del grupo de tofacitinib(n=5) y 11.1% de baricitinib(n=2)].
Se desarrollaron efectos adversos en 11 pacientes, los más frecuentes fueron alteraciones digestivas(9.3%)con reducción de dosis a la mitad, e infecciones(7%)en el grupo de tofacitinib; trastornos respiratorios(7%) y neurológicos(4.7%)en ambos grupos de tratamiento; una alteración hematológica(linfopenia) asociada a tofacitinib y una reacción alérgica asociada a baricitinib.

CONCLUSIONES

En la práctica clínica ambos tratamientos ofrecen datos de eficacia, supervivencia y seguridad similares, sin detectarse diferencias entre ambos tratamientos. Destacan las alteraciones digestivas asociadas a tofacitinib. Se debe incidir en la medida de las escalas de actividad de la enfermedad para garantizar el adecuado seguimiento de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1224. CLADRIBINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚTIPLE REMITENTE RECURRENTE: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD

AUTORES
VÁZQUEZ BLANCO S, FORTES GONZÁLEZ MS, HERRERO POCH L, CONDE PAZÓ A, CASTRO DOMÍNGUEZ JM, DE MIGUEL BOUZAS JC, VILLAMAYOR BLANCO L
HOSPITAL POVISA. CALLE SALAMANCA 5. PONTEVEDRA

OBJETIVOS
Evaluar la efectividad y seguridad del uso de cladribina en práctica clínica real en pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR)

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo descriptivo, en un hospital de tercer nivel, en el que se incluyeron todos los pacientes tratados desde junio 2019 a enero 2021 con al menos un ciclo de cladribina. El fármaco fue administrado por vía oral según ficha técnica, 3,5 mg/kg de peso durante dos años, administrados en forma de un ciclo de tratamiento de 1,75 mg/kg por año, consistiendo cada ciclo en dos semanas de tratamiento, al inicio del primer mes y al inicio del segundo mes.
Se prescribió cladribina en los siguientes casos: pacientes adultos con EMRR muy activa definida mediante características clínicas o de imagen que no responden a un curso completo y adecuado con inmunomodularores o pacientes con EMRR grave de evolución rápida.
Las variables analizadas fueron: sexo, edad, años desde el diagnóstico, puntuación en la escala expandida del estado de discapacidad (EDSS) al inicio, tratamientos previos, número de ciclos recibidos, reacciones adversas (RAM) relacionadas con el fármaco y número de brotes tras el inicio del tratamiento.
Como fuente de datos se utilizó la historia clínica electrónica y el programa dispensación a pacientes externos
La efectividad se evaluó según la ausencia o no de brotes tras el tratamiento con cladribina y la aparición de nuevas lesiones en resonancia magnética y la seguridad en función de las RAM notificadas tras la administración.

RESULTADOS
Se incluyeron 23 pacientes, 20 mujeres(86,7%), con una mediana de edad de 40 años (21-70) años. La mediana de tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad fue de 3 años (0-10) años, con una mediana de EDSS al inicio de tratamiento de 2(1-6).
21 pacientes (91,3%) recibieron tratamiento previo: interferón beta 1-a intramuscular (28,6%), interferón beta 1-b (4,8%), acetato de glatirámero (23,8%), natalizumab (14,3%), fingolimod (23,8%) y dimetilfumarato (47,6%), alemtuzumab (4,8%) y teriflunomida (19%). En dos pacientes (8,7%) se administró en primera línea por diagnóstico de EMRR grave de evolución rápida.
10 pacientes (43,5%) completaron los dos ciclos de tratamiento. En 12 todavía no ha transcurrido 1 año desde el inicio y en 1 se retrasó por gestación.
Tras la administración de cladribina 1 paciente presentó un brote a los 6 meses, 1 paciente al año con una lesión de nueva aparición y 1 sufrió dos brotes entre la administración del primer y segundo ciclo.
En cuanto a la seguridad la RAM más notificada fue la linfopenia grado 1 en 43,5%. También se notificaron síntomas gastrointestinales (30,4%), elevación de transaminasas (8,7%), cefalea (8,7%), picor en las extemidades (3,7%) y malestar general (3,7%).

CONCLUSIONES
Cladribina ha resultado ser un fármaco efectivo en nuestra práctica clínica debido a un bajo índice de recaídas tras su administración. Solo 3 pacientes sufrieron brotes de la enfermedad.
Todos los pacientes presentaron buena adherencia y tolerancia al fármaco. Se necesita un mayor tamaño muestral y ampliar el estudio en el tiempo para poder confirmar estos resultados ya que se trata de un fármaco de reciente incorporación

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1233. VARIACIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE CORTICOIDES ORALES EN PACIENTES CON ASMA GRAVE TRAS TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS

AUTORES
MUÑOZ GARCIA M, MARTINEZ BARROS H, VICENTE OLIVEROS N, ANTOLIN AMERIGO D, SANCHEZ CUELLAR S, GONZALEZ DE OLANO D, DELGADO SILVEIRA E, ALVAREZ DIAZ A
HOSPITAL RAMON Y CAJAL. CTRA DE COLMENAR, KM. 9’100. MADRID

OBJETIVOS
- Evaluar la utilización de glucocorticoides orales (GCO) antes y después de iniciar tratamiento con fármacos biológicos en pacientes con asma grave no controlada (AGNC)
- Analizar el cotratamiento con calcio+vitamina D en pacientes con GCO para la prevención de fracturas óseas

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron los pacientes que iniciaron tratamiento con un fármaco biológico (omalizumab, mepolizumab o benralizumab) para AGNC desde el 01/06/2018 al 01/06/20 en un hospital de tercer nivel.
Se excluyeron pacientes que habían estado en tratamiento con un biológico previamente y aquellos con duración del tratamiento inferior al año.

Variables recogidas de la historia clínica electrónica y el módulo único de prescripción:
- Demográficas: Sexo, edad en el momento del análisis de datos (abril-2021)
- Clínicas: Edad al diagnóstico asma, fenotipo
- Farmacológicas:
- Tratamiento biológico y fecha de inicio
- Dosis de GCO diaria, acumulada y número de ciclos de GCO un año antes y después del inicio de un fármaco biológico.
- Tiempo de suspensión de los GCO desde el inicio del fármaco biológico.
- Cotratamiento con calcio+vitamina D

Se consideró potencialmente dañina una dosis superior de GCO equivalente a prednisona 5 mg/día y una dosis acumulada anual de 1 g de prednisona.
Se utilizó la prueba McNemar (α=0,05) para comparar el número de pacientes con GCO a dosis potencialmente dañinas antes y después del inicio de biológico, así como el número de pacientes con reducción de dosis de GCO.

RESULTADOS

Se identificaron 82 pacientes en tratamiento con fármaco biológico para AGNC, 17 de ellos iniciaron tratamiento biológico por primera vez en las fechas especificadas.
La mediana de edad fue 61,7 (42-72) años, el 52,9%(9) eran hombres. La mediana de edad de diagnóstico fue 52(14-64) años y el fenotipo mayoritario asma eosinofílica en 58,8%(10). Doce pacientes iniciaron tratamiento con mepolizumab, 4 con benralizumab y 1 con omalizumab.
Antes de iniciar el biológico, el 58,8%(10) de los pacientes superaban la dosis equivalente a prednisona 5 mg/día y el 70,6%(12) excedía la dosis anual acumulada equivalente a 1 g de prednisona, mientras que el 23,5%(4) de los pacientes no estaban en tratamiento con GCO.
Un año después, el 23,5%(4) de los pacientes excedían la dosis equivalente a prednisona 5 mg/día y el 47,0%(8) la dosis anual acumulada equivalente a 1 g de prednisona (p=0,0143 y p=0,0455, respectivamente). Tras iniciar el biológico, el 52,9%(9) pacientes no necesitaron tratamiento con GCO. El tiempo medio de suspensión de GCO fue 5 meses.
El 61,5%(8) de los 13 pacientes que tomaban GCO previamente pudo suspender o reducir su dosis (p=0,0196).
El 86,7%(13) de los pacientes en tratamiento con GCO tenía pautado calcio+vitamina D para la prevención de fracturas óseas.

CONCLUSIONES

La utilización de biológicos en AGNC permite la suspensión o reducción de dosis de GCO en un elevado porcentaje de pacientes, de forma estadísticamente significativa.
A pesar del tratamiento con fármacos biológicos, un considerable número de pacientes continúa recibiendo, un año después, dosis potencialmente dañinas de GCO.
La mayoría de los pacientes con AGNC en tratamiento con GCO tiene pautado calcio+vitamina D.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1239. USO DE LOS ANTAGONISTAS DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA EN UNA UNIDAD DE CEFALEAS

AUTORES

ARTIME RODRIGUEZ-HERMIDA F, COMA PUNSET M, PERPINYÀ GOMBAU M, OLMO MARTÍNEZ M, VIÑAS SAGUÉ L, MALLA CANET MD, MALLART ROMERO L, SACREST GÜELL R

INSTITUT D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA. HOSPITAL SANTA CATERINA. CARRER DEL DR. CASTANY, S/N, 17190 SALT. GIRONA

OBJETIVOS

Describir la efectividad y seguridad de los anticuerpos monoclonales que actúan frente al receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) (erenumab) o su ligando (galcanezumab) para la profilaxis de la migraña.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de los pacientes tratados con erenumab y galcanezumab desde enero 2020 hasta abril 2021 durante al menos 3 meses.
Las variables recogidas fueron: demográficas (edad y sexo), clínicas (tipo de migraña, cálculo del riesgo cardiovascular (Regicor), tratamientos preventivos anteriores, media del número de días de migraña al mes (MHD) y discapacidad medida con la prueba del impacto de la cefalea (Six-item Headache Impact Test o HIT-6) basales. Posteriormente, se recogió: media de los MHD, reducción media de MHD respecto a la basal y media de la puntuación HIT-6 a los 3 meses y a los 6 en los pacientes que habían recibido tratamiento hasta el momento del corte, efectos adversos (EA) y motivos de discontinuación.
Para la recogida de datos se utilizaron la historia clínica y los registros de prescripción.

RESULTADOS

Se evaluaron 45 pacientes con una edad media de 49 años (25-77) y 91,1% mujeres. El 60% de los pacientes fueron diagnosticados de migraña crónica (MC) y el 40% como migraña episódica de alta frecuencia (MEAF), con Regicor del 2% (1-6).
Los principales tratamientos preventivos que recibieron fueron topiramato (100%), propranolol (84%), amitriptilina (82%), toxina botulínica (73%), flunarizina (62%), zonisamida (29%), nadolol (27%) y valproico (22%).
El 51.1% (n=23, 14MC y 7MEAF) de los pacientes fueron tratados con galcanezumab y el 48.9% (n=22, 13MC y 9MEAF) con erenumab, de los cuales 10 pacientes necesitaron la dosis de 140mg durante nuestro periodo de estudio.
Para MC (n=27), la media basal de MHD fue 16.8 y la media basal de HIT-6 fue 68. Tras 3 meses, la media de MHD fue

10.8, el % de reducción de MHD fue 44% y la media HIT-6 fue 56. Tras 6 meses (n=16), la media de MHD fue 6.6, el % de reducción de MHD fue 59% y la media de HIT-6 fue 53.
Para MEAF (n=18), la media basal de MHD fue 11.5 y la media basal de HIT-6 fue 69. Tras 3 meses, la media de MHD fue de 4.4, el % de reducción de MHD fue 61% y la media de HIT-6 fue 54. Tras 6 meses (n=5), la media de MHD fue de 7.4, el % de reducción de MHD fue 43% y la media de HIT-6 fue 53.
El 53% de los pacientes notificaron EA. Los más frecuentes fueron estreñimiento (38%), prurito y/o erupción (11%), afectación muscular y vértigo (9%) y otros (7%). El 8.9% discontinuaron el tratamiento: 1 falta de respuesta, 1 deseo de embarazo, 1 cambio de diagnóstico y 1 por EA no tolerados.

CONCLUSIONES

En nuestra población, el tratamiento con antagonistas del CGRP ha conseguido reducir los MHD y el valor de HIT-6, con un perfil de seguridad similar a los EA notificados en ficha técnica

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1242. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DE DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA GRAVE: ESTUDIO REDUDA

AUTORES

CARRASCO PIERNAVIEJA L, ALONSO ZAZO FJ, RUIZ GARCÍA S, MARTÍNEZ SIMÓN JJ, ONTENIENTE GONZÁLEZ A, GÓMEZ DE LA FUENTE E, PÉREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. C/ BUDAPEST Nº 1. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de dupilumab en pacientes con dermatitis atópica grave (DAG) en práctica clínica habitual.
Analizar si existe relación entre la respuesta a dupilumab y los tratamientos previos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico que incluyó los pacientes diagnosticados de DAG en tratamiento con dupilumab durante al menos 16 semanas, entre marzo 2020 y abril 2021.
Se recogieron de la historia clínica electrónica, del programa de gestión de pacientes externos y del Sistema de Información para determinar el Valor Terapéutico en la Práctica Clínica Real de los Medicamentos(VALTERMED) las siguientes variables: sexo, edad, fecha de inicio de tratamiento, dosis administradas, motivo de suspensión, variables clínicas (Scoring Atopic Dermatitis(SCORAD), Eczema Area and Severity Index(EASI), Investigator global assessment(IGA) y Body Surface Area(BSA) iniciales y en las semanas 16, 24 y 52, tratamientos previos, tratamiento concomitante, número de exacerbaciones que requirieron corticoides orales (CO) y toxicidad y su manejo.
El análisis estadístico se realizó con SPSSv17.0, empleando estadística descriptiva y modelos mixtos de medidas repetidas para determinar la relación.

RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes (64,5% mujeres, mediana de edad: 39,4 años (rango intercuartílico(RIQ):21,1-49,0)) con una mediana de 22 dosis administradas (RIQ:13-25). Un paciente suspendió tratamiento por falta de efectividad.
Todos fueron tratados previamente con CO, el 87,1% con ciclosporina (el resto tenían contraindicación) y el 64% con otros tratamientos: metotrexato (41,9%), azatioprina (22,6%), micofenolato de mofetilo (12,9%), omalizumab (6,5%) y talidomida, baricitinib, ustekinumab o interferón (3,2%). El 54,8% había recibido fototerapia.
Respecto a los tratamientos concomitantes, el 77,4% empleaba corticoides tópicos y el 9,7% inhibidores de calcineurina. 8 pacientes se encontraban en tratamiento con CO al inicio, pero solo 2 lo mantuvieron. El 12,9% presentó 1 exacerbación requiriendo pauta descendente de CO.
La mediana de las variables inicial, en la semana 16 y 24 fue: SCORAD 66,1 (RIQ:51,6-75,1), 24,0 (RIQ:13,7-33,7) y 8,9 (RIQ:0,3-26,3); EASI 30,0 (RIQ:25-39), 3,5 (RIQ:1-10) y 2,0 (RIQ:0,9-5,5) y BSA 60,0 (RIQ:40-72), 4,0 (RIQ:1-13) y 2,0 (RIQ:1-9,8), respectivamente. El IGA se redujo en 2 puntos respecto al inicial en las semanas 16 y 24 en todos los pacientes excepto en el que suspendió. Dos pacientes alcanzaron la semana 52, manteniendo efectividad.
Estos resultados muestran que el descenso obtenido en el SCORAD, EASI, IGA y BSA entre el inicio y las semanas 16 y 24 fue estadísticamente significativo ($p < 0,002$). Respecto a la influencia de tratamientos previos, la disminución del SCORAD fue estadísticamente significativa ($p < 0,002$) en pacientes tratados previamente con metotrexato y fototerapia, respecto a los no tratados.
El 58,1% de los pacientes presentó toxicidad. El 29,0%(9/31) desarrolló conjuntivitis, requiriendo tratamiento 6 de ellos y derivación a oftalmología en 4 pacientes. El 12,9%(4/31) manifestaron infección herpética, requiriendo tratamiento 2 de ellos y todas resueltas. Se reportó 1 caso de eosinofilia y 2 casos de reacciones en el lugar de inyección, alopecia, cefalea y reacción eccematosa. Ningún paciente suspendió por toxicidad.

CONCLUSIONES

Dupilumab puede considerarse un fármaco efectivo y seguro, consiguiendo una respuesta rápida y mantenida en pacientes con DAG. El tratamiento previo con metotrexato y fototerapia parece relacionarse con una mejor respuesta al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1245. USO DE CANNABIDIOL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES
TORRÓ GARCÍA L, GALINDO RUEDA MM, GARRIDO CORRO B, GIL ALMELA J, DÍAZ RAMÓN M, CANO MOLINA JÁ, LA ORDEN CARRASCO A, GOLNABI DOWLATSHAHI F
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS
Cannabidiol es un medicamento huérfano indicado en el tratamiento complementario de las convulsiones asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut(SLG) o el síndrome de Dravet en conjunto con clobazam, en pacientes mayores de dos años. Actualmente se obtiene a través de la aplicación de medicamentos en situaciones especiales de la Agencia Española del Medicamento.
El objetivo es evaluar la efectividad y seguridad del cannabidiol en un paciente con SLG con alta refractariedad al tratamiento antiepiléptico.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se recogieron los siguientes datos demográficos y clínicos: sexo, edad, tratamiento antiepiléptico previo y concomitante, número de crisis previas al tratamiento con cannabidiol y tras el mismo. Para ello, se utilizó la historia clínica electrónica y el programa de prescripción electrónica asistida implantados en el Centro.
Para evaluar la efectividad se analizó la reducción del número de crisis tras el inicio del tratamiento. La seguridad se evaluó de acuerdo al número de eventos adversos (EA) relacionados con cannabidiol y se valoró la causalidad de los mismos utilizando el algoritmo de Karch-Lasagna modificado.

RESULTADOS
Niño de 13 años diagnosticado de epilepsia refractaria a los 2 años de edad tras meningoencefalitis con evolución a SLG. Presenta de forma secundaria encefalopatía crónica secuelar y trastorno de la conducta.
Desde el inicio de las crisis fue tratado con distintas terapias, tales como combinaciones de fármacos antiepilépticos (fenitoína, ácido valproico, oxcarbazepina, lamotrigina, pregabalina, zonisamida, eslicarbamacepina, rufinamida, clobazam, perampanel y topiramato), dieta cetogénica y estimulador vagal.
Debido a la alta refractariedad al tratamiento anterior, se inició en diciembre de 2020 el tratamiento con cannabidiol en combinación con clobazam, rufinamida, lamotrigina y perampanel. La dosis de inicio de cannabidiol fue de 150mg cada 12 horas durante las primeras dos semanas con aumentos quincenales progresivos de 50mg por toma hasta llegar a la dosis objetivo de 350mg dos veces al día.
Respecto a la efectividad, el número de crisis disminuyó de manera significativa en la semana 16, pasando de más de 20 crisis/día a 1-2 crisis/día, llegando a desaparecer las crisis en días determinados (reducción del 90% en la frecuencia de las crisis). En el momento del corte (semana 20), la reducción del número de crisis se mantuvo estable. En cuanto a la seguridad, presentó un empeoramiento del comportamiento con auto y heteroagresividad, categorizándose como EA “posible”. Sufrió caída de pelo en cuero cabelludo y cejas coincidiendo cronológicamente con el inicio de cannabidiol, catalogándose este caso como un EA “improbable”, al ser un EA no registrado en bibliografía y existir otras causas alternativas como la propia adolescencia y una situación de estrés familiar.

CONCLUSIONES
Cannabidiol se postula como una alternativa terapéutica eficaz para nuestro paciente, y ha supuesto una franca mejoría en su calidad de vida y de su familia. La reducción del número de crisis fue superior a la observada en el estudio pivotal GWPCARE4 (mediana de reducción del 43,9%). El fármaco se considera seguro ya que a pesar de que el paciente sufrió irritabilidad y agresividad, EA clasificado como frecuente en ficha técnica del medicamento, no se encontró relación causal del mismo con la alopecia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1252. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERENUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA

AUTORES
FRESQUET MOLINA R, GIMENO GRACIA M, PEREIRA BLANCO O, GRACIA PIQUER R, SOPENA CARRERA L, PARDO JAIRO MDP, APESTEGUÍA EL BUSTO A, MARIN LABANDA R
HOSPITAL CLINICO. AVDA. SAN JUAN BOSCO, 15. ZARAGOZA

OBJETIVOS
Analizar la efectividad y seguridad de Erenumab 70mg/mensual, para el tratamiento preventivo de la migraña crónica, en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo observacional. Se seleccionaron pacientes diagnosticados de migraña crónica con los siguientes requisitos: tratamiento con Erenumab 70mg/30 días al menos 6 meses, más de 18 años, tres o más fracasos de tratamientos previos utilizados a dosis suficientes durante al menos 3 meses, siendo uno de estos tratamientos toxina botulínica y no haber recibido tratamiento previo con anticuerpos monoclonales. Para evaluar la efectividad del fármaco se recogieron datos al inicio del tratamiento, a los tres meses y a los seis meses de las siguientes variables: Headache Impact Test (HIT), Migraine Disability Assessment questionnaire (MIDAS) , intensidad del dolor, días de migraña al mes, consumo de triptanes al mes; tratamiento de referencia para ataque de migraña agudo, variables demográficas (edad y sexo).
Estos datos fueron obtenidos de la historia clínica eléctrónica del hospital y las escalas eran realizadas en la consulta de Neurología desde julio 2020 hasta marzo 2021.

RESULTADOS

De los 30 pacientes seleccionados la media de edad fue 46,7 (28-64) años, 82% mujeres. Tres pacientes no concluyeron los seis meses de tratamiento: uno por falta de eficacia, otro por edemas en las extremidades inferiores y uno por falta de adherencia. La efectividad y seguridad a los 6 meses fue de 97%.
HIT medio al inicio del tratamiento, a los tres meses y a los seis meses respectivamente fueron 66 (42-78); 56,2 (45-68); 53 (9-72). Reducción de HIT 19%.
MIDAS medio al inicio del tratamiento, a los tres meses y a los seis meses respectivamente fueron 73,3 (19-150); 22,4 (0-92); 23 (0-68). Reducción de MIDAS en 68%.
Intensidad de dolor media al inicio del tratamiento, a los tres meses y a los seis meses respectivamente fueron 8,6 (7-10); 6,8(0-9); 6 (10-0). Reducción de la intensidad de dolor 30%.
Días de migraña al mes medio al inicio del tratamiento, a los tres meses y a los seis meses respectivamente fueron 17 (3-30); 7,4 (30-3); 5,8(2-15) días. Reducción de días de migraña en 68%.
Consumo medio de triptanes al mes al inicio del tratamiento, a los tres meses y a los seis meses respectivamente fueron 7,7 (0-20), 4,2(0-14), 4,2 (0-12). Reducción del consumo de triptanes en 39%.

CONCLUSIONES

El tratamiento con Erenumab 70mg/mes es un tratamiento profiláctico efectivo para el tratamiento de la migraña crónica ya que disminuye el número de ataques de migraña al mes así como la intensidad. Así como seguro.
Mejora la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con Erenumab ya que disminuye la puntuación de las escalas HIT y MIDAS a los 6 meses.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1253. PERSISTENCIA Y MOTIVOS DE FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE ADALIMUMAB BIOSIMILAR VERSUS ORIGINAL EN ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS

AUTORES

BRAVO CRESPO C, POLO DURÁN J, LLOPIS SALVIA P, SENDRA GARCIA A, HERMENEGILDO CAUDEVILLA M, ALEGRE SANCHO JJ, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVDA. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar la persistencia a doce meses y los motivos de finalización de tratamiento de adalimumab biosimiliar (ADAb) versus original (ADA) en artropatías inflamatorias crónicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital general entre enero 2018-abril 2021. Se incluyeron pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (AP) y espondilitis anquilosante (EA) que iniciaron tratamiento con ADAb (inicio o “switch”) o ADA, a criterio del comité de terapias biológicas, entre enero 2018-abril 2020, con seguimiento mínimo de 12 meses hasta abril 2021. Los pacientes con cambio de ADA a ADAb durante el periodo de inclusión, fueron asignados al grupo ADAb.
Se recogieron variables descriptivas: demográficas (edad, sexo), relacionadas con la enfermedad (diagnóstico) y con el tratamiento (fecha de inicio, línea de tratamiento -primera versus segunda o sucesivas-, pauta posológica, fármacos modificadores de la enfermedad -FAME-, adherencia -tasa de posesión de la medicación-); y variables de resultado: tasa de persistencia a 12 meses (TP-12), duración de tratamiento y motivo de suspensión.
Análisis estadístico: variables categóricas [frecuencia (%); chi-cuadrado] y variables cuantitativas [media (intervalo de confianza 95% -IC95%-) o mediana (rango intercuartílico), según normalidad; prueba t-Student o Wilcoxon]. Se determinó la TP-12 mediante Kaplan-Meier y se evaluaron las diferencias mediante el test de log-rank, utilizando SPSS Statistics v.19. Significación estadística $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 89 pacientes: 60 (67,4%) en el grupo ADAb (52 inicios/8 “switch”), de edad 50,6 (IC95%: 23,2-78,0) años; 33 (55,0%) mujeres; y 29 (32,6%) en el grupo ADA, de edad 48,6 (IC95%: 22,9-74,3) años; 20 (69,0%) mujeres. La distribución por diagnósticos entre grupo ADAb y ADA fue: AR [22 (36,7%)] versus [11 (37,9%)], AP [19 (31,7%)] versus [5 (17,2%] y EA [19 (31,7%)] versus [13 (44,8%)]. El tratamiento fue en 1ª línea de terapia biológica en 29 (48,3%) versus 22 (75,9%) pacientes (p=0,014) y recibieron FAME concomitante 33 (55,0%) versus 18 (62,1%) pacientes, respectivamente. La adherencia al tratamiento fue superior al 80% en 55 (98,2%) versus 27 (93,1%) pacientes; y requirieron intensificación de dosis 3 (5,0%) versus 1 (3,4%) pacientes del grupo ADAb y ADA, respectivamente.
La TP-12 fue 60,7% (IC95%: 47,5-73,2) y 60,8% (IC95%: 42,6-79,2) para el grupo ADAb y ADA, respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas (p=0,896). La media de duración de tratamiento fue 18,1 (IC95%: 15,2-21,0) y 21,8 (IC95% 16,4-27,3) meses para el grupo ADAb y ADA, respectivamente.
Finalizaron tratamiento 29 (48,3%) y 14 (48,3%) pacientes del grupo ADAb y ADA, respectivamente. Los motivos fueron: fallo primario [8 (27,6%)] versus [2 (14,3%)]; fallo secundario [10 (34,5%)] versus [7 (50,0%)], reacciones adversas [5 (17,2%)] versus [3 (21,4%)], decisión propia [2 (6,9%)] versus [0 (0%)] y pérdida de seguimiento [4 (13,8%)] vs [2 (14,3%)]. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en edad, sexo, diagnóstico, FAME concomitante, adherencia, tasa de persistencia, duración de tratamiento y motivo de suspensión.

CONCLUSIONES

La persistencia a doce meses de adalimumab biosimilar en pacientes con artropatías inflamatoria crónicas en nuestro departamento es similar a la de adalimumab original. El motivo de finalización de tratamiento es mayoritariamente fracaso primario o secundario, sin diferencias entre el biosimilar y el fármaco original.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1262. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FREMANEZUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA

AUTORES
FRESQUET MOLINA R, PEREIRA BLANCO O, GIMENO GRACIA M, GRACIA PIQUER R, SOPENA CARRERA L, GALINDO ALLUEVA M, ARENERE MENDOZA M, GOMEZ RIVAS P
HOSPITAL CLINICO. AVDA. SAN JUAN BOSCO, 15. HUESCA

OBJETIVOS
Analizar la efectividad y seguridad de Fremanezumab 225mg/30dias, el tratamiento preventivo de la migraña, en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo observacional. Se seleccionaron pacientes diagnosticados de migraña crónica con los siguientes requisitos: tratamiento con Fremanezumab 225mg/30 días al menos 6 meses, más de 18 años, tres o más fracasos de tratamientos previos utilizados a dosis suficientes durante al menos 3 meses, siendo uno de estos tratamientos toxina botulínica y no haber recibido tratamiento previo con anticuerpos monoclonales. Para evaluar la efectividad del fármaco se recogieron datos al inicio del tratamiento, a los tres meses y a los seis meses de las siguientes variables: Headache Impact Test (HIT), Migraine Disability Assessment questionnaire (MIDAS), intensidad del dolor, días de migraña al mes, consumo de triptanes al mes; tratamiento de referencia para ataque de migraña agudo, variables demográficas (edad y sexo).
Estos datos fueron obtenidos de la historia clínica eléctrónica del hospital y las escalas eran realizadas en la consulta de Neurología desde julio 2020 hasta marzo 2021.

RESULTADOS
De los 31 pacientes seleccionados la media de edad fue 46,6 (19-62) años, 97% mujeres. Tres pacientes no concluyeron los seis meses de tratamiento: tres por falta de eficacia a los 3 meses, otro por toxicidad y uno por falta de adherencia. La efectividad y seguridad a los 6 meses fue de 90% y 97% respectivamente.
HIT medio al inicio del tratamiento, a los tres meses y a los seis meses respectivamente fueron 68,6 (62-76); 58,1 (42-66);54(36-70). Reducción de HIT 21%.
MIDAS medio al inicio del tratamiento, a los tres meses y a los seis meses respectivamente fueron 70 (25-127); 20 (0-85); 25 (0-135). Reducción de MIDAS en 64%.
Intensidad de dolor media al inicio del tratamiento, a los tres meses y a los seis meses respectivamente fueron 8,8 (6-10); 7(5-9), 6(5-8). Reducción de la intensidad de dolor 31%.
Días de migraña al mes medio al inicio del tratamiento, a los tres meses y a los seis meses respectivamente fueron 16,6 (10-30); 6.7(0-15); 5,3 (0-11) días. Reducción de días de migraña en 68%.
Consumo medio de triptanes al mes al inicio del tratamiento, a los tres meses y a los seis meses respectivamente fueron 7 (0-20); 2(0-9); 2 (0-9). Reducción del consumo de triptanes en 71%.

CONCLUSIONES
El tratamiento con Fremanezumb 225mg/mes es un tratamiento profiláctico efectivo para el tratamiento de la migraña crónica ya que disminuye el número de ataques de migraña al mes así como la intensidad. Así como seguro.
Mejora la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con Fremanezumab ya que disminuye la puntuación de las escalas HIT y MIDAS a los 6 meses.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y NEURO-PSIQUIÁTRICAS

1291. USO DE DUPILUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE: EFICACIA Y SEGURIDAD

AUTORES
GÓMEZ DELGADO M, ORTIZ LATORRE JL, LÓPEZ ESCOZ R, SÁNCHEZ YÁÑEZ E, MOYA CARMONA I
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPUS DE TEATINOS, S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS
Describir el uso de dupilumab en la práctica clínica habitual desde su inclusión en la financiación por el Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, y evaluar su eficacia y seguridad en pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica grave.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes tratados de dermatitis atópica grave con dupilumab desde marzo 2020 hasta la actualidad. Se recogieron variables demográficas, duración de tratamiento, reacciones adversas observadas y parámetros de eficacia del tratamiento: EASI (Eczema Area and Severity Index), BSA (Body Surface Area, área de superficie corporal afectada), NRS-sleep (Numerical Rate Scale del sueño), NRS-itch (NRS del prurito) e IGA (Investigators' Global Assessment) al inicio y a las semanas 16 y 24 de tratamiento. La respuesta clínica se evaluó en función de los parámetros clínicos recogidos. Los datos se obtuvieron de la historia clínica del paciente, y fueron validados por un farmacéutico en el 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 (VALTERMED).

RESULTADOS
Fueron incluidos 27 pacientes (70% hombres) con edad media de 45 años (20-77), siendo la media de tratamiento de 36 semanas. Todos los pacientes iniciaron el tratamiento con dupilumab a dosis de inducción de 600 mg subcutáneos, seguida de 300 mg cada 14 días.
Los parámetros medios que presentaban los pacientes al inicio del tratamiento eran: EASI 28 (21-53), BSA 36% (10-80%), NRS-sleep 7.8 (0-10), NRS-itch 7.7 (3-10) e IGA 3.8 (3-5). Los parámetros medios a las 16 semanas eran: EASI 8.2

(0-35), BSA 15.1% (0-90%), NRS-sleep 1.9 (0-10), NRS-itch 3 (0-10) e IGA 1.7 (0-5) y los parámetros en la semana 24 de tratamiento eran: EASI 7 (0-27), BSA 10.7% (0-85%), NRS-sleep 1.7 (0-10), NRS-itch 1.8 (0-8) e IGA 1.5 (0-5). Estos datos reflejan una reducción media de 19.8 puntos de EASI, 20.9 puntos de BSA, 5.9 puntos de NRS-sleep, 4.7 puntos de NRS-itch y 2.1 puntos de IGA a las 16 semanas. En la semana 24 se había conseguido una reducción media del 75% de EASI, 70% de BSA, 78% de NRS-sleep, 77% de NRS-itch y 60% de IGA.
Las reacciones adversas más frecuentes estuvieron relacionadas con trastornos oculares incluyendo sequedad ocular en un 15% y conjuntivitis en un 12% de los pacientes. Hubo un caso de herpes labial recurrente y un caso de vértigo. Ningún paciente tuvo que suspender el tratamiento a causa de reacciones adversas graves.

CONCLUSIONES

Los datos de eficacia en nuestros pacientes son equiparables con los reflejados en los ensayos clínicos. Dupilumab es eficaz en pacientes tratados de dermatitis atópica grave, mejorando las escalas de gravedad de la enfermedad que presentan los pacientes.
En cuanto a la seguridad, las reacciones adversas observadas en la práctica clínica se encuentran descritas en los ensayos, siendo las más frecuentes los trastornos oculares, a pesar de ello se trata de un fármaco con buena tolerancia. Son necesarios estudios con un mayor número de pacientes y a mayor plazo de tiempo para confirmar los resultados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

96. EFECTIVIDAD DE LUMACAFTOR/IVACAFTOR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA

AUTORES

GONZÁLEZ FRANCO RM, DEL RÍO ORTEGA P, RAMIS BARCELÓ MB, GÓMEZ GÓMEZ D, SÁNCHEZ GUNDÍN J, BARBADILLO VILLANUEVA S, ILLARO URANGA A, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA.VALDECILLA S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad, causada por mutaciones en el gen que codifica para la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR), alterando el transporte de cloro y sodio.
La comercialización de lumacaftor/ivacaftor (LUM/IVA) ha supuesto un cambio en el abordaje terapéutico, modulando directamente la actividad de la proteína CFTR anómala. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad del LUM/IVA en pacientes menores de 12 años con FQ.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes en tratamiento con LUM/IVA 100/125 mg entre marzo 2020-marzo 2021. Las variables de efectividad recogidas de la historia clínica electrónica fueron: volumen espirado forzado en el primer segundo (FEV1), exacerbaciones pulmonares e índice de masa corporal (IMC), todas ellas al inicio del tratamiento y en las semanas 24 y 48. Otras variables recogidas fueron edad y años de enfermedad desde el diagnóstico. Teniendo en cuenta los criterios del protocolo farmacoclínico de uso de LUM/IVA en el tratamiento de la FQ en el sistema nacional de salud, se categorizaron a los pacientes en respondedores o no respondedores.

RESULTADOS

Se incluyeron 5 pacientes cuya edad media fue de 9,4±1,9 años, todos homocigotos para la mutación F508del y que recibieron tratamiento con LUM/IVA. La media de años de enfermedad desde el diagnóstico fue de 7,1±1,8.
El valor medio del FEV1 al inicio del tratamiento fue de 91,4±9,9 y aumentó hasta 96,8±4,6 en la semana 24. A las 48 semanas, el FEV1 tenía un valor medio de 96,2±3,6. En un paciente el incremento entre el FEV1 basal y en la semana 48 fue de 16 puntos (+19%) y en otro fue de 14 puntos (+16%). Los tres pacientes restantes tuvieron cambios de FEV1 en el rango ±5%, aunque uno de ellos con tendencia descendente. No se registraron exacerbaciones pulmonares en ningún paciente.
Al inicio del tratamiento el valor medio del IMC fue 16,6±2,1 Kg/m2. A las 24 semanas aumentó hasta 17,2±1,9 Kg/m2 y a las 48 semanas los pacientes alcanzaron un IMC de 17,9±2,8 Kg/m2. Los tres valores se considerarían de bajo peso. En tres pacientes, el IMC aumento en dos puntos o más desde el inicio a la semana 48 y en otros dos la variación máxima fue de un punto.
A la semana 24 y 48 todos los pacientes se consideraron respondedores, siguiendo los criterios del protocolo farmacoclínico de uso para este fármaco, aunque posteriormente, en la semana 54, al paciente con tendencia descendente de FEV1 se le suspendió el tratamiento por empeoramiento.

CONCLUSIONES

En nuestros pacientes, LUM/IVA ha demostrado un incremento de FEV1, similar al observado en los ensayos clínicos, con un aumento notable en las primeras semanas de tratamiento y que con el paso del tiempo tiende a normalizarse en los valores alcanzados. El aumento de IMC y la no aparición de exacerbaciones pulmonares también son resultados esperanzadores en este grupo de pacientes que tendremos que corroborar con un seguimiento a largo plazo y un mayor número de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

152. EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO CON EMICIZUMAB PARA LA HEMOFILIA A GRAVE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES
RIERA MAGALLÓN A, PALZA DIAZ A, MASIP TORNÉ M, PAGÈS PUIGDEMONT N, RIERA ARMENGOL P, VILALTA SETO N, CARRASCO EXPÓSITO M, MATEO ARRANZ J
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CTRA. SAN QUINTI, 89. BARCELONA

OBJETIVOS
Emicizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado biespecífico que actúa como puente entre los factores IX activado y el factor X para restaurar la función del factor VIII (FVIII) activado. Está indicado para la profilaxis de los episodios de sangrado en pacientes con hemofilia A con o sin inhibidores. Después de las cuatro dosis semanales de carga, hay 3 posibles pautas de mantenimiento (1,5 mg/kg/semana, 3 mg/kg/2 semanas o 6 mg/kg/4 semanas).
El objetivo de este estudio es describir la efectividad y seguridad de emicizumab en pacientes con hemofilia A en la práctica clínica en comparación con los tratamientos previos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron emicizumab entre julio de 2020 y abril de 2021 en seguimiento en una Unidad de Hemofilia multidisciplinar de un hospital terciario.
Los datos fueron obtenidos de la historia clínica y del registro de dispensaciones de farmacia. Se recogieron datos demográficos (sexo, edad), clínicos (presencia de artropatía hemofílica e inhibidor contra el FVIII) y farmacológicos (tratamiento previo, posología, número de eventos hemorrágicos, resultados analíticos y efectos adversos) y grado de adherencia terapéutica según la tasa de posesión de la medicación (TPM).

RESULTADOS
Se incluyeron seis pacientes de sexo masculino y edad media (rango) de 31 (20-48) años. Se trataron durante 20 semanas de media (rango 4-41) con emicizumab. Cinco pacientes presentaban artropatía hemofílica de base y dos pacientes, inhibidores contra el FVIII. Para cada paciente se recomendó la pauta de mantenimiento más coste-efectiva según las presentaciones comercializadas.
En el año previo al inicio de emicizumab, cuatro pacientes seguían tratamiento con rFVIII de semivida larga y dos con FVIII de origen plasmático. La pauta posológica que seguían era entre una administración cada dos días y dos administraciones a la semana. En este mismo periodo, se observaron ocho eventos hemorrágicos en cuatro pacientes. Tras iniciar emicizumab, se observaron dos episodios hemorrágicos en dos pacientes durante el periodo del estudio. Uno de estos eventos hemorrágicos (hematuria) estuvo relacionado con la pérdida de efectividad (alargamiento del tiempo de tromboplastina) y conllevó la suspensión del tratamiento con emicizumab. Este mismo paciente presentó reacciones cutáneas en los lugares de inyección. Los cinco pacientes restantes obtuvieron respuesta clínica sin ninguna reacción adversa relevante.
En cuanto a la adherencia, la media de la TPM con emicizumab fue de 103,6% (rango: 96,6-113,5%). Para potenciar la adherencia, en tres pacientes la medicación se aproximó regularmente a su domicilio debido a la lejanía al hospital realizando previamente una visita de atención farmacéutica telemática.

CONCLUSIONES
Nuestros resultados sugieren que emicizumab es un tratamiento efectivo para la hemofilia A en pacientes con altos requerimientos de FVIII. Se han notificado muy pocos casos de pérdida de efectividad, pero deben ser detectados lo antes posible.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

153. ADECUACIÓN A LOS CRITERIOS DE CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE FABRY

AUTORES
SÁNCHEZ-PACHECO TARDÓN L, REAL PANISELLO M, CANDELA BOIX MR, LEGIDO PERDICES E, TALENS BOLOS A, MENDOZA OTERO F, BUJALDÓN QUEREJETA N, AMAT DÍAZ M
HOSPITAL DE ELDA. CTRA. SAX- LA TORRETA, S/N. ALICANTE

OBJETIVOS
Describir la población tratada con agalsidasa y migalastat y analizar: adecuación a criterios de continuación de tratamiento del protocolo de la comunidad, eficacia, seguridad e impacto presupuestario del tratamiento gestionado en el Servicio de Farmacia (SF) así como la medicación concomitante sintomática. Los pacientes son evaluados basalmente y reevaluados anualmente en el comité de Enfermedad Fabry (EF) departamental multidisciplinar, del que el SF es miembro.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional transversal retrospectivo y descriptivo de los pacientes con diagnóstico confirmado de EF tratados con agalsidasa alfa, beta y/o migalastat en el SF hasta marzo de 2021. Se recogieron las siguientes variables: demográficas y clínicas, tipo de EF y variante genética, medicación específica de EF y sintomática concomitante, reacciones adversas, adherencia, criterios del protocolo y costes asociados a los tratamientos de sustitución enzimática (TSE) y/o chaperonas (CH).

RESULTADOS
52 pacientes diagnosticados de EF en el departamento de los cuales 14 recibían TSE/CH. La mediana de edad fue de 62,5 años [44-71]; el 78,6% mujeres (homocigotas); el 100% de los pacientes con EF fue del tipo tardía atípica y la variante genética c713G > A (cambio de serina por asparagina) de afectación cardio-renal; el tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento con TSE/CH fue de 25,97 meses [2,47-123]; el TSE/CH recibido fue: 9 pacientes con TSE (35,7% agalsidasa beta y 28,6% agalsidasa alfa) y 5 con CH (35,7% migalastat); y el sintomático fue: 7,14% antiepilépticos/

antidepresivos; 64,3% inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/antagonistas enzima ARAII; 57,1% beta-bloqueantes/antagonistas del calcio/antagonistas alfa1; 57,1% nuevos anticoagulantes orales/acenocumarol/antiagregantes; 64,3% estatinas. Un 28,6% de los pacientes recibían hemodiálisis (2 agalsidasa alfa, 1 beta y 1 migalastat) y 14,6% se sometieron a transplante renal (2 agalsidasa alfa); un 28,6% tenía un filtrado glomerular menor de 15mL/min (2 agalsidasa alfa, 1 agalsidasa beta y 1 migalastat); 92,9% expectativa vida > 1 año; 100% sin nuevas patologías graves; 92,9% juicio clínico favorable; 100% de adherencia; ninguno estaba diagnosticado de insuficiencia cardiaca congestiva clase IV NHYA ni existía presencia de deterioro cognitivo grave. En cuanto a seguridad, el 21,4% tuvo reacciones adversas a migalastat: un paciente refirió cefalea, rinitis y diarrea y otro suspendió tratamiento por diarrea. Este último ingresó en hospital y falleció por sepsis y fallo renal. El gasto anual en nuestro hospital para un paciente de 70 kg asciende a 103.586€ agalsidasa alfa, 133.339,60€ agalsidasa beta y 133.593,60€ migalastat.

CONCLUSIONES

En el departamento, la prevalencia de EF es elevada ya que existe una variante genética familiar geográfica. En nuestra población de estudio la evolución clínica de la enfermedad es favorable, el TSE y/o CH es bien tolerado, los pacientes son adherentes al tratamiento y la adecuación al protocolo es correcta a excepción del criterio del filtrado glomerular. No obstante, sería necesario realizar un estudio prospectivo de eficacia y/o seguridad comparativo entre las diferentes alternativas TSE y/o CH para poder posicionar mejor estos medicamentos, ya que el impacto presupuestario es muy elevado. El SF participa de forma proactiva e integrada en el comité multidisciplinar de EF departamental.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

218. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL ÁCIDO OBETICÓLICO EN COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

AUTORES

SANZ ALONSO V, LERALTA GONZÁLEZ C, MARÍN GORRICHO R, OBALDIA ALAÑA C, GALLARDO ANCIANO J, ITURBE HERAS M, SOILAN SACO J, PEREZ LAPIDO M

HOSPITAL SAN PEDRO. CALLE PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Estudiar la efectividad y seguridad del tratamiento con ácido obeticólico (OCA), un medicamento huérfano financiado para colangitis biliar primaria (CBP)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, longitudinal, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes con CBP que recogieron el medicamento en la consulta de pacientes externos desde septiembre de 2018 hasta abril de 2021.

Se recogieron los siguientes datos de la historia clínica electrónica y del programa de dispensación a pacientes externos: sexo, edad, tiempo de tratamiento con ácido ursodesoxicólico (AUDC); parámetros analíticos de valoración de la efectividad del tratamiento: fosfatasa alcalina (FA), bilirrubina total (BT), aspartato aminotransferasa (AST), alanino aminotransferasa (ALT), gamma-glutamil transferasa (GGT) y reacciones adversas a medicamentos (RAMs) graduando su severidad según CTCAE v5.0 (Common Terminology Criteria for Adverse Events). Para el procesamiento de los datos se empleó el programa Microsoft Excel ®

RESULTADOS

Se estudiaron 5 pacientes, 80% mujeres. La mediana de edad fue de 60 años [12]. Al inicio del tratamiento, todos los pacientes habían recibido AUDC al menos 12 meses.

La duración media de tratamiento con OCA fue de 17,2±10,7 meses.

Al finalizar el estudio, la FA disminuyó en tres pacientes (60%), la AST en dos (40%), la ALT en tres (60%) y la GGT en cuatro (80%). La BT se mantuvo en rango en todos los pacientes salvo en uno (20%) que se mantuvo ligeramente aumentada (1,4mg/dL).

El porcentaje de reducción medio de FA fue del 10,1%, el de AST fue del 57%, el de ALT fue del 45,8% y el de GGT fue de 46,4%.

Cuatro pacientes (80%) aumentaron la dosis de 5mg a 10mg al cabo de seis meses de tratamiento por buena tolerancia; sin embargo, uno de ellos volvió a la dosis de 5mg por prurito. El quinto paciente precisó reducción de dosis a 5mg tres veces a la semana por prurito.

El principal efecto adverso fue prurito en tres pacientes (60%) que precisó reducción de dosis en dos de ellos. Otros efectos adversos fueron estreñimiento en un paciente (20%) y dolor abdominal en otro (20%), ambos de grado 1.

CONCLUSIONES

- Todos los pacientes de nuestro estudio cumplían condiciones de financiación al inicio de tratamiento.
- El tratamiento con OCA ha producido mejoras en los parámetros analíticos que miden su efectividad pero sin alcanzar la variable compuesta principal del estudio pivotal POISE (FA < 1,67 x Límite Superior Normal +BT dentro de la normalidad + disminución de FA ≥ 15%). Por lo que se estudiará de manera conjunta con el Servicio de Digestivo la continuación de dicho tratamiento en los pacientes que superen los 12 meses de tratamiento por falta de eficiencia.
- En cuanto al perfil de efectos adversos destacamos el prurito como efecto principal, ya que condicionó la dosis en dos pacientes. El resto de efectos adversos fueron leves.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

273. ANÁLISIS DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS ANTIFIBRÓTICOS INDICADOS EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES
TEJADA MARÍN D, RODRÍGUEZ ESQUÍROZ A, ALBARRÁN DE LA CRUZ L, LACALLE FABO E, CASCANTE RODRIGO JA, LAMAS PILLO A, PINO RAMOS A, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. CALLE IRUNLARREA 3. NAVARRA

OBJETIVOS
Analizar el perfil de seguridad, efectos adversos y discontinuaciones del tratamiento con nintedanib y pirfenidona en pacientes diagnosticados de Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional y retrospectivo que incluye pacientes diagnosticados de FPI que han recibido tratamiento con nintedanib y/o pirferidona durante un periodo de 6 años (2015-2021).
Los datos clínicos y analíticos se recogieron de historia clínica informatizada y las dispensaciones ambulatorias del programa farmacoterapéutico del Servicio de Farmacia FarHo. Se generó una base de datos sobre la que se realizó un análisis estadístico descriptivo de los parámetros objetivados. El estudio se llevó a cabo conjuntamente entre los Servicios de Farmacia y Neumología del hospital.

RESULTADOS
Se incluyeron 53 pacientes, 43 hombres (81%), con una edad media (rango) de 69 (56-82) años. 27 pacientes fueron tratados con nintedanib y 26 con pirfenidona.
La mediana de persistencia al tratamiento con nintedanib fue de 212 (16-1157) días. 7 pacientes (26%) discontinuaron tratamiento, 4 por intolerancia y 3 por exitus.
En los pacientes tratados con pirfenidona, la mediana de persistencia fue de 441 (30-1856) días. 16 pacientes (61%) discontinuaron tratamiento, 5 por intolerancia y 11 por exitus.
El tiempo medio desde el inicio de tratamiento antifibrótico hasta la suspensión del mismo por intolerancia fue de 7 meses y hasta el éxitus de 10 meses.
17 pacientes (32%) sufrieron reacciones adversas relacionadas con el tratamiento. 15 de ellos de predominio gastrointestinal (diarrea, dispepsia, náuseas, pérdida de peso): 10 recibían tratamiento con nintedanib y 5 con pirfenidona. Otros 2 pacientes padecieron reacciones cutáneas exantematosas: 1 tratado con nintedanib y otro con pirfenidona. En estos últimos fue necesaria la suspensión del tratamiento por falta de respuesta al tratamiento corticoideo.
Se realizó el switch en 3 pacientes: 2 de ellos tratados con pirfenidona (uno debido a la fotosensibilidad y otro por lesiones eritematosas), y 1 por hepatotoxicidad producida por nintedanib.

CONCLUSIONES
Los tratamientos antifibróticos en pacientes diagnosticados de FPI producen toxicidad gastrointestinal y cutánea en un tercio de los pacientes. Un 17% de nuestros pacientes han tenido efectos adversos que han provocado la suspensión del tratamiento, o el switch en un 5,6%. Sin embargo, son la única opción terapéutica disponible para el tratamiento de esta patología.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

332. CALIDAD DE VIDA EN EL TRATAMIENTO CON RESORCINA 15% CREMA DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA LEVE-MODERADA

AUTORES
CORDERO RAMOS J, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ M, CASTILLO MARTÍN C, RENDÓN DE LOPE L
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 el impacto en la calidad de vida de la resorcina tópica 15%(RES15) en el control de la HS leve-moderada.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de HS leve-moderada que presentaran al menos un nódulo/absceso activo 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 realizaron las entrevistas cada 4 semanas hasta las 16 semanas.
La variable principal de mejoría de calidad de vida fue definida como la disminución ≥50% en la puntuación del cuestionario Dermatology Life Quality Index(DLQI)(0-30) en la semana 16 respecto al basal. Otras variables medidas fueron la evolución de la puntuación en el DLQI y en escalas numéricas analógicas(ENA)(0-10) de dolor, olor y supuración a las 16 semanas.

RESULTADOS
Desde abril del 2019 a abril 2020, 32 participantes se incluyeron en el estudio. De los 32 pacientes incluidos, 20(62.5%) fueron mujeres; con una edad media de 39.6 años(IQR 19-66); 25(78%) fumadores; 17(53%) Hurley(scale) grado I al

inicio; 17 (53%) con ≥2 regiones afectadas, principalmente ingles(21 [65%]) y axilas (10 [31,3%]) y un IMC medio de 30,3±6,8kg/m2. 28 finalizaron las 16 semanas de seguimiento.
El análisis por protocolo mostró una tasa de mejoría de calidad de vida al tratamiento del 75% (n=21), pasando de una puntuación media por paciente de 16,44 puntos (IC95% 12,03-18,65) hasta una puntuación media de 4,04 (CI 95% 2,67–5,41). Esta mejoría clínica y de calidad de vida también se refleja a su vez en las puntuaciones de las ENA de dolor, olor y supuración; pasando de una puntuación media de 7,5±2,8 a 2,6±2,1; de 6,1±3,2 a 3,4±3,1, y de 4,7±3,1 a ±2,1±1,6 respectivamente.

CONCLUSIONES

La cohorte de pacientes muestra que la resorcina 15% tópica permite mejorar la calidad de vida de los pacientes con HS leve-moderada en el corto-medio plazo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

453. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE LA ACROMEGALIA

AUTORES

GIMÉNEZ GINER S, LLOPIS ALEMANY A, HERMENEGILDO CAUDEVILLA M, CLIMENTE MARTI M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVDA. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad del tratamiento y los factores predictores de respuesta en pacientes con acromegalia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 16 meses de duración (enero/20-abril/21). Se incluyeron pacientes con acromegalia en tratamiento ≥3meses con análogos de somatostatina (SSA: octreotida, lanreotida, pasireotida) o antagonistas de hormona de crecimiento (GHA: pegvisomant).
Variables descriptivas: paciente (edad, sexo, peso, IMC), patología (tamaño del adenoma hipofisiario, comorbilidades, años seguimiento), tratamiento (neurocirugía, neoadyuvancia y tratamiento post-cirugía: fármaco, línea terapéutica, duración), respuesta bioquímica (hormona de crecimiento (GH) y factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1) al diagnóstico, tras neurocirugía, pre-tratamiento (parcialmente activo 1,0-1,2xLSN, activo 1,3-2,0xLSN, muy activo > 2,1xLSN) y tras cada línea terapéutica; normalidad GH < 10,0ng/ml, curación bioquímica IGF-1 ≤1,3xLSN).
Análisis estadístico con R: media ± desviación estándar o mediana [rango] según normalidad (test de Shapiro-Wilk) para variables cuantitativas y frecuencias (%) para variables cualitativas; test de Wilcoxon para muestras pareadas, test chi-cuadrado para comparación de respuesta según IGF-1 al diagnóstico y pre-tratamiento con cada línea terapéutica y tamaño del adenoma hipofisiario.

RESULTADOS

Se incluyeron 12 pacientes con 43[23-65] años al diagnóstico, 41,7% mujeres, peso 88,1[56,6-117,0] kg, IMC 26,3[20,6-40,8] kg/m2 y valores basales de GH 10,2[2,2-70,8] ng/ml e IGF-1 3,05±1,50xLSN. De ellos, el 58,3% presentaba un macroadenoma hipofisiario, siendo las comorbilidades más frecuentes diabetes mellitus (50,0%), hipertensión arterial (33,3%), síndrome de apnea del sueño (25,0%), hipotiroidismo (25,0%) y dislipemia (25,0%).
El 66,7%(8/12) de los pacientes se sometió a neurocirugía, con tratamiento neoadyuvante en 87,5%(7/8). Tras la cirugía, la patología se mantenía bioquímicamente activa con valores de GH 5,4[0,9-23,7] ng/ml e IGF-1 2,44±1,13xLSN. Todos los pacientes recibieron SSA en primera línea, y con mediana de duración 36,1[5,9-108,5] meses consiguieron la remisión el 25,0%(3/12), mientras que el resto se mantuvieron en GH 4,0[0,8-7,7] ng/ml e IGF-1 1,84±1,31xLSN. El cambio a segunda línea (7/10) se basó en 57,1%(4/7) SSA+cabergolina y 42,9%(3/7) GHA, consiguiendo remisión en el 28,6%(2/7). La tercera línea (5/10) fue SSA+GHA en 60,0%(3/5), SSA+cabergolina en 20,0%(1/5) y SSA en 20,0%(1/5), y alcanzó remisión en 40,0%(2/5). Por último, la cuarta línea fue GHA en el 100,0%(2/2) y obtuvo su remisión. La mediana de seguimiento global fue 88,6[5,9-148,6] meses, con mediana de 3[1-4] líneas de tratamiento y persistencia a cada línea de 21,2[3,5-83,8] meses.
Los valores de IGF-1 basales al diagnóstico y pre-tratamiento no mostraron diferencias (p=0,857), indicando persistencia de actividad tras cirugía (IGF-1 > 1,3xLSN). El tratamiento farmacológico sí ocasionó un cambio significativo en IGF-1 respecto a valores post-quirúrgicos, tanto en primera (p=0,008) como en segunda línea (p=0,047). La respuesta bioquímica al tratamiento no se relacionó con el nivel de actividad de la acromegalia en el momento del diagnóstico (1ªp=0,513; 2ªp=0,240; 3ªp=0,670; 4ªp=0,513) ni previo a la terapia farmacológica (1ªp=0,513; 2ªp=0, 670; 3ªp=0, 240; 4ªp=0,513), y tampoco con el tamaño del adenoma hipofisiario (p=0,276).

CONCLUSIONES

En los pacientes en los que la cirugía no consigue una curación bioquímica, el tratamiento farmacológico resulta una alternativa eficaz, aunque con elevada variabilidad interindividual en la respuesta. Esta efectividad no está relacionada con la actividad de la acromegalia en el momento del diagnóstico ni con el tamaño del adenoma hipofisiario.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

627. EXPERIENCIA DE USO DE NINTEDANIB EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES

ALONSO DIEZ M, VILA GALLEGO C, VARA URRUCHUA M, REVUELTA AMALLO A, INCLÁN CONDE M, ÁLVAREZ LAVÍN M, AGUIRREZABAL ARREDONDO AV, SALINAS LASA MB
HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. AVD. MONTEVIDEO, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS
Nintedanib es un fármaco autorizado por la AEMPS para el tratamiento de la Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI). Sin embargo, su eficacia es modesta y algunos organismos científicos cuestionan su balance beneficio-riesgo. El objetivo del presente estudio es analizar la utilización, efectividad, seguridad y resultados clínicos del tratamiento con nintedanib en la FPI.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en un hospital terciario con una consulta monográfica de Enfermedades Pulmonares Intersticiales y un comité multidisciplinar (neumólogo, radiólogo, patólogo, reumatólogo y farmacéutico) que evalúa los casos y la conveniencia del iniciar el tratamiento. Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con nintedanib desde enero 2017 hasta marzo 2021. Se registraron datos demográficos, radiológicos, histológicos, parámetros de función respiratoria y clínicos. Las variables utilizadas para evaluar la efectividad fueron la capacidad vital forzada (CVF), capacidad de transferencia pulmonar de monóxido de carbono (DLCO) y la prueba de la marcha de los 6 minutos (PM6M).

RESULTADOS
De un total de 45 pacientes en tratamiento con nintedanib, se incluyeron 32 en el estudio (aquellos con al menos 6 meses de tratamiento), 69% hombres con una edad media 74 ±7,7 años (rango 59-83). El diagnóstico de FPI estaba confirmado radiológica y/o histológicamente en 50% de los casos; FPI probable en 44% y en 6% FPI posible. 4 pacientes presentaron un síndrome combinado enfisema-fibrosis. Se inició nintedanib a dosis de 150 mg/12 h en 26 (81,2%) pacientes y en el resto con 100 mg/12h.
La duración media del tratamiento fue de 24,7±3,6 meses (rango 7-54).
La respuesta al tratamiento medida como reducción de la CVF ≤10% o del DLCO < 15% o PMEM < 50 metros a las 24-52 semanas se consiguió en 72% de los pacientes. En 3 pacientes se retiró el fármaco por ausencia de beneficio.
En 4 casos se produjeron exacerbaciones agudas que requirieron ingreso y en 10 progresión de la enfermedad que requirió tratamiento paliativo respiratorio. Hubo 3 éxitus en pacientes con comorbilidades graves (uno por COVID, uno Creutzfeldt-Jakob y uno adenocarcinoma de pulmón).
Un 81,8% de los pacientes presentó efectos adversos. Los más frecuentes fueron: diarrea (66,7%), vómitos, náuseas o pérdida de apetito (24,2%), pérdida importante de peso (18,2%) y alteraciones de la función hepática (18,2%). No se observaron efectos adversos graves (perforaciones o infarto). En 12 (37,5%) casos se redujo la dosis para mejorar la tolerancia y en 3 (9,3%) se cambió a pirfenidona.

CONCLUSIONES
La utilización de nintedanib en nuestra cohorte se ajusta a las guías de práctica clínica en cuanto al inicio, pero no cumple la regla de parada que establece el Informe de Posicionamiento Terapéutico. La efectividad en disminuir el deterioro de los parámetros de función respiratoria se considera aceptable. La toxicidad gastrointestinal y hepática ha sido la más frecuente y en general manejable con reducción de dosis. No podemos extraer conclusiones sobre beneficios clínicos y supervivencia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

647. EFICACIA Y SEGURIDAD EN VIDA REAL DE TEZACAFTOR + IVACAFTOR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

AUTORES
GARCÍA PERALO A, IBÁÑEZ ZURRIAGA MD, GIRÓN MORENO RM, ÁLVAREZ YUSTE A, GONZÁLEZ MOYA B, CALVO GARCÍA A, SOLÍS GARCÍA M, RAMOS MARTÍNEZ B
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. C/ DIEGO DE LEON , Nº62. MADRID

OBJETIVOS
Analizar la eficacia y seguridad del tratamiento con los nuevos moduladores de la Proteína Reguladora de Conductancia Transmembrana (CFTR), tezacaftor+ivacaftor, en pacientes con Fibrosis Quística (FQ).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo de los pacientes de la unidad de FQ en tratamiento con tezacaftor e ivacaftor entre enero 2020 y marzo de 2021. La evaluación de la eficacia del tratamiento se llevó a cabo en función de los cambios observados en: Volumen Espiratorio Forzado (FEV1%), el Índice de Masa Corporal (IMC) número de exacerbaciones y aislamiento de Pseudomonas aeruginosa. Para el FEV1% y el IMC se realizaron medidas basales así como a los 3, 6, 9 12 meses tras el inicio del tratamiento con tezacafor e ivacaftor. El número de exacerbaciones y el aislamiento de Pseudomonas aeruginosa se registró de manera previa y 6 y 12 meses tras el inicio del tratamiento. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS (versión 17).

RESULTADOS
Se incluyeron 20 pacientes (50% mujeres), con una media de edad al inicio tratamiento de 32,12 (13,44) años, siendo 18 (90%) homocigotos. El promedio de FEV1% basal fue de 59,95%, observándose un aumento significativo a los 3 (61,78%), a los 6 (62,65%) y a los 12 meses (65,00%). A los 9 meses el aumento de FEV1%, no fue significativo (63,31%). En el IMC se observó una leve tendencia positiva siendo su valor promedio basal de 21,97 kg/m2, a los 3 meses (22,41 kg/m2), a los 6 meses (22,35 kg/m2), a los 9 meses (22,23 kg/m2) y a los 12 meses (22,6 kg/m2). Respecto al número de exacerbaciones respiratorias previas y post tratamiento a 6 y 12 meses, se detectó una disminución tanto para las que requirieron tratamiento oral como intravenoso. Esta reducción fue significativa a los 6 meses para ambas vías (1,31 y 0,47 exacerbaciones menos respectivamente) y se mantuvo la tendencia a los 12 meses (0,67 y 0,13 exacerbaciones menos respectivamente). En cuanto al aislamiento de Pseudomonas aeruginosa, existe una reducción significativa al comparar

6 meses previos vs 6 meses post tratamiento con porcentajes de aislamiento del 60% y 31,60% respectivamente. A los 12 meses previos vs 12 meses post tratamiento se obtuvieron porcentajes de aislamiento del 47,40% y 31,10% respectivamente, siendo también significativa la reducción. El tratamiento tuvo que suspenderse en 3 pacientes: 1 por hepatotoxicidad, 1 por no mejoría y afectación grave y 1 por determinación equivocada de mutaciones y afectación grave. A estos 3 pacientes se les cambió a la triple combinación (elexacaftor + tezacaftor + ivacaftor) como uso compasivo.

CONCLUSIONES

El tratamiento con tezacaftor e ivacaftor parece ser seguro y mejorar el estado clínico de los pacientes con FQ en base a los incrementos en la FEV1% e IMC observados así como en la reducción del número de exacerbaciones respiratorias y en los aislamientos de Pseudomonas aeruginosa. Sin embargo, el pequeño número de pacientes y el reducido período de seguimiento hacen necesario seguir investigando esta combinación de fármacos en muestras más grandes de pacientes y durante un período más prolongado.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

718. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON NEUMONITIS INTERSTICIAL

AUTORES

ZARAGOZÁ GONZÁLEZ M, OLIVES CASASNOVAS R, GIL GÓMEZ I, LAGUÍA SÁNCHEZ R, TOLEDO GUASP I, FUSTER TALENS R, ORTEGA GARCÍA P, BLASCO SEGURA P

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA. AV. DE LES TRES CREUS, 2.. VALENCIA

OBJETIVOS

Las enfermedades intersticiales difusas del pulmón (EPID) son patologías de etiología muy diversa y manifestaciones funcionales y clínicas similares, con alteraciones anatomopatológicas en los intersticios alveolares. La farmacoterapia se basa en inmunosupresores y su objetivo es mejorar la sintomatología, la calidad de vida y retrasar el avance de la enfermedad. El objetivo es conocer el patrón de uso de Rituximab en indicación Fuera de Ficha Técnica (FFT) en pacientes de nuestro hospital con Neumonitis Intersticial (NI) y su evolución tras el tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo. Se revisaron las historias de los pacientes con NI tratados con Rituximab desde julio-2017 hasta mayo-2021. Los tratamientos fueron tramitados y aprobados para su uso en indicaciones diferentes a las autorizadas. El seguimiento se realizó durante el primer año post-Rituximab. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, indicación, tratamientos inmunosupresores previos, concomitantes y posteriores a Rituximab, dosis, fechas de administración y efectos adversos. Como parámetros de eficacia se consideraron al inicio y al año de Rituximab, la difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO), la capacidad vital forzada (CVF) y la evolución clínica (disnea/tos). La evolución se consideró: favorable (disminución de disnea/tos y aumento > 10%·CVF y > 15%·DLCO), estabilización (si variación < 10%·CVF y < 15%·DLCO) y empeoramiento (incremento de disnea/tos y disminución > 10%·CVF y > 15%·DLCO).

RESULTADOS

Se revisaron 10 pacientes (60% mujeres) con una edad media de 64 años (42-81) tratados con Rituximab intravenoso en indicaciones FFT: NI asociada a enfermedades autoinmunes (Síndrome antisintetasa (n=3), Vasculitis (n=2), Enfermedad de Sjögren (n=1) y Neumonitis no específica ligada a tejido conectivo (n=1)), Neumonitis por metales (n=1) y Neumonitis por hipersensibilidad (n=1). Al inicio de Rituximab, 10 pacientes habían recibido corticoides orales (CO) y algunos, corticoides inhalados (n=4). Los CO continuaron durante y después de Rituximab. Los inmunosupresores suspendidos al iniciar Rituximab fueron: Azatioprina (n=3: Síndrome antisintetasa y Enfermedad de Sjögren) y Micofenolato de mofetilo (MMF) (n=1: Neumonitis por hipersensibilidad).

La indicación de Rituximab fue por empeoramiento clínico. La pauta fue un ciclo de 1000 mg (días 1 y 14). El paciente con Enfermedad de Sjögren recibió tres ciclos de tratamiento en años no consecutivos y el paciente con Enfermedad del tejido conectivo recibió un ciclo de 500 mg (días 1, 7, 14 y 21). No se observaron reacciones adversas. Al finalizar, cuatro pacientes llevaron MMF.

Al inicio del tratamiento, las medianas fueron: CVF 56,0% (26,4-81,4) y DLCO 35,0% (20,0-106,4). Dos pacientes no completaron el año de seguimiento (inicio 2021).

La evolución de DLCO y CVF de los pacientes que completaron el año (n=8) fue: favorable (n=2), estabilización (n=4) y empeoramiento (n=2). Clínicamente evolucionaron favorablemente 6 y empeoraron 2.

A fecha de mayo-2021, 3 pacientes fallecieron por progresión de la enfermedad.

CONCLUSIONES

El uso de Rituximab en NI se reserva para pacientes con empeoramiento clínico tras el uso de CO u otros inmunosupresores. La pauta más utilizada fue de 1000 mg (día 1 y 14). La evolución de este tipo de pacientes es compleja, ya que requiere una visión conjunta de las manifestaciones clínicas, radiológicas y funcionales así como un abordaje multidisciplinar.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

845. ADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA DE AGALSIDASA-A EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE FABRY

AUTORES

GONZÁLEZ ROSA V, MORILLO MORA AB

HOSPITAL SERRANIA DE RONDA. CTRA. RONDA-SAN PEDRO KM 2. MÁLAGA

OBJETIVOS

Describir el proceso de administración domiciliaria de agalsidasa-α en un paciente con enfermedad de Fabry y determinar su grado de satisfacción y calidad de vida.

MEJORAS ESPERADAS
La enfermedad de Fabry está incluida dentro de las enfermedades por depósito de lípidos debido a mutaciones en el gen que codifica el enzima α-galactosidasa. Uno de los tratamientos disponibles consiste en la reposición enzimática con agalsidasa-α para prevenir el acúmulo de lípidos, el cual implica la administración crónica de infusión intravenosa cada dos semanas en el Hospital de Día y el consiguiente desplazamiento de los pacientes al centro. En esta situación, como en muchas otras que requieren tratamiento intravenoso durante periodos prolongados, la asistencia a un hospital de día supone una disminución de su autonomía y bienestar.La administración domiciliaria podría suponer un incremento de la calidad de vida de los pacientes.

DISEÑO
El proveedor del medicamento nos ofrece la posibilidad de la administración domiciliaria de agalsidasa-α para un paciente. Para determinar su grado de satisfacción y calidad de vida se elaboró un cuestionario adaptado del test EQ-5D (movilidad, autocuidado, actividades básicas, dolor/malestar, ansiedad/depresión) añadiendo 4 preguntas propias (adaptación a su vida diaria; comodidad en la administración; ahorro en desplazamientos y dietas; tiempo de espera) puntuando del 1 (sin problemas) al 3 (con muchos problemas) comparando la administración en Hospital de Día y la administración domiciliaria. Se realizó el cuestionario vía telefónica.

CIRCUITO Y ETAPAS
Quincenalmente y con varios días de antelación a la administración, la empresa encargada de gestionar el proceso nos envía un correo electrónico con la cantidad necesaria de viales y la fecha y hora de recogida. La enfermera encargada de la administración recoge los viales de agalsidasa-α y los transporta al domicilio del paciente correctamente embalados en un frigorífico portátil. Enfermera y farmacéutico firman un documento de entrega con los datos de los viales e integridad de los mismos.

IMPLANTACIÓN
De los nueve pacientes con enfermedad de Fabry en nuestra área sanitaria, se seleccionó uno de ellos para la administración domiciliaria de agalsidasa-α, debido a la distancia del hogar y problemas de movilidad. Se trata de un paciente de 50 años, en tratamiento con agalsidasa-α desde enero 2008. Firma consentimiento informado para comenzar la administración de forma domiciliaria.

RESULTADOS
El paciente lleva 15 meses (febrero 2020) administrándose el tratamiento de manera domiciliaria. Los resultados del cuestionario referido a “hospital de día” y “administración domiciliaria” fueron: 22222-3232 y 22111-1111 respectivamente, lo que confirma la mejora de la calidad de vida en este paciente.

LIMITACIONES
Pérdida de control por parte del Servicio de Farmacia del transporte de viales y preparación de la dilución.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
La administración domiciliaria tiene como objetivo proporcionar la misma calidad asistencial que en el hospital, y mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares. En nuestro caso, conseguimos este objetivo y podríamos plantear en un futuro ampliar este modelo a más pacientes en idéntica situación. Este procedimiento resulta interesante y factible para llevar a cabo por otros Servicios de Farmacia, en aquellos casos que precisan tratamiento crónico intravenoso, como son los pacientes con enfermedad de Fabry.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

916. TEZACAFTOR+IVACAFTOR: CAMBIOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA.

AUTORES
IBAÑEZ ZURRIAGA MD, ALVAREZ YUSTE A, MARTÍN HERNANDEZ AS, GIRON MORENO RM, GARCIA PERALO A, CALVO GARCIA A, RAMOS MARTINEZ B, RAMÍREZ HERRAIZ E
HOSPITAL DE LA PRINCESA. DIEGO DE LEON 62. MADRID

OBJETIVOS
La combinación de dos moduladores de la proteína reguladora de conductancia transmembrana (CFTR) Tezacaftor e Ivacaftor (TEZA/IVAC), para el tratamiento no sintomático de los pacientes con Fibrosis Quística (FQ) homocigotos para la mutación F508del o heterocigotos para la mutación F508del y otra mutación de función residual se incluyó en la prestación farmacéutica del SNS en noviembre del 2019.
El objetivo de nuestro estudio fue evaluar los cambios en diferentes ámbitos que reflejan la calidad de vida de los pacientes tras el inicio de la terapia con los nuevos moduladores de CFTR, TEZA/IVAC.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo multidisciplinar de los pacientes que iniciaron tratamiento entre enero 2020 –marzo 2021 con TEZA/IVAC en la unidad de FQ del hospital. Se utilizó el cuestionario validado específico de FQ, CFQ-R (Cystic Fibrosis Questionnaire Revised) que consta de 50 ítems en 6 dominios sobre aspectos generales de calidad de vida relacionada con la salud y 6 dominios sobre aspectos específicos de FQ. Se evaluaron los resultados de síntomas respiratorios y digestivos, problemas alimentación y carga del tratamiento como específicos de FQ y como generales la capacidad física, la vitalidad, el estado emocional y la actividad diaria basales , a los 6 y a los 12 meses. Cada ítem puntúa de 0-100 (mayor puntuación-mejor calidad de vida).El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS (versión 17.0).

RESULTADOS
Se incluyeron 19 pacientes, 10 (52,63%) mujeres, edad media al inicio tratamiento de 32,79 (12,73) años, siendo 17(89,47%) homocigotos. Se observó que el promedio del score basal superó 70 puntos en casi todos los ítems

analizados, excepto en el referente a la carga del tratamiento que fue de 53,8. Esta tendencia se mantuvo a los 6 meses (17 pacientes), pero a los 12 meses (12 pacientes) se apreció una leve bajada en los ítems referentes a los síntomas respiratorios que fue de 68,5, la vitalidad 68,3, problemas en la alimentación 62 y en el tratamiento 47. Se observaron mejorías a los 6 meses en los síntomas digestivos, en la actividad física y en las actividades diarias con respecto a los basales aunque no fueron estadísticamente significativas sí clínicamente. A los 12 meses se objetivaron mejorías en los síntomas digestivos, vitalidad y en las actividades diarias desde el punto de vista clínico.

CONCLUSIONES

La doble terapia con moduladores de la proteína CFTR dirigida a corregir la alteración genética de la FQ parece mejorar clínicamente el deterioro progresivo de la calidad de vida de los pacientes en cuanto a síntomas digestivos, actividad física, vitalidad y en sus actividades diarias. Es necesario continuar el seguimiento con mayor número de pacientes y durante más tiempo. Otro aspecto a tener en cuenta es que los datos fueron recogidos durante el periodo de la pandemia por la covid-19.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

937. DISCONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO CON AGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA TROMBOPOYETINA EN TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA.

AUTORES

MORONA MÍNGUEZ I, MAÑES SEVILLA M, SOLÍS OLIVARES J, SOLLANO SANCHO I, POUSADA FONSECA ÁB, SOTO BASELGA I, BERTRÁN DE LIS BARTOLOMÉ B, MORIEL SÁNCHEZ C

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. CALLE DOCTOR LUIS MONTES, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Identificar los pacientes diagnosticados de trombocitopenia inmune primaria (PTI) candidatos a discontinuar tratamiento con fármacos agonistas del receptor de la trombopoyetina (TPO-RA) y establecer sus criterios de reevaluación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio analítico, prospectivo y longitudinal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años diagnosticados de PTI en tratamiento con romiplostim y eltrombopag desde enero de 2021 hasta la actualidad.

Las variables demográficas (edad, sexo), diagnóstico, comorbilidades y los datos analíticos del paciente se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Las variables relacionadas con el tratamiento (fármaco recibido, tratamientos previos, duración de tratamiento), se obtuvieron del programa de Dispensación a Pacientes Ambulantes.

Se creó un grupo de trabajo formado por hematólogos del hospital y farmacéuticos que establecieron los criterios de discontinuación de tratamiento basados en la guía “Directrices de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la PTI”, de la SEHH y GEPTI (2020). Se consideraron candidatos los pacientes con PTI persistente o crónica en tratamiento con TPO-RA cuyas cifras de plaquetas fueran estables en los 6 meses previos (50-100*10^9/L) y/o con cifras de plaquetas > 100*10^9/L en 3 meses. Adicionalmente, se tuvieron en cuenta factores individuales.

Se consideró adecuada la discontinuación mientras el nivel de plaquetas se mantuviese por encima de 50*10^9/L. En caso de alcanzar niveles inferiores se valoró la reintroducción del TPO-RA.

Se concretó la periodicidad de los controles analíticos: 2-4 semanas tras una reducción de dosis y 1-4 semanas tras interrupción de tratamiento, ampliable de acuerdo con las directrices de la guía.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio recibieron tratamiento 13 pacientes: 7 con romiplostim (53,85%) y 6 con eltrombopag (46,15%), cuya mediana de edad fue 64,4 años [35,2-79,6; RIQ: 24,9], siendo un 61,54% mujeres. Dos pacientes (15,38%) presentaban enfermedad autoinmune previa.

La mediana de tratamientos previos fue 3 [1-7; RIQ: 3]. Seis pacientes (85,71%) tratados con romiplostim y un paciente (16,67%) con eltrombopag habían sido tratados previamente con el otro TPO-RA. La mediana de tiempo de tratamiento con el TPO-RA a estudio fue 33,1 meses [12,8-106,8; RIQ: 64,1].

En marzo de 2021 se identificaron once pacientes (84,62%) candidatos a discontinuación teniendo en cuenta sus niveles plaquetarios en los 6 meses previos: Nueve pacientes (69,23%) cumplían ambos criterios de suspensión, uno (7,70%) cumplió el criterio de plaquetas 50-100*10^9/L y uno (7,70%) tuvo cifras plaquetarias > 100*10^9/L en tres meses.

Se decidió no discontinuar tratamiento en ocho (61,54%) pacientes debido a factores individuales como dosis elevadas de TPO-RA, comorbilidades o fragilidad.

Tres pacientes (23,08%) interrumpieron tratamiento: dos con eltrombopag y uno con romiplostim. De estos, en uno (tratado con eltrombopag) no se pudo realizar seguimiento y los otros dos continúan sin tratamiento con cifras plaquetarias superiores a 50*10^9/L a los 3,5 y 3,7 meses.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes en tratamiento cumplían alguno de los criterios de discontinuación.
2. La discontinuación de tratamiento es una opción potencialmente eficaz en pacientes con PTI en tratamiento con TPO-RA.
3. Es necesario un mayor seguimiento de los pacientes, con controles periódicos analíticos a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

949. USO DE CIDOFOVIR FUERA DE INDICACIÓN AUTORIZADA EN FICHA TÉCNICA

AUTORES
CAZORLA PODEROSO L, SERRANO VICENTE MC, PÉREZ MORENO M, ESCOLANO PUEYO Á, PERALES PASCUAL J, LÓPEZ PÉREZ A, AGUILÓ LAFARGA I, HERRANZ BAYO E
HOSPITAL MIGUEL SERVET. Pº ISABEL LA CATOLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS
La papilomatosis laríngea recurrente (PLR) es una enfermedad poco frecuente causada por el virus del papiloma humano (VPH). Su tratamiento es quirúrgico, mediante microdesbridador y/o láser CO2. Se han reportado en la literatura mejores resultados al utilizar como tratamiento adyuvante cidofovir intralesional tras intervención quirúrgica. El objetivo de este estudio es describir la utilización de cidofovir fuera de ficha técnica (FFT) y evaluar los resultados obtenidos en términos de efectividad clínica y seguridad, en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo que incluyó las solicitudes de cidofovir para el tratamiento de PLR durante el periodo comprendido entre febrero de 2018 y marzo de 2021. La Comisión de Farmacia del hospital es la responsable de evaluar y aprobar la utilización de medicamentos FFT. Variables recogidas: demográficas (sexo y edad), genotipo del VPH, número de inyecciones de cidofovir por paciente, efectividad y seguridad. La efectividad y seguridad (aparición de efectos adversos) se valoraron de acuerdo con el reporte de resultados remitido por el clínico a la Comisión de Farmacia y los datos recogidos en la historia clínica. Fuente de datos: Access® dónde se registran en el Servicio de Farmacia (SF) todas las solicitudes de FTT, informes clínicos de seguimiento, historia clínica y Farmatools®. Los datos se recogieron y analizaron anónimamente en Excel®.

RESULTADOS
El SF recibió 8 solicitudes de tratamiento con cidofovir para la PLR. Siete de las solicitudes fueron del Servicio de Otorrinolaringología de adultos y 1 de pediatría. Las 8 solicitudes FFT fueron aprobadas por la Comisión de Farmacia del hospital.
Siete de los pacientes eran varones, la edad al diagnóstico de los adultos estaba comprendida entre 25 y 65 años y la paciente pediátrica tenía 1 año. El genotipo viral más frecuente fue VPH-6 (75% de los pacientes). Todos habían sido intervenidos previamente al tratamiento con múltiples cirugías. La mediana de inyecciones de cidofovir por paciente fue de 3’5 [3-17] y 7 de ellos fueron vacunados posteriormente frente al VPH. Las dosis utilizadas de cidofovir para esta patología son 37,5mg y 6,25mg, siendo la última la más frecuente. La preparación de cidofovir intralesional se realizó en el SF siguiendo el procedimiento normalizado de elaboración a partir de la especialidad farmacéutica comercializada de cidofovir 375mg diluido con suero fisiológico, y se elaboró en campana flujo laminar vertical según normativa de elaboración de medicamentos citotóxicos.
En cuanto a la efectividad, se observó remisión completa de las lesiones y mejoría de la disfonía en 5 pacientes, tras una mediana de 4 inyecciones [3-10]. Los otros 3 pacientes presentaron recidiva, dos de ellos por progresión del carcinoma escamoso de laringe y el tercero por presentar recurrencias que siguen requiriendo nuevas intervenciones. Y respecto a la seguridad, no se notificó ninguna complicación derivada del tratamiento con cidofovir.

CONCLUSIONES
El uso de cidofovir intralesional FFT como tratamiento adyuvante en la papilomatosis laríngea recurrente parece conseguir resultados favorables, mostrando un perfil de seguridad y efectividad aceptable. Debido a la limitación del tamaño muestral, se necesitaran estudios posteriores para confirmar la efectividad del fármaco en este contexto.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1038. TEZACAFTOR/IVACAFTOR EN FIBROSIS QUÍSTICA: UN AÑO DE RESULTADOS EN VIDA REAL

AUTORES
ARANCON PARDO A, BILBAO GOMEZ-MARTINO C, ALVAREZ CRIADO J, JIMENEZ NUÑEZ C, SOBRINO JIMENEZ C, GARCIA-TREVIJANO CABETAS M, AYLLON MORALES M, HERRERO AMBROSIO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. PASEO DE LA CASTELLANA 261. MADRID

OBJETIVOS
La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad rara, crónica y progresiva, de origen genético, causada por mutaciones en el gen que codifica la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la FQ (CFTR). Los nuevos tratamientos dirigidos específicamente a la proteína CFTR anómala suponen un abordaje farmacoterapéutico novedoso.
Nuestro objetivo es evaluar la efectividad, seguridad y adherencia del tratamiento con tezacaftor/ivacaftor.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional prospectivo de un año de duración realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes que iniciaron tratamiento con tezacaftor/ivacaftor tras su aprobación (enero 2020). Se excluyeron aquellos previamente tratados dentro del programa de uso compasivo.
Variables demográficas: edad, sexo, genotipo CFTR. Variables clínicas recogidas al inicio, a las 24 y 48 semanas de seguimiento: volumen espirado forzado en el primer segundo (FEV1) y transaminasas (ASAT/ALAT). Se registraron el número de exacerbaciones pulmonares que requirieron hospitalización y/o antibioterapia intravenosa comparándose con los 12 meses previos al inicio de tratamiento. La adherencia se estimó según los registros de dispensación de Farmacia.

RESULTADOS
Durante el periodo de estudio 24 pacientes recibieron tratamiento con tezacaftor/ivacaftor, de los cuales se excluyeron 6 previamente tratados en el programa de uso compasivo. Dos pacientes no completaron 24 semanas de tratamiento a fecha del análisis. De los 16 pacientes incluidos, 9 (56%) fueron varones y 13 (81%) fueron homocigotos para la mutación

F508del del gen CFTR. La mediana de edad fue 17 años (rango: 12-37 años), con un 56% con edad comprendida entre 12 y 18 años, y 44% mayores de 18 años. Nueve pacientes alcanzaron la semana 48 de tratamiento.
El valor medio del FEV1 basal fue 69,1% (DE: 26,7%). Se observó un incremento medio del valor de FEV1 en semana 24 de 2,5 puntos y en semana 48 de 7,0 puntos. Solo en un paciente el FEV1 decayó más de 5 puntos.
La mediana de exacerbaciones pulmonares en los 12 meses previos a iniciar el tratamiento fue 1 [RIC:0-3]. A las 24 semanas, el número de exacerbaciones se redujo en 9 pacientes (56%) y se mantuvo en 7 (44%), con una mediana de 0 [RIC:0-0,75]. De los 9 pacientes que completaron el año de tratamiento, en el periodo 24-48 semanas, 6 (67%) mantuvieron el número de exacerbaciones y 2 las redujeron (22%), con una mediana de exacerbaciones de 0 [RIC:0-0]. Sólo 1 paciente experimentó aumento de exacerbaciones, y al haber tenido una caída de FEV1 superior al 5%, se decidió suspender en semana 48.
Durante el seguimiento no hubo casos de elevación significativa de transaminasas ASAT y ALAT, ni efectos adversos relevantes.
La adherencia se cuantificó en 11 pacientes (5 recogían su medicación en otra Comunidad Autónoma). Nueve pacientes presentaron buena adherencia (> 90%), mientras que en dos fue subóptima (< 75%) sin repercusión clínica aparente.

CONCLUSIONES

- En nuestra cohorte, tezacaftor/ivacaftor ha mostrado efectividad, manteniendo o mejorando el valor de FEV1 y exacerbaciones pulmonares, al igual que en los ensayos pivotales.
- El perfil de seguridad ha resultado favorable.
- A pesar de la elevada carga terapéutica asociada a la FQ, la mayoría de pacientes tuvo adherencia adecuada al nuevo tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1114. INTERVENCIONES MENORES Y TERAPIA SUSTITUTIVA DE RESCATE EN HEMOFILIA A TRAS EL INICIO DE PROFILAXIS CON EMICIZUMAB

AUTORES
ÁLVAREZ TOSCO KI, OCAÑA GÓMEZ MÁ, RÍOS DE PAZ M, DE DIOS GARCÍA MD, MARTÍN LÓPEZ A, JOY CARMONA P, PÉREZ MARTÍN CY, MERINO ALONSO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CARRETERA DEL ROSARIO, 145 / SANTA CRUZ DE TENERIFE. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Analizar la necesidad de terapia sustitutiva de rescate en procesos invasivos de pacientes con Hemofilia A (HA) grave en régimen de profilaxis con emicizumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, de enero de 2020 a abril de 2021, en el que se incluyeron todos los pacientes con HA grave, de la unidad de coagulopatías de nuestro centro, en tratamiento con emicizumab como régimen de profilaxis. Además, se consideraron todas las cirugías o intervenciones menores realizadas en este periodo y tras el inicio del tratamiento con emicizumab para cada paciente.
Los datos se recogieron de la historia clínica electrónica, incluyéndose como variables: edad, régimen de profilaxis (dosis y frecuencia), tipo de intervención, existencia de sangrados intra y/o perioperatorios, y la necesidad o no de terapia coadyuvante.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se realizaron un total de 21 cirugías menores: una maxilofacial, 14 de rodilla y 6 retiradas de catéter.
La media de edad de los pacientes fue de 17,7 años [3-38] y todos iniciaron profilaxis con emicizumab a una dosis de 3 mg/kg/semana durante 4 semanas. En el momento de la intervención, todos ellos se encontraban con la dosis de mantenimiento de 6 mg/Kg/28 días, exceptuando un paciente con la pauta de 3 mg/kg/14 días. En ninguna de las intervenciones se requirió terapia sustitutiva de rescate con factores de coagulación y no fue necesaria la modificación del régimen profiláctico durante el perioperatorio. Como consecuencia, no se produjo ningún sangrado o complicación en estos pacientes asociada a la intervención.

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio contrastan con las recomendaciones de las guías internacionales en el manejo de intervenciones menores en pacientes con hemofilia A grave en tratamiento profiláctico con emicizumab. En ellas se recomienda la utilización del factor VIII o VIIa, tanto en el pre- como en el post-operatorio de la realización de procesos invasivos menores. Sin embargo, en el estudio HAVEN 1-4, se describe como la mayoría de los pacientes (65,6%), en tratamiento profiláctico con emicizumab y sometidos a cirugías menores, no necesitaron la utilización de un factor de coagulación profiláctico a la intervención.
Por lo tanto, la utilización de emicizumab aseguró una correcta cobertura y estabilidad de la coagulación en los pacientes de nuestra muestra. No obstante, serán necesarios estudios farmacocinéticos posteriores que determinen los niveles necesarios de emicizumab para cada paciente y que permitan garantizar el éxito, sin complicaciones, en estas intervenciones.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1249. EXPERIENCIA A LARGO PLAZO EN EL TRATAMIENTO DE LA POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES
LÓPEZ ÁLVAREZ R, LÓPEZ MARTOS AM, AGUADO BARROSO P, GONZÁLEZ SUÁREZ S, TOLEDO DAVIA MA, TORRALBA FERNÁNDEZ L, DOMÍNGUEZ BARAHONA A, ANGUITA MONTENEGRO B
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. AVENIDA DE BARBER Nº30. TOLEDO

OBJETIVOS
Analizar los resultados en salud en términos de efectividad y seguridad a largo plazo de la utilización de tolvaptán en el tratamiento de la poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó pacientes diagnosticados de PQRAD progresadores rápidos, tratados con tolvaptán durante al menos 12 meses y que tuvieron seguimiento entre mayo 2017-2021.
Se recogieron las variables: edad, sexo, estadio de enfermedad renal crónica (ERC) según la clasificación Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO), rama hereditaria, duración del tratamiento, valores analíticos a los 12, 24 y 36 meses, presencia de síntomas, toxicidad hepática e hiperuricemia y ajustes de dosis por intolerancia. Las variables principales del estudio fueron: descenso medio anual (DMA) de la tasa de filtración glomerular (TFGe), calculada según la fórmula CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration), aumento anual de los valores de creatinina sérica (mg/dL) y porcentaje de síntomas de la enfermedad como medida de la efectividad y porcentaje de toxicidad como medida de seguridad.
La información fue obtenida a través de MambrinoXXI® (historia clínica) y los programas DOMINION FARMATOOLS®pro.3.0 y MODULAB® (gestión de datos farmacoterapéuticos y laboratorio respectivamente).

RESULTADOS
Se analizaron 17 pacientes, 70,6% hombres, edad media 42,52 años (rango 32-64). Los estadios de ERC fueron: 5,88% ERC1, 17,64% ERC2, 47,05% ERC3 y 29,41% ERC4. Se registró herencia materna en el 53% de los pacientes y la duración media de la terapia fue 36,47 meses (rango 18-46) hasta finalización del estudio. La enfermedad fue sintomática únicamente en el 11,8% de los pacientes (dolor, hematuria e infecciones urinarias).
Durante el primer año de tratamiento (17 pacientes), se obtuvo un DMA de la TFGe de 5,74 ml/min/1,73m2 y un aumento de creatinina medio de 0,19 mg/dL. Dos de los pacientes no vieron disminuida su TFGe ni aumentados sus valores de creatinina. Con respecto al segundo (16 pacientes) y tercer año (10 pacientes), se observó un menor DMA de TFGe (5,22 y 4,66 ml/min/1,73m2, respectivamente) y estabilización en el aumento de creatinina (0,20 y 0,22 mg/dL). Al igual que en el primer año, dos pacientes no sufrieron empeoramiento de sus valores en el segundo y tercer año. En la actualidad, todos los pacientes, menos uno, continúan en tratamiento (retirada por progresión de la enfermedad renal).
Respecto a la seguridad, ningún paciente tuvo hipertransaminasemia y el 70,6% requirió tratamiento hipouricemiante. Desde el inicio, hubo que realizar ajuste de dosis al 35,3% de los pacientes por intolerancia o empeoramiento de valores analíticos.

CONCLUSIONES
Los ensayos TEMPO 3:4 y REPRISE evaluaron la eficacia de tolvaptán y demostraron que éste retrasaba la disminución de TFGe frente a grupo placebo. En el presente estudio se observó baja sintomatología, descenso medio anual en la TFGe y aumento de creatinina estabilizado a los 12, 24 y 36 meses. Sin embargo, entre las limitaciones destacó la ausencia de grupo placebo como comparador.
Según nuestra experiencia, el tratamiento con tolvaptán en PQRAD fue efectivo y seguro a largo plazo, aunque será necesario llevar a cabo estudios multicéntricos que comparen los diferentes resultados en práctica clínica y la utilización del Registro Nacional PQRAD.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1315. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON NUSINERSEN EN PACIENTES ADULTOS CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL

AUTORES
ALCALÁ SOTO A, SUAREZ-LLEDO GRANDE A, SANTACANA JUNCOSA E, PADULLES ZAMORA N, COMAS SUGRAÑES MD, RIBERA PUIG C, BADIA TAHULL MB, JODAR MASANES R
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE. C/FEIXA LLARGA S/N. BARCELONA

OBJETIVOS
Analizar la eficacia y seguridad del tratamiento con nusinersen en pacientes adultos diagnosticados de atrofia muscular espinal (AME) tipo II y III.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con nusinersen que comenzaron tratamiento hasta diciembre de 2020. Se recogieron las siguientes variables, obtenidas de la historia clínica: demográficas (sexo y edad), relacionadas con la enfermedad (tipo de AME, número de copias del gen SMN2, edad al diagnostico y si deambula o no, tipo de alimentación, necesidad de ventilación) y número de dosis de nusinersen recibidas. Para medir la efectividad se calculó el cambio en la puntuación de las escalas funcionales Hammersmith expandida (HFMSE) y la escala revisada de miembros superiores (RULM) para no ambulantes y HFMSE y el test de la marcha (6MWT) para pacientes ambulantes a los 12 meses con respecto al valor basal. Se considera efectivo el tratamiento si se produce al menos un

incremento ≥3 puntos en la escala HFMSE; Adicionalmente en los pacientes no ambulantes se considerará una mejora ≥2 puntos en la escala RULM. Para pacientes ambulantes, un incremento de la distancia caminada en el test de la marcha (6 MWT) > 30 metros. En cuanto a la seguridad se recogieron los efectos adversos notificados y registrados en la historia clínica.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 17 pacientes (9 hombres y 8 mujeres) que iniciaron tratamiento desde febrero de 2019 hasta diciembre de 2020. La edad media al inicio del tratamiento fue de 34,3 años. 10 pacientes eran AME tipo III Y 7 tipo II. 3 pacientes tenían 4 copias del gen SMN2, 8 pacientes 3 copias y 6 pacientes 2 copias. La mediana de edad al diagnostico fue de 1,53 años (0,2-13,6). 2 pacientes andaban al inicio del tratamiento. El 41% de los pacientes necesitaba ventilación mecánica no invasiva. La media de dosis de nusinersen recibidas hasta mayo de 2021 fue de 7,5 (3-10). 2 pacientes discontinuaron el tratamiento con nusinersen: 1 por decisión propia y otro por efectos adversos. La media de puntuación inicial en la escala HFMSE fue de 12,65 puntos, RULM: 21,29 puntos (no ambulantes) y 6MWT 330 metros. En el seguimiento a los 12 meses se incluyeron 13 pacientes: el cambio medio en la escala HFMSE fue de +0,40 puntos (0-2) de media y en la RULM de -0,23 puntos (-12-0), 6MWT: único paciente ambulante que se incluyó en el anàlisis aumento +124m. En cuanto a la seguridad: se reportaron los siguientes efectos adversos: cefalea (76%), dolor radicular (35%), nauseas (18%), acúfenos (12%), hipoacusia (0,06%) y pérdida de visión en túnel (0,06%).

CONCLUSIONES

El tratamiento con nusinersen no produjo una mejoría de 3 puntos en la escala HFMSE en ninguno de los pacientes a los 12 meses, si bien, todos los pacientes mantuvieron estabilidad en la puntuación de la misma y ninguno empeoró. En cuanto a la seguridad, parece ser un fármaco seguro, y la mayoría de los efectos adversos notificados podrían tener relación con la vía de administración intratecal de nusinersen.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

202. OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EXTERNO EN TRATAMIENTO CON MEDICACIÓN DE ENSAYO CLÍNICO

AUTORES

BADAS MORENO M, RUIZ PALAU C, FARRÉ CABRERIZO N, GARCIA DEU G, RODRIGUEZ ROJAS J, LOZANO ANDREU T, GONZÁLEZ LAGUNA M, MIQUEL ZURITA M

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA - HOSPITAL DURAN I REYNALS. AV. GRAN VIA DE L'HOSPITALET 199-203. BARCELONA

OBJETIVOS

El proceso de dispensación ambulatoria (DA) de medicación de Ensayo Clínico (EC) en el Servicio de farmacia (SF) puede ser largo y lento debido a la cantidad de pasos que deben darse antes de atender al paciente. La gran cantidad de EC abiertos en el centro, de fármacos de EC disponibles y la complejidad de las asignaciones, hacen que el técnico de DA (TDA) invierta mucho tiempo del proceso de atención al paciente (AP) en la búsqueda de la medicación.

El objetivo es agilizar la DA maximizando el tiempo invertido por el TDA en la AP, mediante la preparación de la medicación de EC asignada (MECA) por parte del técnico de EC (TEC) y de un técnico del turno de tarde del SF (TTSF).

MEJORAS ESPERADAS

Reducir el tiempo que invierte el TDA en buscar la MECA a dispensar.

Proporcionar una mejor AP, más ágil y eficaz, dedicándole todo el tiempo al paciente y reduciendo los tiempos de espera en el SF.

DISEÑO

Elaboración de un nuevo circuito de preparación previa a la dispensación de la MECA, tras la solicitud de la unidad de DA (UDA) debido a la importante carga de trabajo existente.

CIRCUITO Y ETAPAS

Realización de la prescripción electrónica por parte del equipo médico > revisión por parte del farmacéutico de EC (FEC) > solicitud de la asignación de los fármacos a dispensar por parte del FEC al coordinador del estudio > recepción de la asignación correspondiente por parte del FEC, segunda revisión y validación farmacéutica de la prescripción electrónica > preparación de la medicación a dispensar por parte del TEC en caso de tratamientos para ese día o por parte del TTSF en caso de tratamientos para el día siguiente > dispensación de la medicación al paciente por parte del TDA.

IMPLANTACIÓN

Análisis conjunto de optimización de recursos y cargas de trabajo por parte de las 2 unidades (DA y EC) en el cuarto trimestre 2020; implantación del nuevo procedimiento de soporte a la dispensación a finales de enero 2021.

RESULTADOS

Durante un período de 29 días se contabilizaron 388 dispensaciones a paciente (DP), de las cuales 257 (66.2%) correspondían a DP con una o más MECA.

De estas 257 DP, el TEC preparó 128 (49.8%), y el TTSF preparó 41 (15.9%) para dispensar al día siguiente. En total 169 DP (65.7%) con MECA fueron preparadas previamente a la atención al paciente en la UDA, y la carga de trabajo del TDA relativa a la MECA se redujo a la preparación del 34.3% de las DP.

Asumiendo un tiempo medio de 2,5 minutos para la preparación de una DP de MECA, en el período analizado, el TDA ha

podido disponer de 7h adicionales para dedicar a la atención al paciente.
Con esto concluimos que se agiliza la DP reduciendo los tiempos de espera de los pacientes en el SF.

LIMITACIONES

Requiere que el TEC esté disponible cuando se valida una MECA y no se encuentre en otra área del SF.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este procedimiento de trabajo coordinado entre técnicos de distintas áreas y turnos para mejorar la eficiencia de un proceso es aplicable en cualquier SF.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

219. NUEVA HERRAMIENTA DE CONTROL DE CALIDAD DEL REGISTRO DOCUMENTAL DE DISPENSACIONES Y PREPARACIONES DE MEDICACIÓN DE ENSAYO CLÍNICO EN ONCOHEMATOLOGÍA

AUTORES

RODRIGUEZ ROJAS J, FARRÉ CABRERIZO N, GARCIA DEU G, RUIZ PALAU C, BADAS MORENO M, LOZANO ANDREU T, GONZALEZ LAGUNA M, MIQUEL ZURITA ME
INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA (HOSPITAL DURAN I REYNALS). AVDA. GRANVIA DE L'HOSPITALET, 199-203. BARCELONA

OBJETIVOS

El adecuado registro documental de los movimientos de medicación de ensayo clínico (MEC) es esencial para la calidad de los ensayos clínicos (EC) y para una correcta trazabilidad del proceso. Objetivo: establecer una herramienta de control de calidad (CC) para identificar errores producidos en la transcripción manual de datos, tanto en el aplicativo de quimioterapia (AQT) como en el de gestión de MEC (AGMEC).

MEJORAS ESPERADAS

Detectar y corregir errores de registros de preparación y dispensación de MEC, transcritos al AQT o al AGMEC.
Mejorar la calidad documental en la Unidad de EC del Servicio de farmacia (UECSF).

DISEÑO

Se diseña una herramienta mediante hoja de cálculo (HDC), para contrastar los datos registrados en el AQT respecto a los contenidos en el AGMEC y viceversa, con el fin de detectar discrepancias en la entrada de datos.
Se contrastan las siguientes variables obtenidas de la explotación de ambos aplicativos: fecha de dispensación/preparación; código de EC; paciente; fármaco; lote/caducidad; nºkit; cantidad.
Cuando la concatenación de estos campos obtenida con la HDC a partir de la explotación de registros de cada aplicativo no coincide, la herramienta da un resultado negativo, ante el cual se procede a revisar los registros fallidos de ambos programas para detectar el origen de la discrepancia.

CIRCUITO Y ETAPAS

Registro de la preparación/dispensación de MEC en el AQT, por parte del técnico especialista (TE) de la UECSF, durante la dispensación o preparación.
Impresión diaria y transcripción de los registros de preparación/dispensación de MEC correspondientes a todos los tratamientos de EC al AGMEC, por parte del TE.
Explotación diaria por el TE de los registros de preparación/dispensación de MEC entrados en el AQT y AGMEC. Aplicación de la herramienta de CC y análisis de las discrepancias detectadas.
Corrección de los potenciales errores de registro en el AQT o AGMEC si aplicara tras el análisis.

IMPLANTACIÓN

Este CC se implanta en la UECSF en septiembre de 2020.

RESULTADOS

Resultados del CC diario realizado entre enero-abril 2021:
Se analizan 2908 pautas (tratamiento por paciente/día independientemente del nº fármacos/nº presentaciones), con un total de 4782 registros de preparación/dispensación (nº presentaciones de MEC utilizadas).
Al aplicar la herramienta de CC se detectan 45 errores (0.93% incidencia de error respecto al total de registros, media de 11.25 discrepancias/mes).
Tipo de errores detectados y corregidos: 11 errores (24%) de registro de nºkit, lote/caducidad o cantidad en el AQT;8 errores (18%) de transcripción nº kit, lote/caducidad o cantidad en AGMEC;8 errores (18%) de fecha de dispensación/preparación en la transcripción al AGMEC;13 errores (29%) dispensaciones/preparaciones no transcritas al AGMEC;5 errores (11%) dispensaciones/preparaciones transcritas al paciente erróneo en AGMEC.

LIMITACIONES

Los datos extraídos de los dos aplicativos tienen diferentes formatos, lo que obliga a adaptarlos antes del CC.
El registro manual de cualquier dato está sujeto a posibles errores y a diferencias interpersonales en la manera de registrar que dificulta la estandarización del análisis.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La herramienta desarrollada es adaptable a otros centros que quieran implementar un CC en la entrada de datos manual, permitiendo un análisis rápido de las discrepancias y aumentando la calidad de los datos.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

356. ESTUDIO MULTICÉNTRICO, OBSERVACIONAL Y PROSPECTIVO DE PACIENTES TRATADOS CON INHIBIDORES DE LA PCSK9. REAL-WORLD EVIDENCE. ANÁLISIS INTERMEDIO.

AUTORES
SEIJAS AMIGO J, GAYOSO REY M, MAURIZ MONTERO MJ, SUAREZ ARTIME P, CASAS MARTINEZ A, DOMIGUEZ GUERRA M, GONZALEZ FREIRE L, ESTANY GESTAL A
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE SANTIGO. C/TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS
El estudio observacional, multicéntrico y prospectivo para evaluar los cambios en la función cognitiva en pacientes tratados con inhibidores de la proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 (iPCSK9) (Estudio MEMOGAL) tiene como objetivo principal y a medio-largo plazo evaluar estos posibles cambios de la función cognitiva. El objetivo de este estudio preliminar es evaluar 1) Indicaciones de prescripción y análisis descriptivo de pacientes tratados con iPCSK9 durante la pandemia COVID-19; 2) Valorar la eficacia en reducción de colesterol-LDL (c-LDL) y diferencias entre Alirocumab y Evolocumab; 3) Reportar seguridad de los iPCSK9.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se trata de un análisis prospectivo con información de vida real (Real-World Evidence-RWE) de pacientes tratados por primera vez con iPCSK9 en las condiciones actuales de financiación en las consultas externas de Farmacia de 12 Hospitales del Sistema Sanitario Público (SNS) desde mayo 2020-mayo 2021. Se tomaron como valores basales de c-LDL los previos al inicio del tratamiento con iPCSK9 una vez firmado el consentimiento informado y como seguimiento los valores a los 6 meses. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 89 pacientes (edad media de 60,44 años; el 27% mujeres). El 25,8% presentaban hipercolesterolemia familiar, el 86,5% enfermedad cardiovascular y un 53,9% intolerancia a estatinas. El 20,2% presentaban diabetes y el 58,4% hipertensión. Un 78,8% de los pacientes recibía tratamiento con estatinas de alta intensidad, un 19,2% de intensidad media y un 1,9% de baja intensidad. Las estatinas más usadas fueron Rosuvastatina (34,1%) y Atorvastatina (20,5%). Un 62,9% estaban en tratamiento con Ezetimiba. El nivel basal de c-LDL fue 148,36 mg/dL y de 71,11 mg/dL al seguimiento (hasta 6 meses). 46 pacientes fueron tratados con Evolocumab (51,7%) y 43 con Alirocumab (49,3%). Los pacientes tratados con Alirocumab presentaban valores basales de 144,86 y de 73,30 al seguimiento y con Evolocumab de 151,63mg/dL basal y 69,26 mg/dL al seguimiento. La reducción de c-LDL fue de 51,14 %, siendo para Evolocumab 51,21% y Alirocumab 51,05%. El 43,1% presentaban a los 6 meses valores > 70mg/dL, el 19,4% entre 55 y 69 mg/dl y el 37,5% < 55 mg/dL. Los pacientes que obtuvieron una reducción > 50% de c-LDL fueron el 58,3%. Los eventos adversos presentados fueron: Reacción en el lugar de inyección (N=2), mialgias (N=1), síntomas pseudogripales (N=1) y deterioro neurocognitivo (N=1).

CONCLUSIONES
1) Más de la mitad de los pacientes tratados con iPSCK9 se debe a intolerancia a estatinas y en el 86% es en prevención secundaria; 2) Los pacientes tratados con iPCSK9 durante la pandemia presentan valores de reducción similares a los ensayos clínicos pivotales. A pesar de esto, un 39% no alcanzaron las recomendaciones de las guías ESC/EAS (< 55 mg/dL y/o reducción > 50%). No hubo diferencias significativas en la media de % de reducción de c-LDL entre Evolocumab y Alirocumab: 51,21% vs 51,05% (p=,972) ; 3) No se observaron eventos de especial interés con el uso de estos fármacos. El posible deterioro cognitivo será analizado como variable principal una vez completado el estudio MEMOGAL (NCT04319081).

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

479. HOJA DE RUTA DE LAS UNIDADES DE ENSAYOS CLÍNICOS DE FARMACIA HOSPITALARIA TRAS LA PANDEMIA

AUTORES
GONZÁLEZ PÉREZ C, GÓMEZ PÉREZ B, GOYACHE GOÑI MDP, FERRER ARTOLA AM, CARRETERO ABASCAL JM, LIZEAGA CUNDÍN G, MARTÍNEZ NIETO C, SUÑÉ MARTÍN P
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. C/ PROFESOR MARTÍN LAGOS S/N. MADRID

OBJETIVOS
En el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, el comité coordinador del Grupo de Ensayos Clínicos (EECC) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) estaba interesado en conocer la experiencia de las unidades de EECC de los Servicios de Farmacia (SF) durante la primera ola y sus nuevas necesidades para priorizar los retos a futuro como parte de su plan organizativo.
El objetivo de este estudio fue describir las nuevas medidas que los farmacéuticos hospitalarios de las unidades de EECC han adoptado durante la pandemia como práctica regular. Identificar cuáles de esos abordajes se mantendrán en el futuro.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se llevó a cabo una encuesta transversal descriptiva online entre los miembros adheridos al Grupo de EECC en octubre de 2020.
La encuesta se centró en el tamaño del hospital, número de ensayos abiertos gestionados por el SF, 20 propuestas de medidas llevadas a cabo durante la pandemia y cuáles de ellas han continuado y/o se mantendrán a futuro. Se incluyeron temas como la transformación digital, adaptación y flexibilización de procesos, adopción de nuevos roles o funciones y las

relaciones con otros profesionales de la salud o con los pacientes. Por último, se añadió un campo libre para aportaciones sobre otros abordajes no contemplados y observaciones.

RESULTADOS

Se completaron 23 encuestas. Los abordajes marcados por más del 50% de los encuestados fueron los siguientes:
Transformación digital: visitas de inicio remotas (96%), visitas de monitorización remotas (96%) y visitas de cierre remotas (70%), envío de registros electrónicos de medicación en investigación (MEI) o acceso remoto de monitores al programa de EECC (74%).
Flexibilidad de procesos: flexibilización de exigencias administrativas internas del Servicio de Farmacia (71%).
Funciones adquiridas: Reetiquetado de MEI por caducidad o etiquetado insuficiente (59%), asunción de nuevas responsabilidades no estrictamente farmacéuticas como aleatorización (53%).
Relaciones con otros profesionales de la salud o con los pacientes: envío directo de MEI a domicilio del paciente a través de transportista (73%), envío de MEI a domicilio del paciente a través del coordinador de ensayo (73%), comunicación con otros farmacéuticos de EECC para compartir experiencias o resolver dudas (64%) y mayor integración en el equipo investigador (55%).
Es interesante reseñar que ninguno de los encuestados realizó fabricación de MEI.
Los nuevos retos a mantener que obtuvieron mayor puntuación fueron: visitas telemáticas de alguno de los tipos indicados anteriormente (96%), envío de registros electrónicos de MEI o acceso remoto de monitores (77%), comunicación con otros farmacéuticos de las unidades de EECC (50%) y envío directo de MEI al domicilio de los pacientes (50%).

CONCLUSIONES

La adaptación de los SF a los nuevos tiempos pasa por actualizarnos en nuevas tecnologías en cuanto a formación y equipamiento, establecer redes profesionales sólidas para una comunicación efectiva y velar por el cumplimiento de todas las garantías éticas, legales y de Buena Práctica Clínica relacionadas con los nuevos retos en implementación.
Muchas gracias a los farmacéuticos que participaron en la encuesta.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

491. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA IMPLICACIÓN DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES

DEL VALLE MORENO P, NOSTI ALÉS L, VILLALBA MORENO ÁM, RUBIO BELLIDO M, ALONSO MORENO M, ALFARO LARA ER

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA MANUEL SIUROT S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Identificar y analizar las funciones asignadas al farmacéutico hospitalario (FH) en una Unidad de Ensayos Clínicos a lo largo del tiempo para valorar las variaciones en su implicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se identificaron los 35 ensayos clínicos activos más antiguos y los 35 más recientes abiertos en un Servicio de Farmacia, desde que se inició la Unidad de Ensayos Clínicos hasta la actualidad.
Se analizó la implicación del FH en la recepción, preparación y dispensación de muestras de investigación (MI), mediante la revisión de los procedimientos específicos a llevar a cabo por el FH en los estudios analizados, descritos en el programa Gestión Informatizada de Ensayos y Comités. Se recogieron y puntuaron las siguientes variables:
- Recepción:
o Manual (0 puntos), automatizado (1 punto).
o Con dispositivo de temperatura: no (0 puntos), sí (1punto).
- Preparación:
o Requiere: no (0 puntos); sí por enfermero (1 punto), sí por farmacéutico (2 puntos).
o Número de preparaciones por ciclo: 1 (0 puntos), más de 1 (1 punto).
o Enmascaramiento por FH (1 punto).
o Doble verificación por FH (1 punto).
o Revelado de ciego por FH (1 punto).
o Elaboración de hoja de preparación y etiquetas por FH (1 punto).
o Anotación de datos específicos por FH (1 punto).
- Dispensación:
o Tipo: en bloque (0 puntos), mediante study coordinator (SC) (1 punto), al paciente (2 puntos).
o Según asignación del tratamiento: no (0 puntos); sí por SC (1 punto), sí por FH (2 puntos).
o Verificación de la dispensación en sistema automatizado (1 punto).
o Número de fármacos dispensados por ciclo: 1 (0 puntos), más de 1(1 punto).
Finalmente, se obtuvo el sumatorio de puntos de cada bloque de ensayos y del global.

RESULTADOS

En cuanto al análisis de la implicación del FH en la recepción, la puntuación aumentó de 23 (ensayos más antiguos) a 27 (ensayos más recientes) por el tipo de recepción y de 4 a 13, por los envíos con dispositivos registro de temperaturas.
Respecto a la preparación, la puntuación aumentó en los ensayos recientes respecto a los antiguos por: necesidad de preparación (de 9 a 18), número de preparaciones (de 6 a 12), enmascaramiento (de 4 a 5), revelado de ciego (de 0 a

1), hojas de preparación y etiquetas (de 0 a 5), y anotación de datos específicos (de 2 a 6). Ambos grupos de ensayos obtuvieron 0 puntos relativos a la doble verificación.
Sobre la dispensación, la puntuación disminuyó en los ensayos recientes respecto a los antiguos por: tipo de dispensación (de 70 a 63) y por número de fármacos (de 29 a 26). La puntuación aumentó de 21 (ensayos más antiguos) a 31 (ensayos más recientes) por asignación de tratamiento y de 0 a 1, por confirmación del número de kits dispensados.
El aumento de puntuación global fue de 168 (ensayos más antiguos) a 207 (ensayos más recientes), con una diferencia total de 39 puntos.

CONCLUSIONES

La implicación del FH en los ensayos clínicos ha aumentado considerablemente a lo largo de los años. Destaca especialmente la mayor dedicación en tareas relativas a MI que requieren preparación. Las funciones de dispensación se mantienen similares, aunque con mayor complejidad ante la necesidad de asignación por parte del FH.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

547. IMPACTO ECONÓMICO DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTORES
RUIZ MILLO O, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVDA. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar la evidencia científica disponible sobre el impacto económico que supone la inclusión de pacientes en ensayos clínicos (EECC) realizados en centros sanitarios españoles en relación con características del estudio, población diana y coste evitado por EECC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos PubMed, DIALNET, Google Scholar, TESEO y Web of Science. Se incluyeron publicaciones que evaluaran el impacto económico en términos de coste ahorrado, evitado o incrementado por la inclusión de pacientes en EECC realizados en centros sanitarios españoles. No se restringió la fecha ni el idioma de publicación. Se excluyeron cartas al director, editoriales, noticias o comunicaciones tipo abstract. Se evaluó la calidad metodológica de las publicaciones siguiendo los criterios SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).
Se recogieron variables relacionadas con: 1) características del estudio: diseño, ámbito, número y tipo de EECC incluidos; 2) población diana: número de pacientes y patología de base; y 3) costes evaluados: tipo (directo/indirecto, evitado/incrementado y partida económica) y valor monetario (en euros) por paciente y estudio. A partir de los costes evitados obtenidos en cada uno de los estudios se calculó el coste total evitado en los centros sanitarios españoles.
Análisis estadístico (Microsoft Office Excel): variables cualitativas: frecuencias (%). Variables cuantitativas: mediana [rango].

RESULTADOS

De 1.404 publicaciones identificadas, se incluyeron 10 (ocho artículos científicos y dos tesis doctorales) que analizaban el impacto económico de los EECC desde la perspectiva del sistema sanitario español. Los estudios incluidos fueron publicados entre 2002 y 2019 con un nivel de evidencia 2+ y grado de recomendación C.
Todas las publicaciones incluidas fueron estudios descriptivos, observacionales, retrospectivos y unicéntricos realizados en hospitales españoles. Se evaluaron 237 EECC con una mediana de 11 [4-96] EECC por estudio, siendo el 92,4% (219/237) de los EECC promovidos por la industria farmacéutica.
Un total de 1.222 pacientes con una mediana de 74,5 [19-340] pacientes por publicación fueron incluidos. Cáncer de órgano sólido (4/10) y enfermedad reumatológica (2/10) fueron las patologías de base más frecuentes que presentaban los pacientes incluidos en los EECC.
El coste directo evitado fue el coste evaluado en todas las publicaciones, analizando el coste de medicación en 10/10 publicaciones y las pruebas complementarias y visitas médicas en 4/10 publicaciones. La mediana del coste evitado por paciente incluido en EECC fue de 9.473 [424-147.930] euros, siendo en pacientes con hemofilia (147.930 euros/paciente), artritis reumatoide (13.935 euros/paciente) y cáncer de mama (10.756 euros/paciente) donde se obtuvo un mayor coste evitado por paciente.
La mediana del coste evitado por estudio fue de 957.246 [36.027-2.813.590] euros. El coste total evitado por los EECC en los hospitales españoles, evidenciado en 9/10 publicaciones, fue de 11.145.606 euros.

CONCLUSIONES

La evidencia disponible sobre el impacto económico de los EECC en centros sanitarios españoles es limitada y presenta deficiencias metodológicas. La inclusión de pacientes en EECC supone un coste evitado de 9 mil quinientos euros por paciente, incrementándose hasta quince veces en pacientes con hemofilia. Esto refleja el impacto económico positivo de los EECC en el sistema sanitario español.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

590. ANALISIS DE LA MEDICACION CONCOMITANTE EN ENSAYOS CLINICOS: INTERACCIONES FARMACOLOGICAS Y EL PAPEL DEL FARMACEUTICO

AUTORES
SOTO BASELGA I, HERNÁNDEZ GARRIDO S, CALVO ALLER E, MAÑES SEVILLA M, SOLLANO SANCHO I, SOLIS OLIVARES J, MORIEL SANCHEZ C, DÍEZ MARTÍNEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. C/ RÍO JUCAR, S/N. MADRID

OBJETIVOS
Analizar la medicación concomitante de los pacientes candidatos a participar en un ensayo clínico oncohematológico de Fase I, detectando las posibles interacciones farmacológicas que puedan existir con los fármacos en investigación y la actuación frente a ellas.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo retrospectivo llevado a cabo en una Unidad de Ensayos Clínicos Fase I durante los meses de octubre 2020 a marzo 2021. Las fuentes de información utilizadas fueron la historia clínica electrónica y los protocolos específicos de cada Ensayo Clínico. Se analizaron: variables demográficas de los pacientes; número y tipo de principios activos que tomaba durante el periodo de screening, presencia y tipo de interacciones e intervenciones farmacéuticas requeridas.

RESULTADOS
Se analizaron 155 pacientes (56,13% mujeres), con una mediana de edad de 62 años (p25:53; p75:70). La mediana de principios activos que tomaba cada paciente era de 6 (p25:3; p75:8). El 20,14% eran fármacos analgésicos (incluyendo en este grupo los opioides), el 12,19% suplementos vitamínicos y minerales (Vitamina D, C, Zinc, Calcio, entre otros), el 10,64% protectores del sistema cardiovascular (antihipertensivos, diuréticos y de tipo hipolipemiante), el 8,88% protectores de estómago (Inhibidores de la bomba de protones, anti-H2, y antiácidos), el 6,30% psicótropos, el 4,24% productos de herbolario y el 3,92% anticoagulantes o antiagregantes, entre otros principios activos analizados.
El 29,68% de los pacientes presentaron algún tipo de interacción, que requirió una intervención farmacéutica de recomendación de suspensión (75,71%) o monitorización (24,28%). El 35% de estas interacciones se produjeron con las terapias de herbolario o suplementos (por desconocimiento de actuación sobre la enfermedad o sobre el fármaco en investigación) siendo recomendado en todas ellas la suspensión, el 24,29% de las interacciones tuvieron causa metabólica a nivel del citocromo (inductores, inhibidores y sustratos), el 11,43% de los principios activos presentaron riesgo de prolongar el intervalo QT, el 7,14% de las intervenciones se produjeron por asociarlos a riesgo de convulsiones y el 4,28% por la prohibición expresa de corticoides en el protocolo del ensayo.

CONCLUSIONES
La medicación más utilizada por los pacientes oncohematológicos que participan en un ensayo clínico fase I es la analgésica, siendo un porcentaje no muy elevado, esto refleja que los pacientes oncohematológicos en fases 1 están muy seleccionados por los criterios de selección para que sean pacientes que tengan buen estado general, presentando pocos o ningún síntoma. Un llamativo número de pacientes presentaron interacciones que requirieron de una intervención farmacéutica, siendo la más frecuente la suspensión de la medicación habitual (la mayoría se trataron de terapias de herbolario y suplementos). El papel del farmacéutico es clave para garantizar un adecuado cumplimiento del protocolo en investigación.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

594. TENDENCIAS EN LOS FARMACOS ONCO-HEMATOLOGICOS EN INVESTIGACIÓN.

AUTORES
SOTO BASELGA I, HERNÁNDEZ GARRIDO S, CALVO ALLER E, MAÑES SEVILLA M, MORONA MINGUEZ I, SOLIS OLIVARES J, MORIEL SÁNCHEZ C, DÍEZ MARTÍNEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. C/ RÍO JUCAR, S/N. MADRID

OBJETIVOS
Analizar los pacientes oncohematológicos candidatos a participar en un ensayo clínico fase I, así como los diferentes tipos de terapias a recibir.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo retrospectivo llevado a cabo en una Unidad de Ensayos Clínicos Fase I que incluyó a pacientes en periodo de screening candidatos a recibir fármacos en investigación durante los meses de octubre 2020 a marzo 2021. Las fuentes de información utilizadas fueron la historia clínica electrónica y los protocolos específicos de cada Ensayo Clínico. Se analizaron: las variables demográficas, el estado general del paciente según Performace Status (PS), la localización del tumor y el tipo de fármaco (mecanismo de acción y vía de administración).

RESULTADOS
Se analizaron 155 pacientes candidatos a recibir tratamiento en investigación fase I, 56,13% mujeres y 43,87% varones, con una mediana de edad de 62 años (p25:53; p75:70). La mayoría (52,90%) presentaron PS de 0, seguido de PS de 1 (38,06%). El tipo de cáncer más frecuente fue el de mama (23,87%), seguido del cáncer de pulmón (16,77%), cáncer ginecológico (ovario, cérvix, endometrio o útero; 9,03%) y cáncer colorrectal (8,39%).
El 59,35% de los pacientes eran candidatos a recibir un tratamiento que incluyera algún fármaco inmunoterápico, ya fuera en monoterapia (63,04%) o en combinación, siendo dos o más fármacos inmunoterápicos (19,57%), una combinación de inmunoterapia con quimioterapia y/o terapia dirigida (13,04%) o con virus oncolíticos (4,35%).
El 30,32 % de los pacientes eran candidatos a recibir algún fármaco de terapia dirigida, ya fuera en monoterapia (40,43%), en combinación con terapia hormonal (23,40%), con otras terapias dirigidas (19,15%), con inmunoterapia (12,77%) o con quimioterapia (4,26%).
El 15,48% de los pacientes fueron candidatos a recibir tratamiento quimioterápico, ya fuera en monoterapia (38,46%), en combinación con terapia dirigida o inmunoterapia (38,46%), con Car T cells (15,38%) siendo en este caso utilizada para la linfodeplección, o con virus oncolítico (7,70%).
El 9,03% de los pacientes fueron candidatos a recibir terapia hormonal, en combinación con terapia dirigida (78,57%) o en monoterapia (21,43%).

El 3,87% fueron candidatos a recibir tratamiento con virus oncolítico, combinado con inmunoterapia (66,66%) o con quimioterapia (33,33%).
El 1,93 % fueron candidatos a tratamiento con un fármaco de medicina nuclear.
El 69,02% de los fármacos presentaron administración por vía intravenosa, el 25% eran administración oral y el 5,98% intratumoral. El 18,71% de los pacientes fueron candidatos a la administración de diferentes fármacos por distintas vías.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes que son candidatos a en un ensayo clínico fase I son mujeres, sexagenarias, con buen estado general, siendo el tumor más frecuente el de mama. La tendencia en investigación evoluciona hacia los fármacos inmunoterápicos, administrados mayoritariamente en monoterapia, siendo esto un cambio brusco con respecto a las últimas décadas en investigación en las que la quimioterapia ocupaba un papel principal. No obstante, el desarrollo de terapias dirigidas, terapias hormonales o quimioterápicos sigue avanzando. La vía predominante sigue siendo la vía intravenosa, no dejando atrás la vía oral. Estos datos, son un reflejo de los futuros tratamientos que formarán parte de la práctica clínica habitual.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

658. IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS EN FASES TEMPRANAS

AUTORES

VALLE DÍAZ DE LA GUARDIA AM, SADYRBAEVA DOLGOVA S, SÁNCHEZ SUÁREZ MDM, JIMÉNEZ MEGÍAS M, JIMÉNEZ MORALES A, HIDALGO TENORIO C
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. AVDA FUERZAS ARMADAS S/N. GRANADA

OBJETIVOS

Renovar la actual Unidad de Ensayos Clínicos del hospital y ampliar sus instalaciones y sus capacidades para poner en marcha una Unidad de Ensayos Clínicos en Fases Tempranas(UEECCFT) que se constituya como referente en Andalucía Oriental.

MEJORAS ESPERADAS

Proporcionar desde el área de Farmacia de la UEECCFT una atención de calidad,personalizada y eficiente en materia de ensayos clínicos(EECC) a todos los facultativos que lo deseen.

DISEÑO

Las instalaciones se han diseñado conforme al Manual de Estándares de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía,unos requisitos técnicos-sanitarios que se deben cumplir para garantizar la seguridad,confidencialidad y el bienestar de los sujetos participantes en un EECC. Incluyen: 5 despachos a disposición de los investigadores y sus equipos para visitas de monitorización,una sala de juntas para reuniones de interés,dos consultas médicas completamente equipadas para atención médica a sujetos incluidos en EECC,un hospital de día para extracción de sangre y administración del fármaco en investigación,una sala de descanso y 5 habitaciones para aquellos EECC en fases tempranas que requieran ingreso hospitalario del sujeto.Respecto al área de Farmacia,en ella se incluyen la parte administrativa,la sala de conservación del producto en investigación y una sala de procesado de muestras,con una centrífuga y una cabina de flujo laminar.Cuenta con un administrativo,una supervisora,dos farmacéuticas,dos enfermeros y un médico que figura como el responsable de la Unidad.

CIRCUITO Y ETAPAS

El farmacéutico es el responsable de la recepción, custodia y dispensación del producto en investigación.Esta dispensación se hará directamente o necesitará de la preparación previa según instrucciones definidas del protocolo.
En el caso de EECC con participación de enfermeros de la Unidad,la dispensación y las indicaciones de administración irán dirigidas a este equipo.En cuanto a la atención del paciente ingresado (tanto en régimen ambulatorio como en habitación),el equipo médico de la Unidad será el responsable.Para disponer de cualquier instalación se requiere reserva previa mediante una página web habilitada para este fin. Etapas:Designación de los responsables de la UEECCFT,planificación de la ubicación de cada área,traslado de los equipos de refrigeración ya existentes,instalación de nuevos frigoríficos y de la cabina de flujo laminar,montaje de las habitaciones,despachos y hospital de día,calibración de todos los aparatos y dispositivos y,por último,traslado e identificación de los productos en investigación de cada EECC.

IMPLANTACIÓN

La inauguración de la UEECCFT tuvo lugar en Febrero de 2021.Para otorgarle difusión,se programaron visitas guiadas para todos los Servicios Médicos del hospital. Asimismo,se publicó la noticia en la página web del centro y se distribuyó un dossier informativo a todo el personal.

RESULTADOS

Actualmente hay 104 ensayos clínicos activos (27 de Fase II y 1 de Fase I) gestionándose en la Unidad.De ellos,15 se han iniciado en los tres meses después de la inauguración.El farmacéutico participa en todos,realizando además funciones de elaboración y/o procesado de muestras en 25 de ellos.El hospital de día se está utilizando dos veces en semana.

LIMITACIONES

En esta UEECCFT el farmacéutico no está presente en turnos de tarde y noche.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Esta Unidad puede servir de referencia a la hora de establecer circuitos y procedimientos en otros hospitales interesados en implantar una Unidad de EECC Fases Tempranas

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

728. PERFIL DE SEGURIDAD ASOCIADO AL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA UROTELIAL Y RENAL DE CÉLULAS CLARAS EN EL ENTORNO DE ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES
ARDERIU FORMENTÍ A, RIO NO L, CONDE-ESTEVEZ D, NAVARRETE-ROUCO ME, GARCIA MARTINEZ C, TEJERO MUÑOZ AB, FERRANDEZ QUIRANTE O, ESPONA QUER M
HOSPITAL DEL MAR. PASSEIG MARÍTIM 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS
El tratamiento convencional del carcinoma urotelial (CU) y renal de células claras (CRCC) se basa tradicionalmente en la quimioterapia (QT). Las nuevas terapias dirigidas, inmunoterapia (INM) y antiangiogénicos (A), están revolucionando el panorama terapéutico de estas patologías.
El objetivo fue evaluar la seguridad de las terapias utilizadas en los ensayos clínicos (EC) con indicación para CU y CRCC. Actualmente, existen 2.437 ensayos registrados en clinicaltrials.gov para estas indicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo en un hospital universitario de tercer nivel. Se revisaron los EC de CU y CRCC correspondientes al periodo enero 2016-abril 2021.
Datos recogidos:
-EC: número y tipo de EC (aleatorizado/paralelo/una rama/abierto), estado (activo/cerrado), fase.
-Pacientes: número pacientes incluidos, demográficos, diagnóstico (CU/CRCC), Patient's Score (PS).
-Terapia: Inmunoterapia (INM), Quimioterapia (QT), Antiangiogénicos (A), Inmunoterapia-Quimioterapia (INM-QT), Inmunoterapia-Inmunoterapia (INM-INM), Inmunoterapia-Antiangiogénicos (INM-A).
-Efectos adversos (EA): tipo y grado (G) (según CTCAE), EA por terapia, discontinuación por EA.
Estadística: Datos cuantitativos expresados como mediana (rango intercuartil (RIQ)). Análisis univariado por Chi cuadrado.

RESULTADOS
Se analizaron 12 EC multicéntricos, nueve (75%) activos. Nueve (75%) aleatorizados y paralelos y 3(25%) de una rama. Once (91,7%) abiertos. Un total de 5(41,7%) son fase 3, 4(33,3%) fase 2, 1(8,3%) fase 1, 1(8,3%) fase 1b-2 y 1(8,3%) fase 2-3.
Se incluyeron 46 pacientes, mediana de 3,5 [RIQ:4] por EC. Veintiocho (60,9%) eran hombres y la edad mediana fue 71 [RIQ:20,3]. Un total de 28(60,9%) pacientes recibieron el diagnóstico de CU y 18(39,1%) de CRCC. El PS de los pacientes en el screening inicial fue 0 en 29(63,0%) pacientes, 1 en 14(30,4%) y 2 en 3(6,5%) de ellos.
Cinco pacientes (10,9%) se trataron con INM, 9(19,6%) con QT, 8(17,4%) con A, 7(15,2%) con INM-QT, 10(21,7%) con INM-INM y 7(15,2%) con INM-A.
Un total de 26(56,5%) pacientes experimentó algún EA: fatiga: 26(56,5%) (25(96,2%) G1 y 1(3,8%) G2); hiporexia G1: 13(28,3%); diarrea: 11(23,9%) (8(72,7%) G1 y 3(23,9%) G2); toxicidad cutánea: 11(23,9%) (6(54,5%) G1 y 5(45,5%) G2); disgeusia G1: 4(8,7%); prurito G1: 3(6,5%); hipotiroidismo subclínico G1: 3(6,5%) y artralgias G1: 2(4,3%).
EA reportados por terapia: 1 en INM (2,2%), 6 en QT (13,0%), 6 en A (13,0%), 6 en INM-QT (13,0%), 2 en INM-INM (4,3%) y 5 en INM-A (10,9%). Se han observado diferencias estadísticamente significativas en QT, A e INM-QT respecto al resto de tratamientos ($p=0,029$). Sin embargo, no se observaron diferencias cuando se comparan estos tres grupos entre sí ($p > 0,05$).
Un total de 4(8,7%) pacientes interrumpieron el tratamiento de EC debido a presentar algún EA: anemia hemolítica G3 (n=1), tromboembolismo pulmonar G3 (n=1), reacción infusional G1 (n=1) y calcinosis cutánea G1 e hiperfosfatemia (no gradificada) (n=1).

CONCLUSIONES
-La tasa de EA asociada a nuevas terapias, como el tratamiento con antiangiogénicos, fue similar al manejo tradicional con quimioterapia.
-Aproximadamente el 60% de los pacientes experimentaron algún EA G1-G2. Sin embargo, menos del 9% tuvo que interrumpir la medicación de EC.
-La inmunoterapia se asoció al mejor perfil de seguridad frente al resto de opciones terapéuticas. Deberán efectuarse más estudios para poder extraer conclusiones adicionales.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

810. PROCESO DE GESTIÓN DE ENSAYOS CLINICOS COVID19 DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

AUTORES
IZQUIERDO GARCIA E, SUCH DIAZ A, LAZARO CEBAS A, HORTAL SOBLECHERO AM, TEJEDOR PRADO P, ESTEBAN CASADO S, MONTERO PASTOR B, ESCOBAR RODRIGUEZ I
HOSPITAL INFANTA LEONOR. AV GRAN VÍA DEL ESTE, 80,. MADRID

OBJETIVOS
Implantación de un proceso de gestión multidisciplinar de ensayos clínicos para la infección COVID19 (EC-COVID19) durante la pandemia por SARS-CoV-2 en paciente ingresado y ambulatorio en un hospital de segundo nivel de menos de 500 camas.

MEJORAS ESPERADAS
1. Minimización de errores en el circuito de prescripción-validación-elaboración-dispensación-administración de medicamentos de EC-COVID19.
2. Optimización de los recursos humanos limitados en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2.

DISEÑO
Diseño e implementación de un circuito de prescripción-validación-elaboración-dispensación-administración de medicamentos de EC-COVID19 debido a la estrategia del hospital de tratar a estos pacientes en el marco de ensayos clínicos.

CIRCUITO Y ETAPAS
• Creación de un grupo multidisciplinar: médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y gestor de datos. Definición del procedimiento y responsabilidades en las distintas fases del proceso.
• Asignación de un farmacéutico de referencia para cada EC-COVID19.
• Creación de las líneas de prescripción de los fármacos o fármacos/placebos en el programa de prescripción electrónica.
• Check-list para cada EC-COVID19 (revisión de criterios de inclusión/exclusión, revisión de parámetros clínicos y analíticos, etc.), registro de interacciones en el programa de prescripción electrónica.
• Creación de protocolos en el programa de elaboración de mezclas de farmacia para medicamentos intravenosos. Creación de fichas de elaboración para los fármacos que requieran reacondicionamiento (re-envasado, jeringa oral precargada, etc)
• Selección del fármaco aleatorizado y registro, identificación con etiqueta de paciente junto con la leyenda: “medicación de EC-COVID19”. Almacenamiento en sitio específico designado para EC-COVID 19.
• Coordinación y administración de determinados ensayos por personal de enfermería especializado. Instrucciones de administración en la historia clínica.

IMPLANTACIÓN
Se difundió el circuito entre los facultativos implicados en la prescripción de EC-COVID19, personal de enfermería y farmacéuticos especialistas en una sesión informativa. Se armonizó dicho circuito para todos los EC-COVID19 activos durante la pandemia.

RESULTADOS
Desde marzo de 2020 hasta abril de 2021 se incluyeron 288 pacientes en 18 EC-COVID19 (6 de fase II, 2 fase II/III y 8 fase III, 39% doble ciego). El 17% de ellos incluían pacientes con SpO2 > 94% en el momento de la inclusión, el 72% con saturación de oxígeno basal (SpO2) < 94% y para el 11% únicamente era necesaria PCR positiva para SARCoV-2. La mayoría tenía como criterio de inclusión la necesidad de ingreso hospitalario (78%), 6% no limitaban el ámbito asistencial (ingresados, ambulantes) y en el 17% se incluían únicamente pacientes sin criterio de ingreso.
Según su mecanismo de acción el 50% utilizaban fármacos antivirales, 28% antinflamatorios, 11% inmunomoduladores y 11% anticoagulantes. Según la vía de administración el 50% incluían fármacos por vía oral, 28% intravenosa, 6% subcutánea, 6% intramuscular, 6% intravenoso/oral/subcutáneo y 6% oral/subcutáneo. El número de mezclas intravenosas elaboradas en el Servicio de Farmacia (SF) en cabina de flujo laminar horizontal fue de 167, se re-envasaron 112 líquidos orales, 960 comprimidos/cápsulas y se reacondicionaron 19 kits de fármacos. El número total de dispensaciones fue de 581.

LIMITACIONES
No se dispone de un programa informático de gestión de ensayos clínicos en el SF.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Aplicable a otros hospitales con prescripción electrónica sin personal sanitario específico designado para la gestión de EC.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

1127. EXPERIENCIA DE LA INTEGRACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA EN UN EQUIPO MULTI-DISCIPLINAR DE VALORACIÓN DE NUEVOS ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES
MUNNÉ GARCIA M, GASSÓ MASANA M, LÓPEZ SISAMON D, PÉREZ QUIRÓS MA, FERNÁNDEZ NÚÑEZ O, LAYOS ROMERO L, ORIOL ROCAFIGUERA A, IBÁÑEZ COLLADO C
INSTITUT CATALÀ D’ONCOLOGIA. CRTA. DE CANYET, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS
La complejidad creciente de los ensayos clínicos (EC) supone un reto continuo para las diferentes áreas del hospital implicadas en investigación. Los aspectos organizativos se relacionan con un elevado número de incidencias que pueden provocar retrasos en la apertura y desarrollo de los EC. A continuación, se describe la integración y actividad del farmacéutico especialista en un comité multidisciplinar, que evalúa desde un punto de vista organizativo y de viabilidad los proyectos de investigación oncohematológicos, antes de pasar por el Comité de Ética de Investigación con medicamentos (CEIm) correspondiente.

MATERIALES Y MÉTODOS
El comité se creó en el 2015 y está formado por los servicios clínicos de oncología, oncoradioterapia y hematología, enfermería, farmacia, gestión administrativa y económica de EC y dirección, con reuniones semanales. Se revisa el protocolo, manual de farmacia y laboratorio, necesidad de procesamiento de muestras, marcadores, hospitalización, memoria económica y cualquier aspecto organizativo con servicios colaboradores.
Desde la perspectiva farmacéutica se evalúan los fármacos implicados, brazo comparador con indicación/financiación aprobada y si es aportado/reembolsado por el promotor, otros fármacos auxiliares (premedicación, profilaxis o manejo de toxicidades), aspectos de la preparación y material fungible a utilizar, condiciones de estabilidad y/o necesidad de coordinación con otras áreas del hospital o recursos adicionales. En definitiva, la complejidad de los EC. El documento de idoneidad se facilita una vez aprobado el estudio.

Se presentan los datos de un análisis transversal del año 2020 de los proyectos de investigación evaluados en un hospital terciario. Se indica el tipo de estudio y patología, y las incidencias detectadas. Se comparan los tiempos hasta apertura del EC 2019-2020.

RESULTADOS

En el año 2020 el centro tenía 416 EC abiertos. Se evaluaron en el comité 148 proyectos de investigación, 75,0% (111) fueron EC y 25,0% (37) estudios observacionales. Sólo se rechazó 1 EC por no tener aprobado el estudio previo necesario. El 60,8% (90/148) de los estudios fueron de oncología.
Los tipos de estudios predominantes fueron fase III 37,8% (42/111), fase II 35,1% (39/111) y un 24,3% (27/111) fueron fase I. Las patologías predominantes fueron pulmón 18,0% (20/111), mieloma múltiple 12,6% (14/111), mama 9,9% (11/111), linfomas 6,3% (7/111) y un 9,0% (10/111) fueron pluripatología.
Se detectaron 46 incidencias a nivel de fármacos, clasificándose en 5 tipos: fármacos auxiliares no aportados 32,6% (15/46), fármaco para combinar con el experimental y/o brazo control estándar no aportado 19,6% (9/46), material fungible específico 21,7% (10/46), uso de sistemas cerrados no permitido 17,4% (8/46), brazo control sin indicación/ financiación y no aportado 8,7% (4/46).
La mediana de tiempo entre CEIm y visita de inicio en 2020 fue 220 días (80-369) y en 2019 fue 279 días (98-376).

CONCLUSIONES

La creación de este comité ha permitido mejorar la organización interna anticipando y resolviendo problemas, considerando las características y complejidad, y conociendo con antelación los proyectos de investigación del centro. La integración del farmacéutico favoreció realizar con antelación este análisis, contribuyendo a reducir los tiempos hasta la apertura del EC. La satisfacción del equipo de investigación es elevada. Este modelo es aplicable a cualquier tipo de EC.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

1309. SITUACIÓN ACTUAL DE LA FACTURACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA PARA LA GESTIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS.

AUTORES

MARTINEZ NIETO C, SUÑE MARTIN P, GOMEZ PEREZ B, CAPDEVILLA BASTÓN F, FERRER ARTOLA AM, GONZALEZ PEREZ C, MULLERA M, LIZEAGA CUNDIN G
HOSPITAL U. DE LA PRINCESA. DIEGO DE LEON 62. MADRID

OBJETIVOS

Conocer la situación actual de la facturación de las actividades de los Servicios de Farmacia (SF) para la gestión de ensayos clínicos (EC) así como recoger la opinión de los farmacéuticos de EC acerca de los aspectos más relevantes de cara a elaborar unas recomendaciones de criterios de tarifación para los SF.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó una encuesta con las cuestiones más relevantes para conocer los criterios de tarifación de las actividades de los SF en EC, utilizando la plataforma de formularios Google®. Las variables fueron: características y nº de camas del hospital, existencia o no de pagos a farmacias y forma en que estos se vehiculizan, así como criterios de tarifación y forma de cuantificación de las tarifas. Se preguntó además acerca de la opinión de los encuestados sobre cuales serían las actividades susceptibles de tarifación.
La encuesta se envió a través de correo interno a los adheridos al Grupo de Trabajo de EC-SEFH (Ensayos Clínicos de la sociedad Española de Farmacia Hospitalaria) durante los meses de marzo-mayo 2021. Los datos se exportaron y trataron con Microsoft Excel®.

RESULTADOS

Contestaron a la encuesta 47 hospitales, 44 públicos (94 %). Respecto al número de camas, 5 (11%) hospitales tenían menos de 200 , 13 (28%) entre 200-500, 18 (38%) entre 500-1000, y 11 (23%) más de 1000.
Doce hospitales (25%) no cobran por actividades en la gestión EC. Para el resto, en 13 (37%) la Fundación cobra y gestiona los pagos; en 21(57%) cobra la Fundación y lo gestiona el SF, y en un hospital factura el SF directamente. Doce (34%) aplican un porcentaje fijo, 9 (26%) un porcentaje variable, 3 (8%) facturan por actividades concretas independientemente del número de pacientes y 11 (31%) tienen un sistema de facturación mixto (fijo y variable). El porcentaje fijo varía entre 2-10% y se aplica sobre el presupuesto asignado al investigador (23%) o sobre el presupuesto total (11%) . El porcentaje variable oscila entre 2-20% dependiendo de nº pacientes, complejidad, y actividades de randomización, elaboración y conservación.
Recepción, custodia, dispensación, elaboración, etiquetado, enmascaramiento, destrucción, contabilidad y visitas de monitorización, son las actividades más mencionadas como susceptibles de tarifar. Un hospital propuso como punto de partida, un sistema de ponderación basado en las (URV)unidades relativas de valor. El 81% de los encuestados estarían interesados en participar en un grupo de trabajo acerca del tema.

CONCLUSIONES

Los datos de encuesta muestran que aunque la facturación se realiza mayoritariamente a través de las fundaciones, existe gran variabilidad entre los SF, en cuanto a criterios y porcentajes aplicados. Las sugerencias pueden constituir un instrumento complementario para detectar oportunidades de mejora. La elección mayoritaria de trabajar para la construcción de unas tarifas, proporciona al Grupo una base sólida para desarrollar recomendaciones que puedan ser extrapolables a otros SF.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACO-ECONOMÍA

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

44. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y COSTE DE LOS INHIBIDORES DE PCSK9

AUTORES
CORNEJO UIXEDA S, MARTINEZ PASCUAL MJ
HOSPITAL GENERAL DE ONTINYENT. AVINGUDA DE FRANCISCO CERDÀ, 3. VALENCIA

OBJETIVOS
Evaluar la efectividad, seguridad y coste de los inhibidores de PCSK9 en la práctica clínica de un hospital comarcal.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo de todos los pacientes que han estado en tratamiento con anti-PCSK9 desde su inclusión en guía en Septiembre 2016 hasta marzo 2021. Las variables epidemiológicas fueron: sexo, edad al inicio del tratamiento e indicación. Variables de tratamiento: fármaco empleado, dosis, tiempo de tratamiento, tratamiento concomitante, cambio de dosis. Variables de efectividad: valores de colesterol total, LDL, HDL inicial y a las 12 y 52 semanas y el porcentaje de variación respecto a los valores iniciales, porcentaje de pacientes fuera del objetivo terapéutico a las 52 semanas y eventos cardiovasculares una vez iniciado el tratamiento. Variable de seguridad: efectos adversos reportados. Coste global de tratamiento.

RESULTADOS
Se incluyeron 45 pacientes, 28 hombres (76%). Mediana de edad 60 años (rango 39-76).
24 pacientes estuvieron en tratamiento con evolocumab, 23 con alirocumab. 2 pacientes iniciaron tratamiento con Alirocumab y a los 3 meses cambiaron a evolocumab.
Las indicaciones del tratamiento fueron las siguientes: intolerancia o contraindicación a estatinas 22 pacientes (49%), hipercolesterolemia familiar heterocigota 2 (5%), prevención secundaria por enfermedad cardiovascular establecida 21 (46%). 24 pacientes tomaban tratamiento concomitante para el colesterol (estatinas 30%, ezetimiba 5%, y combinación de estatinas con ezetimiba o fibratos 22%).
De los pacientes tratados con alirocumab, 3 aumentaron la dosis durante el tratamiento. Tanto los cambios de dosis como de tratamiento se produjeron por falta de eficacia.
La media de valores previos al inicio del tratamiento fueron: LDLc: 146mg/dl, colesterol total 222mg/dl, HDL 48mg/dl. Los porcentajes de reducción de cLDL fueron: con evolocumab a la semana 12: 45%, a la semana 52: 54% respecto a la inicial. Con alirocumab: a la semana 12: 59% y a la 52: 45%.
En cuanto al colesterol total, con evolocumab a la semana 12 se redujo un 27%, y a la 52 un 35%. Con alirocumab, en la semana 12: 35% y en la 52: 33%.
El HDL con evolocumab a la semana 12 aumentó un 3%, y en la semana 52 se redujo un 2%. Con alirocumab en la semana 12 aumentó un 12% y en la 52 un 3%.
Un 15% de los pacientes discontinuaron el tratamiento por falta de eficacia. De los pacientes que continúan en tratamiento, el 16% (3 con cada fármaco), no cumple el objetivo terapéutico tras 52 semanas de tratamiento.
Durante el tratamiento, un paciente desarrolló un ictus y dos tienen anginas de esfuerzo de repetición. Aun así, el tratamiento se ha continuado.
Únicamente se retiró un tratamiento con evolocumab por mialgias.
El tiempo de tratamiento medio fue de 32 meses con evolocumab y 35 meses con alirocumab. Lo que ha supuesto un coste medio de 770.000€ en esta patología a lo largo del período de estudio.

CONCLUSIONES
Los IPCSK-9 iniciados fueron efectivos y seguros en la mayoría de pacientes, alcanzando el objetivo de tratamiento en el 84% de pacientes. No obstante, se debe seguir estudiando los efectos a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

88. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE SOFOSBUVIR/VELPATASVIR FRENTE A GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICO

AUTORES
HERNÁNDEZ PARADA J, MARTÍNEZ PUIG P, NIEVAS BAÑOS AB, RUIZ LARA LM, MANCILLA MONTERO E
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AV. MENÉNDEZ PIDAL, S/N. CORDOBA

OBJETIVOS
La infección por hepatitis C (VHC) crónica es la causa más común de enfermedad hepática crónica, cirrosis y hepatocarcinoma, así como la causa más común de trasplante hepático. Con la llegada de los nuevos antivirales de acción directa (AAD), en especial con las nuevas moléculas pangenotípicas sofosbuvir/velpatasvir (SOF/VEL) y glecaprevir/pibrentasvir (GLE/PIB), se abre un escenario de terapia más segura y eficaz pero más costosa frente a VHC. El objetivo de este trabajo fue realizar un análisis coste-efectividad de una estrategia basada en SOF/VEL frente a otra basada en GLE/PIB, seguidas ambas de sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir (SOF/VEL/VOX) en caso de retratamiento, en pacientes con infección por VHC crónica y desde el punto de vista del Sistema Nacional de Salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se construyó un árbol de decisión combinado con un modelo de Markov para proyectar los resultados en salud, medidos en años de vida ganada ajustada a calidad (AVAC), y costes totales. Los parámetros del modelo fueron extraídos de los ensayos clínicos pivotales y de la literatura. El modelo se ejecutó en ciclos anuales, reflejando el paso por los diferentes estados de salud de un paciente con VHC crónico desde el fin de la terapia hasta el final de su vida. Se compararon dos cohortes de 20.000 pacientes cada una en función de si eran tratados con SOF/VEL o GLE/PIB y estratificando por grado de fibrosis (F1, F2, F3 o F4 en la escala METAVIR). La edad de inicio fue de 49 años y el horizonte temporal fue el de toda la vida de los pacientes. La simulación del modelo se realizó con el software de programación R y el paquete "heemod".

RESULTADOS

El tratamiento con GLE/PIB demostró resultados en salud comparables a los de SOF/VEL tanto para los pacientes no cirróticos como para los cirróticos presentando tasas de respuesta viral sostenida (RVS) idénticas en pacientes no cirróticos (97.36%) y muy similares para los pacientes cirróticos (98.67% vs 96.17%). Dado su menor coste, el ahorro medio por escoger GLE/PIB frente a SOF/VEL fue de 6.883,7€ por paciente. El ratio coste-efectividad incremental se situó muy por encima del umbral 20.000 €/AVAC.

CONCLUSIONES

La terapia en primera línea con GLE/PIB para el tratamiento de la infección por VHC crónico, seguido de SOF/VEL/VOX en caso de retratamiento, presenta resultados comparables a los de SOF/VEL seguido de SOF/VEL/VOX tanto para los pacientes no cirróticos como para los cirróticos. Atendiendo al coste de los esquemas terapéuticos, podemos concluir que GLE/PIB resulta ser una alternativa mucho más coste eficiente que SOF/VEL.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

130. ESTUDIO DE IMPACTO ECONÓMICO Y MINIMIZACIÓN DE COSTES SOBRE TRES ESCENARIOS DE DOSIFICACIÓN DE NIVOLUMAB Y PEMBROLIZUMAB

AUTORES

MAS MALAGARRIGA N, RIBA SOLÉ M, GARIN ESCRIVÀ N, MEDINA CATALÁN D, MORENO MARTINEZ ME
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CTRA. SAN QUINTI, 89. BARCELONA

OBJETIVOS

Nivolumab y pembrolizumab son fármacos anti-PD1 utilizados en diversas indicaciones, cuya posología en ficha técnica ha cambiado en los últimos años. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto económico potencial de la dosificación fija (DF), la dosificación por peso (DPP) y la dosificación por peso con un límite máximo de dosis (DPP-L) de nivolumab y pembrolizumab en monoterapia y realizar un análisis de minimización de costes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de evaluación de impacto económico y minimización de costes. Para realizar el estudio se utilizaron los datos de pacientes oncológicos y hematológicos tratados en nuestro centro con pembrolizumab o nivolumab en monoterapia durante el año 2020. Se recogieron datos de edad, peso e indicación de ambos fármacos.
Se calcularon y compararon los costes farmacológicos derivados de dosificar ambos fármacos en tres escenarios potenciales distintos: DF (nivolumab 240mg/2semanas, nivolumab 480mg/4semanas, pembrolizumab 200mg/3semanas, pembrolizumab 400mg/6semanas), DPP (nivolumab 3mg/kg/2semanas, nivolumab 6mg/kg/4semanas, pembrolizumab 2mg/kg/3semanas, pembrolizumab 4mg/kg/6semanas) y DPP-L. En la DPP-L se calculó la dosis por peso hasta una dosis máxima que fue la dosis fija para cada fármaco. Para nivolumab, en pacientes ≥80kg, 240mg o 480mg (en función del intervalo posológico), y para pembrolizumab, en pacientes ≥100kg, 200mg o 400mg (en función del intervalo posológico). El cálculo de los costes tuvo en cuenta el número de ciclos y frecuencia de administración para cada paciente que recibió tratamiento durante el año 2020.
Para determinar el impacto económico se utilizó el PVL de los diferentes fármacos. El precio de nivolumab y pembrolizumab fue de 14,25€/mg y 35,66€/mg, respectivamente. Se consideró que los viales de ambos fármacos podían aprovecharse una vez abiertos y manipulados en condiciones asépticas controladas.

RESULTADOS

Se identificaron 51 y 37 pacientes adultos tratados con nivolumab y pembrolizumab, respectivamente. Con nivolumab, la edad media fue de 68 años (32-97) y el peso medio de 73kg (42-104) y con pembrolizumab, la edad media fue de 65 años (37-87) y el peso medio de 74kg (45-111). 33/51 pacientes tratados con nivolumab pesaban < 80kg, mientras que 32/37 pacientes tratados con pembrolizumab pesaban < 100kg.
Las indicaciones principales para ambos fármacos fueron: neoplasias de pulmón (11/51 nivolumab; 26/37 pembrolizumab) y melanoma (14/51 nivolumab; 11/37 pembrolizumab), y para nivolumab, también carcinomas renales (12/51).
El coste de tratar a los 51 pacientes de nivolumab a DF sería de 1.710.000€, a DPP de 1.583.930,25€ y a DPP-L de 1.503.688,5€. El coste de tratar a los 37 pacientes con pembrolizumab a DF sería de 2.196.656€, a DPP de 1.614.898,8€ y a DPP-L de 1.605.341,9€.
La mayor diferencia de costes asociados al tratamiento en el periodo estudiado se obtiene comparando la DF y la DPP-L para ambos fármacos. En el caso de nivolumab sería de 206.311€ y para pembrolizumab, de 591.314€.

CONCLUSIONES

La evaluación del impacto económico muestra un mayor coste asociado al tratamiento en el escenario de DF para ambos fármacos. Entre los tres escenarios estudiados en el análisis de minimización de costes, la mayor diferencia se obtuvo comparando los escenarios de DF y DPP-L.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

150. EFECTIVIDAD COMPARATIVA DE GALCANEZUMAB Y ERENUMAB EN MIGRAÑA CRÓNICA

AUTORES
SANTOS PÉREZ MI, MULET ALBEROLA AM, IRIBARREN TORRES MM, SANTOS DEL PRADO R, TASENDE MATA J, CRESPO ORTIZ P, DE LOS MOZOS PRIETO MR, GUERRO DE PRADO M
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA. AV. DONANTES DE SANGRE, S/N,. PALENCIA

OBJETIVOS
Comparar la eficacia en los ensayos de los nuevos anticuerpos monoclonales indicados en la profilaxis de la migraña crónica (galcanezumab y erenumab) con la efectividad obtenida en los pacientes que los han empleado en nuestro hospital y comparar la efectividad de ambos fármacos entre sí.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio prospectivo de 12 meses de duración (mayo 2020 – mayo 2021) en el que se valoró la situación basal y la respuesta a las 12 semanas de todos los pacientes que iniciaban tratamiento con galcanezumab y erenumab para migraña crónica (≥15 días de cefalea/mes, de los cuales al menos 8 días eran de tipo migrañoso), tras fracaso a 3 tratamientos previos. Se consideraron los resultados de los ensayos clínicos pivotales: "REGAIN" para galcanezumab y "estudio 20120295" para erenumab. Se compararon las respuestas para la variable principal de los ensayos (reducción de los días mensuales de migraña en semana 12), con el intervalo de confianza (IC95%) y para la variable secundaria (% pacientes con reducción > 50% en días de migraña al mes), calculando las diferencias entre grupos mediante las odds ratio (OR) y sus IC95%.

RESULTADOS
Se incluyeron 37 pacientes con migraña crónica. Se trataron con galcanezumab 25 de ellos, a dosis de 120mg/mes, tras una dosis inicial de 240 mg; la edad media (desviación estándar) fue de 49,5 (9,2) años, 20/25 eran mujeres, con una media basal de 18,6 (7,2) migrañas/mes. Con erenumab 140mg/4 semanas, se trataron 12 pacientes, de 52,8 (11,6) años, 10/12 eran mujeres y la media basal de migrañas/mes era de 20,6 (6,9). Con galcanezumab en la práctica, se obtuvo una reducción de los días mensuales de migraña de -11,2 vs. -4,8 en el ensayo (diferencia: -6,4, IC95% -7,2 a -5,6). Con erenumab en la práctica, se obtuvo una reducción de -9,3 días vs. -6,6 en el ensayo (diferencia: -2,7, IC95% -3,5 a -1,8). Respecto a la tasa de respuesta > 50%, para galcanezumab se encontró una diferencia absoluta entre los pacientes de nuestro hospital y los del ensayo del 44,4%, OR (IC95%) 6,8 (2,7 a 16,9), mientras que para erenumab no se encontraron diferencias significativas. Tampoco se encontraron diferencias entre galcanezumab y erenumab en la práctica para la variable principal ni para la secundaria.

CONCLUSIONES
Ambos fármacos han demostrado ser más efectivos en la práctica clínica que en los ensayos en la reducción de los días mensuales de migraña en la semana 12 de tratamiento. Galcanezumab también ha demostrado una mayor respuesta en la reducción a la mitad de los días de migraña al mes. No se han encontrado diferencias significativas entre galcanezumab y erenumab en la práctica. Sorprende que la efectividad en la práctica real sea mayor que la eficacia en las condiciones ideales de un ensayo clínico. La realización de futuros estudios permitirá identificar el perfil de pacientes que más se beneficia de estos tratamientos y quizás así se puedan explicar estas diferencias. En cualquier caso, debemos ser cautos a la hora de establecer conclusiones debido al componente subjetivo que presenta la valoración de la respuesta a estos fármacos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

189. ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES CON PEMBROLIZUMAB A DOSIFICACIÓN POR PESO VERSUS DOSIFICACIÓN FIJA EN CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES
GEA NAVARRETE S, MONTESINOS ORTÍ S, MONTERO HERNANDEZ M, RUBIO ALONSO L, SANTIUSTE ROMAN A, GONZALEZ MATEO A, SOLER COMPANY E
HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA. CALLE SAN CLEMENTE, 12. VALENCIA

OBJETIVOS
El objetivo de este estudio es calcular el ahorro anual que supondría utilizar la dosificación de pembrolizumab 2 mg/kg de peso cada 21 días, frente a la dosificación fija de 200 mg cada 21 días, en la indicación de carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo observacional en un Departamento de Salud con 310000 habitantes durante un año. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes en tratamiento con pembrolizumab con CPNM.
Las variables demográficas y antropométricas recogidas (sexo, edad, peso) y los datos de consumo se extrajeron del programa FARMIS-ONCOFARM®.
El coste se calculó tomando el precio de venta del laboratorio de los viales de Pembrolizumab 100mg/ 4ml. Se compararon los costes reales anuales y los costes hipotéticos al ajustar la dosis al peso corporal de los pacientes, asumiendo un aprovechamiento completo de los viales.

RESULTADOS
Se incluyeron los 52 pacientes diagnosticados con CPNM en tratamiento con pembrolizumab entre abril de 2020 y abril de 2021, 39 hombres (75%), con una mediana de edad de 65,5 (45 – 80) años y peso de 69,5 (41 – 106) kg.
El coste total real del tratamiento con pembrolizumab anual con la dosificación fija fue de 1.741.773,44 € y el coste total

si se ajustara al peso corporal de los pacientes sería de 1.204.212,97 €.
El coste anual medio por paciente con dosificación fija fue de 33.495,64 €, y el coste anual medio por paciente calculado para dosis ajustada por peso corporal hubiera sido de 23.157,94 €.

CONCLUSIONES

La inmunoterapia ha supuesto un avance importante en el tratamiento del CPNM en los últimos años, conllevando un alto impacto social y económico. En el caso del pembrolizumab, la dosificación aprobada inicialmente, basada en los primeros ensayos clínicos fue de 2 mg/kg. Posteriormente se realizaron ensayos con dosis fija, independientemente del peso del paciente, que llevaron a la aprobación de la dosis de 200 mg.
Puesto que, según la ficha técnica del producto y el informe de posicionamiento terapéutico del ministerio de sanidad, no hay diferencias clínicamente significativas en eficacia y seguridad entre ambas dosificaciones, la utilización de la dosificación por peso supondría un ahorro de 537.560,47 € anuales (un 30,9% menos del gasto actual) en el tratamiento con pembrolizumab en CPNM.
Este ahorro económico está calculado sobre el supuesto de un aprovechamiento completo de los viales, teniendo en cuenta que la estabilidad del vial abierto es de 24 horas y la del fármaco diluido en solución salina fisiológica es de 96 horas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

190. AFIRMACIONES DE EFECTO DE SUBGRUPO DE FÁRMACOS VASODILATADORES PULMONARES: REPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS E IMPACTO EN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

AUTORES

RODRÍGUEZ RAMALLO H, BÁEZ GUTIERREZ N, ABDELKADER GARCIA L, OTERO CANDELERA R, HERNANDEZ GONZALEZ M, RODRIGUEZ DEFRANCISCO L
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Determinar si las afirmaciones de efecto de subgrupo en ensayos clínicos de vasodilatadores pulmonares fueron confirmadas mediante un nuevo ensayo clínico controlado aleatorizado (ECA).
Determinar el impacto de las afirmaciones de efecto de subgrupo en las guías internacionales ERS/ECS de hipertensión pulmonar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión sistemática de los ECAs de vasodilatadores pulmonares utilizados en el tratamiento de la hipertensión pulmonar publicados entre 2002 y 2020 en la base de datos Medline.
En este análisis, se incluyeron todos los ECA que llevaron a cabo análisis de subgrupos y posteriormente realizaron una afirmación de efecto de subgrupo.
Para cada afirmación de efecto de subgrupos se localizaron ECAs diseñados para confirmar estos resultados exploratorios.
Para ello se utilizó:
- La herramienta “Cited by” de Pubmed y Scopus.
- Los registros de ECA “Clininaltrials.gov”, el registro de la Organización Mundial de la Salud y el “International Standard Randomised Controlled Trial Number database”.
- Se consultó la Guía ERS/ECS de hipertensión pulmonar para comprobar si esta fue modificada debido a los hallazgos en estos subgrupos de pacientes.

RESULTADOS

La búsqueda identificó 1807 artículos, entre los que se seleccionaron 30 que presentaban análisis de subgrupos. 8 de estos ECAs que llevaron a cabo 9 afirmaciones de efecto de subgrupos:
Galie2002 - Beraprost mejoró 6MWD en el subgrupo de pacientes con hipertensión pulmonar idiopática.
Simonneau2008 - Sildenafilo + Epoprostenol fue superior en el subgrupo de pacientes con 6MWDi > 325 metros.
Benza2008 - Sitaxentan mejoró la supervivencia en el subgrupo de pacientes con hipertensión pulmonar idiopática.
Barst2011 - Bosentan + Tadalafilo fue superior en el subgrupo de pacientes que no eran naïve a bosentan y ya recibían este tratamiento antes de iniciar el ECA.
Ghofrani2013a - Riociguat mejoró en mayor medida 6MWD en el subgrupo de pacientes con estado funcional de la OMS III y IV.
Hoendermis2015 - Sildenafilo no fue efectivo en el subgrupo de pacientes con resistencias vasculares pulmonares > 240 dinas/s/cm-5.
McLaughlin2015 - Bosentán fue superior en el subgrupo de Pacientes reclutados en Brasil.
McLaughlin2015 - Bosentán fue superior en el subgrupo de pacientes con 6MWDi > 380 metros metros.
Chang2019 - Udenafil fue superior en el subgrupo de pacientes previamente tratados con antagonistas del receptor de la endotelina.
(6MWD: Distancia recorrida en 6 minutos; 6MWDi: Distancia recorrida en 6 minutos al inicio del ECA.)
No se localizaron ECAs confirmatorios de los resultados de los análisis de subgrupos en las citas a los 8 artículos. No se encontraron estudios en los principales registros de ECAs que busquen confirmar estos resultados.
La Guía ERS/ESC referencia tres de los ECA incluidos: Galie2002, Barst2011 y McLaughlin2015. Sin embargo, solo se hace mención a los resultados principales de los ECA y en ninguno de los casos a los análisis de subgrupos.

CONCLUSIONES

Las afirmaciones de efecto de subgrupo en ECA de vasodilatadores pulmonares no fueron confirmadas en ninguno de los casos estudiados.
El impacto de las afirmaciones de subgrupo en las guías ERS/ESC fue nulo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

212. AHORRO GENERADO TRAS EL SWITCH A ADALIMUMAB BIOSIMILAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES
SANZ ALONSO V, LERALTA GONZÁLEZ C, MARÍN GORRICHO R, HURTADO GÓMEZ MF, ITURBE HERAS M, OBALDIA ALAÑA C, ALCONADA CALLES J, SOILAN SACO J
HOSPITAL SAN PEDRO. CALLE PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS
Debido al aumento en el consumo de los medicamentos biológicos y al impacto que esto supone en el gasto hospitalario, los objetivos son: calcular el ahorro económico generado por el switch a Adalimumab biosimilar y analizar el porcentaje de pacientes que mantienen dicho tratamiento en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, observacional, longitudinal, retrospectivo en el que se incluyeron un grupo de pacientes a los que se les realizó switch de Adalimumab por su biosimilar desde marzo de 2020, momento en el que en la Comisión Asesora Técnica de medicamentos de la comunidad se autorizó dicho cambio, hasta febrero de 2021.
Se recogieron del programa de dispensación de pacientes externos y de la historia clínica electrónica los siguientes datos: servicio a cargo del paciente, diagnóstico por el que estaba en tratamiento con Adalimumab, pacientes que volvieron al medicamento de referencia y sus motivos, precio de ambos medicamentos y ahorro anual por paciente que supone el cambio por el biosimilar

RESULTADOS
El switch se realizó en 218 pacientes. De estos, al servicio de Reumatología pertenecían 101 pacientes (46,33%); a Digestivo, 74 pacientes (33,94%); a Dermatología, 30 pacientes (13,76%); al servicio de Pediatría, 7 pacientes (3,21%) y a Oftalmología, 6 pacientes (2,75%).
El diagnóstico más prevalente fue la enfermedad inflamatoria intestinal con 79 pacientes (36,24%). Los pacientes con artritis reumatoide eran 49 (22,48%); con psoriasis resistente, 28 (12,84%); 27 pacientes presentaban espondilitis anquilosante (12,39%); veintitrés pacientes, artropatía psoriásica (10,55%); tres pacientes padecían uveítis (1,38%); dos pacientes pediátricos presentaban artritis juvenil ideopática (0,92%); dos, hidradenitis supurativa (0,92%) y a los cinco pacientes restantes se les autorizó el medicamento adalimumab fuera de indicación: tres de ellos padecían Enfermedad de Behcet (1,38%); uno, síndrome de Vogt Koyanagi Harada (VKH) y otro enfermedad de Moreen (0,05%)
De los 218 pacientes, nueve tuvieron que volver al medicamento original (4,13%). La motivación fue: pérdida de eficacia en cinco, reacción alérgica en tres y el otro era un paciente pediátrico con dolor tras la inyección del medicamento biosimilar.
El coste de adquisición en nuestro hospital de una pluma del medicamento original es de 195,6€, mientras que del biosimilar es de 75€. Si consideramos una posología cada dos semanas, ya que es la más frecuente en nuestros pacientes, el coste anual por paciente con el original sería de 5.085€ y con el biosimilar de 1.950€. Por lo tanto, el ahorro anual que supone el cambio del medicamento original al biosimilar es de 683.560€.

CONCLUSIONES
- El switch de un medicamento original al biosimilar supone un importante ahorro económico sin que se reduzca la efectividad en el proceso de su enfermedad. Lo que hace un sistema más sostenible.
- En nuestra población, solamente el 4,13% tuvo que volver al medicamento original.
- Sería conveniente realizar el estudio en un número superior de pacientes y continuar su seguimiento a largo plazo para obtener conclusiones más firmes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

229. ANÁLISIS DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO DE DARATUMUMAB SUBCUTÁNEO VERSUS DARATUMUMAB INTRAVENOSO

AUTORES
GONZÁLEZ FRANCO RM, VALENCIA SOTO CM, ALONSO PERALTA CÁ, RIOJA CARRERA M, DEL RIO ORTEGA P, RAMIS BARCELÓ MB, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA.VALDECILLA S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS
En noviembre de 2020 se resolvió la financiación de la presentación subcutánea de daratumumab. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto presupuestario que supuso la inclusión de esta presentación en sustitución de la intravenosa.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional que incluyó a todos los pacientes adultos con mieloma múltiple que recibieron tratamiento con daratumumab subcutáneo entre enero y abril de 2021 en un hospital de tercer nivel.
Los datos se extrajeron de la historia clínica electrónica y del programa de prescripción electrónica asistida. Las variables seleccionadas fueron: peso, miligramos (mg) de daratumumab intravenoso, diagnóstico, esquema de tratamiento.
Daratumumab intravenoso se administró a dosis de 16 mg/kg y daratumumab subcutáneo a dosis fijas de 1.800 mg, ambos según indicaciones de ficha técnica. No se consideró el aprovechamiento de viales.
Para calcular el coste derivado del uso de daratumumab, se tuvieron en cuenta el número de ciclos recibidos durante este periodo de tiempo (4 meses) y los costes asociados al tiempo de reserva en hospital de día oncohematológico: 2 horas para la administración de daratumumab subcutáneo y 6 para daratumumab intravenoso.

El coste del fármaco se calculó en función del precio neto actual (PNA) para nuestro centro, definido como precio venta laboratorio (PVL) notificado menos el descuento oficial, el descuento del proveedor y más el impuesto sobre el valor añadido (IVA).

RESULTADOS

El número total de pacientes incluidos en el estudio fue 19, con una mediana de peso de 73 Kg (56-90). Diez de los pacientes estaban recibiendo daratumumab de mantenimiento en el momento de la recogida de datos. Tres estaban recibiendo el esquema daratumumab-bortezomib-melfalán-dexametasona y otros tres con daratumumab-lenalidomida-dexametasona. Dos pacientes estaban en tratamiento con daratumumab-bortezomib-ciclofosfamida-dexametasona y uno con daratumumab-bortezomib-dexametasona.
La mediana de ciclos de daratumumab recibidos durante el tiempo de estudio fue de 4 (5-3).
El coste total del tratamiento con daratumumab subcutáneo para el periodo de estudio fue 647.402,84 €, de los cuales 641.070,08 € corresponden al fármaco y 6.332,76 € a las horas de estancia en hospital de día oncohematológico.
En el supuesto de que se hubiera utilizado daratumumab intravenoso, se habrían administrado 21.870 mg con una mediana por ciclo de 1.152 mg (896-1.440) por paciente, y un coste del fármaco de 699.499,55 €. El gasto de las horas de estancia en hospital de día oncohematológico hubiera sido de 18.955,20 €. El uso del daratumumab intravenoso en lugar del subcutáneo, hubiera supuesto un gasto de 718.454,75 €.
En los cuatro meses del periodo de estudio el ahorro total fue de 71.051,91 €.

CONCLUSIONES

En nuestro centro, el cambio de presentación de daratumumab intravenoso a daratumumab subcutáneo ha supuesto un ahorro importante. El cambio de presentación se ha realizado en los tres primeros meses desde la financiación del daratumumab subcutáneo. Además del ahorro de los costes del fármaco la principal ventaja del cambio de presentación es la reducción de la estancia en hospital de día oncohematológico, lo cual adquiere mayor relevancia en el contexto epidemiológico actual y, además permite mejorar la calidad de vida de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

320. PEMBROLIZUMAB-LENVATINIB Y PEMBROLIZUMAB-AXITINIB COMO POSIBLES ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES EN PRIMERA LÍNEA DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES AVANZADO.

AUTORES

SALMERÓN NAVAS FJ, FÉNIX CABALLERO S, BARREIRO FERNÁNDEZ EM, MORENO RAMOS C, DOMINGUEZ SANTANA CM, BORRERO RUBIO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CTRA. N-IV KM. 665. CÁDIZ

OBJETIVOS

Establecer si las combinaciones de pembrolizumab-axitinib y pembrolizumab-lenvatinib pueden ser consideradas alternativas terapéuticas equivalentes (ATE) a través de una comparación indirecta ajustada (CIA), a través de un comparador común, en pacientes con carcinoma de células renales avanzado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en MEDLINE-Pubmed, utilizando la siguiente estrategia: “pembrolizumab AND renal cell carcinoma”; con el fin de determinar los ensayos clínicos aleatorizados (ECA), fase III, con criterios de inclusión y exclusión, tiempo de seguimiento, objetivos primarios y comparador similares. La CIA se realizó con el método de Bucher, usando la calculadora de la Canadian Agency for Health Technology Assessment y empleando sunitinib como comparador común entre ambos tratamientos. La variable seleccionada para determinar la equivalencia clínica fue la supervivencia libre de progresión (SLP), debido a la falta de madurez con respecto a la variable supervivencia global. Se estableció como valor delta, máxima diferencia aceptable como criterio clínico de no inferioridad, un hazard ratio (HR) de 0,65 (y su inverso, 1,54), tomando como referencia la guía de la “European Society for Medical Oncology” (ESMO) sobre la magnitud del beneficio clínico. Para establecer el posicionamiento, se aplicaron los criterios de la guía de alternativas terapéuticas
equivalentes (guía ATE). Se calculó la probabilidad de que intervalo de confianza del 95% (IC95%) sobrepasara el margen de equivalencia mediante la calculadora de Shakespeare et al.

RESULTADOS

Se incluyeron dos ECA fase III, abiertos, multicéntricos: el estudio CLEAR (pembrolizumab-lenvatinib), y KEYNOTE-426 (pembrolizumab-axitinib). Las características de los pacientes fueron: ≥18 años, estadio metastásico, sin terapia previa sistémica, escala Karnofsky Performance Status ≥70, y al menos una lesión medible según criterios de “Response Evaluation Criteria in Solid Tumors” (RECIST). En ambos estudios el tratamiento control fue sunitib a 50 mg cada 24 horas durante 4 semanas de tratamiento y 2 semanas de descanso. Los resultados en SLP de cada ensayo, expresados como HR junto a su IC95% fueron: pembrolizumab-lenvatinib 0,39 (IC95% 0,32-0,49; $p < 0,001$) y pembrolizumab-axitinib 0,71 (IC95% 0,60-0,84; $p < 0,0001$). El resultado en HR de la CIA de pembrolizumab-lenvatinib frente pembrolizumab-axitinib fue de 0,55 (IC95% 0,42-0,72; $p < 0,05$). A partir de la interpretación de la guía ATE, se obtiene un posicionamiento de “Diferencia Probablemente Relevante”, por lo que no pueden ser considerados ATE. A partir de la calculadora de Shakespeare et al, la probabilidad de que el resultado estuviera fuera del margen delta fue del 88,79%.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos a partir de la variable SLP, junto con las incertidumbres de la CIA, muestran que la combinación de pembrolizumab-lenvatinib podría ser superior a la combinación de pembrolizumab-axitinib en el tratamiento de

primera línea de pacientes con carcinoma de celulas renales avanzados. Según la guía ATE, no podemos considerar alternativas terapéuticas equivalentes ambas combinaciones de fármacos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

322. COMPARACIÓN INDIRECTA AJUSTADA ENTRE INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DE BRUTON PARA LA PRIMERA LÍNEA DE LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA.

AUTORES
SALMERÓN NAVAS FJ, FÉNIX CABALLERO S, DOMINGUEZ CANTERO M, BARREIRO FERNÁNDEZ EM, DOMINGUEZ SANTANA CM, BORRERO RUBIO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CTRA. N-IV KM. 665. CÁDIZ

OBJETIVOS
Acalabrutinib es un inhibidor de la tirosina quinasa de Bruton (iBTK) de nueva generación, evaluado en su ensayo pivotal frente a inmunoquimioterapia en pacientes naive con leucemia linfocítica crónica (LLC). El objetivo del presente estudio es determinar si acalabrutinib e ibrutinib pueden ser considerados alternativas terapéuticas equivalentes (ATE) en eficacia, a través de una comparación indirecta ajustada (CIA), en pacientes con LLC naive y bajo riesgo citogenético.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizó una búsqueda bibliográfica en MEDLINE-Pubmed, de ensayos clínicos aleatorizados (ECA), fase III, con población y duración similares y con la misma variable, que pudieran permitir la comparación entre acalabrutinib e ibrutinib. Se definió bajo riesgo citogenético como la ausencia de la deleción del brazo corto del cromosoma 17 (del17p). En aquellos ECA donde se incluyeran pacientes con y sin del17p, se utilizó el resultado obtenido en el subgrupo sin esta característica citogenética. La CIA se realizó con el método de Bucher, usando la calculadora de la Canadian Agency for Health Technology Assessment. El valor delta, máxima diferencia aceptable como criterio clínico de no inferioridad, se fijó en 0,65 (y su inverso, 1,54), tomando como referencia la guía de la European Society for Medical Oncology (ESMO) sobre magnitud del beneficio clínico. Se empleó la calculadora de Shakespeare et als para calcular la probabilidad de que el intervalo de confianza del 95% (IC95%) excediera el margen delta. Para evaluar la relevancia clínica de los resultados obtenidos se aplicaron los criterios descritos en la guía de alternativas terapéuticas equivalentes (guía ATE).

RESULTADOS
Se incluyeron en la CIA tres ECA, fase III, abiertos: RESONATE-2 (ibrutinib frente clorambucilo), CLL11 (clorambucilo-obinutuzumab frente clorambucilo) y ELEVATE-TN (acalabrutinib frente a clorambucilo-obinutuzumab). La variable principal fue la supervivencia libre de progresión (SLP), debido a la falta de madurez de los resultados en la variable supervivencia global (SG). En el estudio RESONATE-2, clorambucilo se administró durante 12 ciclos, mientras que en el estudio CLL11 se administró durante 6 ciclos. Los resultados en SLP de cada ensayo, expresados como hazard ratio (HR) junto a su IC95%, fueron: RESONATE-2 0,12 (0,07-0,20), CLL11 0,09 (0,04-0,21), ELEVATE-TN 0,19 (0,11-0,31). El resultado de la CIA de acalabrutinib frente a ibrutinib fue HR 0,14 (IC95% 0,05-0,43; $p < 0,05$). Considerando el margen delta establecido, el IC95% obtenido en la CIA se encuentra totalmente fuera del margen de equivalencia (resultado de la calculadora de Shakespeare: la probabilidad de que el resultado estuviera por debajo del valor delta fue del 99,74%). Según la guía ATE, las diferencias encontradas son consideradas tanto estadísticas como clínicamente relevantes, por lo que ambos fármacos no pueden ser considerados ATE.

CONCLUSIONES
Los resultados obtenidos en SLP, junto con las incertidumbres de la comparación indirecta ajustada, muestran que acalabrutinib podría ser superior a ibrutinib en pacientes con LLC naive sin del17p. Ambos iBTK no pueden ser considerados ATE en pacientes con LLC naive y bajo riesgo citogenético.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

328. ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES ENTRE EL USO DE FÁRMACOS VASOACTIVOS EN EL TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VARICES ESOFÁGICAS.

AUTORES
BUSTO IGLESIAS M, GONZÁLEZ LÓPEZ J, CAJADE PASCUAL F, VARELA REY I, CASTRO BALADO A, ZARRA FERRO I
HOSPITAL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. RÚA DA CHOUPANA, S/N,. A CORUÑA

OBJETIVOS
La hemorragia digestiva aguda por varices esofágicas (HDVE) es la principal causa de muerte en pacientes cirróticos. El tratamiento farmacológico de elección son fármacos vasoactivos, entre los cuales se encuentran 3 alternativas posibles: terlipresina (TLP), octreótido (OCT) y somatostatina (SMT), con una duración de 3 a 5 días. El objetivo de nuestro trabajo es la comparación de las tres alternativas del tratamiento vasoactivo en HDVE a través de un estudio de minimización de costes, y el análisis del impacto económico al elaborar protocolos de reducción de días de tratamiento considerando factores de riesgo de resangrado como la escala Child-Pugh.

MATERIALES Y MÉTODOS
Las 3 alternativas de tratamiento de la HDVE se consideran equivalentes en cuanto a eficacia por las principales guías clínicas, por lo que se planteó un estudio de evaluación económica de minimización de costes, comparando el coste por día de tratamiento y los costes incrementales de las distintas alternativas. Algunos trabajos publicados valoran la posibilidad de la reducción de los días de tratamiento en función de predictores del riesgo de resangrado como la escala Child-Pugh, de manera que se comparó el ahorro en cuanto a costes por tratamiento completo si se protocolizase la

reducción del tratamiento a 3 días en pacientes con Child-Pugh clase A o B, y 5 días en pacientes con Child-Pugh clase C. Para el cálculo de los costes se utilizaron los precios de venta del laboratorio (PVL) de las alternativas: TLP 1 mg: 10,49€; OCT 500 µg y 100 µg: 6,96€ y 1,39€; SMT 3 mg: 22,77€. Los PVL se obtuvieron de la base de datos Bot-plus. Los datos de prevalencia y clasificación por Child-Pugh se obtuvieron de la población del ensayo clínico Soon Ho Um et al, donde dentro de los episodios de HDVE, el porcentaje de pacientes con Child-Pugh A o B era de un 70% y el de Child-Pugh C un 30%. Los cálculos de costes se han hecho en base a las recomendaciones posológicas de las guías de la American Association for the Study of Liver Disease (AASLD).

RESULTADOS

Para cada una de las alternativas hemos obtenido el coste/día (considerándolo como el coste del tratamiento durante 24 horas en la fase de mantenimiento) de 16,70 € en el caso del OCT, 45,54 € en la SMT, y de 52,45 € en la TLP. Siendo la alternativa más barata el OCT, teniendo la SMT y la TLP unos costes incrementales de 28,80 € y 35,75 € al día respectivamente. Al analizar el impacto económico que tendría tratar a los pacientes con Child-Pugh A o B con 3 días de tratamiento y a los que presentan Child-Pugh C con 5 días, calculamos un ahorro de 23,38 € por tratamiento en el caso del OCT, 63,80 € para la SMT y 73,40 € en la TLP.

CONCLUSIONES

El empleo de OCT como tratamiento de la HDVE resultó el más coste-eficiente. La utilización de estrategias de reducción del tiempo de tratamiento utilizando predictores del riesgo de resangrado como el Child-Pugh puede reducir el coste de estos tratamientos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

523. COMPARACIÓN INDIRECTA DE NIVOLUMAB+IPILIMUMAB+QUIMIOTERAPIA FRENTE A PEMBROLIZUMAB+QUIMIOTERAPIA EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO ESTADIO IV NO ESCAMOSO

AUTORES

JIMÉNEZ LÓPEZ Y, PÉREZ CANO E, SIERRA TORRES MI, GARCÍA GÓMEZ N, ALEGRE DEL REY EJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN. AVENIDA DEL EJÉRCITO ESPAÑOL, 10. JAÉN

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia comparada de nivolumab más ipilimumab y quimioterapia(QT) frente a pembrolizumab más QT en el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico(CPNM) no escamoso avanzado o metastásico en primera línea, a través de una comparación indirecta(CI) empleando un comparador común.

MATERIALES Y MÉTODOS

La ausencia de comparaciones directas entre los fármacos mencionados justifica la realización de una comparación indirecta. Se realizó una búsqueda bibliográfica el 1/3/2021 en Pubmed de los ensayos clínicos fase III publicados que autorizan nivolumab+ipilimumab+QT y pembrolizumab+QT en primera línea de CPNM estadio IV. Con estos datos se realizó una CI empleando el método Bucher con la calculadora ITC(Indirect Treatment Comparisons) de la Canadian Agency for Health Technology. La variable principal empleada en la CI fue la supervivencia global(SG).
El valor delta(Δ), es decir, máxima diferencia clínicamente irrelevante, se fijó en 0,65(y el inverso 1,53). Para ello se utilizó la guía ``Escala de Magnitud de Beneficio Clínico´´ de la Sociedad Europea de Oncología Médica. Se observó gráficamente los resultados, comprobando si el intervalo de confianza(IC95%) estaba dentro del margen de equivalencia ±Δ. Por último, para establecer el posicionamiento se aplicó la metodología de la Guía ATE(alternativas terapéuticas equivalentes).

RESULTADOS

Se seleccionaron dos ensayos clínicos: CHECKMATE-9LA y KEYNOTE-189, donde se comparan nivolumab más ipilimumab con 2 ciclos de QT y pembrolizumab con 4 ciclos de QT frente a QT, respectivamente. Las características de los pacientes y el comparador eran similares, además de emplear ambos estudios la SG como variable principal de eficacia. Como limitación en la CI nos encontramos con diferentes nº de ciclos de QT en los brazos experimentales.
Se utilizaron los resultados de eficacia para SG del subgrupo de población con histología no escamosa del ensayo CHECKMATE-9LA, y los de la población global (pacientes con histología no escamosa) del ensayo KEYNOTE-189. En ambos la QT empleada era cisplatino o carboplatino más pemetrexed.
Tras aplicar el método Bucher obtenemos un valor de Hazard Ratio(HR)=1,47(IC95%:1,01-2,13); $p < 0,05$. Por tanto, la diferencia en SG es estadísticamente significativa a favor de pembrolizumab+QT en pacientes con CPNM estadio IV con histología no escamosa. Por otro lado, nos encontramos que este HR ajustado no cruza el valor Δ establecido(diferencia no clínicamente relevante), pero el IC95% de un extremo queda fuera del margen de equivalencia casi por completo. Finalmente, no se aplicó la terminología ATE ya que existen importantes diferencias de toxicidad y manejo de las terapias, pues se emplea inmunoterapia combinada (nivolumab+ipilimumab) y un nº diferente de ciclos de QT en el ensayo CHECKMATE-9LA con respecto KEYNOTE-189.

CONCLUSIONES

La CI muestra diferencia significativa en SG con un HR favorable para pembrolizumab+QT en pacientes con CPNM avanzado con histología no escamosa. Aunque este HR no cruza el valor Δ, no podemos considerar equivalencia en eficacia a la hora del posicionamiento debido a que un porcentaje elevado del IC95% queda fuera del margen de equivalencia y supondría un perjuicio grave para el paciente.
No consideramos que sea adecuado aplicar la terminología ATE debido al diferente perfil de toxicidad y manejo de los fármacos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

565. IMPACTO ECONÓMICO DERIVADO DE LA OPTIMIZACIÓN DE LOS VIALES DE AZACITIDINA EN EL PROCESO DE ELABORACIÓN.

AUTORES
VICO GARCÍA V, NOGALES REY G, GONZÁLEZ DE LA ROSA C, ESQUINAS PADÍN A, SÁNCHEZ SERRANO L, MEDEL ANGLA P, RODRIGUEZ LABRADOR J, CASTRO FIUZA MJ
HOSPITAL DEL HENARES. AV/MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS
Analizar y cuantificar el impacto económico que ha supuesto:
1. El aprovechamiento de los viales de azacitidina polvo mediante punzón luer lock frente al uso de un sistema cerrado EQUASHIELD®.
2. la utilización de la cantidad sobrante de viales de preparaciones anteriores (caducidad máxima de 5 días).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo de un año de duración, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020. del ahorro económico en la utilización de viales de azacitidina.
Se obtuvo un informe del consumo de unidades de la aplicación Farmatools® donde figuraban los siguientes datos: número total de tratamientos prescritos, dosis de cada tratamiento, cantidad de viales a utilizar según la dosis pautada y precio de los viales utilizados.
Los citostáticos son fármacos capaces de inhibir el crecimiento desordenado de células, alteran la división celular y destruyen las células que se multiplican rápidamente. Por lo que su manejo se considera potencialmente peligroso. Por ello, en la farmacia hospitalaria se utiliza para la elaboración de citostáticos el sistema cerrado de EQUASHIELD®, evitando así cualquier riesgo para el personal elaborador como aerosoles, fugas o contaminación. El problema que encontramos al utilizar este sistema en los viales de azacitidina fue que no se podía aprovechar todo el contenido del vial dadas sus características, teniendo que tirar parte del medicamento. Así que se decidió emplear en su elaboración los punzones con sistema de conexión luer-lock.

RESULTADOS
Se elaboraron 745 tratamientos correspondientes a 17 pacientes.
Cada vial se reconstituye con 4 ml de agua fría. Se comprobó:
- la cantidad que se obtenía del vial con un sistema cerrado, así como con el punzón luer-lock, siendo de 3,6 ml y 4ml respectivamente.
- A continuación, se hicieron dos informes reflejando:
o la cantidad de viales utilizados realmente en las elaboraciones teniendo en cuenta el aprovechamiento de restos de medicación, sumando un total de 969 viales, con un importe de 58.401,63 euros.
o el número de viales que el programa de elaboración de pacientes ambulantes refleja en la hoja de cada tratamiento, sumando 1451 viales con un importe de 87.451,77 euros.
El ahorro estimado es de 29.050,14 euros/año.
Los viales que refleja el programa para preparar se calculan respecto a la dosis pautada, y contando que cada vial proporciona un volumen de 4 ml. Si no se utilizara el sistema luer-lock, se obtendrían 0,4 ml menos de cada vial por lo que el consumo de viales sería mayor que lo indicado por el programa de pacientes ambulantes, lo que produciría un descuadre en el stock del medicamento.

CONCLUSIONES
Los tratamientos de quimioterapia en nuestro hospital son muy numerosos y generan un gasto sanitario muy notable, por lo que todos los medios aportados para generar un mayor ahorro posible es una medida muy importante para nuestro sistema económico sanitario.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

613. INTRODUCCIÓN PROGRESIVA DE RITUXIMAB Y TRASTUZUMAB BIOSIMILARES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES
LOMARES MANZANO I, MARTINEZ BAUTISTA MJ, GARCIA FERNANDEZ C, MANZANO MARTIN V
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. AV. ANA DE VIYA, 21. CÁDIZ

OBJETIVOS
El uso de biosimilares en lugar de sus correspondientes especialidades de referencia ha demostrado una eficacia y seguridad similar a menor coste. Desde inicios de 2019, en nuestro hospital se decidió apostar por rituximab biosimilar(RB) y trastuzumab biosimilar (TB) como una estrategia de optimización de los recursos disponibles. El objetivo de este estudio fue medir el ahorro que supuso el reemplazo progresivo de rituximab y trastuzumab de referencia por sus correspondientes biosimilares.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes que habían sido tratados con RB, TB y sus correspondientes especialidades de referencia desde febrero-2019 hasta septiembre-2020. Se registraron: número de pacientes que recibieron tratamiento con RB, TB y sus correspondientes especialidades de referencia, inicios con TB y RB, cambios a biosimilar, cambio en el % de implementación de RB y TB de 2019 a 2020 y diferencia en el coste total gracias a la incorporación de biosimilares de rituximab y trastuzumab. Los inicios y cambios a biosimilares se concensuaron con las

respectivas áreas. La información referente a los pacientes fue extraída de nuestro programa de prescripción médica y validación farmacéutica de tratamientos onco-hematológicos. Los costes directos entre el uso de trastuzumab y rituximab biosimilares y de referencia fueron comparados para calcular el ahorro obtenido.

RESULTADOS

En 2019, un total de 21 pacientes recibieron tratamiento con RB de los cuales 19 fueron inicios y 2 fueron cambios de rituximab de referencia a biosimilar. 12 pacientes recibieron TB de los cuales 11 eran inicios y 1 era cambio de trastuzumab de referencia a biosimilar. 95 pacientes recibieron tratamiento con rituximab de referencia y 17 pacientes trastuzumab de referencia.
Desde enero a septiembre de 2020 un total de 49 pacientes recibieron tratamiento con RB de los cuales 47 eran inicios y 2 eran cambios de rituximab de referencia a biosimilar. 12 pacientes recibieron TB de los cuales 9 eran inicios y 3 eran cambios de trastuzumab de referencia a biosimilar. 33 pacientes recibieron rituximab de referencia y 16 trastuzumab de referencia.
En el periodo de estudio ningún paciente que realizó cambio a biosimilar volvió a la especialidad de referencia. El % de implementación de biosimilares de rituximab y trastuzumab se incremento en un 35% de 2019 a septiembre de 2020 siendo el coste total en el periodo de estudio de 1.109.517,37€ en lugar de 1.385.596,64 que hubiese sido el coste sin la incorporación de estos biosimilares. Se obtuvo una reducción del coste de un 20% lo que supuso un ahorro de 276.079,27€.

CONCLUSIONES

La introducción de rituximab y trastuzumab biosimilar supuso un ahorro considerable contribuyendo a una mejor optimización de los recursos sanitarios disponibles sin perjuicio de la eficacia y seguridad de los pacientes. Actualmente, todo paciente que inicia tratamiento con rituximab o trastuzumab, inicia con biosimilar siguiendo criterios de eficiencia.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

712. IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO TRAS MULTISWITCH DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

CEBRIÁN LARA L, COLOM R, EMILIO M, VALCUENDE A, PRIETO M, SARRIÓ G, SÁNCHEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. CTRA. CORBERA KM 0,5. VALENCIA

OBJETIVOS

La introducción de biosimilares ha supuesto un importante ahorro económico al Sistema Nacional de Salud en diferentes áreas terapéuticas.
El objetivo del estudio es evaluar la eficiencia y seguridad del intercambio terapéutico secuencial (multiswitch) desde Infliximab de referencia (Remicade®) a Infliximab biosimilar CT-P13 (Inflectra®) y posteriormente a Infliximab biosimilar SB2 (Flixabi®) durante 5 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y observacional de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal que iniciaron tratamiento con Infliximab con anterioridad a la fecha de comercialización del primer biosimilar (marzo 2015). Los pacientes recibieron tratamiento con el fármaco de referencia durante un mínimo de 10 meses.
El primer intercambio terapéutico se realizó de Infliximab referencia a Infliximab biosimilar/CT-P13 (marzo 2015) y el segundo, de Infliximab biosimilar/CT-P13 a Infliximab biosimilar/BS2 (marzo 2019).
Las variables analizadas fueron: sexo, edad, patología, dosis previa al switch, número de administraciones, tasa de persistencia, efectos adversos, finalización de tratamiento y motivo.
Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron del programa Farmis Oncofarm® y de la historia clínica electrónica SIAS Clínico® y los datos económicos del programa Orion Logis®.

RESULTADOS

El primer intercambio terapéutico incluyó 40 pacientes, 33 diagnosticados de Enfermedad de Crohn y 7 de Colitis Ulcerosa. La edad media al diagnóstico fue de 45 años (18-74), siendo el 53 % mujeres.
Durante los 4 años de tratamiento con Infliximab biosimilar/CT-P13, 18 pacientes finalizaron el tratamiento, 12 por ineficacia y el resto por otras razones. La tasa de persistencia fue 55 %.
23 pacientes realizaron el segundo switch. De estos, 22 siguen en tratamiento con Infliximab SB2 y solamente 1 paciente finalizó el tratamiento por mejoría de su enfermedad, estando con biosimilar SB2. La tasa de persistencia fue 100 % en un año de seguimiento.
Como efectos adversos se registraron 2 casos de psoriasis (uno con Infliximab referencia y otro con biosimilar/SB2), 2 casos de dermatitis (ambos con biosimilar/CT-P13), 1 paciente presentó mareos y artralgias (biosimilar/CT-P13) y 1 paciente fibrilación auricular (biosimilar/CT-P13).
El coste/miligramo de Infiximab referencia fue 4,36 €, biosimilar/CTP-13 2,86 € y biosimilar/SB-2 1,45 €. El primer switch (marzo 2015-marzo 2019) supuso un ahorro directo de 522.262,50 €. El ahorro del segundo switch (marzo 2019-febrero 2021), calculado respecto al primer biosimilar, fue de 264.517,41 €. El multiswitch de los 23 pacientes permitió un ahorro total de 786.779,91 €.

CONCLUSIONES

La aparición de los fármacos biosimilares en el arsenal farmacoterapéutico ha favorecido la competencia en el mercado, con la consiguiente bajada de precios.

Nuestro estudio demuestra que el multiswitch con biosimilares mantiene la eficacia del tratamiento de referencia, con un ahorro que permite contribuir a la sostenibilidad del Sistema Público Sanitario. En cuanto a la seguridad, los efectos adversos observados están recogidos en las fichas técnicas de los fármacos, describiéndose todos como frecuentes a excepción de la fibrilación auricular que aparece con poca frecuencia.
Es necesario seguir realizando más estudios sobre biosimilares para promocionar la confianza en los mismos por parte de los facultativos prescriptores.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

744. EVALUACIÓN FARMACOECONÓMICA DE NIVOLUMAB A DOSIS FIJA FRENTE A DOSIS AJUSTADA A PESO CORPORAL

AUTORES
LAORDEN CARRASCO A, DÍAZ CARRASCO MS, GONZÁLEZ PONCE CM, DIAZ RAMON M, CANO MOLINA JÁ, GIL ALMELA J
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MADRID

OBJETIVOS
La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Fármacos de Canadá (CADTH) ha revisado recientemente la dosificación de inmunoterapia oncológica, concluyendo que para nivolumab no existen diferencias ni farmacocinéticas ni farmacodinámicas entre la dosis fija de 240 mg, dosis actual de ficha técnica, y la dosis de 3 mg/Kg cada 2 semanas, que se utilizó en las primeras indicaciones del fármaco.
El objetivo del estudio fue evaluar el ahorro económico que supone emplear la pauta de dosificación de nivolumab basada en el peso corporal del paciente, en lugar de dosis fija, tal y como viene establecido en ficha técnica.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo, incluyendo todos los pacientes tratados con nivolumab, en un hospital de tercer nivel, durante un año (noviembre 2019-octubre 2020).
Para el análisis económico se tuvo en cuenta el precio de venta laboratorio (PVL) y se consideró un aprovechamiento total de los viales. En pacientes con peso superior a 80 kg, se asumió la dosis fija de ficha técnica.
Las variables recogidas fueron: diagnóstico, línea de tratamiento, peso corporal de los pacientes y número de ciclos recibidos.

RESULTADOS
Durante el periodo estudiado, se trataron un total de 79 pacientes, con un peso corporal medio de 78 kg (44-130). Los diagnósticos fueron: melanoma (27), carcinoma de células renales (CCR) (17), cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) (16) cáncer de células escamosas de cabeza y cuello (CCC) (10), Linfoma de Hodgkin (LH) (3), carcinoma urotelial (CU) (1), otros (5).
En cuanto a la línea de tratamiento, 21 pacientes recibieron nivolumab como terapia adyuvante (todos con melanoma), 12 en primera línea (4 melanoma, 3 CCR, 2 CCC, 1 LH, 2 otros), 35 en segunda línea (2 melanoma, 13 CCR, 12 CPNM, 7 CCC, 1 CU), 4 en tercera línea (2 CPNM, 1 CCC, 1 otros) y 7 en cuarta línea o posterior (1 CCR, 2 LH, 2 CPNM, 2 otros).
La mediana de ciclos recibidos durante el periodo de estudio fue de 11 (1-26).
El coste total que supone utilizar nivolumab a dosis fijas en estos pacientes es de 1.808.783€, mientras que ajustando la dosis en base al peso corporal del paciente es de 1.636.906€, lo que supone un ahorro de 186.091€ anuales.
El ahorro medio por ciclo de tratamiento para cada paciente es de 195,88€.

CONCLUSIONES
La dosificación de nivolumab en base al peso corporal, avalada por diversos estudios y evaluaciones de agencias sanitarias, se traduce en un ahorro de 186.091€ anuales, lo que supone un 10% del gasto en nivolumab.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

796. OPTIMIZACIÓN DEL USO DE NIVOLUMAB EN FUNCIÓN DEL PESO DE LOS PACIENTES

AUTORES
GONZÁLEZ FERNÁNDEZ A, GUILLEN MARTINEZ O, GUITIERREZ PALOMO S, JIMENEZ PULIDO I, SORIANO IRIGARAY L, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CARRER ALMAZARA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS
Determinación del potencial ahorro que se obtendría con la utilización de dos regímenes de dosificación del Nivolumab, dosificación por peso y fija, teniendo en cuenta el peso de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo de Febrero de 2018 a Mayo de 2021, que incluyó a todos los pacientes tratados con Nivolumab en un hospital de tercer nivel.
La posología inicial de Nivolumab 3 mg/kg/2 semanas, ha sido modificada en su ficha técnica, tras demostrar una equivalencia farmacocinética, por la dosis fija de 240 mg/2 semanas o 480 mg/4 semanas.
Se diseña una base de datos en entorno Excel, donde se recogieron para cada paciente las siguientes variables: edad, sexo, peso, diagnóstico, duración de tratamiento y régimen posológico. Estas variables fueron consultadas en la aplicación (Oncofarm®)
Para el análisis de costes se estratificaron a los pacientes según el peso: > 80 kg se usó la dosificación fija 240 mg/2 semanas y < 80 kg se usó la dosificación por peso 3 mg/kg/2 semanas. Se estimó el ahorro del coste de administrar

nivolumab según las pautas de dosis fija frente a la pauta ajustada por peso en todos los pacientes.
Los costes de tratamiento se calcularon tratando a todos los pacientes con el régimen de dosificación fija, dosificación por peso y mixta (para peso < 80 kg con dosis de 3 mg/kg y peso > 80 kg con dosificación fija) teniendo en cuenta la duración de tratamiento en cada paciente.

RESULTADOS

En el estudio fueron incluidos un total de 33 pacientes, 21 hombres y 12 mujeres (edad media 63 años [46-85] con un peso medio de 72 kg: [50-98]. El 30.3 % (n= 10) de los pacientes presentaba un peso > 80 Kg mientras 69.7 % (n= 23) tenía un peso < 80 Kg.
El 57.5 % (n= 19) de los pacientes tenían un diagnóstico de melanoma, 12.1 % (n=4) tumor de cabeza y cuello, 12 % (n =4) carcinoma renal y 15.1 % (n=5) otros como hepatocarcinoma y carcinoma de pulmón no microcítico.
El 72.7 % (n= 24) de los pacientes recibieron el régimen de dosificación por peso de 3 mg/kg y el 27.3 % (n= 9) recibió la dosificación fija.
El coste tratando a todos los pacientes con dosificación fija sería de 925.320 €; a la dosis de 3 mg/kg de 969.972 € y en régimen mixto de 873.558 €. Éste último coste administrando el fármaco por dosificación mixta, según el peso del paciente, permitiría un ahorro de 51.762 € respecto a la dosificación por fija y de 96.414 € respecto a la dosificación por peso.

CONCLUSIONES

La utilización de ambos regímenes de dosificación, sería una estrategia para optimizar el uso de nivolumab permitiendo una reducción del gasto asociado a éste en la práctica clínica.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

969. ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES DE RITUXIMAB-VENETOCLAX FRENTE A IBRUTINIB EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA EN RECAIDA O REFRACTARIO

AUTORES

CANTARELLI . L, GONZALEZ DE LA FUENTE GA, DEL ROSARIO GARCÍA B, GUTIERREZ NICOLAS F, PEREZ REYES S, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue evaluar la eficiencia del uso de rituximab-venetoclax (R-V) frente a Ibrutinib en monoterapia para el tratamiento de la leucemia linfocítica crónica (LLC) en recaída o refractario (R/R).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un análisis de minimización de costes para un periodo de seguimiento de 5 años, en el que se evaluó el gasto correspondiente a cada tratamiento para un periodo de seguimiento de 24, 36, 48 y 60 meses. Para la realización del estudio, se registró el gasto de adquisición correspondiente a cada uno de los fármacos (Orden de Precios de Referencia).
Se determinó el coste/paciente a partir de un modelo matemático, con la ayuda de la herramienta informática Excel®, que permitió estimar la alternativa más eficiente teniendo en cuenta el régimen posológico descrito en ficha técnica para cada esquema de tratamiento.
El análisis comparativo entre ambos tratamientos se llevó a cabo a partir de las características de un paciente estándar con una superficie corporal media de 1,75 m2. Debido a la evidencia científica y los resultados de supervivencia libre de progresión (PFS) obtenidos en los respectivos ensayos pivotales, ambos tratamientos se consideraron equivalentes en términos de eficacia.

RESULTADOS

El coste total estimado fue de 104.221,50€/paciente para R-V y 94.348,80€ para ibrutinib a los 24 meses de tratamiento. A partir de los 24 meses, el coste de R-V se mantuvo sin cambios, mientras que ibrunitib incrementó su coste en 47.174,40€/año. El coste total derivado del uso de ibrutinib ascendió a 141.523,20€, 188.697,60€ y 235.872,00€ para un periodo de 36, 38 y 60 meses, respectivamente. La representación del modelo matemático coste/paciente demostró como tras 24 meses de tratamiento, la alternativa terapéutica de menor coste para un paciente promedio de 1,75 m2 fue el esquema R-V, lo que supondría un potencial ahorro a los 5 años de 131.650,95€.

CONCLUSIONES

A largo plazo, el empleo en práctica clínica del esquema R-V ha demostrado ser una alternativa terapéutica más eficiente que ibrutinib para pacientes con LLC en R/R. Esto es debido a su administración limitada a 24 meses frente a la terapia con ibrutinib, la cual se administra de forma continuada hasta progresión/intolerancia. A pesar de la equivalencia terapéutica de ambos tratamientos, los resultados obtenidos reflejan como la terapia con R-V resulta más económica, permitiendo un ahorro de aproximadamente 130.000 € a los 5 años.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

982. EVALUACIÓN DE TRATAMIENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES ¿DE DÓNDE VENIMOS Y HACIA DÓNDE VAMOS?

AUTORES

BARRAGÁN MUÑOZ A, LÓPEZ RICO I, SORIANO GUTIÉRREZ L, REDONDO CAPAFONS S, LÓPEZ GARCÍA B, MOLAS FERRER G, COMET MONTE R, GÓMEZ VALENT M
CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. PARC TAULÍ, 1. BARCELONA

OBJETIVOS
Implementar un comité de medicamentos en situaciones especiales (MSE) y analizar su actividad.

MEJORAS ESPERADAS
La evaluación de las solicitudes de los MSE ayuda a disminuir la incertidumbre en el uso de MSE en relación a su eficacia y seguridad y, tratándose normalmente de medicamentos de alto impacto presupuestario, minimiza las inequidades de acceso estandarizando la toma de decisiones.
Se creó un canal de comunicación accesible que agilizó la recepción de solicitudes y facilitó la comunicación de las decisiones tomadas entre los miembros del comité y los clínicos solicitantes.
La evaluación de MSE permitió generar conocimiento y evidencia en el uso de estos fármacos.

DISEÑO
El "Comitè d'avaluació de Tractaments en Situacions Especials (CATSE)" se inició en mayo de 2019. Se trata de un comité multidisciplinar en el que participan distintos profesionales sanitarios de forma fija: Dirección de área de especialidades médicas, dirección del servicio de farmacia, dirección asistencial, dirección de estrategia y operaciones, una farmacóloga clínica, cuatro farmacéuticas y una secretaria. En cada reunión se invita a cada médico solicitante del MSE y al director del servicio implicado.

CIRCUITO Y ETAPAS
En la etapa previa a la creación del comité, los informes del MSE eran entregados a la dirección de farmacia y a la dirección asistencial para su evaluación y posterior resolución. Dada la complejidad de muchos de los tratamientos evaluados, se determinó que era necesario compartir con otros profesionales el caso presentado y resolver las dudas con el prescriptor, para poder tomar una decisión consensuada.

IMPLANTACIÓN
Se creó una dirección de correo para recibir las solicitudes de MSE y una plantilla estándar para realizarlas. Esta plantilla es cumplimentada por el médico solicitante (información clínica del paciente y evidencia que sustenta dicha solicitud) y por el servicio de farmacia (estado regulatorio del fármaco, farmacología básica y coste del tratamiento).
Clasificación de los fármacos evaluados: medicamentos sin indicación aprobada (categoría 1), indicación aprobada pendiente de precio (categoría 2), indicación aprobada pero financiación denegada (categoría 3), uso excepcional sin informes favorables de los comités del "Servei Català de la Salut" (categoría 4), medicamentos extranjeros (categoría 5), uso compasivo (categoría 6) y otros según criterios de cada comunidad autónoma (categoría 7).

RESULTADOS
Desde mayo de 2019 hasta abril de 2021, se analizaron 233 solicitudes, 232 tratamientos y una evaluación de protocolo, un total de 52 sesiones, que corresponden a 4,48 evaluaciones/año. De los 232 tratamientos, en 11 se evaluaron dos fármacos, y para un paciente se realizaron tres evaluaciones.
Se contemplan 18 servicios implicados, destacándose las áreas más activas oncología y hematología.
En cuanto a la clasificación de los fármacos: un 66% corresponde a la categoría 1, un 18% a la 2, un 3% a la 3, un 1.3% a la 4 y a la 5, un 5% a la 6 y un 4% a la categoría 7.

LIMITACIONES
Falta de recursos humanos con dedicación exclusiva para la elaboración de informes y protocolos de uso.
No disponer de formación en evaluación de tratamientos en situaciones especiales que dificulta la toma de decisiones.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Aplicabilidad a la totalidad de hospitales.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1007. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES
CANTARELLI . L, GUTIERREZ NICOLAS F, DEL ROSARIO GARCÍA B, PEREZ REYES S, MORALES BARRIOS JA, ORAMAS RODRIGUEZ J, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
Las diferentes estrategias de dosificación de pembrolizumab, según el peso del paciente (2mg/kg/3 semanas) y a dosis fija (200mg/ 3 semanas), han demostrado tener equivalencia terapéutica en el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM). El objetivo del presente estudio ha sido determinar el régimen de dosificación de pembrolizumab más eficiente en este grupo de pacientes y el potencial ahorro económico mediante la implantación de un modelo de dose banding, en un hospital de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio prospectivo unicéntrico, de un año de duración (julio 2019-julio 2020), que incluyó a todos aquellos pacientes con CPNM tratados con pembrolizumab. Todos los pacientes accedieron al estudio mediante firma del consentimiento informado. A partir de la historia clínica electrónica, se registraron las siguientes variables: edad, sexo, peso, dosis de fármaco, duración total del tratamiento y número de administraciones recibidas durante el periodo de estudio. Se desarrolló un modelo matemático que estimó la alternativa más eficiente, según el peso del paciente. Asimismo, se llevó a cabo un modelo de dose banding, ajustando una misma dosis de fármaco para un rango de pesos determinado, con una variación máxima del 10% de la dosis inicial. El impacto económico se estimó calculando la diferencia de costes entre

dosis fija vs dosificación/peso vs dosificación mediante dose banding. Se registró el coste asociado a la adquisición directa del fármaco (Orden de precios de referencia).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, un total de 26 pacientes con CPNM recibieron tratamiento con pembrolizumab (69,2% hombres (n=18); edad media: 62,7 [46-86]). El peso medio de los pacientes fue 71,4 kg [47-95]. La duración media de tratamiento fue 9,6 meses [0,6-25,7]. El número medio de administraciones de fármaco recibidas fue de 8,8 [2-19]. Todos los pacientes fueron tratados con el régimen de dosis fija (200mg/3 semanas). El gasto total derivado del empleo del fármaco fue 693.106,32€. El cambio de todos los pacientes, al régimen de dosificación/peso, permitiría un ahorro de 197.109,71€ (28,4%). La optimización de dosis mediante el modelo de dose banding, supondría una reducción en el gasto adicional de 30.429,80€ sobre el régimen posológico según el peso.

CONCLUSIONES

El estudio refleja cómo, en nuestro centro, el modelo de dose banding resultaría una estrategia altamente eficiente, con ahorros en el tratamiento con inmunoterapia de más del 30%. La aplicación de este tipo de medidas permitiría cuantiosos ahorros, así como una optimización de los recursos sanitarios a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1029. ESTUDIO DE LA PRESCRIPCIÓN DE HIPOLIPEMIANTES CON RECETA MÉDICA EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES

LLORET LLORCA A, SÁNCHEZ RODRIGUEZ F, JUEZ SANTAMARIA C, GARCÍA MATILLAS CN, MONTOYA EGEA JM, ASENSI CANTÓ A

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA DE CARTAGENA. CALLE MINARETE S/N. MURCIA

OBJETIVOS

- Comparar el perfil de prescripción con receta de hipolipemiantes en atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH).
- Establecer el perfil de prescripción de hipolipemiantes entre los distintos servicios de AH origen de la prescripción.
- Evaluar si la prescripción del tratamiento hipolipemiante se ajusta a las recomendaciones de uso racional del medicamento establecidas en el acuerdo de gestión(AG) 2019 suscrito por la gerencia del área de salud con el servicio de salud de la comunidad autónoma(SSCA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo del consumo de hipolipemiantes prescritos con receta, tanto en el ámbito de atención primaria como el de hospitalaria, durante un periodo de 12 meses (enero a diciembre de 2019). Para llevar a cabo esta comparación, se extrajeron los datos del módulo de análisis libre de la aplicación ADN Farmacia. El consumo de los distintos hipolipemiantes se expresa en Dosis Diarias Definidas(DDD), unidad técnica de medida y comparación que equivale a la dosis media diaria de mantenimiento de un fármaco cuando se utiliza en su indicación principal y por una vía de administración determinada, expresada en cantidad de principio activo. Como hipolipemiantes de elección el SSCA considera a simvastatina, pravastatina, atorvastatina, gemfibrozilo, fenofibrato y colestiramina. Finalmente, como objetivo de calidad, el AG de 2019 establece que, del total de las DDD de hipolipemiantes prescritas, al menos el 75% deben corresponder a fármacos considerados de elección por el SSCA.

RESULTADOS

En AP los 3 hipolipemiantes con más prescripciones fueron atorvastatina(54.6%), seguido de simvastatina(12.13%) y rosuvastatina(8.12%). Los hipolipemiantes recomendados pravastatina, fenofibrato, gemfibrozilo y colestiramina se prescribieron en un 1.83%, 5.49%,0.77% y 0.04% respectivamente. En AH los 3 hipolipemiantes prescritos más frecuentemente fueron atorvastatina(53.71%), rosuvastatina(18.94%) y la asociación atorvastatina-ezetimiba(4.56%), mientras que los de elección pravastatina, simvastatina, fenofibrato, gemfibrozilo y colestiramina se prescribieron en un 0.88%, 2.58%, 2.80%, 0.72% y 0.83% respectivamente.

Pese a las diferencias de perfil de prescripción entre ambos ámbitos, el 75,49% de las DDD prescritas corresponden a fármacos recomendados de elección.

La prescripción de hipolipemiantes de elección difiere entre niveles asistenciales, alcanzando un 75,11% en AP y un 61.57% en AH.

En cuanto al servicio hospitalario origen de la prescripción, el cumplimiento oscila entre el 93%(neurología) y el 39%(endocrinología).

CONCLUSIONES

En su conjunto, el área de salud cumple el objetivo marcado por el SSCA en 2019 en lo referente a la prescripción con receta de hipolipemiantes. El perfil de prescripción de medicamentos hipolipemiantes difiere entre ambos niveles asistenciales, así como entre los diferentes servicios prescriptores en el ámbito de AH. Además, la prescripción de hipolipemiantes no siempre se ajusta a las recomendaciones establecidas en el AG. Estas diferencias puede ser debidas a una menor difusión de los objetivos marcados en los acuerdos de gestión entre los profesionales de AH con respecto a los que ejercen en AP. Por lo tanto, se hace imprescindible impulsar medidas adicionales para asegurar la difusión y el seguimiento de las recomendaciones de prescripción entre todos los profesionales del área de salud a fin de promover un uso racional de los medicamentos y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1041. TERLIPRESINA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HEPATORRENAL: ¿PERFUSIÓN CONTINUA O ADMINISTRACIÓN INTERMITENTE?

AUTORES
IBÁÑEZ CATURLA J, PACHECO LÓPEZ P, CARVAJAL SÁNCHEZ MA, CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, FRUCTUOSO GONZÁLEZ L, TORRANO BELMONTE P, MEROÑO SAURA MA
HOSPITAL GENERA UNIVERSITARIO J.M MORALES MESEGUER. AV MARQUÉS DE LOS VÉLEZ, S/N. MURCIA

OBJETIVOS
El síndrome hepatorrenal es una descompensación de la enfermedad hepática avanzada con compromiso vital y un alto porcentaje de mortalidad. La terlipresina, un análogo sintético de la vasopresina, mejora las cifras de creatinina y aumenta la supervivencia a corto plazo cuando se administra concomitantemente con la albúmina en estos pacientes. Dada la baja vida media de la terlipresina, se han encontrado datos sobre una efectividad similar con menor incidencia de efectos adversos cuando se utiliza en perfusión continua sobre la administración en bolos, la recogida en ficha técnica.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo observacional en pacientes en tratamiento con terlipresina para el síndrome hepatorrenal desde enero 2018 en un hospital universitario de tercer nivel. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo) y clínicas: tipo de hepatopatía, creatinina previa al fármaco y tras el tratamiento, normalización de las cifras de creatinina, mortalidad a los 30 días, pauta utilizada, dosis, días de tratamiento y reacciones adversas (RA) de gravedad asociadas. Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica electrónica SELENE® y prescripción electrónica MIRA®; para el análisis estadístico se utilizó IBM SPSS Stadistics.

RESULTADOS
Se recogieron 39 pacientes, siendo 32 de ellos hombres (82%), con una mediana de edad de 64 años. En su mayoría se trataba de pacientes con cirrosis de origen enólico (82%); se encontró además hepatopatía viral en 4 pacientes, 1 cirrosis de tipo mixto y 1 paciente con una enfermedad veno-oclusiva hepática secundaria a trasplante de progenitores hematopoyéticos. 29 de los pacientes recibieron la dosis de terlipresina en bolos y 10 pacientes en infusión continua. La duración media del tratamiento fueron 6.6 ± 6.7 días (rango 1-33), administrándose una dosis media diaria menor en perfusión continua que en bolos (2.78 ± 1.4 vs 4.41 ± 1.2 mg; p-valor 0.01).
El tratamiento logró normalizar las cifras de creatinina en 20 de los pacientes; este efecto se presentó de manera ligeramente superior en el grupo de perfusión continua: 70% (7/10) vs 45% (13/29). La disminución media en la creatinina fue superior en el grupo de perfusión continua (disminución neta creatinina: 1.04±1.1 vs 0.48±0.93; p 0.139; disminución porcentual creatinina: 44%±35 vs 18%±33; p-valor 0.054) sin alcanzar significancia estadística. La mortalidad a los 30 días fue equivalente en los dos grupos: perfusión 40% (4/10) vs 51% (15/29) (p-valor 0.52).
Se detectaron RA destacables en 11 pacientes; disnea e ICC (5/39; 13%), isquemia y cianosis (3/39; 8%), hiponatremia (2/39; 5%) y cefalea (1/39; 2%). Las RA se presentaron con mayor frecuencia en el grupo en tratamiento en bolos (8 vs 3) y provocaron la retirada del fármaco en 6 pacientes de este grupo de tratamiento (6 vs 0).
En cuanto al impacto económico, el uso de la perfusión continua resultó en un menor coste medio total por paciente (63.1 ± 63 € vs 176.8 ± 215.3 €).

CONCLUSIONES
El tratamiento con terlipresina en perfusión continua fue efectivo en la mejoría de la función renal, siendo mejor tolerado y provocando menor incidencia de RA que la administración intermitente en bolos y requiriendo menor dosis diaria en nuestro estudio.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1056. ANÁLISIS DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS COMO POSIBLES ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

AUTORES
FÉNIX CABALLERO S, SALMERÓN NAVAS FJ, RÍOS SÁNCHEZ E, ALEGRE DEL REY EJ, BARREIRO FERNÁNDEZ E, MORENO RAMOS C, BORRERO RUBIO JM
HOSPITAL UNIV. PUERTO REAL. CTRA. N-IV, KM. 665. CÁDIZ

OBJETIVOS
Establecer si adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab, ixekizumab, secukinumab y upadacitinib pueden declararse Alternativas Terapéuticas Equivalentes (ATE) en eficacia, en espondilitis anquilosante (EA) a través de comparaciones indirectas (CI) frente a un comparador común.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizó una búsqueda de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) con los fármacos biológicos indicados en EA (certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab, ixekizumab, secukinumab y upadacitinib), con población y duración similares y con la misma variable. Se incluyeron los ECA que cumplían los siguientes criterios: ECA doble-ciego, fase II-III, controlado con placebo, evaluación de eficacia a 12 semanas o próxima, dosis según ficha técnica, pacientes con EA activa y respuesta inadecuada a fármacos moduladores de la enfermedad. Como variable principal de eficacia, se tomó una respuesta ≥40% en los criterios de la "Assessment in SpondyloArthritis International Society" (ASAS40), basados en la mejora del dolor de espalda, actividad de la enfermedad, función física e inflamación. Si se obtenía más de un ECA para algún fármaco evaluado, se combinaron los resultados mediante un meta-análisis empleando para ello la calculadora de Joaquim Primo, disponible en la web de GENESIS. Se realizó una CI ajustada mediante el método de Bucher (con la calculadora ITC, Indirect Treatment Comparisons, de la Agencia Canadiense de Evaluación de Tecnologías Sanitarias). Para calcular el delta (Δ), máxima diferencia aceptable como criterio clínico de no-inferioridad, se utilizó el valor empleado en un ensayo de no-inferioridad de etanercept a distintas dosis (Δ=18,5%), y se realizó un análisis de sensibilidad con

un delta menor, del 14%. Se compararon todos los fármacos frente a infliximab, fármaco con mejor resultado numérico frente a placebo, y se analizaron los resultados gráficamente, observando si los intervalos de confianza (IC95%) se encontraban dentro del intervalo ±Δ. Para establecer el posicionamiento, se aplicó la Guía ATE de GENESIS.

RESULTADOS

Un total de nueve ECA fueron seleccionados para la CI: uno por cada fármaco estudiado y dos para certolizumab. La diferencia encontrada en ASAS40 entre infliximab y los otros fármacos fue la siguiente: adalimumab RAR=10,2% (IC95% -3,39 a 23,79); certolizumab 200mg/2semanas RAR=11,6% (IC95% -3,79 a 26,99); certolizumab 400mg/4semanas RAR=6,2% (IC95% -9,34 a 21,74); etanercept 50mg/semana RAR=0,5% (IC95% -16,46 a 17,46); etanercept 25mg c/2semanas RAR=5,3% (IC95% -11,74 a 22,34); golimumab RAR=5% (IC95% -8,12 a 18,12); ixekizumab RAR=7% (IC95% -9,84 a 23,84); secukinumab RAR=11,6% (IC95% -9,34 a 35,54); y upadacitinib RAR=10,9% (IC95% -5,86 a 27,66).
No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna comparación. Los IC95% de golimumab y etanercept 50mg se encontraban totalmente dentro del intervalo ±Δ. El resto de IC95% sobrepasaba el intervalo ±Δ aunque en una proporción menor al 50%. Según la Guía, pueden considerarse ATE en eficacia, puesto que el fracaso del tratamiento no supondría un perjuicio grave/irreversible para el paciente. En el análisis de sensibilidad, no se modifica el posicionamiento.

CONCLUSIONES

1.-No existen diferencias estadísticamente significativas entre los fármacos indicados en EA.
2.- Según la Guía ATE, podríamos considerar ATE a adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab, ixekizumab, secukinumab y upadacitinib.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1079. UTILIZACIÓN DEL ELTROMBOPAG EN EL TRATAMIENTO DE LA TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR LA QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS.

AUTORES

GARCIA MATILLAS CN, GARCÍA LAGUNAR MH, MARTINEZ PENELLA M, LLORET LLORCA A, FERNANDEZ MARTINEZ IM, MIRA SIRVENT MC
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CALLE MINARETE, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Los pacientes oncológicos desarrollan frecuentemente trombocitopenia inducida por la quimioterapia(TIQ), presentando un recuento de plaquetas < 100x10^3/µL. La TIQ limita la dosis y frecuencia de quimioterapia comprometiendo la supervivencia de los pacientes.
Analizar la experiencia del uso fuera de indicación de Eltrombopag para corregir la TIQ en pacientes con tumores sólidos y su repercusión en la administración del tratamiento antineoplásico y efectos adversos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que han recibido Eltrombopag para el tratamiento de la TIQ fuera de indicación en un hospital de tercer nivel durante 9 años(enero 2012-marzo 2021).
Los pacientes fueron seleccionados a través del programa de dispensación SAVAC®, los tratamientos empleados mediante el programa de preparación de citostáticos(Oncofarm®), las historias clínicas se revisaron en Selene® y los valores analíticos en Modulab® y ServoLab®.
Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tipo de tumor, número de ciclos de quimioterapia previos al Eltrombopag, dosis, duración y motivo de suspensión del Eltrombopag, tiempo necesario hasta alcanzar cifras > 100x10^3/µL, el nadir de plaquetas antes y durante el tratamiento con Eltrombopag y el número de ciclos retrasados.
De forma general, el tratamiento con Eltrombopag se mantiene hasta buen control analítico o finalización de la quimioterapia.
Las variables continuas se presentaron como media±desviación estándar y para el análisis del nadir de plaquetas y número de ciclos retrasados antes y durante el tratamiento se realizó la prueba t de Student para muestras apareadas.

RESULTADOS

Un total de 20 pacientes(45% hombres) recibieron Eltrombopag para rectificar la TIQ en pacientes con tumores sólidos, la media de edad 59,15±9,47 años.
Los pacientes habían recibido una media de ciclos de quimioterapia previos al tratamiento con Eltrombopag 2,84±2,67, siendo la dosis media de este 53,23±24,78 mg al día y la mediana de duración del tratamiento 5,5 meses(rango intercualítico:2-12,75).
En cuanto al tipo de tumor sólido que presentaban: 30%(n=6)carcinoma de colon, 15%(n=3) hepatocarcinoma, 15%(n=3) cáncer de páncreas, 15%(n=3)adenocarcinoma de pulmón, 10%(n=2)tumores cerebrales, 5%(n=1)cáncer de mama, 5%(n=1)carcinoma gástrico y 5%(n=1) carcinoma de vejiga.
El nadir de plaquetas previo a iniciar el tratamiento con Eltrombopag fue de 67,67±29,67x10^3/µL y durante el tratamiento subió 136,19±45,21x10^3/µL(p=0,02). La mediana de tiempo necesario para alcanzar > 100x10^3/µL una vez comenzado el tratamiento fue de 1 mes(rango intercuartílico:0,5-1).
La media de ciclos de quimioterapia retrasados antes del tratamiento con Eltrombopag: 1,60±2,33 y durante 0,65±1,35(p=0,11).
Entre los motivos de la suspensión se encontraron: 6 presentaron progresión de la enfermedad, 8 suspendieron la quimioterapia, en 2 fue ineficaz y 2 exitus. Por otro lado, 2 siguen en tratamiento con Eltrombopag y quimioterapia.
Los efectos adversos en su mayoría fueron secundarios a la quimioterapia, pero 3 pacientes presentaron diarrea siendo en uno limitante del aumento de la dosis de Eltrombopag.

CONCLUSIONES

Eltrombopag resultó ser un tratamiento eficaz frente a la TIQ, evitando retrasos o suspensión de los ciclos de quimioterapia, observándose diferencias significativas en cuanto al nadir de plaquetas antes y durante el tratamiento. El uso continuado de este fármaco, fuera de ficha técnica, y sus resultados muestra la necesidad de un protocolo de utilización que sea aprobado por la Comisión Farmacoterapéutica Regional.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1098. IMPACTO ECONÓMICO DE LA INTRODUCCIÓN DE DARATUMUMAB SUBCUTÁNEO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

CANTARELLI . L, GONZALEZ DE LA FUENTE GA, GUTIERREZ NICOLAS F, DEL ROSARIO GARCÍA B, PEREZ REYES S, NAZCO CASARIEGO GJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Analizar la variación en el gasto anual que supondría la introducción de la terapia con daratumumab subcutáneo (d-SC) frente al daratumumab intravenoso (d-IV), en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis de minimización de costes que incluyó a todos aquellos pacientes que recibieron tratamiento con d-IV en nuestro centro a lo largo del año 2020. Para llevar a cabo el estudio, se ha demostrado previamente la equivalencia terapéutica a nivel de eficacia entre el d-IV y d-SC. Se registraron las siguientes variables clínicas y demográficas: edad, sexo y esquema terapéutico empleado. En cada caso, se tuvo en cuenta la pauta terapéutica descrita en la ficha técnica de cada esquema. Para el análisis, se registró el coste directo de adquisición de los fármacos (Orden de Precios de Referencia), teniendo en cuenta el régimen posológico de ambos fármacos descritos en ficha técnica. En ambos casos, se aplicó un 60% de descuento sobre el precio inicial del fármaco para los 6 primeros ciclos de tratamiento. Se estimó el potencial ahorro anual a partir de dos posibles escenarios: el cambio de d-IV a d-SC en todos los pacientes y el cambio a d-SC en función del peso del paciente. Para ello, se diseñó un modelo matemático con la ayuda de la herramienta informática Excel®, que permitió estimar la alternativa terapéutica más eficiente a partir de la distribución de pacientes en función del peso.

RESULTADOS

La aplicación del modelo matemático coste/peso, demostró como en pacientes > 75kg la alternativa terapéutica de menor coste sería d-SC, mientras que para pacientes < 75kg correspondería a d-IV. A lo largo del año 2020, un total de 35 pacientes recibieron tratamiento con d-IV en nuestro centro (51,4% hombres; edad media: 70,2 años [44-87]). Los esquemas terapéuticos empleados fueron: daratumumab-bortezomib-melfalan-prednisona (D-VMP) (42,9%, n=15), daratumumab-lenalidomida-dexametasona (DRd) (20%, n=7), daratumumab-bortezomib-dexametasona (DVd) (20%, n=7), otros (17,1%, n=6). El gasto anual correspondiente al uso de d-IV ascendió a 1.205.253,88 €. El cambio a d-SC en todos los pacientes supondría un coste anual de 1.178.253,09€, lo que permitiría un ahorro anual de 27.000,79€/año. La aplicación del modelo de distribución hacia la alternativa terapéutica más eficiente según el peso del paciente, supondría un gasto anual de 1.113.679,95€, con un potencial ahorro sobre d-IV de 91.573,93€/año.

CONCLUSIONES

El análisis de costes realizado muestra como en nuestro centro la introducción del d-SC permitiría generar un ahorro de 27.000€/año. Asimismo, la implementación de estrategias posológicas basadas en la administración de daratumumab por vía IV o SC en función del peso del paciente, supondría una importante reducción del gasto, proporcionando ahorros anuales superiores a 90.000€.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1107. IMPACTO ECONÓMICO DE LA INMUNOONCOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

FORTES GONZALEZ MS, VAZQUEZ BLANCO S, HERRERO POCH L, DE MIGUEL BOUZAS JC, CASTRO DOMINGUEZ JM, CONDE PAZÓ A, VILLAMAYOR BLANCO L

HOSPITAL POVISA. RUA DE SALAMANCA, 5. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

La inmunoterapia contra el cáncer se basa en el control del crecimiento tumoral mediante la activación del sistema inmune. Inicialmente disponíamos de los anticuerpos monoclonales clásicos (AcM) capaces de inducir la muerte de la célula tumoral por diversos mecanismos (citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos o de complemento, fagocitosis, apoptosis…). Recientemente se han comercializado inhibidores del punto de control inmune (ICI), AcM que potencian la acción del sistema inmune activando señales activadoras o inhibiendo señales inhibidoras.
El objetivo del presente estudio es analizar el impacto económico de la inmunoterapia en neoplasias onco-hematológicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, llevado a cabo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los AcM administrados en hospital de día (HDD) o ingresados en los últimos 7 años (desde 2014 a 2020). Los datos se obtuvieron del programa Farmis-Oncofarm®. Las variables registradas fueron: principio activo, medicamento, diagnóstico, número de pacientes, patología y coste (calculado según precio de compra y con aprovechamiento de viales). Se consideraron ICI los fármacos anti-PD1/PD-L1 (atezolizumab, nivolumab, pembrolizumab, durvalumab) y anti-CTLA4 (ipilimumab). No se tuvo en cuenta el gasto en citoquinas.

RESULTADOS
El 01/01/2014 la guía farmacoterapéutica incluía 40 principios activos antineoplásicos de administración en el hospital (15% AcM), que aumentaron a 58 (24% AcM) a fecha 31/12/2020. Durante esos años se incorporaron 8 AcM: atezolizumab, daratumumab, ipilimumab, nivolumab, pembrolizumab, pertuzumab, ramucirumab, trastuzumab-emtansina; de los cuales el 50% se consideraron ICI.
El gasto en antineoplásicos administrados a nivel hospitalario fue: 1.720.849, 3.278.169, 3.614.863, 3.761.983, 4.197.806, 4.683.404, 4.837.857 € respectivamente en 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020, que supone un incremento del 181%. El número de pacientes evolucionó de 402 en 2014 a 760 en 2020, con un incremento del coste/paciente del 49% (pasando de 4.281 €/paciente en 2014 a 6.366 €/paciente en 2020). Actualmente el 74% del gasto corresponde a oncología y 26% a neoplasias hematológicas. Las patologías con mayor gasto en 2020 son: pulmón (1.048.410 €), mama (1.016.121 €) y mieloma múltiple (489.428 €).
Durante este periodo, el gasto total en AcM fue 16.054.191 € (62% del total), de los que 3.021.182 € (19%) se destinaron a ICI. El mayor porcentaje del gasto en AcM fue para trastuzumab (3.982.448 €, 25%) seguido de bevacizumab (3.112.602 €, 19%), rituximab (2.246.766 €, 14%) y nivolumab (1.754.014 €, 11%). La inversión en ICI fue: 1.754.014 € nivolumab (11%), 762.056 € pembrolizumab (5%), 399.912 € atezolizumab (2%), 105.199 € ipilimumab (1%), 0 € durvalumab. En 2020 el impacto presupuestario de los ICI por patología fue: pulmón (593.007 €, 56.6%), melanoma (280.696 €, 97.9%), cabeza y cuello (151.668 €, 81.9%), renal (71.551 €, 99.9%), vejiga (31.252 €, 93.6%).

CONCLUSIONES
La inversión en antineoplásicos de administración en el hospital prácticamente se ha triplicado en los últimos años. Los AcM son los principales responsables del impacto presupuestario. Los 3 principios activos con mayor consumo en euros (trastuzumab, bevacizumab, rituximab) no son ICI, pero nivolumab ya ocupa el cuarto lugar. La incorporación de ICI ha disparado el gasto en patologías como pulmón, melanoma, cabeza y cuello, renal y vejiga.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1138. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE HIPOLIPEMIANTES ORALES EN UNA COMUNIDAD AUTONOMA DURANTE LOS AÑOS 2013-2020.

AUTORES
SAINZ DE ROZAS APARICIO C, PALACIOS LACRUZ S, GALLARDO ANCIANO J, PRIETO PARADELO M, PÉREZ LAPIDO M, ALCONADA CALLES J, LERALTA GONZÁLEZ C, SANZ ALONSO V
HOSPITAL SAN PEDRO. PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS
Estudiar la evolución del consumo de los hipolipemiantes orales en una comunidad autónoma durante el periodo 2013 al 2020.

MATERIALES Y MÉTODOS
El estudio se realizó en una comunidad autónoma de 319.914 habitantes según el Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2020.
Los datos fueron proporcionados por la Unidad de Prestación Farmacéutica de la Consejería de Salud en base al registro de Recetas Oficiales facturadas. Se calculó la dosis diaria definida por 1000 habitantes y día (DHD) de cada fármaco y combinaciones, y los resultados se clasificaron según los subgrupos utilizados en el Informe de Utilización de hipolipemiantes de la Agencia Española del Medicamentos (AEMPS): grupo estatinas para los subgrupos C10AA, C10BA, C10BX de la clasificación anatómica, terapéutica y química (ATC) y grupo otros hipolipemiantes no estatinas para los subgrupos C10AB, C10AC, C10AD, C10AX de la ATC.
Se calculó durante el periodo indicado el importe total (Euros) y desglosado por cada principio activo.

RESULTADOS
Grupo estatinas:
Durante el periodo de estudio aumentó el consumo, resultando una DHD de 89,95 en 2013 y 111,37 en 2020, lo que supone un incremento del 23,8%.
El mayor incremento en DHD fue pitavastatina (97,1%), seguido de rosuvastatina (65,5%) y atorvastatina (35,5%).
Disminuyeron su consumo fluvastatina (-52,1%), lovastatina (-48,9%), pravastatina (-42,7%) y simvastatina (-7,1%).
El principio activo más consumido en 2020 fue atorvastatina (69,76 DHD) seguido de rosuvastatina (14,67 DHD), simvastatina (13,90 DHD) y pitavastatina (5,63 DHD). En 2013 el más consumido también fue la atorvastatina (51,47 DHD), y le siguieron simvastatina (14,96 DHD), rosuvastatina (8,87 DHD), fluvastatina (5,86 DHD) y pravastatina (4,38 DHD).
Grupo otros hipolipemiantes no estatinas:
El consumo de este grupo aumentó desde una DHD de 10,24 en 2013 a 20,64 en 2020, lo que supone un incremento del 101,52%.
El principio activo más consumido en 2020 fue la ezetimiba sola (5,82 DHD), seguido de la asociación ezetimiba-atorvastatina (4,63 DHD) y fenofibrato (3,13 DHD). En 2013 el más consumido fue la ezetimiba sola (4,24 DHD) seguida por fenofibrato (3,01 DHD).
Evolución del gasto:
El importe total del grupo de hipolipemiantes orales fue 5.379.854 € en 2013, que tuvo su máximo en 2017 alcanzando 7.123.760 €, y disminuyó posteriormente hasta situarse en 6.816.128 € en 2020. Esto supone un incremento del 26,7% durante el periodo de estudio.
En el año 2020 el principio activo con mayor gasto fue atorvastatina, con un 38,0% del total, seguido por la combinación

ezetimiba-atorvastatina (13,4%), ezetimiba sola (10,9%), rosuvastatina (9,2%) y pitavastatina (7,2%). En 2013 también fue atorvastatina (37,0%), seguido de rosuvastatina (16,4%), ezetimiba (15,7%) y pitavastatina (5,8%).

CONCLUSIONES

• El consumo de hipolipemiantes orales aumenta considerablemente cada año.
• Se observa una evolución en el empleo de estatinas más potentes y probablemente a dosis mayores.
• La disminución del importe total en los años 2018 y 2019 coincide en el tiempo con la salida al mercado de los genérico de rosuvastatina y ezetimiba.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1139. HIERRO CARBOXIMALTOSA EN ANEMIA PREOPERATORIA. ¿USO ADECUADO?

AUTORES

YUSTE GUTIÉRREZ ÁM, ALONSO MORENO M, PEREZ BLANCO JL, BERLANA MARTIN D, PEREZ MAROTO MT, TORRALBA GONZALEZ DE SUSO M, CODONAL DEMETRIO A, HORTA HERNANDEZ AM

HOSPITAL UNIVERSITARIO GUADALAJARA. DONANTE DE SANGRE, S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

La anemia preoperatoria contribuye a complicaciones durante y después de la cirugía. La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve el uso de alternativas a la transfusión sanguínea para mejorar los resultados clínicos y de seguridad del paciente. La administración de hierro intravenoso ha demostrado reducir la necesidad de transfusiones.
La ficha técnica del hierro carboximaltosa intravenoso (HCI) refleja que deben transcurrir al menos 4 semanas tras la última administración para poder reevaluar el nivel de hemoglobina (Hb), a fin de permitir que pase suficiente tiempo para la eritropoyesis y la utilización del hierro.
El objetivo es evaluar la utilización del HCI y su efectividad en la anemia preoperatoria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico, realizado entre 2017 y 2018. Los hospitales participantes fueron tres, dos de tercer nivel y uno de segundo nivel. Los pacientes incluidos en el estudio fueron pacientes mayores de 18 años con cirugía programada y que recibieron HCI.
Las variables recogidas fueron: demográficas, niveles de hemoglobina previo a la administración de HCI y preoperatoria, dosis administrada y tiempo entre la administración y la cirugía.
La variable principal de eficacia fue el porcentaje de sujetos que alcanzaron valores de Hb ≥ 13 g/dL en el momento de la cirugía.
Como variables secundarias se incluyeron: porcentaje de pacientes con un incremento de Hb ≥1,0 g/dL respecto al nivel basal, porcentaje de pacientes que recibieron HCI con al menos 4 semanas de antelación respecto a la cirugía y porcentaje de pacientes que recibieron una dosis óptima de HCI según recomendaciones de ficha técnica.
El análisis estadístico se realizó con STATA®v.16.

RESULTADOS

Los pacientes que recibieron HCI antes de la cirugía fueron 506, y de éstos 60 fueron excluídos por no disponer de valores de Hb en el preoperatorio. Un 55,2% fueron mujeres, y la mediana de edad fue 69 (Rango intercuartílico (RIC): 52-78) años. No hubo diferencias significativas entre los tres hospitales.
En el momento de la cirugía, 52 (11,7%) de los pacientes alcanzaron Hb ≥ 13 g/dL, Con respecto a los pacientes con incrementos de Hb basal (bHb) ≥ 1 g/dL, 112 (25,1% IC95%: 21,3-29,3%) alcanzaron el objetivo.
La mediana de la dosis administrada de HCI fue 1.000 mg (RIC: 500-1000). Se observa que 141 (31.6%) pacientes recibieron una dosis adecuada de HCI respecto a las recomendaciones de la Ficha Técnica, y un 62.8% pacientes estuvieron infradosificados.
Los días transcurridos entre la administración y el momento de la cirugía fueron 5 (RIC: 0-16) días, y en 68 (15,3%) pacientes la cirugía se llevó a cabo trascurridas 4 semanas desde la administración de HCI.

CONCLUSIONES

Se observa una baja efectividad del tratamiento con respecto a los incrementos de valores de hemoglobina.
Hay un escaso número de pacientes intervenidos que recibieron HCI con al menos 4 semanas.
Hay un alto porcentaje de pacientes infradosificados con respecto a las recomendaciones de la ficha técnica.
Es necesario protocolizar el manejo del hierro intravenoso preoperatorio que garantice su adecuada utilización y optimización.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1163. UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES EN ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO

AUTORES

PÉREZ ALMAGRO MF, DO PAZO OUBIÑA F, BOYERAS VALLESPIR B, ORTIZ GONZÁLEZ M, CARRILLO LÓPEZ V, DELGADO SÁNCHEZ O

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. CARRETERA DE VALDEMOSSA, 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

El uso de medicamentos en situaciones especiales está regulado por el Real Decreto (RD) 1015/2009, que establece el uso compasivo, el uso en condiciones diferentes a las autorizadas y el uso de medicamentos no autorizados en España.
En nuestro hospital estas solicitudes eran valoradas por la Dirección Médica, pero en octubre 2019, se constituyó el

Comité de Uso Excepcional de Medicamentos (CUEM), para evaluar, además de las establecidas en la norma, el uso de medicamentos pendientes de fijación de precio en España, medicamentos con resolución expresa de no financiación, medicamentos no evaluados por la Comisión de Farmacia Autonómica (CFA) y medicamentos de alto impacto económico (coste/paciente > 100.000€/año). El CUEM está compuesto por la Dirección Médica, la Subdirección Médica, 3 médicos (Medicina Interna, Pediatría y Unidad de Investigación) y 2 farmacéuticos de hospital.
El objetivo es analizar el uso de medicamentos en situaciones especiales en las áreas de oncología y hematología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las solicitudes de medicamentos en situaciones especiales en oncología, hematología y onco-hematología pediátrica desde enero 2017 hasta abril 2021 (4 años y 4 meses).
La fuente de datos ha sido el registro de Farmacia, en el que se recogen los datos y motivos de la solicitud y la resolución del CUEM. Se realizó un análisis mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se realizaron 256 solicitudes de 243 pacientes y 80 fármacos diferentes solicitados por Oncología 152 (59,4%), Hematología 98 (38,3%) y Onco-Hematología pediátrica 6 (2,3%)
Los fármacos más solicitados fueron Trifluridina/tipiracilo 16 (6,3%), Peginterferon 16 (6,3%), Ruxolitinib 14 (5,5%), Palbociclib 13 (5,1%), Regorafenib 12 (4,7%), Nivolumab 12 (4,7%) y Pembrolizumab 9 (3,5%).
Las patologías fueron cáncer de colon 24 (9,4%), mama 24 (9,4%), pulmón 20 (7,8%), mieloma múltiple 18 (7%), sarcoma 13 (5,1%), leucemia mieloide aguda 11 (4,3%), renal 10 (3,9%).
Los motivos de solicitud: condiciones diferentes de las autorizadas 127 (49,6%), pendiente de evaluación 73 (28,5%), pendiente financiación 25 (9,8%), uso compasivo 16 (6,3%), no financiado 15 (5,9%).
En total se aprobaron 237 (93%) solicitudes y 19 (7%) no se aprobaron. Se observa un incremento anual de solicitudes: 30 en 2017, 53 en 2018, 64 en 2019, 73 en 2020 y 35 hasta abril de 2021.
El análisis de las solicitudes nos muestra que el porcentaje de aprobaciones fue 99% antes de la constitución del CUEM y 86% después.

CONCLUSIONES

La utilización de medicamentos en condiciones especiales es muy frecuente en Oncología y Hematología especialmente fuera de ficha técnica, a lo que se han sumado las solicitudes pendientes de financiación y de medicamentos excluidos de la financiación.
La gran mayoría de las solicitudes son aprobadas después de su valoración por un Comité específico.
Es necesaria una evaluación multidisciplinar de las solicitudes para respaldar las decisiones de forma consensuada.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1213. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE NUEVOS ANTICUERPOS MONOCLONALES EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA CRÓNICA.

AUTORES

ORTIZ LATORRE JL, JURADO ROMERO A, GONZÁLEZ PADILLA M, LÓPEZ ESCOZ R, MORA SANTIAGO R, MOYA CARMONA I

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPUS DE TEATINOS S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Erenumab, galcanezumab y fremanezumab son tres anticuerpos monoclonales de reciente inclusión en el Sistema Nacional de Salud aprobados para el tratamiento de la migraña episódica de alta frecuencia y la migraña crónica en pacientes adultos. El objetivo de este estudio es evaluar su eficacia y seguridad en la práctica real en pacientes con migraña crónica en un hospital de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional desde octubre de 2020 hasta marzo de 2021. Los criterios de inclusión fueron: pacientes diagnosticados de migraña crónica y un mínimo de tres tratamientos previos (siendo uno de ellos toxina butulínica) con 8 o más días de migraña/mes que iniciaron tratamiento con erenumab a dosis de 70 mg cada 4 semanas, galcanezumab con dosis de inducción de 240 mg y 120 mg cada cuatro semanas y fremanezumab a dosis de 225 mg cada 4 semanas. La eficacia fue evaluada a las 12 semanas tras el inicio del tratamiento, utilizando como medida de la misma la reducción en el número de crisis severas de dolor recogidas en el calendario de cefaleas que aportaron los pacientes. La seguridad se evaluó en función de los eventos adversos registrados en cada paciente.
Se recogieron datos demográficos (sexo y edad), número de crisis al inicio y tras 12 semanas de tratamiento, reducción en el número de crisis experimentadas/mes, anticuerpo utilizado y necesidad de intensificaciones de dosis a las 12 semanas (en el caso de erenumab). Los datos se obtuvieron de la historia clínica de los pacientes y del programa de prescripción electrónica.

RESULTADOS

Fueron incluidos 114 pacientes (84,2% mujeres) con una edad media de 48,8 años (19-80). 63 pacientes (55,3%) recibieron erenumab, 39 (34,2%) galcanezumab y 12 (10,5%) fremanezumab. La mediana de crisis recogidas en el calendario de cefaleas al inicio fue de 12 (8-28), mientras que a las 12 semanas fue de 6 (0-20), existiendo una reducción media de 6 días (50%) en el nº de crisis/mes. A las 12 semanas, la mediana de la reducción en el nº de crisis/mes por fármaco fue de 5,5 días con erenumab, 5 días con galcanezumab y 6 días con fremanezumab.
De los 63 pacientes que iniciaron erenumab, en 39 (61,9%) se realizó incremento a la dosis de 140 mg a las 12 semanas.

Se notificaron eventos adversos en 8 pacientes (7,1%). 4 pacientes tuvieron estreñimiento, 2 alteraciones del sueño, 1 dolor lumbal y 1 vértigos.

CONCLUSIONES

Los datos recogidos en nuestro estudio muestran la efectividad de los anticuerpos monoconales en la reducción del número de crisis/mes en pacientes con migraña crónica, no existiendo diferencias de efectividad destacable entre ellos. En el caso de erenumab, se realizó un incremento de dosis en gran parte de los pacientes, lo que muestra la posibilidad de ser necesaria una mayor dosis para el control de las crisis. Son fármacos seguros, siendo bien tolerados en todos los pacientes y con eventos adversos que no fueron graves en ningún caso. Son necesarios más estudios para corroborar las conclusiones extraídas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1215. IMPACTO ECONÓMICO SUPUESTO POR LAS ACTUALIZACIONES DE USO DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN SITUACIÓN DE PANDEMIA

AUTORES

RODRÍGUEZ CAMPOS E, SASTRE MARTORELL ML, JAUME GAYÀ S, VANRELL BALLESTERO A, FERRER JAILLARD B, GARCÍA ÁLVAREZ Á

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. CARRETERA VALLDEMOSSA 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

La pandemia producida por el nuevo Coronavirus ha motivado cambios en las condiciones de utilización de los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) establecidas por la Comisión Farmacoterapéutica Autonómica, ampliando las situaciones en las que estos tratamientos son autorizados para la prevención de los eventos tromboembólicos de la fibrilación auricular no valvular (FANV), con el objetivo de disminuir los contactos asistenciales necesarios para el control del tiempo de protrombina (INR) de los pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK), los cuales suponían una exigencia previa a la utilización de ACOD.

Las nuevas condiciones de utilización contemplan el uso de estos fármacos en pacientes:

- Inmunodeprimidos
- > 65 años con factores de riesgo cardiovascular (FRCV), ictus, infarto agudo de miocardio (IAM) y/o patología respiratoria de base
- > 75 años

Nuestro objetivo es evaluar el impacto presupuestario para el sistema producido por las nuevas condiciones de utilización de los ACOD en un área de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, que incluyó los pacientes de un área de salud que iniciaron ACOD con las nuevas condiciones de utilización entre noviembre de 2020 y febrero de 2021. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, servicio médico prescriptor y nueva condición de utilización del ACOD. Se calculó el coste incremental de los ACOD frente a AVK, para lo cual se consideró como base una dosis de AVK de 2mg (2,58€/mes) y un coste de monitorización mensual de INR de 31,50€/mes (coste del material y tiempo de personal) según datos locales.

Los inicios de tratamiento con ACOD así como los datos económicos se obtuvieron de la herramienta corporativa de gestión de la prestación farmacéutica y los datos clínicos de la historia clínica informatizada. La base de datos se analizó con Microsoft Excel®.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, iniciaron tratamiento con ACOD 146 pacientes (noviembre 1, diciembre 50, enero 57 y febrero 38). De éstos 93 (63,8%) eran hombres, mediana de edad de 77 años (rango 30-101). La distribución por principio activo de los ACOD fue: 71 apixaban , 30 rivaroxaban , 27 edoxaban y 18 dabigatran y por servicio prescriptor: 45 Medicina Familiar, 63 Cardiología, 9 Neurología, 9 Medicina Interna, 7 Hematología, 5 Urgencias y 8 Otras). Las nuevas condiciones de utilización fueron: 3 inmunosupresión, 39 FRCV, 5 IAM, 2 ictus, 5 patología respiratoria, 92 > 75 años.

El gasto en ACOD durante el periodo de estudio fue de 26.526,6€. El coste teórico de tratamiento con AVK de 146 pacientes durante el periodo de estudio sería de 10.428,5€, incluidos los costes de monitorización. El coste incremental de tratar con ACOD para el sistema sanitario es de 16.098,1€, un 154,4% más.

CONCLUSIONES

Las nuevas condiciones de utilización de los ACOD suponen un importante incremento de los costes de prevención de las complicaciones tromboembólicas de la FANV.En un entorno de incertidumbre sanitaria y económica, el mantenimiento de éstas condiciones plantea un reto para el sistema sanitario. Es necesario el análisis del impacto económico de esta situación desde un punto de vista de la sociedad para valorar el mantenimiento de las mismas tras la pandemia.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1228. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN PACIENTES TRATADOS CON INHIBIDORES DE PCSK9 A LA LUZ DE LAS NUEVAS GUÍAS EUROPEAS SOBRE DISLIPEMIAS

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
Determinar el grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos estipulados por las nuevas guías europeas (2019) sobre dislipemias en pacientes tratados con inhibidores de proproteína convertasa de subtilisina/kexina tipo 9 (iPCSK9) en un hospital de tercer nivel. Un objetivo secundario fue determinar grupos de pacientes con perfil favorable a alcanzar dichos objetivos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio unicéntrico, multidisciplinar, con participación de los servicios 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. La cohorte empleada para este estudio es la misma que la usada en un estudio de efectividad y seguridad global presentado en la pasada edición de este Congreso. A los pacientes se les programaron seguimientos en los meses 1, 3, 6, y 12. El cumplimiento global de los objetivos terapéuticos se definió como favorable si el paciente cumplía los objetivos (según las guías europeas de 2016, una reducción del colesterol LDL [cLDL] a un nivel < 70 mg/dL O, en su defecto, una reducción del 50% con respecto al nivel basal; según las guías europeas de 2019, descenso a un nivel < 55 mg/dL Y una reducción del 50% con respecto al nivel basal), en al menos dos seguimientos. El análisis comparativo por grupos de pacientes se realizó mediante el test Ji-cuadrado (Stata/IC 16.1).

RESULTADOS
Brevemente, la cohorte consistía en 57 pacientes (edad mediana: 62.1 años), el 36.5% de sexo femenino. El 28.1% era completamente intolerante a estatinas, y todos los pacientes tenían un nivel basal de cLDL > 100 mg/dL al inicio del tratamiento. Los pacientes recibieron alirocumab 75 mg/150 mg (40.4%) o evolocumab 140 mg (59.6%) cada 2 semanas, a elección del médico prescriptor. Todos los pacientes cumplían las condiciones de uso de estos fármacos estipuladas por el Ministerio de Sanidad.
Según las guías europeas de 2016, el grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos en los meses 1, 3, 6 y 12 de seguimiento, fue de 70.2%, 79.6%, 78.3% y 80.0% (cumplimiento global por el 78.9% de los pacientes). Por el contrario, la proporción de cumplimiento se redujo bajo las metas consideradas por las nuevas guías de 2019 a 48.6%, 57.4%, 39.7% y 50.0%, respectivamente (cumplimiento global por sólo el 49.1% de los pacientes).
Entre los factores predictivos de respuesta analizados (sexo, edad > 65 años, tratamiento con alirocumab o evolocumab, hipercolesterolemia familiar, adherencia, intensidad de terapia hipolipemiante concomitante de nula a intensa), los pacientes tratados con evolocumab lograban en mayor proporción los objetivos, (14.3% vs. 61.5%, p < 0.05), aunque este hallazgo debería confirmarse con estudios con más pacientes o análisis multivariante.

CONCLUSIONES
A la luz de los resultados de este trabajo, las nuevas guías europeas (2019) sobre dislipemias plantean unos objetivos terapéuticos más exigentes, difíciles de alcanzar, incluso en pacientes tratados con potentes hipolipemiantes. Esto plantea incógnitas en cuanto a su aplicabilidad e implementación en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Las Comisiones de Farmacia y Terapéutica deberían discutir acerca de conservar las metas terapéuticas propuestas por las guías clínicas con anterioridad o adoptar los nuevos planteamientos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS; FARMACOECONOMÍA

1293. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y EFECTIVIDAD DE OMALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA

AUTORES
MAYO LÓPEZ C, FERNÁNDEZ CABALLERO R, HENARES LÓPEZ A, COLLADOS ARROYO V
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA. AV REYES CATÓLICOS 21, 28342. MADRID

OBJETIVOS
Evaluar y describir el uso de omalizumab en pacientes diagnosticados de urticaria crónica espontánea (UCE) desde su aprobación en protocolo hospitalario. Revisar la utilización y adecuación de la posología a dicho protocolo.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en un hospital de segundo nivel a pacientes tratados desde el junio de 2016 hasta mayo de 2021 con omalizumab y diagnosticados de UCE. Se han recogido, a través de la historia clínica electrónica Casiopea® (HCE), variables demográficas (edad, sexo), fecha de inicio del diagnóstico, fecha de inicio y fin del tratamiento biológico, control sintomatológico tras retirada, fármacos y dosis de antihistamínicos. Como variable de efectividad se obtuvo el Urticaria Activity Score (UAS7) antes y después del inicio con omalizumab. Para los criterios de adecuación al protocolo elaborado por la Comisión de Farmacia Interhospitalaria se recogieron las diferentes pautas posológicas prescritas y dispensaciones gracias al módulo Pacientes Externos-IMDH®: se revisaron las condiciones de inicio (pacientes mayores de 12 años, UAS > 16 y fracaso del control de la enfermedad con dosis cuadruplicadas de antihistamínicos durante al menos 2 semanas) y de duración de tratamiento con omalizumab (mínimo 24 semanas en ausencia de contraindicación).

RESULTADOS
Se estudiaron 30 pacientes diagnosticados de UCE, de los cuales el 60% (N=18) son mujeres, con una mediana de edad de 49,5 [19-71] años. Desde el inicio del diagnóstico hasta el comienzo de tratamiento con omalizumab pasaron una media de 24,3 meses [DE (desviación estándar) 6,3-48,3] y la duración media del tratamiento ha sido de 23 meses [DE 5,7-40,3]. Del total de los pacientes, se perdió el seguimiento a 5 (16,7%), y a 2 (6,7%) se les suspendió por otras patologías no relacionadas. A ningún paciente se le ha suspendido por buen control sintomatológico. En cuanto a la

efectividad, se obtuvo registro de UAS en 25 pacientes (83,4%) que partían de una media de UAS7=28 [16-42] y antes de la administración de la 5ªdosis, 20 de ellos (80%) habían alcanzado un UAS < 6. El total de los 35 pacientes a estudio se adecuaron a las condiciones de inicio: mayores de 12 años, con un UAS basal mayor a 16 y falta de respuesta a dosis de antihistamínicosH1 4 veces superior a la habitual durante más de 2 semanas. Sólo 1 paciente no ha realizado el mínimo de semanas de tratamiento a causa de la pérdida de seguimiento.

CONCLUSIONES

Debido a la gran fluctuación sintomatológica que se produce en los pacientes a lo largo de la historia natural de su UCE, existe una gran variabilidad en el período de tiempo que transcurre hasta inicio de la terapia biológica. Existe una excelente verificación de los criterios de inicio en nuestro centro, sin embargo, aún habiendo comprobado la efectividad del fármaco en la mayoría de los pacientes, la duración del tratamiento sigue siendo muy heterogénea y en muchos de los casos alargada en el tiempo, que hace necesario un mayor estudio y control de las pautas de optimización del tratamiento con omalizumab.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

34. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ESPECTROFOTOMÉTRICO PARA CONTROL DE CALIDAD DE CÁPSULAS DE METILPREDNISOLONA

AUTORES

GRANDA LOBATO P, MARTÍNEZ RODRÍGUEZ J, MÉNDEZ FERNÁNDEZ MJ, MONTENEGRO ÁLVAREZ DE TEJADA P, SÁNCHEZ LÓPEZ P, PRATS OLIVÁN 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 de metilprednisolona (MP) formuladas en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) a propósito de su solicitud por parte del Servicio de Neurología para el tratamiento domiciliario de los brotes desmielinizantes en esclerosis múltiple (EM).

MATERIALES Y MÉTODOS

Utilizamos metilprednisolona como materia prima. Balanza de precisión Precisa XT220A desviación 0.0001g, etanol 96% calidad Farmacopea Europea 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 240 nm, valor dentro de la zona de ultravioleta, con una A1/1=400 (a). Se realizó un barrido desde 350 a 200 nm comprobando que su pico de absorción mejor delimitado es a 243nm. Se elaboró una solución madre de 50 mg/50 ml en etanol 96%, a partir de la cual se prepararon cinco diluciones: 1; 1,5; 2; 3 y 3,5 mg en 100 ml de etanol 96%, 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 = 0,023419 + 0.36363X. Coeficiente de correlación r= 0,999, Coeficiente de determinación r2= 0,999. Coeficiente de variación de los factores respuesta 2,4%. La pendiente de la recta de calibración fue estadísticamente significativa, t-Student-Fischer 155,99 ($p < 0,05$). La ANOVA de la regresión, F= 24331,48 ($p < 0,05$). Precisión con coeficientes de variación medios inferiores a 5%. Para la exactitud se compararon las diferencias entre el % teórico (100%) y los % recuperados, t-Student-Fischer = 1,62 ($p = 0,127$), 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 99,86%. 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 rutinario y fiable de las cápsulas de MP elaboradas en nuestro SFH, siendo éstas una alternativa no inferior en eficacia y seguridad a la vía intravenosa, permitiendo el tratamiento domiciliario de los brotes de EM.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

35. ¿QUÉ CONTROL DE CALIDAD PODEMOS REALIZAR EN COLIRIOS E INYECCIONES INTRAVÍTREAS?

AUTORES

CARVAJAL SÁNCHEZ MA, TORRANO BELMONTE P, MANRESA RAMÓN N, PACHECO LÓPEZ P, FERNÁNDEZ ZAMORA C, CLAVIJOS BAUTISTA S, IBAÑEZ CATURLA J, FRUCTUOSO GONZALEZ L

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. CALLE CONDESTABLE LOPEZ DAVALOS, 19. MURCIA

OBJETIVOS

Los Servicios de Farmacia Hospitalarios (SFH) elaboramos preparaciones oftálmicas no comercializadas o de difícil adquisición necesarias en el tratamiento y/o profilaxis de determinados pacientes a cargo del Servicio de Oftalmología.

Dichas formulas magistrales estériles deben ser validadas por el farmacéutico responsable del Área de Farmacotecnia asegurando su correcta preparación y garantizando así la seguridad/efectividad del fármaco.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo realizado desde mayo de 2019 hasta marzo de 2021. Partiendo de los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) del grupo de farmacotecnia de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), en nuestro SFH se implantó un circuito de control de calidad necesario para garantizar la elaboración correcta en sala blanca de las preparaciones oftálmicas. Esta fabricación se lleva a cabo por parte de enfermería utilizando la técnica aséptica y posteriormente se procede a su etiquetado. Se desarrolló un documento con una serie de checks esenciales, que han de ser rellenados por el enfermero que haya elaborado la formulación, constituido por tres categorías:
-Estabilidad fisicoquímica: pH (medido utilizando papel indicador), turbidez, ausencia de cristalización y color.
-Control de esterilidad microbiológico en todos los colirios autólogos y en las preparaciones oftálmicas de más de 25 unidades/lote.
-Etiquetado: identificación de principio activo y concentración, clasificación del fármaco como peligroso (de acuerdo a la clasificación de National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)), lote, caducidad y condiciones de almacenamiento (nevera, temperatura ambiente y fotosensibilidad).

RESULTADOS

Durante el periodo de tiempo estudiado, se elaboraron 791 preparaciones oftálmicas: colirios de suero autólogo a distintas concentraciones (589), vancomicina 5% (40), ceftazidima 5% (38), ciclosporina 0,05% (28), clorhexidina 0,02% (26), voriconazol 1% (23), atropina 0,01% (17), ciclopentolato 0,8%-fenilefrina 2% (8), vancomicina 1,4% (3), anfotericina B liposomal 0.5% (2), acetilcisteina 10% (1) y ganciclovir 2% (1)] y 15 intravítreas [ceftazidima intravítrea 2% (12) y vancomicina intravítrea 1% (3)]
Los resultados de estabilidad fisicoquímica obtenidos fueron:
-pH medio en colirios: suero autólogo (8,50), vancomicina 5% (3,93), ceftazidima 5% (8,39), ciclosporina 0,05% (6,61), clorhexidina 0,02% (5,95), voriconazol 1% (6,53), atropina 0,01% (6,28), ciclopentolato0,8%-fenilefrina2% (6,75), vancomicina 1,4% (5,83), anfotericina B liposomal 0.5% (8,00), acetilcisteina 10% (6,00), ganciclovir 2% (8,5). Detectamos desviaciones en el pH de los colirios de ceftazidima 5% y vancomicina 1,4%. El pH medio en intravítreas fue: ceftazidima 2% (8,07) y vancomicina 1% (5,5).
-Turbidez y cristalización: 1,49% de las preparaciones presentó turbidez y ninguna presentó cristalización.
-Coloración: el 89,11% de las preparaciones fueron registradas como transparentes. Las características de color de todas las preparaciones eran correctas de acuerdo a los estándares de calidad.
- Control de esterilidad: el 100% de las preparaciones fueron estériles.
- Etiquetado: el 97.52% de las preparaciones fueron correctamente etiquetados. Solamente se registraron errores en el lote y caducidad, los cuales fueron debidamente corregidos.

CONCLUSIONES

El nuevo circuito en el Área de Farmacotecnia nos garantiza los requisitos galénicos mínimos y el correcto etiquetado en todas las preparaciones estériles oftálmicas. Además, cabe destacar que solamente hubo un 3.98% de errores que precisaron intervención por parte del farmacéutico.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

54. EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UNA NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA NORMOCALORICA VS HIPOCALORICA TRAS CIRUGÍA DIGESTIVA.

AUTORES

MERCADAL ORFILA G, LLUCH TALTAVULL J, BLASCO MASCARO I, ALCAIDE MATAS F, ROMERO DEL BARCO R, LIÑANA GRANELL C, GARCIA PEREZ JM
HOSPITAL MATEU ORFILA. RONDA DE MALBUGER, 1. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Determinar si el soporte nutricional parenteral periférico normocalórico con lípidos (NPPN) , mejora el pronóstico postoperatorio con respecto al uso de un soporte con nutrición parenteral periférica hipocalórica sin lípidos (NPPH)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio comparativo retrospectivo observacional de 2 cohortes históricas de pacientes adultos , que tras cirugía digestiva , recibieron soporte con Grupo 1: NPPN vs Grupo 2: NPPH .
Se recogieron datos demográficos, analíticos al inicio de la NPP y al alta (Albúmina, prealbúmina, proteínas totales, bilirrubina total, ALT, AST, fosfatasa alcalina (FA), GGT, glucemia, hemoglobina glicosilada, colesterol total y recuento de leucocitos.) y de morbimortalidad (dehiscencia de sutura y flebitis durante el ingreso y reintervenciones quirúrgicas periodo 6 meses posteriores, mortalidad periodo 6 meses posteriores) ,

RESULTADOS

Se comparó el Grupo 1 NPPN con 87 pacientes vs el grupo 2 NPPH con 101 pacientes
El grupo 1 , el 58,2 % eran hombres, edad media 64,64 ± 19,57 años, días de media de NPPN 5,10 ± 5,09 , días de estancia media en la UCI 1,0 ± 5,18, estancia media hospitalaria 16.92 ± 11,92 días , albumina inicial 3,28±0,59 g/dl, 21% cirugía colorectal
El grupo 2 , el 56,4 % eran hombres, edad media 66,61 ± 15,10 años, días de media de NPPN 4,68 ± 3,89 ,días de estancia media en la UCI 0,47 ± 1,52 y estancia media hospitalaria 13,09 ± 8,86 días, albúmina inicial 3,24±0,42 g/dl, 20% cirugia colorectal.

Los datos recogidos , mostraron que los pacientes del Grupo 1 NPPN presentaban mejores datos de morbimortalidad vs Grupo 2 NPPH : reintervención a 6 meses (9% vs 11,9%; p = 0,002), exitus hospitalario (9% vs 14,0%; p = 0,016), exitus a los 6 meses (14,9 % vs 21,8 % ; p =0,002).
En cuanto a la incidencia de flebitis (32,8 % Grupo 1 vs 30,7 % Grupo 2 , p = 0,406) y dehiscencia de sutura (7,5% Grupo 1 vs 9,9% Grupo 2 , p = 0,329) no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos.
En cuanto a determinaciones analíticas, no se observaron diferencias entre el uso uso de una NPPN ,con lípidos, y una mayor incidencia de colestasis o transaminitis vs NPPH sin lípidos.
Los datos obtenidos, mostraron que tanto los pacientes del Grupo 1 como del Grupo 2 aumentaban significativamente entre el inicio y el alta hospitalaria: la fosfatasa alcalina (FA) (Grupo 1 NPPN 97,67 vs 138,10 p=0,004; Grupo 2 NPPH 84,69 vs 118,71 p=0,002) y Gamma-glutamil transferasa (GGT) (Grupo 1 NPPN 63,49 vs 159,02 p=0,0; Grupo 2 NPPH 69,40 vs 133,19 p=0,003).

CONCLUSIONES

La NPPN es una opción de soporte nutricional, que permite mejorar el aporte energético protéico con respecto a una NPPH, lo cual viene avalado en nuestro estudio por mejores datos en cuanto a menor mortalidad hospitalaria, menos reintervenciones a 6 meses y menos mortalidad a 6 meses. Todo ello repercute en un mejor abordaje nutricional postquirúrgico con NPPN vs NPPH , que además no se ha asociado en nuestro estudio con más flebitis ni colestasis.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

59. EFECTIVIDAD DE LOS ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3 VERSUS OMEGA-6 EN LA NUTRICIÓN PARENTERAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TRAS CIRUGÍA

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, MORALES BARRIOS JA, CANTARELLI L, PÉREZ REYES S, NAZCO CASARIEGO GJ, GUTIÉRREZ NICOLÁS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El régimen nutricional óptimo para pacientes oncológicos con nutrición parenteral total (NPT) durante el periodo post-quirúrgico, debería incluir emulsiones lipídicas ricas en ácidos grasos ω-3 (AG3) ya que a éstos se les atribuye un menor efecto proinflamatorio y una menor tasa de complicaciones que a las enriquecidas con ácidos grasos ω-6 (AG6). Sin embargo, a pesar de que numerosos estudios avalan esto, otros tantos refieren que el uso de los AG3 no aporta ventajas frente a los AG6.
El objetivo del presente trabajo, fue evaluar la efectividad de los AG3 frente a los AG6 en la evolución clínica de los pacientes oncológicos con NPT tras cirugía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional-retrospectivo de un año de duración (2017) en el que se registraron todos los pacientes oncológicos con NPT tras cirugía en un hospital de tercer nivel. Fueron excluidos aquellos pacientes cuyo tiempo con NPT era < 7 días. Los datos demográficos y clínicos necesarios se obtuvieron a partir de la historia clínica electrónica.
Para evaluar la efectividad, se analizó: tasa de reingreso (TR30) y de mortalidad cruda a los 30 días (TM30), el valor medio de la proteína reactante de fase aguda (PCR), albúmina, cociente PCR/albúmina, número de leucocitos, tasa de pacientes con complicaciones infecciosas (TI) y días de estancia hospitalaria (DEH) tras el inicio de NPT.
Para analizar si existían diferencias entre TM30, TR30 y TI de ambos grupos, se llevó a cabo un test Chi-cuadrado; se realizó una prueba t-Student para la evaluación de la significancia estadística entre las variables cuantitativas-continuas mediante el uso del software SPSS®v22.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 41 pacientes (varones 68’3% [n=28]; edad media 71,1 años [37-88]).
El grupo con NPT (13’12 días [7-57]) con AG6 incluía 25 pacientes (varones 72%(n=18]; edad media 70’4 años [37-88]); la distribución de neoplasias fue: colon 24%(n=6), esófago 16%(n=4), páncreas 28%(n=7), estómago 20%(n=5), otros 12%(n=3), con estadios I (4,8%), II (23’8%), III (57’1) y IV (9’5%). El tipo de cirugía:
• Hemicolectomía: 16%(n=4)
• Duodenopancreatectomía: 16%(n=4)
• Gastrectomía: 16%(n=4)
• Esofaguectomía: 16%(n=4)
• Otras: 36%(n=9)
El grupo que recibió NPT (13’5 días [7-41] con AG3 incluía 16 pacientes (varones 62’5%[n=10]; edad media 72’1 [53-85]); con cáncer de colon 31’2%(n=5), páncreas 37’5%(n=6), estómago 18’7%(n=3), otros 12’5%(n=2), con estadios I (15’5%), II (38’5%), III (38’5%) y IV (7’7%). Tipo de cirugía que recibieron:
• Hemicolectomía: 18’8%(n=3)
• Duodenopancreatectomía: 25%(n=4)
• Gastrectomía: 12’5%(n=2)
• Otras: 43’7%(n=7)
Los resultados que se obtuvieron para el grupo AG6 versus AG3 respectivamente, fueron:
-PCR(mg/L): 89’9 (±30’0) versus 85’2 (±42’6); p=0’678
-Albúmina(g/dL): 2’94 (±0’58) versus 3’27 (±1’66); p=0’368
-PCR/Albúmina: 31’9 (±12’9) versus 30’6 (±20’9); p=0’792
-Leucocitos (x10E3/mm3): 11’9 (±3’83) versus 9’91 (±3’54); p=0’093

-DEH: 21,2 (±14’2) versus 20’2 (±8’3); p=0’806
-TI: 36%(n=9) versus 25%(n=4); p=0’460
-TM30: 8’7%(n=2) versus 6’3%(n=1); p=0’834
-TR30: 8’7%(n=2) versus 6’3%(n=1); p=0’834

CONCLUSIONES

Para nuestra población de estudio, no se encontraron diferencias entre los dos grupos de pacientes en relación a los parámetros evaluados. Nuestros resultados muestran como la suplementación con AG3 no supuso una ventaja a nivel clínico en nuestra cohorte de pacientes frente a los que recibieron AG6.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

117. ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE HIDROXOCOBALAMINA PARA SU ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR A ALTAS DOSIS

AUTORES

CASTRO BALADO A, MONDELO GARCÍA C, BANDÍN VILAR EJ, HERMELO VIDAL G, FERNÁNDEZ BLANCO M, ZARRA FERRO I, GONZÁLEZ BARCIA M, FERNÁNDEZ FERREIRO A

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

El déficit de cobalamina o vitamina B12 produce una combinación de aciduria metilmalónica (MMA) y homocistinuria (HCU). Su manejo clínico consiste en la administración de hidroxocobalamina (OHCbl) intramuscular, entre otros suplementos vitamínicos orales. Estudios recientes han mostrado una mejor respuesta clínica y bioquímica cuando se emplean dosis altas de OHCbl, pero no existen a día de hoy datos en la bibliografía que aseguren su estabilidad a altas concentraciones durante más de 6 horas. El objetivo del presente trabajo es caracterizar la estabilidad fisicoquímica y microbiológica de la OHCbl a concentraciones de 10 mg/ml y 25 mg/ml conservadas a temperatura ambiente y refrigerada durante 60 días.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se prepararon tres lotes de dos formulaciones de OHCbl (hidroxocobalamin acetate, Interquim S.A.) en agua para inyección (Fresenius Kabi), una de 10 mg/ml y otra de 25 mg/ml. Se envasaron 12 viales vidrio topacio de 1 mL esterilizados por cada lote de 10 mg/ml, y 12 viales por cada lote de 25 mg/ml, los cuales se sellaron en cabina de flujo laminar horizontal previa doble filtración esterilizante (Millex-GS 0,22 µm, Merck Millipore). La mitad de los viales de cada uno de los lotes (6x6) se conservó a 5°C y la otra (6x6) a 20°C en una cámara climática Memmert, protegidos de la luz durante 60 días. Se realizaron mediciones de concentración de OHCbl, pH y crecimiento microbiológico a días 0, 3, 7, 15, 30 y 60. La concentración de OHCbl se midió mediante cromatografía líquida de ultra alta resolución (UHPLC) (Waters Acquity H Class Plus) con una columna CORTECS C18 1.6 µm (2.1X100 mm) termostatizada a 40°C y a una longitud de onda del detector de 351 nm. Como fase móvil en gradiente se emplearon acetonitrilo y formiato de amonio 10 mM pH 3 (VWR chemicals) a un flujo de 0,4 ml/min. El pH se midió con un pHmetro Hanna HI5221. Las muestras a distintos tiempos se cultivaron en caldo de tioglicolato, agar sangre (Columbia) y Sabouraud. Todos los medios se incubaron aeróbicamente a 37°C; tioglicolato durante 10 días, y sangre y placas de agar Sabouraud durante 48 horas. Las placas de agar Sabouraud se incubaron posteriormente 13 días en aerobiosis a temperatura ambiente.

RESULTADOS

Durante todo el periodo de análisis, las concentraciones de hidroxocobalamina determinadas por UHPLC se mantuvieron constantes y dentro de los valores aceptados por la USP que aseguran su estabilidad fisicoquímica (± 10%). No hubo variaciones relevantes del pH a lo largo del periodo de estudio (6,30 ± 0,12 en ambiente y 6,12 ± 0,18 en nevera). Los cultivos microbiológicos no mostraron crecimiento de colonias bacterianas ni fúngicas.

CONCLUSIONES

Las formulaciones de hidroxocobalamina de 10 mg/ml y 25 mg/ml en agua para inyección son estables fisicoquímica y microbiológicamente durante dos meses, almacenadas tanto a temperatura ambiente como en nevera protegidas de la luz.

REFERENCIAS

Strength and stability testing for compounded preparations. USP Compounding Expert Committee. Disponible en: https://www.usp.org/sites/default/files/usp/document/FAQs/strength-stability-testing-compounded-preparations.pdf [último acceso: 1 de mayo de 2021]

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

149. EVALUACIÓN DE LA PREPARACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL A TRAVÉS DE UN CHECK-LIST.

AUTORES

SALAMANCA CASADO A, GÓMEZ SÁNCHEZ A, EGUILUZ SOLANA M, SÁEZ RODRÍGUEZ MI, TORTAJADA GOITIA B

HOSPITAL COSTA DEL SOL. AUTOVIA A-7, KM. 187. MÁLAGA

OBJETIVOS

Evaluar de manera objetiva la preparación de la nutrición parenteral (NP) por cada operario, a través de un check-list diseñado a tal fin.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó búsqueda bibliográfica sobre preparación de NP. Se diseñó un check-list basado en la evidencia para evaluar la preparación mediante inspección visual directa. Se anotaron los fallos y se cuestionó al respecto. Se ponderó cada evaluación sobre 10, diferenciando entre técnica aséptica y aspectos específicos de preparación.

RESULTADOS

Se diseñó un check-list compuesto por 57 ítems: 29 de técnica aséptica y 28 de preparación, que se resumen: Adecuada higiene/indumentaria; Desinfecta/limpia material; Productos/cantidades correctas; Adecuado orden/flujo de materiales; Realiza doble chequeo; Papeles en fundas; Ausencia objetos innecesarios en CFL; Limpia/desinfecta superficies según protocolo; Introduce correctamente materiales en CFL; Renovación/desinfección de guantes; Desinfección caucho viales y cuello de ampollas/miniplascos; Respeta siguiente orden de adición: Aminoácidos, glucosa y lípidos; No mezcla glucosa y lípidos sin aminoácidos, ó lava entre ambos; Respeta el siguiente orden de adición: Fosfatos, sodios, magnesio, potasios, solución polielectrolítica, calcio, oligoelementos y vitaminas (antes de lípidos); No añade de forma secuencial: Fosfato-calcio, fosfato-magnesio, magnesio-calcio, ó lava entre ambos; Calcio y oligoelementos se añaden sobre máximo volumen; Conoce/realiza mezclas intermedias permitidas, en envases completos de aminoácidos ó glucosa: Fosfatos-sodios-potasios/ Sodios-potasios-magnesio-oligoelementos/ Sodios-potasios-calcio-oligoelementos; Vitaminas en aminoácidos, glucosa ó lípidos; Nunca introduce en mismo envase calcio-fosfato, ni fosfato-magnesio, ni magnesio-calcio; No añade electrolitos/oligoelementos a lípidos; No adiciona en solución polielectrolítica; No mezcla oligoelementos-vitaminas en un envase; No añade vitaminas a glucosa≥40%; Reconstituye vitaminas correctamente; Utiliza fungible diferente por componente; Mezcla después de adiciones; Inspecciona productos intermedios/final; Evita introducir aire; Dosifica con precisión; Filtro para ampollas; Evita múltiples pinchazos del puerto de adición, cerrándolo con jeringa; Trabaja a 10–15cm de bordes; Minimiza sacar manos de CFL, desinfectando/renovando guantes; Evita hablar; Manipula el material ordenadamente dentro de CFL; Evita realizar movimientos bruscos; Puntos críticos dirigidos al filtro HEPA; Evita sobrepresiones; Maneja conexiones asépticamente; Si sospecha contaminación, descarta producto; Desinfecta punto de adición de bolsa al finalizar; Retira aire de bolsa; Realiza ensayo de esterilidad; Coloca bolsa fotoprotectora; Desecha residuos correctamente; Renueva fungible para cada NP; Adecuada gestión de restos; Realiza control gravimétrico.
Se examinaron 17 operarios. La puntuación media fue 7.65±1.1, 8.6±1.1 en técnica aséptica y 6.1±2.2 en preparación. La prevalencia de error fue 25%. Fallos detectados con mayor frecuencia: Orden de adición de electrolitos (13%); Conoce/realiza mezclas intermedias permitidas (8%); Renovación/desinfección de guantes (6%); Conoce incompatibilidad glucosa-lípidos (6%); Mezcla tras cada adición (6%); Inspecciona productos intermedios/final (4.5%). Los errores considerados más relevantes se relacionaron con incompatibilidades entre componentes, su correcto mezclado y control visual, el uso de guantes y los procesos de desinfección.

CONCLUSIONES

La evaluación de la preparación de la NP a través de un check-list con los elementos clave, permite detectar de manera objetiva errores y áreas de mejora, poniendo de manifiesto en nuestro caso un déficit de formación en aspectos teóricos de preparación, más que de técnica aséptica. Esto permitirá implementar un plan de formación dirigido, gestionar las competencias y mejorar la calidad/seguridad de las preparaciones.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

177. LA COMPOSICIÓN LIPÍDICA DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

AUTORES

DE CÁCERES VELASCO C, RICO GUTIÉRREZ T, ABREU PADIN C, VELASCO FERNÁNDEZ AI, TOLOSA MARTÍNEZ C, LOZANO FERNÁNDEZ R, LOZANO ESTEBAN MC

HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA. CALLE LUIS ERIK CLAVERÍA NEURÓLOGO S/N. SEGOVIA

OBJETIVOS

Evaluar la asociación entre la composición lipídica de la nutrición parenteral (NP) y el estado nutricional de los pacientes oncológicos mediante la evolución de las variables antropométricas y clínicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo prospectivo de todos los pacientes oncológicos con prescripción de NP entre abril de 2019 y mayo de 2021. Los pacientes fueron clasificados en cohortes según la fuente lipídica de la NP: soja (100%), soja/oliva (20%/80%) y soja/oliva/pescado/triglicéridos de cadena media (MCT) (30%/25%/15%/30%). Los datos antropométricos y clínicos se tomaron el día 1 y 5 ó 6 de la prescripción de NP. Las variables demográficas se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Jimena IV®), la duración y composición de la NP el programa informático del Servicio de Farmacia (Farmatools®v2.6). Para las variables antropométricas se realizaron 3 mediciones del Pliegue Graso Tricipital (PGT) y Circunferencia del Brazo, respectivamente, y se calculó la Circunferencia Muscular del Brazo (CMB). Los valores de PGT y CMB obtenidos se compararon con las tablas de referencia de población española (Alastruè et al.). Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22.0. La distribución de las variables se analizó con el test de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov, posteriormente la comparación entre cohortes se llevó a cabo con el test de ANOVA y Scheffe.

RESULTADOS

Se incluyeron 101 pacientes oncológicos con prescripción de NP (57,4% hombres) y una edad media de 73,2 ± 10,7 años (IC95% 70,9 - 75,3). La mayoría de los pacientes, 80,2% presentaban tumores digestivos. El peso y talla medios al inicio fueron de 67,5 ± 14,5 Kg (IC95% 64,5 – 70,5) y 163,1 ± 9,8 cm (IC95% 161,1-165,1) respectivamente, con un IMC medio al inicio de 25,5 ± 4,7 Kg/m2 (IC95% 12.7 – 37.8). El análisis nutricional mediante el PGT y CMB mostró que el 44,6% de los pacientes presentaron inicialmente desnutrición calórica (18,8% leve, 15,8% moderada y 8,9% grave) y el 37,6% desnutrición proteica (31,7% leve y 5% moderada). El aporte calórico y la duración de la NP medias fue de 1653 ± 249,9 Kcal/día (IC95% 1602,2 - 1705,1) y 9,6 ± 8,2 (IC95% 8,0 – 11,3), respectivamente. En el análisis por subgrupos, 32 pacientes recibieron emulsiones lipídicas basadas en aceite de soja, 58 en soja/oliva y 11 en soja/oliva/pescado/MCT.

Las tres cohortes presentaron una disminución media de -1,66 ± 10,2 del PGT y de -0,68 ± 2,7 del CMB siendo mayor en la cohorte de soja/oliva/pescado/MCT aunque no se observó significación estadística (p=0,279). La estancia hospitalaria media fue de 21,7 ± 38,3 días (IC95% 14,1 – 29,3), siendo menor en soja/oliva (21,2 ± 47,8; IC95% 16,4 – 32,7) y soja/oliva/pescado/MCT (16,1 ± 6,3; IC95% 11,8 – 20,3). Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la mortalidad de los pacientes con emulsiones lipídicas a base de soja frente a soja/oliva/pescado/MCT (diferencia media: 0.38; p=0.045).

CONCLUSIONES

La disminución de las variables antropométricas fue independiente a la composición lipídica de la NP. Sin embargo, se observó una disminución significativa de la mortalidad en los pacientes con emulsiones lipídicas basadas en soja/oliva/pescado/MCT.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

215. EFECTO DE LA ADICIÓN DE SUPLEMENTOS SOBRE LA OSMOLALIDAD DE LA LECHE MATERNA

AUTORES

ANGUITA DOMINGO D, PARRAMON TEIXIDO CJ, CABAÑAS POY MJ, CASTILLO RIBELLES L, FELIPE FERNÁNDEZ MP, COSMO GARCIA I, JIMÉNEZ LOZANO I, CLEMENTE BAUTISTA S

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

OBJETIVOS

La leche materna (LM) es la mejor opción nutricional durante los primeros meses de vida. Sin embargo, en ocasiones, hay que recurrir a su fortificación o suplementación para cubrir las necesidades nutricionales de los prematuros en determinadas condiciones clínicas. Este proceso, debido a los solutos añadidos y a la hidrólisis de la dextrinomaltosa, produce un aumento de osmolalidad de la LM. En la alimentación del neonato, valores de osmolalidad superiores a 450 mOsm/kg pueden ser perjudiciales.

El objetivo principal de este estudio fue determinar los cambios en el tiempo de la osmolalidad de la LM tras la adición de 4 tipos de suplemento. El objetivo secundario fue comparar la diferencia en la osmolalidad entre los dos suplementos de dextrinomaltosa utilizados en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio experimental. A partir de una única muestra de LM se prepararon por duplicado alícuotas de 10 ml de LM sin suplementar y con 4 pautas de suplementación diferentes realizando mediciones de osmolalidad a tiempo 0, 1, 3, 8 y 24 h. Los grupos fueron: Leche control (LC): LM no suplementada; Leche Hidropolivit® (LH): LM + 20 gotas de Hidropolivit®; Leche modulo proteínas (LFM): LM + 0.4g de modulo proteínas PreNAN FM85®; Leche dextrinomaltosa 1 (LD1): LM + 0,2g de dextrinomaltosa calidad Ph. Eur. (DexPhEur) y Leche dextrinomaltosa 2 (LD2): LM + 0,2g de dextrinomaltosa Fantomalt®.

Se determinó la osmolalidad (mOsm/kg) mediante osmometría crioscópica (Advanced Microosmometer A20) utilizando un rango de calibración de 0-2000 mosm/Kg.

El análisis de datos se realizó con Stata/IC 16.1. Se analizó la evolución de la osmolalidad en el tiempo mediante regresión lineal y la comparación de grupos mediante t Student.

RESULTADOS

Se analizaron 10 muestras con un total de 46 determinaciones.

La osmolalidad de las muestras de LC a t=0h fue 300 mOsm/kg e incrementó hasta 310 mOsm/kg a t=24h (p=0,02).

La osmolalidad de LH a t=0h fue 977 mOsm/kg e incrementó hasta 985 mOsm/kg a t=24h (p=0,93). La adición de Hidropolivit® a la LM aumentó la osmolalidad respecto a LC (p=0,03).

La osmolalidad de LFM a t=0h fue 424 mOsm/kg e incrementó hasta 454 mOsm/kg a t=24h (p < 0,001). La adición de PreNAN FM85® aumentó la osmolalidad respecto a LC (p=0,002).

La osmolalidad de LD1 a t=0h fue 352 mOsm/kg e incrementó hasta 361 mOsm/kg a t=24h (p=0,01). La adición de DexPhEur aumentó la osmolalidad respecto a LC (p=0,006).

La osmolalidad de LD2 a t=0h fue 315 mOsm/kg e incrementó hasta 326 mOsm/kg a t=24h (p=0,01). La adición de dextrinomaltosa Fantomalt® aumentó la osmolalidad respecto a LC (p=0,045).

La diferencia de la osmolalidad entre los grupos LD1 y LD2 fue estadísticamente significativa (p < 0,001).

CONCLUSIONES

La suplementación de la LM con Hidropolivit®, PreNAN FM85®, DexPhEur y Fantomalt® incrementa la osmolalidad de la LM, siendo de importancia clínica la fortificación con Hidropolivit® haciendo no recomendable su administración a esta concentración estudiada. La fortificación con PreNAN FM85® es la que produce el mayor aumento de osmolalidad en el tiempo. La diferencia en la osmolalidad entre los dos suplementos de dextrinomaltosa es estadísticamente significativa, sin ser clínicamente relevante.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

224. DESARROLLO GALÉNICO DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL DE MORFINA, LIDOCAÍNA Y METRONIDAZOL PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS TUMORALES

AUTORES

BARCA DÍEZ C, DAVILA POUSA MC, BOULLOSA LALE S, BUSTELO PAZ F, PROUPIN CANTELAR IC, GONZALEZ FREIRE L, FRANCO SANDAR B, CRESPO DIZ C

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. CALLE MOURENTE 0. PONTEVEDRA

OBJETIVOS
Desarrollar una fórmula magistral (FM) tópica con un analgésico opiáceo asociado a lidocaína y metronidazol para el tratamiento de úlceras tumorales (UT) y conocer su aplicación clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la utilización y dosificación de analgésicos opiáceos por vía tópica en el tratamiento de UT.
Se revisaron las propiedades físico-químicas de las posibles alternativas y su combinación con lidocaína y metronidazol, ambos fármacos utilizados con frecuencia en nuestro servicio para el tratamiento de UT.
Para el desarrollo galénico y validación de la fórmula se realizaron ensayos y controles siguiendo el procedimiento de elaboración de emulsiones del Formulario Nacional (PN/L/FF/002/00).
Para establecer el período de validez se siguieron las recomendaciones de la "Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en los servicios de farmacia hospitalaria".
Para conocer la aplicación clínica de la FM, se revisaron las historias clínicas de los pacientes con UT a tratamiento, durante un período de 9 meses, recogiendo las variables: edad, sexo y localización de la úlcera.

RESULTADOS
Se decidió utilizar un analgésico opiáceo debido a la existencia de receptores opioides en las terminaciones nerviosas de las UT. Se seleccionó la morfina al 0,1% por ser el fármaco y la concentración con mayor respaldo bibliográfico en el tratamiento tópico de las UT.
Se asoció a lidocaína por ser un anestésico local y a metronidazol por ser un antibiótico con acción frente a microorganismos anaerobios presentes en las UT.
Dada la patología y las zonas de aplicación de la fórmula se estableció el diseño de una crema O/W por su fácil extensibilidad.
Para la fase oleosa se seleccionó la base neo PCL O/W, ampliamente utilizada en nuestro servicio para formulaciones utilizadas en UT.
La fase acuosa se elaboró con lidocaína clorhidrato y morfina clorhidrato como principios activos; como excipientes glicerina, nipagin sódico y agua estéril.
El metronidazol, al tratarse de un polvo cristalino poco soluble y termolábil, se añadió al resto de la emulsión en la fase de enfriamiento.
Los caracteres organolépticos y signo de la emulsión permanecieron estables durante los 30 días de caducidad establecidos.
La composición de la FM final fue (100g): Neo PCL O/W (25g), lidocaína clorhidrato (2g), morfina 2% vial (5mL), nipagin sódico (0,2g), glicerina (5g), agua estéril (57mL), metronidazol (5g) y propilenglicol (1g).
La FM se utilizó para el tratamiento de UT en 8 pacientes (7 mujeres), con una mediana de edad de 73 (52-91) años. La localización de las UT fue: mama (37,5%), vulva (37,5%) y sacro (25%). Se observó un adecuado control del dolor y del mal olor asociados. No se observó ningún problema relacionado con la tolerancia.

CONCLUSIONES
Desde el punto de vista galénico la FM ha mantenido sus propiedades fisco-químicas y organolépticas. La crema de morfina 0,1% lidocaína 2% y metronidazol 5% podría ser una alternativa efectiva para el tratamiento tópico de los síntomas asociados a las UT.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

226. GRADO DE SATISFACCIÓN CON UN PROGRAMA DE ENVIO DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL A DOMICILIO

AUTORES
MARTINEZ IBARRA M, ALONSO CANTERAS C, ALBARADO RIOS V, SANGRADOR PELLUZ C, MANZANEQUE GORDÓN A, NICOLÁS PICÓ J
HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA TERRASSA. PLAZA DR. ROBERT 5. BARCELONA

OBJETIVOS
- Conocer el grado de satisfacción de los pacientes incluidos en el programa de envío de nutrición enteral (NE) a domicilio así como valorar su grado de interés en posibles propuestas de mejora en la atención telemática que ofrece este programa de NE domiciliaria

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio transversal de 1 mes de duración (10/03/2021 al 10/04/2021) realizado en un hospital universitario de 450 camas. Se incluyeron todos los pacientes incluidos en el programa de envío de NE a domicilio del servicio de farmacia (SF).
Se diseñó una encuesta de satisfacción realizada vía telefónica para conocer el grado de satisfacción de los pacientes y poder detectar posibles oportunidades de mejora. Se recogieron las siguientes variables: datos demográficos, persona que realiza la encuesta (paciente, familiar o cuidador), tipo de NE, tipo de administración, y patología. Se preguntó acerca del grado de satisfacción con: el sistema de entrega de NE a domicilio, la accesibilidad telefónica con el SF, la atención farmacéutica telefónica y si recomendaría este servicio a otras personas. Se evaluó el interés por futuras modalidades del programa como: disponer de un sistema de aviso de entrega de NE, disponer de una web donde consultar el estado del envío, así como información de interés sobre la NE, disponer de un sistema de seguimiento telefónico o asistir a sesiones formativas sobre la NE.
Las variables cualitativas se expresaron como porcentaje y las cuantitativas como media y desviación estándar.

RESULTADOS

Se incluyeron 54 pacientes, 59,3% mujeres con 60,5±21,5 años. El 55,6% de los encuestados era paciente, 24,1% un familiar y 20,3% un cuidador. El 29,6% llevaba suplementación nutricional, 66,7% NE completa, 1,9% módulos nutricionales y 1,8% espesantes, siendo en el 51,9% de los casos administración oral y el 48,1% a través de sonda. El 40,8% presentaban patología oncológica, el 38,9% neurológica y el 16,7% digestiva.
La puntuación del sistema de entrega de NE a domicilio fue 9,6±0,9, la accesibilidad telefónica del SF 7,9±2,5, la valoración de la capacidad de resolución de dudas por el SF 9,6±0,9, la atención farmacéutica recibida vía telefónica 9,6±1.0, el seguimiento por parte del SF sobre el envío 9,1±1,3, y recomendarían este servicio con 9,7±0,7.
Respecto a las propuestas de mejora: el 79,6% están interesados en disponer de sistema de aviso de entrega de pedido (valoración 9,2±1,3), 72,2% está interesado en disponer de una web donde consultar el estado del envío de NE (valoración 8,8±1,9), 85,2% está interesado en disponer de un sistema de seguimiento telefónico de complicaciones derivadas de la NE (valoración 8,9±1,6), 72,2% está interesado en sesiones formativas online (valoración 8,2±2,5) y 74,0% está interesado en disponer de una web sobre NE (valoración 8,3±2,5).

CONCLUSIONES

En el estudio destaca el elevado grado de satisfacción (puntuación > 9,5) de los pacientes con el sistema de entrega, la atención farmacéutica telefónica y el seguimiento por parte del SF.
Más del 70% estarían interesados en las futuras modalidades del programa, siendo las mejor valoradas el sistema de seguimiento telefónico de posibles complicaciones y el de aviso de entrega de pedidos pudiendo consultarse mediante una web.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

246. ELABORACIÓN DE BOMBAS ELASTOMÉRICAS DE FUROSEMIDA PARA ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID19.

AUTORES

CAMPOS FERNÁNDEZ DE SEVILLA MA, SÁNCHEZ SERRANO L, VICO GARCÍA V, NOGALES REY G, ESQUINAS PADÍN A, DE LA ROSA GONZÁLEZ C, RODRÍGUEZ LABRADOR J, GONZÁLEZ AVILÉS C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES. AVDA. MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS

Describir el diseño de una formulación subcutánea en bomba elastomérica (BE) de furosemida, para administración domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada (ICA) y ausencia de respuesta a diuréticos orales. Analizar los días de ingreso hospitalario evitados con este tratamiento durante la pandemia COVID19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó una revisión bibliográfica de artículos y bases de datos, para determinar la dosis máxima diaria de furosemida subcutánea administrada en BE para evitar la potencial toxicidad irritante del diurético por su elevado pH. Se evaluó la estabilidad de las mezclas de furosemida en diferentes tipos de diluyentes y concentraciones adecuadas para garantizar la estabilidad a temperatura ambiente durante un periodo mínimo de 5 días. Se efectuó un estudio del tipo de BE más adecuada para la administración subcutánea de furosemida. Del programa de gestión de mezclas intravenosas de farmacia (Farmatools®) se recogieron el número BE de furosemida subcutánea preparadas en el Servicio de Farmacia (SF) entre 11 de marzo 2020 y 11 de marzo 2021. Los datos analizados fueron: datos demográficos de pacientes, dosis y duración del tratamiento de furosemida y días de ingreso hospitalario evitados con este tratamiento.

RESULTADOS

Tras la evaluación de la documentación hallada se elaboró un protocolo de administración de furosemida subcutánea en BE. Se seleccionaron 2 tipos de infusores modelo Accufuser®, que permiten la infusión continua del fármaco a una velocidad constante de 2mL/h, con duración aproximada de 2 y 5 días, respectivamente. El rango de dosis establecida para la administración subcutánea de furosemida fue 80-140mg/24h. La concentración de las soluciones de furosemida en solución de NaCl 0,9% para administración subcutánea mediante BE fue de 1,6-2,9mg/mL. Se otorgó una caducidad a las preparaciones en BE con estas concentraciones de 5 días a temperatura ambiente y protegido de la luz. Durante el periodo evaluado se prepararon 34 BE de furosemida subcutánea para tratar a 14 pacientes con ICA sin respuesta a diuréticos orales, que resultaron en 25 episodios de tratamiento domiciliario durante 101 días. El 57,14% de los pacientes eran hombres y la edad media era de 81,7 años. La dosis media diaria infundida por vía subcutánea continua fue de 116,9mg/24h y la media de días de infusión fueron 7,2 días/paciente. El tratamiento de furosemida fue bien tolerado y no presentó complicaciones en los pacientes evaluados. Con el protocolo implantado se evitaron 101 días de ingreso hospitalario durante la pandemia COVID19.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados parecen demostrar que la administración continua por vía subcutánea de furosemida mediante BE puede ser una técnica sencilla y sin complicaciones, que puede haber contribuido a reducir la necesidad de ingreso hospitalario de los pacientes con ICA sin respuesta a diuréticos orales durante la pandemia COVID19.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

300. FÓRMULA MAGISTRAL DE NITRATO DE PLATA SOLUCIÓN AL 1% PARA EL TRATAMIENTO DE FÍSTULAS PERIANALES PERSISTENTES

AUTORES

CRIADO RUBIO B, BRICEÑO CASADO MDP, GIL SIERRA MD, JULIÁ LUNA FJ, BROEKHUIZEN BENITEZ J
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. CTRA. MADRID, AV. EXTREMADURA, KM 114. TOLEDO

OBJETIVOS
Las fístulas perianales persistentes (FPP) son comunicaciones anormales entre el recto y tejidos adyacentes que aparecen como complicación de un absceso en la región. El tratamiento convencional es principalmente quirúrgico. El objetivo es desarrollar una fórmula magistral (FM) de nitrato de plata (NP) en solución para irrigación como tratamiento alternativo de la FPP, midiendo su efectividad y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS
El Servicio de Cirugía (SC) solicitó al Servicio de Farmacia Hospitalaria una FM de NP. Se realizó una búsqueda bibliográfica para evaluar las características del NP, concentraciones más adecuadas, estabilidad y FM descritas. Posteriormente, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con FPP en tratamiento con la FM desde 01/12/2020 a 10/05/2021 en un hospital general, en colaboración con el SC. Se utilizó la historia clínica digital para registrar los siguientes datos: sexo, edad, posología de la FM, duración del tratamiento, sintomatología y eventos adversos (EA). La efectividad se midió como la epitelización total o parcial de la fístula y reducción de la sintomatología asociada. La seguridad se valoró mediante el registro de EA asociados a la FM o discontinuaciones del tratamiento.

RESULTADOS
Tras la búsqueda bibliográfica, se encontró la siguiente información sobre el NP: es un producto corrosivo e irritante, empleado como agente cáustico en la cauterización de heridas. Se debe manipular con guantes y mascarilla. Se han descrito FM con NP en concentraciones del 1% p/v. Para su elaboración se disuelve 1g de NP en 100 ml de agua destilada estéril obteniendo una solución transparente e incolora. Cuenta con una estabilidad de 15 días a temperatura inferior a 30 ºC y protegido de la luz. La exposición de la solución al aire, luz o materia orgánica provoca su oxidación y cambio de color a gris y debe desecharse. Se proporcionó al SC un documento con las precauciones necesarias y hoja de información al paciente. Se estandarizó un protocolo de administración de 6 ml de la FM una vez a la semana durante 6-8 semanas. El NP solución al 1% para irrigación se administró a un total de 7 pacientes (6 hombres y 1 mujer) con FPP. La media de edad fue de 54 años (33 – 69). En 6 pacientes se cumplió el protocolo de administración de la FM durante el tiempo establecido, siendo la media de 7 semanas. Un paciente recibió una única administración de la FM, por lo que no se pudo valorar la efectividad. En 5 pacientes se observó una epitelización parcial de la FPP, con disminución de la supuración y molestias asociadas. Un paciente presentó epitelización total. Se detectó EA en un paciente (dolor intenso) que desencadenó la suspensión del tratamiento tras la primera administración.

CONCLUSIONES
Tras el tratamiento con la FM de NP solución al 1% se observó epitelización parcial y mejoría de los síntomas asociados a la FPP en la mayoría de pacientes, incluso se apreció epitelización total en uno de ellos. La FM fue bien tolerada y aceptada en la mayoría de pacientes, con solo un caso de suspensión del tratamiento por EA.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

308. UTILIZACIÓN DEL COLIRIO DE INSULINA COMO INDICACIÓN OFF-LABEL EN LOS DEFECTOS EPITELIALES CORNEALES PERSISTENTES

AUTORES
GRACIA MOYA A, TERRADAS CAMPANARIO S, MARTIN NALDA S, PUIG GALY JJ, BISBE LOPEZ L, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALLE DE HEBRÓN. Pº VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS
El colirio de insulina se está elaborando y utilizando recientemente de forma off-label para tratar los defectos epiteliales corneales persistentes (DECP) ya que se ha visto que ayuda a reepitelizar los defectos de la córnea. El objetivo de este trabajo es describir la utilización del colirio de insulina en la práctica clínica junto con el Servicio de Oftalmología del hospital para la indicación off-label en DECP de diferentes etiologías para valorar la respuesta clínica y tolerancia del colirio.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel, con inclusión de pacientes externos tratados con colirio de insulina por DECP de diferentes etiologías. Se incluyeron pacientes des de la primera prescripción (diciembre 2020) hasta abril de 2021.
El preparado consiste en un colirio lubricante con adición de insulina que se elabora en el Servicio de Farmacia en condiciones asépticas, a una concentración de 1UI/mL.
Se recogieron variables biodemográficas, clínicas y de tratamiento de cada paciente a partir de la historia clínica y de los datos obtenidos por el Servicio de Oftalmología.
La respuesta al tratamiento fue evaluada por oftalmología mediante la observación de la lesión corneal a través del examen de la fluoresceína. Los pacientes fueron clasificados en 3 grupos: reepitelización total (RT) si al final del período de tratamiento desaparecieron por completo los defectos corneales; reepitelización parcial (RP) si hubo una disminución de las lesiones pero no una eliminación total y no respuesta (NR) si se habían mantenido igual hasta el final del período de seguimiento.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 12 pacientes (66,6% mujeres) con una media de edad de 58,3 años con una desviación estándard (DE) de 16,3 años. De estos, 1 fue diagnosticado de úlcera neurotrófica, 2 de queratitis por síndrome de Sjögren, 1 por queratitis infecciosa, 1 por distrofia corneal endotelial de Fuchs, 3 por queratoconjuntivitis seca, 1 por cirugía ocular, 1 queratitis herpética, 1 queratopatía cálcia, y 1 por queratopatia cálcica y úlcera neurotrófica.
La pauta posológica en todos los pacientes fue de 1gota cada 8 horas.

Todos los pacientes llevaron alguno de los tratamientos convencionales para los DECP (lágrimas artificiales, antibióticos, corticoides, lentes de contacto blandas) previo al colirio de insulina durante mínimo 2 meses, y todos ellos llevaron tratamiento concomitante a parte del colirio de insulina.
Del total de pacientes, 9 (75%) obtuvieron respuesta clínica con el colirio, de los cuales 6 (50,0%) alcanzaron la RT en un tiempo medio de 19,3(DE: 13,23) días y 3 pacientes (25%) alcanzaron la RP al final del seguimiento del estudio.
En cuanto a la tolerancia del preparado, no fue reportado ningún efecto adverso.

CONCLUSIONES

Los DECP representan problemas oculares importantes que suelen ser refractarios al tratamiento convencional, y si no se tratan adecuadamente, pueden llegar a ocasionar consecuencias importantes a nivel ocular. En este contexto, el colirio de insulina, representa una alternativa sencilla, eficiente y segura con resultados prometedores para los DECP refractarios a otros tratamientos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

317. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL DILTIAZEM 2% GEL RECTAL PARA TRATAR LA FISURA ANAL CRÓNICA

AUTORES

MARTÍNEZ OREA G, RODRÍGUEZ LUCENA FJ, DEVESA GARCÍA C, CANDELA FAJARDO A, BONILLA PEÑARRUBIA R, CANO CUENCA N

HOSPITAL VEGA BAJA. CARRETERA DE ALMORADÍ. ALICANTE

OBJETIVOS

La esfinterotomía lateral interna (ELI) ha sido el método de elección en el manejo de la fisura anal (FA). No obstante, la aparición de incontinencia irreversible en algunos casos, supone una limitación. El empleo de antagonistas del calcio de aplicación tópica reduce la hipertonía esfinteriana y mejora la vascularización local, lo que permite la cicatrización de la FA y la recuperación posterior del tono basal.
El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de una fórmula magistral de diltiazem 2% gel rectal, como alternativa a la ELI en el tratamiento de la FA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional entre enero y marzo de 2019, en el que se incluyen a todos los pacientes con un diagnóstico de FA, que retiraron por primera vez durante ese episodio diltiazem. Se recogen datos demográficos, diagnóstico asociado de hemorroides, número de envases de diltiazem recogidos durante el episodio, número de aplicaciones diarias y la necesidad de un tratamiento alternativo (otra tratamiento tópico, inyecciones de toxina botulínica o la realización de la ELI). Se excluyen a todos los pacientes a los que se les prescribe otra crema para tratar la FA durante las primeras 4 semanas.
La efectividad del tratamiento se mide como la cicatrización de la FA y la no necesidad de otro tratamiento adicional (tópico, inyecciones de toxina botulínica o ELI), además de no presentar recaídas durante los dos años posteriores.
La seguridad por otro lado, se define como la ausencia de efectos adversos relacionados con el tratamiento: cefalea, vértigo, irritación dérmica e hipotensión.
Se realizó un análisis estadístico descriptivo con Microsoft Excel®, empleando medidas de centralización (mediana y media), de dispersión (rango intercuartil) y de frecuencia.

RESULTADOS

Se incluyeron a 58 pacientes, con una mediana de edad de 53 años, siendo el 53,45% mujeres. De estos, 34 presentaban un diagnóstico asociado de hemorroides, la mayoría (55,88%) externas. Recogieron una mediana de 2 envases (rango 1-9), empleando 2 aplicaciones diarias durante un media de 8 semanas.
Respecto al desenlace del episodio inicial, un total de 44 pacientes (75,86%) consiguieron la cicatrización completa de la FA empleando solo diltiazem. Los 14 pacientes que no resolvieron el episodio necesitaron un tratamiento tópico adicional. De estos, 8 precisaron inyecciones de toxina botulínica y 5 se sometieron a la ELI.
Respecto a la seguridad del tratamiento, 7 (12,07%) presentaron alguna reacción adversa (vértigo, cefalea, náuseas o irritación dérmica).
Una vez finalizados los 2 años de seguimiento a los 44 pacientes que resolvieron el episodio inicial, nos encontramos con 1 paciente fallecido por causas no relacionadas con el episodio y con 4 pacientes (9,30%) que volvieron a presentar síntomas de FA.

CONCLUSIONES

La fórmula de diltiazem 2% gel rectal ha sido bien tolerada por la mayoría de pacientes y ha conseguido resolver el episodio de FA en un alto porcentaje frente a un número reducido de recaídas a largo plazo, evitando así las posibles complicaciones y los costes que van asociados a la intervención quirúrgica.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

360. ESTABILIDAD FISICOQUIMICA DE TOCILIZUMAB EN VIALES DE POLIETILENO TRAS SU PREPARACION Y ALMACENAMIENTO

AUTORES

MOURANI PADRÓN I, RAMOS DÍAZ R, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, NAZCO CASARIEGO GJ, CANTARELLI L, DEL ROSARIO GARCÍA B, PÉREZ REYES S, GONZÁLEZ GARCÍA J

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CARRETERA OFRA S/N, 38320 SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA, SANTA CRUZ DE TENERIFE. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
Algunos de los pacientes con neumonía por COVID-19 desarrollan una insuficiencia respiratoria con elevación de marcadores inflamatorios como la interleucina-6 (IL-6) sérica. El empleo de tocilizumab, un anticuerpo monoclonal IgG1 humanizado dirigido al receptor de la IL-6, permite interrumpir esta cascada inflamatoria mejorando la recuperación de los pacientes.
Este estudio pretende determinar la estabilidad del stock de tociluzumab diluido a 6 mg/ml almacenado a 4ºC durante un máximo de 5 días.

MATERIALES Y MÉTODOS
El tocilizumab está disponible comercialmente en viales a una concentración de 20 mg/mL. Antes de su administración, debe diluirse en una bolsa de infusión de cloruro sódico al 0,9%. El prospecto indica que las soluciones diluidas son estables a 2-4ºC durante 24 horas.
Para evaluar la estabilidad del tocilizumab diluido, se tomaron 300 µl del vial original (20 mg/mL) y se mezclaron con 700 µl de cloruro de sodio al 0,9% para obtener una concentración de 6 mg/mL. Este stock se dividió en tres tubos de polietileno y se almacenaron a 4ºC, con el fin de analizar la concentración de tocilizumab a tiempo 0, 72 h y 120 h.
El estudio se realizó mediante un inmunoensayo de tipo ELISA en un equipo automatizado. Cada alícuota almacenada se diluyó más de 10.000 veces para preparar tres viales (DIL) con concentración decreciente, que a su vez fueron analizados por triplicado. La absorbancia se midió espectrofotométricamente a 450 nm y se calculó la cantidad de tocilizumab dentro de un rango lineal de 60 a 320 ng/mL.
Finalmente, la concentración del fármaco de cada día se determinó como la media de los viales DIL, y la estabilidad se evaluó midiendo el porcentaje de la concentración inicial que quedaba al final de cada intervalo de tiempo. Se definió una estabilidad óptima como la retención de al menos el 95% de la cantidad inicial.

RESULTADOS
Los valores se normalizaron con respecto a la concentración del día 0. La media de los datos de estabilidad del tocilizumab fueron: 185 ng/mL (0 h); 183 (98,9%) ng/mL (72 h) y 182 (98,1%) ng/mL (120 h). El porcentaje restante de la concentración inicial del tocilizumab almacenado a 4 °C durante un máximo de 5 días superó el 95% en las condiciones probadas.

CONCLUSIONES
La solución de 6 mg/mL de tocilizumab en cloruro sódico al 0,9% en viales de polietileno es estable a 4°C hasta 5 días. Esta estabilidad permite ahorrar costes sobre las dosis preparadas y no administradas, además de permitir trabajar con un stock del fármaco listo para su uso, permitiendo disminuir el tiempo entre la prescripción y la administración, y mejorar la eficiencia clínica.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

367. ELABORACIÓN DE UNA PASTA DE CLOTRIMAZOL 1% EN ORABASE PARA EL TRATAMIENTO DE CANDIDIASIS ORALES

AUTORES
TORRÓ GARCÍA L, BOSÓ RIBELLES A, GIL ALMELA J, DÍAZ RAMÓN M, CANO MOLINA JÁ, GOLNABI DOWLATSHAHI F, LA ORDEN CARRASCO A, MARTÍNEZ IBÁNEZ MÁ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS
Las infecciones por Candida son las micosis orales más frecuentes en el ser humano. La candidiasis suele obedecer al sobrecrecimiento oportunista de C. albicans, un patógeno habitual de la cavidad oral en una gran proporción de individuos. Hay muchas variables que contribuyen a su expresión clínica, como la inmunosupresión inducida por fármacos o enfermedad.
El objetivo es elaborar y realizar la validación galénica de una fórmula magistral (FM) tópica bucal de clotrimazol solicitada por la unidad de enfermedades infecciosas para una paciente con candidiasis orofaríngea secundaria a quimioterapia/radioterapia y refractaria a otros tratamientos antifúngicos tópicos y sistémicos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizó una búsqueda bibliográfica para determinar la dosis y vía de administración más adecuada de clotrimazol. Se revisaron formularios para establecer un procedimiento de elaboración.
Se determinó la estructura, utillaje y materia prima necesaria para la elaboración de la FM. Se elaboró a partir de clotrimazol materia prima y excipiente adhesivo oral (Orafix©). El Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) para 100 g era el siguiente:
1. Pesar 1 gramo de clotrimazol. Colocarlo en un mortero y pulverizar.
2. Humectar con la mínima cantidad de vaselina líquida necesaria para formar una pasta homogénea.
3. Añadir 1-2 gotas de esencia de limón.
4. Pesar y agregar el Orafix© csp 100g. Mezclar hasta obtener una pasta homogénea.
5. Envasar en tubos de aluminio de 30 ml.
Se realizó la validación galénica siguiendo la Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria. Se estudiaron las propiedades galénicas de la muestra el día de la elaboración y de forma semanal durante el periodo de validez asignado de 1 mes. Los aspectos evaluados fueron: color, olor, consistencia, extensibilidad y uniformidad del preparado.

RESULTADOS
La pasta bucal de clotrimazol obtenida fue de color ligeramente amarillo, con olor a limón, consistencia alta, de aplicación fácil y uniforme. La validación galénica de la fórmula permitió comprobar que durante 30 días no se producen cambios en sus características organolépticas ni en el resto de propiedades analizadas, por lo que se le asignó un periodo de validez de 30 días conservada entre 2 y 8ºC.

CONCLUSIONES
La elaboración de clotrimazol en excipiente adhesivo oral puede ser una alternativa terapéutica al tratamiento de las candidiasis refractarias a otros tratamientos.
La validación galénica nos permite documentar que el proceso realizado en los parámetros establecidos ofrece resultados fiables.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

423. PLAN DE MEJORA EN EL ÁREA DE NUTRICIONES PARENTERALES DOMICILIARIAS

AUTORES
RODRÍGUEZ DE FRANCISCO L, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ M, DEL VALLE MORENO P, PÉREZ BLANCO JL, RODRÍGUEZ RAMALLO H
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA/ MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS
Analizar la efectividad de la implementación de un Plan de Mejora. El Plan de Mejora ha tenido como objetivo incrementar la satisfacción de los pacientes respecto a características del servicio prestado en torno a las nutriciones parenterales domiciliarias.

MATERIALES Y MÉTODOS
El año pasado se elaboró y remitió una encuesta a los pacientes que recibían nutrición parenteral domiciliaria (NPD). La encuesta estaba compuesta por 11 ítems, utilizando la escala Likert (1 para baja satisfacción y 5 para completa satisfacción), y un apartado de sugerencias. Las cuestiones relativas al grado de satisfacción fueron: frecuencia de recepción, aviso sobre los días de entrega, tiempo de espera para la recepción, condiciones en las que la recibe, atención recibida en la entrega, información que recibe del personal del Servicio de Farmacia, recomendaciones sobre su utilización, comunicación con el Servicio de Farmacia, amabilidad y cortesía, eficacia para resolver los problemas y atención global recibida.
Los pacientes que recibían nutrición parenteral domiciliaria en nuestro hospital mostraron un alto grado de satisfacción con la atención recibida por parte del Servicio de Farmacia, pero manifestaron que podríamos mejorar en el apartado relacionado con la precisión en el horario de entrega de las nutriciones.
A partir de este punto, se inició un Plan de Mejora que tuvo como objetivos seguir aumentando la satisfacción de los pacientes con respecto a la atención recibida y con la precisión del horario de entrega de las nutriciones. Una de las medidas fue establecer dos itinerarios distintos según la localización del domicilio de los pacientes. Este itinerario se repetía dos veces a la semana para cada grupo de pacientes.
Tras realizar las acciones correctoras, en 2021 se ha remitido la misma encuesta de opinión que el año pasado a los pacientes, intentado saber si se alcanzaron los objetivos del Plan de Mejora.

RESULTADOS
En 2021 se remitieron 20 encuestas de satisfacción, de las cuales, 15 estuvieron correctamente cumplimentadas (75%). La mediana de edad fue de 51 años, con un 68% de mujeres.
Se ha obtenido el máximo grado de satisfacción en todos los apartados (11 items) mientras que en el año 2020 solo se obtuvo el máximo grado de satisfacción en 5 de los mismos.
Respecto al grado de información sobre la NPD que consideraban tener los pacientes en 2021 el 60% de los pacientes estimaba que era muy bueno frente al 23% del año anterior.
En las encuestas recogidas en 2021 no apareció ninguna sugerencia sobre conocer con mayor exactitud el horario de entrega de las NPD en su domicilio, sugerencia más repetida por los pacientes en 2020 (23%).

CONCLUSIONES
La efectividad del Plan de Mejora ha sido la adecuada.
Se han logrado alcanzar los objetivos propuestos.
Se ha aumentado el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida y con la precisión en el horario de entrega de las nutriciones.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

436. COMPATIBILIDAD Y ESTABILIDAD FÍSICO-QUÍMICA DE CUATRO MEZCLAS INTRAVENOSAS PARA ANALGESIA MULTIMODAL

AUTORES
LÓPEZ CABEZAS C, MARCÉ BRIANSÓ M, ALBANELL FERNÁNDEZ M, CEAMANOS RENOM S, BÁGUENA POLO J, BALLESTEROS CABAÑAS G, BROTO PUIG F, SOY MUNER D
HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. C/ VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS
Evaluar la compatibilidad física y química de cuatro combinaciones de fármacos utilizadas en analgesia postoperatoria multimodal intravenosa en condiciones de práctica clínica

MATERIALES Y MÉTODOS

Las mezclas a estudio fueron:
V1: Tramadol hidrocloruro 7,5mg/mL + Dexketoprofeno 2,26 mg/mL + Ketamina 0,19mg/mL
V2: V1 + metadona 0,075mg/mL
V3: Tramadol hidrocloruro 7,9mg/mL + Ketorolaco trometamol 0,95mg/mL + Ketamina 0,4mg/mL
V4: V3 + metadona 0,08mg/mL
Diluyente: suero fisiológico(SF) 100mL (bolsa polipropileno). Se prepararon 3 lotes de cada mezcla en cabina de flujo laminar a partir de los productos comercializados. Todas las muestras se conservaron a temperatura ambiente con bolsa fotoprotectora, y se testaron inmediatamente después de la preparación (t0), y a las 24 y 48h postpreparación; simulando las condiciones de administración reales de las perfusiones.
Se estudiaron las siguientes variables: i) compatibilidad física: cambio de color y precipitación (cualitativa), turbidez (cuantitativa, nefelometría); ii) compatibilidad química: pH (potenciometría) y porcentaje de recuperación de los fármacos en los tiempos estudiados (UHPLC-DAD, Acquity H UHPLC Class®); iii) preservación de la esterilidad: cultivo en caldo de digerido de soja-caseína enriquecido.
Para el estudio cromatográfico se desarrollaron dos métodos UHPLC-DAD que permiten la elución de los fármacos en orden diferente según el pH de la fase móvil. Se usaron dos columnas de fase reversa Acquity HSS-C18 (100mm×2,1mm×1,8µm) y Acquity BEH-C18 (100mm×2,1mm×1,7µm), acetonitrilo/agua en modo gradiente como fase móvil, ajustando el pH de trabajo mediante una mezcla de ácido fórmico/formiato de amonio (pH ácido) o formiato de amonio/amoníaco (pH básico). El caudal y el volumen de inyección se fijó en 0,025 mL min-1 y 2,0 µL, respectivamente, la detección UV a 215nm para la cuantificación. Se realizó degradación forzada (HCl 1M,80°C; NaOH 1M,80°C; H2O2 15%,TA) para descartar interferencias con posibles productos de degradación.

RESULTADOS

Para los 6 fármacos el método cromatográfico presentó una buena repetibilidad de inyección (coeficiente de variación: CV < 1%) y una buena linealidad entre 0,5-500mg/L (r2 > 0,999) con un límite de detección a 215nm entre 0,1-0,3mg/L. La exactitud del método se encuentra entre 96-102% y la precisión entre 0,1-3,3%. Los dos métodos de análisis son selectivos consiguiendo separar del orden de 50 productos generados en los estudios de degradación forzada.
En las mezclas analizadas a las 24 y 48 h no se observaron cambios de color, precipitación o turbidez. El pH permaneció estable durante la duración del estudio, manteniéndose entre los rangos 7,08-7,28 para las mezclas V1 y V2, y 6,76-6,91 para V3 y V4. Para los 6 fármacos en las 4 mezclas, el porcentaje de recuperación se mantuvo en el intervalo 90-110% con un CV < 5%. Además, los resultados obtenidos con los dos procedimientos no difieren en más del 2%, confirmándose la selectividad y exactitud de los resultados.
Todas las muestras preservaron su esterilidad durante el tiempo de estudio.

CONCLUSIONES

Las cuatro mezclas analgésicas de tramadol y ketamina con otros fármacos coadyuvantes (dexketoprofeno, ketorolaco, metadona) a las concentraciones descritas, se han mostrado física y químicamente estables en condiciones de estudio equiparables a la práctica clínica (48 horas a temperatura ambiente, en SF y protegidas de la luz).

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

477. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ESPECTROFOTOMÉTRICO PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE PREPARACIONES DE MORFINA

AUTORES

MAS MALAGARRIGA N, PELEGRÍN CRUZ R, JUANES BORREGO E, GASÓ GAGO I, MARTÍNEZ MOLINA C, SOCIAS CAÑELLAS C, REY VECINO P, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CTRA. SAN QUINTI, 89. BARCELONA

OBJETIVOS

Validar una técnica de control de calidad cuantitativa basada en espectrofotometría ultravioleta-visible (UV-Vis) para preparaciones de distintas concentraciones de morfina espinal utilizadas en práctica clínica habitual, permitiendo, de este modo, la automatización de nuestro control de calidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizó un dispositivo basado en un método de espectrofotometría UV-Vis. Según la ley de Lambert-Beer, la absorbancia de una solución determinada con un espectrofotómetro, es directamente proporcional a la concentración de esta a una determinada longitud de onda.
Las concentraciones de morfina elaboradas por nuestro servicio son las siguientes: 2mg/mL, 10mg/ml, 14mg/ml, 15mg/ml y 20mg/ml. Todas ellas elaboradas con la sal de morfina sulfato.
Se realizó una recta de calibración con concentraciones conocidas de morfina a partir de la presentación de morfina sulfato 50mg/mL, con un rango de concentraciones de 1-50mg/mL, y compuesta por diez puntos (1mg/mL, 2mg/mL, 5mg/mL, 7,5mg/mL, 10mg/mL, 14mg/mL, 20mg/mL, 25mg/mL, 35mg/mL y 50mg/mL). Todas las preparaciones de morfina para elaborar la recta de calibración fueron preparadas por un farmacéutico y bajo la supervisión de otro.
Para validar la recta de calibración y asegurar que sirve para determinar correctamente las distintas concentraciones de fármaco se analizaron 50 muestras de morfina, 10 para cada una de las concentraciones elaboradas por nuestro servicio (2mg/mL, 10mg/ml, 14mg/ml, 15mg/ml y 20mg/ml) y el análisis de cada una se realizó por triplicado. Se aceptó una desviación respecto la concentración teórica de +/-10%. Las muestras para la validación de la recta de calibración las preparó un técnico de farmacia bajo la supervisión del farmacéutico.

RESULTADOS

La recta de calibración mostró un coeficiente de correlación > 0,99.
La media de concentración de cada una de las preparaciones para validar la recta fue: 1,86mg/mL para la preparación de 2mg/mL, 10,03mg/mL para la de 10mg/mL, 14,09mg/mL para la de 14mg/mL, 14,86mg/mL para la de 15mg/mL y 18,82mg/mL para la de 20mg/mL.
De las muestras de concentración 2mg/mL, 0 estaban dentro del rango de +/-5% y 10 entre el 5-10%; de las muestras de concentración 10mg/mL, 10 estaban dentro del rango de +/-5% y 0 entre el 5-10%; de las muestras de concentración 14mg/mL, 8 estaban dentro del rango de +/-5% y 2 entre el 5-10%; de las muestras de concentración 15mg/mL, 8 estaban dentro del rango de +/-5% y 2 entre el 5-10%; y finalmente, de las muestras de concentración 20mg/mL, 1 estaba dentro del rango de +/-5% y 9 entre el 5-10%.
No hubo ninguna de las muestras que saliera del rango de aceptación de +/-10%.

CONCLUSIONES

El método espectrofotométrico es una técnica sencilla y rápida que determina adecuadamente las distintas concentraciones de morfina utilizadas en práctica clínica habitual. Actualmente estamos implementando este método para la validación de las preparaciones de morfina realizadas en el área de preparación como sustitución de la validación farmacéutica presencial.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

486. INFLUENCIA DEL PERFIL LÍPIDICO DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN EL DESARROLLO DE INFECCIONES SISTÉMICAS Y BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER

AUTORES

DE CÁCERES VELASCO C, RICO GUTIÉRREZ T, ABREU PADIN C, VELASCO FERNÁNDEZ AI, TOLOSA MARTÍNEZ C, LOZANO FERNÁNDEZ R, LOZANO ESTEBAN MC
HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA. CALLE LUIS ERIK CLAVERÍA NEURÓLOGO S/N. SEGOVIA

OBJETIVOS

Evaluar la asociación entre la composición lipídica de la nutrición parenteral (NP) y la aparición de bacteriemia asociada a catéter (BAC) e infección sistémica en pacientes no críticos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo prospectivo de todos los pacientes no críticos con prescripción de NP entre abril de 2019 y agosto de 2020. Los pacientes fueron clasificados en cohortes según la fuente lipídica de la NP: soja (100%), soja/oliva (20%/80%) y soja/oliva/pescado/triglicéridos de cadena media (MCT) (30%/25%/15%/30%). Los datos analíticos y clínicos se recogieron el día 1 y 5 o 6 de la prescripción de NP. En los casos en no se disponía de analítica el día 1, se consideró la de máxima antigüedad 1 mes. Las variables clínicas y demográficas se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Jimena IV®), la duración y composición de la NP el programa informático del Servicio de Farmacia (Farmatools®v2.6). Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22.0. El análisis de las variables cuantitativas se llevó a cabo con el test de ANOVA y Scheffe, mientras que las variables cualitativas se analizaron con el test Chi-cuadrado.

RESULTADOS

Se incluyeron 95 pacientes no críticos con prescripción de NP (54,3% hombres) y una edad media de 71,8 ± 13,7 años (IC95% 68,9 - 74,6). El diagnóstico inicial más frecuente fue oncológico (40,4%), seguido de suboclusión/oclusión intestinal (14,9%), pancreatitis (6,4%) y colecistitis (4,3%). El aporte calórico y la duración de la NP medias fueron de 1619,7 ± 244,2 Kcal/día (IC95% 1569,7 - 1669,7) y 9,3 ± 7,6 días (IC95% 7,7 – 10,8), respectivamente. En el análisis por subgrupos, 36 pacientes recibieron emulsiones lipídicas basadas en aceite de soja, 50 en soja/oliva y 8 en soja/oliva/pescado/MCT. Las tres cohortes presentaron una disminución de los parámetros analíticos PCR y linfocitos, con una disminución media de -1,80 ± 9,45 mg/dl del valor de la PCR (IC95% -6,2 – 1,2) y de -0,15 ± 1,0 x103/µl del recuento de linfocitos (IC95% -0,36 – 0,1), siendo en ambos casos mayor la disminución en la cohorte de soja/oliva/pescado/MCT. Se observó una asociación estadísticamente significativa en la disminución de la PCR en los pacientes con emulsiones lipídicas basadas en soja/oliva/pescado/MCT frente a soja/oliva (diferencia media: 0.13; p=0.028). En total, 51,1% de los pacientes desarrollaron infección durante la NP o posteriormente, siendo BAC en el 14% de los casos identificados. El 77,7% de los pacientes estaba colonizado por 2 o más microorganismos diferentes. Los microorganismos aislados más prevalentes fueron: Escherichia coli, Staphyloccus aureus, Staphylococcus epidermidis y Enterobacter faecium. En el análisis por subgrupos, se observaron tasas similares de infección y BAC entre las cohortes de soja y soja/oliva. Sin embargo, en la cohorte de soja/oliva/pescado/MCT no se identificó ningún caso de infección ni BAC, siendo la asociación estadísticamente significativa (p=0.011).

CONCLUSIONES

Los datos muestran que la composición lipídica de la NP, especialmente las emulsiones lipídicas basadas en soja/oliva/pescado/MCT, influyen en la disminución de la aparición de bacteriemia asociada a catéter e infección sistémica en pacientes no críticos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

504. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA DE BUDESONIDA VISCOSA ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

AUTORES
CARDONA ROCA L, SEGUÍ SOLANES C, CORONEL CORDERO L, SOSA-PONS A, ALMENDROS-ABAD N, RODRÍGUEZ-MAURIZ R, RUDI SOLA N
HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. C/ FRANCESC RIBAS S/N. BARCELONA

OBJETIVOS
Evaluar la efectividad, seguridad y adherencia al tratamiento de una fórmula magistral (FM) de budesonida viscosa oral (BVO) en pacientes con esofagitis eosinofílica (EEo).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en pacientes con EEo y prescripción de FM de BVO entre 2015 y 2021 en un hospital de segundo nivel. La FM se preparó como suspensión viscosa hasta abril de 2018, modificándose a solución extemporánea por su mayor estabilidad.
Variables recogidas: género, edad, comorbilidades alérgicas, manifestaciones clínicas, tratamientos previos, posología y duración de tratamiento con BVO, resultados endoscópicos, eosinófilos por campo (eos/CGA) en biopsias esofágicas, efectos adversos y dispensaciones de BVO. La recogida de datos se realizó a partir de la historia clínica electrónica y del registro de dispensación de Farmacia. Las variables cuantitativas se expresaron como media, desviación estándar (DE), mediana y rango intercuartílico (RIQ).
La efectividad se evaluó a partir de los hallazgos endoscópicos e histológicos post-tratamiento, considerando remisión histológica completa < 15 eos/CGA. La seguridad se valoró documentando los efectos adversos. La adherencia se calculó a partir del MPR (días cubiertos con medicación dispensada/total días prescripción), considerando paciente adherente si MPR ≥80%.

RESULTADOS
Se incluyeron 17 pacientes (82% hombres): 10 adultos (38 (DE 17) años) y 7 pediátricos (13 (DE 2) años). El 41% presentó comorbilidad alérgica. Dos pacientes se excluyeron por pérdida de seguimiento.
Manifestaciones clínicas observadas: 60% disfagia, 40% dolor torácico-abdominal, 40% impactaciones, 28% reflujo gastroesofágico, 7% náuseas y/o vómitos. Antes de BVO, el 80% presentó alteraciones macroscópicas en endoscopia y el 100%, > 15 eos/CGA en biopsia esofágica. Todos los pacientes recibieron tratamientos previos: 73% inhibidores bomba protones, 29% corticoides inhalados, y/o 33% dietas exclusivas.
Se observaron dos períodos de tratamiento: inducción (1 mg/12h) y mantenimiento (1 mg/24h). Un paciente sólo recibió BVO a dosis de inducción y otro, a dosis de mantenimiento. La mediana de duración en inducción fue de 5,7 meses (RIQ 3,3-10,6) y en total, 18,1 meses (RIQ 7,1-27,2).
Todos los pacientes mostraron mejoría clínica después del tratamiento con BVO: 73% asintomáticos y 27% mejoría. En endoscopias post-tratamiento se observó: 47% remisión completa, 40% parcial y 13% estabilidad. La remisión histológica fue completa a nivel distal y proximal en el 53% y en el 80% de los pacientes, respectivamente. Al año, se observó empeoramiento endoscópico e histológico en el 20% y en el 33% de los pacientes, respectivamente.
Se registraron efectos adversos: 13% candidiasis y 7% aftas bucales. El MPR medio calculado fue del 71,2% (DE 25), considerando 6 pacientes adherentes.

CONCLUSIONES
La FM de BVO es un tratamiento efectivo en la remisión clínica, endoscópica e histológica de la EEo, tratándose de una alternativa segura. No obstante, la mayoría de los pacientes no son adherentes. Sería interesante analizar el esquema terapéutico óptimo para mantener la remisión total, diseñar un programa de adherencia terapéutica y revaluar la FM para mejorar sus características organolépticas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

550. PROTOCOLIZACIÓN DE MEZCLAS DE ANTIBÓTICO Y HEPARINA PARA SELLADOS DE CATÉTER EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS

AUTORES
FRAGA BUENO E, GONZÁLEZ RODRÍGUEZ AM, RODRÍGUEZ PENÍN I
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. AVDA. DE RESIDENCIA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS
La utilización de sellados de catéter con antibióticos y heparina está ampliamente extendida. Sin embargo, no existe consenso en las concentraciones a emplear.
El objetivo principal es protocolizar y centralizar la elaboración de las mezclas de antibiótico y heparina para sellados de catéter de pacientes de una Unidad de Diálisis (UD) en el Servicio de Farmacia (SF).

MEJORAS ESPERADAS
- Estandarización de las mezclas.
- Asegurar la estabilidad fisicoquímica de las mezclas.
- Aumento de la estabilidad microbiológica de las mezclas al ser elaboradas en la cabina de flujo laminar horizontal (CFLH).

DISEÑO
Se protocolizaron distintas mezclas de antibióticos y heparina para centralizar su elaboración en la CFLH del SF.

CIRCUITO Y ETAPAS
1º La UD solicitó al SF la elaboración de mezclas de cefazolina, daptomicina, gentamicina y vancomicina con heparina para sellados de catéter.

2º Se revisaron las distintas mezclas que se elaboraban en la UD, encontrándose distintas concentraciones de heparina según el antibiótico empleado y errores en la dilución de la daptomicina. Desde el SF se realizó una búsqueda bibliográfica para evaluar la estabilidad fisicoquímica y microbiológica de las distintas mezclas e intentar homogeneizar las concentraciones de heparina.
3º Se propusieron las siguientes mezclas a la UD:
- cefazolina 5 mg/ml + heparina 2500 UI/ml
- daptomicina 5 mg/ml + heparina 2500 UI/ml
- gentamicina 1 mg/ml + heparina 2500 UI/ml
- vancomicina 2,5 mg/ml + heparina 2500 UI/ml
La dilución de los antibióticos se realiza con suero fisiológico, excepto la daptomicina que se diluye con ringer lactato. Se acondicionan 2,5 ml en jeringas de 10 ml, tras pasar la mezcla por un filtro de 0,22 micras. Las jeringas se envían a la UD en bolsa estéril. Se les asignó una estabilidad de 24 horas, refrigerado (2-8ºC) y protegido de la luz.
4º En el Comité de Infecciones del Área Sanitaria (en el que participa un farmacéutico del SF) se aprobó el protocolo.

IMPLANTACIÓN
Se puso en marcha una vez aprobado el protocolo en el Comité de Infecciones. Inicialmente se realizaba la prescripción en papel, pero tras la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la UD se prescribe mediante el programa de gestión farmacoterapéutica.

RESULTADOS
Desde la implantación del protocolo (octubre 2019) hasta abril 2021 se elaboraron 530 sellados de catéter para 14 pacientes. Catorce de cefazolina y heparina (1 paciente), 40 daptomicina y heparina (1 paciente), 182 gentamicina y heparina (7 pacientes), 294 vancomicina y heparina (10 pacientes).
La estandarización de las mezclas reduce el riesgo de errores durante su elaboración y asegura la estabilidad fisicoquímica de las mismas. Por otro lado, al ser elaboradas en la CFLH se aumenta la estabilidad microbiológica, contribuyendo a una mejora del cuidado y la seguridad del paciente.

LIMITACIONES
La principal limitación es la escasez de datos sobre estabilidad y compatibilidad de las diferentes mezclas, lo que no permite ampliar su período de validez.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Posibilidad de realizar en el SF de un hospital de cualquier nivel.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

575. ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE NUTRICIONES PARENTERALES EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS.

AUTORES
CORRAL ALAEJOS Á, GODA MONTIJANO G, MONGE DONAIRE D, RODRIGO CASTROVIEJO N, FERNÁNDEZ CAÑABATE S, ALONSO CASTAÑÉ MD, JIMÉNEZ CASAUS J, GIL VALIÑO C
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVENIDA DE REQUEJO 35. ZAMORA

OBJETIVOS
El soporte nutricional es primordial para prevenir la desnutrición asociada a la enfermedad y la pérdida de masa muscular en el paciente crítico, el cual se caracteriza por una situación de hipercatabolismo y cambios metabólicos como parte de su respuesta adaptativa para sobrevivir al proceso agudo. El objetivo del presente estudio fue evaluar la implantación de un programa de prescripción y seguimiento de nutriciones parenterales (NP) en una unidad de pacientes críticos, en un hospital de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo y multidisciplinar en el que se evalúa el resultado de la prescripción por parte del Servicio de Farmacia de NP individualizadas en pacientes críticos, desde la implementación del programa en febrero de 2020, hasta abril de 2021.
El cálculo de las necesidades calóricas de los pacientes se realizó con la fórmula Ireton-Jones, siguiendo las recomendaciones para el soporte nutricional y metabólico especializado del paciente crítico (Consenso SEMICYUC-SENPE).
Se recogieron datos demográficos de los pacientes (edad, sexo, peso y altura), motivo de ingreso en la unidad de críticos y desenlace del paciente (alta/éxitus).
La eficacia de la nutrición parenteral se evaluó recogiendo datos nutricionales analíticos (prealbúmina, albúmina, proteínas totales, colesterol, triglicéridos y linfocitos) al inicio y al finalizar la NP (excluyendo a los pacientes éxitus).
También se recogieron las características de las NP prescritas (composición y duración de la nutrición).

RESULTADOS
Durante los 14 meses que lleva en funcionamiento la actividad se ha realizado la prescripción individualizada de NP en 31 pacientes críticos. La mediana [rango] de edad de los pacientes fue de 67 [26-84] años, siendo un 80% hombres. La mediana [rango] de peso y altura de los pacientes fue de 75 [40-120] kg y 170 [155-181] cm.
Los motivos de ingreso en UCI y necesidad de NP fueron: Obstrucción intestinal (5), COVID-19 (5), perforación intestinal (4), cirugía gastrointestinal (4), hemorragia digestiva (3), pancreatitis (3), colecistitis (2), peritonitis (2) y otros (3). De todos ellos, un total de 12 pacientes fueron éxitus (39%).
La mediana [rango] de necesidades calóricas fue de 2100 [1400-2400] Kcal, y de proteínas de 17 [11-21] g. En siete

pacientes se utilizó el peso ideal para el cálculo de necesidades energéticas. En 7 pacientes se tuvo que pautar la NP de forma cíclica para mejorar la tolerancia hepática de la misma. La mediana [rango] de duración de la NP fue de 12 [3-42] días.
Los datos analíticos, definidos como media (SD), antes y al finalizar la NP individualizada fueron: prealbúmina (0,09 vs 0,22) g/dl, albúmina (2,63 vs 3,56) g/dl, proteínas totales (4,64 vs 6,45) g/dl, colesterol (91,29 vs 139,35) mg/dl, triglicéridos (104,76 vs 151,53) mg/dl, y linfocitos (0,95 vs 1,77) • 10^3/mm3.

CONCLUSIONES

La incorporación del farmacéutico en el circuito de prescripción y seguimiento de NP en una unidad de pacientes críticos ha permitido la individualización de los requerimientos nutricionales y la duración de tratamiento de las mismas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

595. ESTUDIO DE COMPATIBILIDAD FÍSICA Y ESTABILIDAD QUÍMICA DE MEROPENEM A CONCENTRACIONES UTILIZADAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

MARTÍNEZ GÓMEZ MA, GIMÉNEZ GINER S, PORTA OLTRA B, LLOPIS SALVIA P, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVENIDA GASPAR AGUILAR 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Determinar la compatibilidad física y estabilidad química de meropenem en diferentes envases y temperaturas para evaluar la estabilidad de la preparación durante su administración mediante perfusión prolongada (continua o extendida) y la posibilidad de preparación anticipada en Unidades centralizadas de Terapia Parenteral de los Servicios de Farmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Fármaco: Meropenem (Meropenem Aurovit® 1000mg vial, polvo para solución inyectable y perfusión).
- Vehículo: Cloruro sódico 0,9%.
- Envases: Infusor Single Day® 2ml/h 50ml, Baxter®; infusor Folfusor® LV 10ml/h 240ml, Baxter®; Viaflo® Cloruro sódico 0,9% 250ml, Baxter®.
- Dosis: 6g en infusor; 1-2g en Viaflo®.
- Mezclas y condiciones de conservación: Se prepararon un total de 24 muestras:
a) Infusor Single Day®: M1-M2, 4,5ºC 5 días; M3-M4, 32ºC (temperatura fisiológica durante la administración) 5 días; M5-M6, 4,5ºC 12 h y 32ºC hasta 6 días.
b) Infusor Folfusor®: M7-M8, 4,5ºC 5 días; M9-M10, 32ºC 5 días; M11-M12, 4,5ºC 12h y 32ºC hasta 6 días.
c) Viaflo®, dosis 1g: M13-M14, 4,5ºC 24h; M15-M16, 24,5ºC 24h; M17-M18, 4,5ºC 6h y 24,5ºC 18h.
d) Viaflo®, dosis 2g: M19-M20, 4,5ºC 24h; M21-M22, 24,5ºC 24h; M23-M24, 4,5ºC 6h y 24,5ºC 18h.
- Compatibilidad física: Se evaluó: a) variación de color, turbidez y precipitación, mediante inspección visual (incompatibilidad: detección de cambio); b) pérdida de volumen, mediante gravimetría (incompatibilidad: pérdida≥5%); c) pH, medido con pH-metro y electrodo de vidrio (incompatibilidad: variación pH > 5%).
- Estabilidad química: se determinó el porcentaje de concentración remanente (%CR) de meropenem a diferentes tiempos así como T90, cuando %CR fue ≤90%. El análisis se realizó por duplicado mediante HPLC. Condiciones experimentales: columna C18 150x4,6mm (5µm); fase móvil: NaH2PO4 0.01M pH2 y ACN con gradiente; flujo: 0.8ml/min; longitud de onda: 298nm; temperatura: 25ºC; volumen de inyección: 5µl; tiempo de análisis: 12min.

RESULTADOS

- Compatibilidad física. No se observó turbidez, precipitación ni pérdida de volumen en las mezclas. Se intensificó el color en las mezclas en infusores y a partir de: M1-M2, 4h; M3-M4, 1h; M5-M6, 12h; M7-M8, 4 días; M9-M10, 7h; M11-M12, 12h. El pH inicial fue 8,0 en las mezclas en infusor y 7,2 en Viaflo®; la variación de pH fue ≤5% en todas las mezclas excepto en M1-M4, siendo ≥5% a partir del día 5.
- Estabilidad química. El valor de T90 de las mezclas en infusores fue: M1-M2, 5 días; M3-M4, 12h; M5-M6, 12h a 4,5ºC y 5h a 32ºC; M7-M8, 4 días; M9-M10, 7h; M11-M12, 12h a 4,5ºC y 2h a 32ºC. En las mezclas en Viaflo®, el %CR fue ≥90% durante 24h (tiempo de estudio).

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, la administración de 6g de meropenem en perfusión de 24h, en 240ml de cloruro sódico 0,9% en infusor Folfusor®LV 10ml/h, sería posible siempre y cuando se conservara la mezcla a 4,5ºC. Por otra parte, este estudio amplia la estabilidad físico-química de la mezcla de meropenem 1-2g, en 250 mL de cloruro sódico 0,9% en Viaflo®, confirmando la viabilidad de la perfusión extendida. Además, estas mezclas se podrían preparar de manera anticipada en las Unidades centralizadas de Terapia Parenteral de los Servicios de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

604. PRUEBAS EPICUTÁNEAS CON QUININA AL 30% Y CLOROQUINA AL 2%: A PROPÓSITO DE UN GIN-TONIC

AUTORES

SÁNCHEZ-OCAÑA MARTÍN N, PUEBLA GARCÍA V, YBAÑEZ GARCÍA L, MARTÍNEZ SESMERO JM
HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. CALLE DEL PROF MARTÍN LAGOS. MADRID

OBJETIVOS

Describir el proceso de elaboración de una pomada de quinina y cloroquina para la realización de pruebas epicutáneas (PE) en el diagnóstico de hipersensibilidad retardada a compuestos quinolínicos (CQ).

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente varón de 23 años acude al servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel por presentar lesiones eritematodescamativas en labios y lengua además de inflamación en manos y las anteriormente descritas. Refiere no ser la primera vez y lo asocia a las horas de haber consumido alcohol, en especial al "gin-tonic". El paciente es derivado al servicio de dermatología. Tras historiar al paciente, se solicita al Servicio de Farmacia (SF) la posibilidad de elaborar una fórmula magistral (FM) que contenga CQ ante sospecha de hipersensibilidad retardada a la tónica.
En el SF lleva a cabo una búsqueda online de la bibliografía disponible de materias primas y excipientes (monografías de Real Farmacopea Española, fichas técnicas de laboratorios), elaboración de formulaciones para PE (Real Decreto 175/2001), así como artículos en PubMed relacionados con la hipersensibilidad retardada a CQ.
Para la elaboración de las FM y la metodología específica, se siguió el PN/L/FF/006/00 (elaboración de pomadas) del Formulario Nacional.
Para establecer nivel de riesgo y caducidad, se siguieron las recomendaciones de la Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos de 2014 (GBPP).
Para control de calidad, se siguió el R.D. 175/2001 para la elaboración de fórmulas magistrales no tipificadas en pomada: evaluación de los caracteres organolépticos.

RESULTADOS

Se decide elaborar dos pomadas hidrófobas de quinina sulfato (materia prima) y cloroquina (comprimidos de 155 mg). La concentración final fue del 30% y del 2% respectivamente.
La elección del excipiente se llevó a cabo en función de la hidrosolubilidad (HS) del principio activo (PA) indicada en la farmacopea: vaselina filante en liposolubles. Para humectar la preparación se utilizó vaselina líquida. Ambos PA poseen baja HS por lo que:
Fórmula 1 (F1): Quinina sulfato 30%: Quinina sulfato 3 g, Vaselina líquida 4,5 g. Vaselina filante cantidad suficiente para (csp.) 10 g
Fórmula 2 (F2): cloroquina 2%: cloroquina 155 mg 2 comprimidos, Vaselina líquida, Vaselina filante csp. 15.5 g
El control se elaboró con el mismo excipiente contenido en F1 y F2: Vaselina filante csp. 3 g.
En cuanto a textura y color, F1 y F2 fueron homogéneas, textura grasa y de color blanquecino.
Según la GBPP: Preparación de bajo riesgo por lo que se determinó 30 días de caducidad desde su preparación en condiciones adecuadas de conservación: refrigeración y protección de la luz.
Una vez elaboradas las FM y el control, se aplicaron en la zona de la espalda con oclusión. Se procedió la lectura a las 48 y 72 horas, advirtiendo al paciente de que no mojara la preparación.
A las 48 horas, el resultado fue positivo para quinina y negativo para cloroquina y control. No se detectó ningún efecto adverso en relación a la aplicación tópica de estos preparados.

CONCLUSIONES

La elaboración de pomadas para pruebas epicutáneas de quinina desde el SF, es una herramienta eficaz y segura para el diagnóstico de dermatitis de contacto y/o reacción retardada a CQ.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

640. ADECUACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL EN PACIENTES QUIRÚRGICOS. EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA.

AUTORES

EDO PEÑARROCHA J, SANTOS SAN SEGUNDO M, BOSÓ RIBELLES V, FORTANET GARCÍA M, MAIQUES LLACER J, ESTEVE LÓPEZ V, SOLANA ALTABELLA A, FERRANDO PIQUERES R

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON. AVENIDA BENICÀSSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación de la prescripción de nutrición parenteral total (NPT) en pacientes quirugicos según la última guía de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN, Clinical Nutrition 2017).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes post-quirúrgicos en tratamiento con nutrición parenteral en seguimiento por el Servicio de Farmacia desde enero 2019 hasta enero 2020 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron las características demográficas (edad, sexo, peso, talla), el diagnóstico y antecedentes de interés (diabetes mellitus(DM), dislipemia, hipercolesterolemia y alteraciones hepáticas). Se recogió la composición de los macronutrientes (proteínas (P), lípidos(L) y glucosa(G)) y energía (Kcal) de la NPT, además del cálculo del peso ideal, para obtener P/Kg/día, L/Kg/día, G/Kg/día y Kcal/Kg/día. Se recogieron los tiempos de latencia de inicio de NPT desde el ingreso y duración de NPT.
Los puntos fundamentales de las recomendaciones en el paciente peri-operatorio y postquirúrgico que se evaluaron fueron:

- Inicio de NPT cuando no sea posible o este contraindicada la nutrición enteral
- Aportes de proteínas:1.5±0.2g/Kg/día
- Aportes energéticos:25–30Kcal/Kg/día

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de las variables categóricas expresándose como porcentaje. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rangos intercuartílicos (RIQ).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 105 pacientes, el 42% mujeres, con una mediana de edad de 70.3años(RIQ: 57.7-78.0), peso de 69Kg(60-77), talla 165cm(158-171) y IMC (índice de masa corporal) de 25.6Kg/m2(21.8-27.8). El diagnóstico

más frecuente fue complicación postoperatoria tras cirugía abdominal (50%), seguido de oclusión intestinal (20%). Como principales antecedentes, un 22.0% de los pacientes presentaba DM, mientras que un 26.7%, 18.1% y 25.7% presentaban dislipemia, hipercolesterolemia y alteraciones hepáticas, respectivamente. El tiempo de latencia de inicio de NPT fue 3días(1-6), con una duración de 11días(6-19). En el 100% de los pacientes que iniciaron NPT, no era posible la administración de nutrición enteral. En cuanto a los aportes proteicos, el 70% de los pacientes recibía una NPT con unos aportes de 1.5±0.2g/Kg/día; un 20% recibía unos aportes inferiores (el 100% de estos presentó alteración de la función renal); y un 10% recibía unos aportes superiores a 1.5±0.2g/Kg/día. La mediana de los aportes proteicos fue de 1.35g/Kg/día(1.25–1.5). Para el cálculo de los aportes energéticos se estratificó la muestra en pacientes con DM y sin DM. En los pacientes sin DM, el 75% recibía unos aportes de 25–30Kcal/Kg/día, el 17% con < 25Kcal/kg/día, y un 8% con > 25Kcal/kg/día. En pacientes con DM, un 55% recibían < 25Kcal/kg/día, un 40 % recibían entre 25–30Kcal/Kg/día y 5% recibieron > 30Kcal/Kg/día.

CONCLUSIONES

La evaluación periódica de la práctica asistencial es imprescindible para mantener unos estándares de calidad. Así, en la cohorte de pacientes quirúrgicos analizada, se cumplieron mayoritariamente las recomendaciones de aportes de las guías más recientes.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

655. ESTANDARIZACIÓN Y CENTRALIZACIÓN DE LA ELABORACIÓN DE MEZCLAS INTRAVENOSAS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA: ESTIMACIÓN DEL AHORRO

AUTORES

PERNÍA LÓPEZ S, ROMERO JIMÉNEZ RM, GARCÍA MORENO FJ, LOBATO MATILLA ME, MANRIQUE RODRÍGUEZ S, MARTÍNEZ FERNÁNDEZ-LLAMAZARES C, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑON. C/ DOCTOR ESQUERDO Nº 46. MADRID

OBJETIVOS

En la unidad de mezclas intravenosas (MIV) del Servicio de Farmacia (SF) se elaboran diversos medicamentos, principalmente fármacos de alto impacto económico y fármacos considerados peligrosos por el Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

La estandarización y la centralización en el SF de la preparación de mezclas intravenosas (MIV) son dos de las principales recomendaciones para disminuir los errores asociados a la elaboración y administración de medicamentos.

El objetivo es describir la estandarización de MIV para pacientes pediátricos y valorar la rentabilidad de esta actividad en el SF.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la estandarización de la elaboración en el SF se acordó con las unidades de pediatría una única concentración fija y se implantaron dos estrategias.

En los medicamentos de alto coste se decidió preparar una solución madre y posteriormente cargar en jeringas o bolsas el volumen correspondiente a la dosis específica de cada paciente.

Para las MIV de medicamentos peligrosos, se establecieron uno o más volúmenes fijos. El personal de enfermería de las unidades de hospitalización calcularía el volumen a infundir y desecharía el resto de la MIV. Estas MIV se pueden incluir en los sistemas de dispensación automatizados.

Para calcular la rentabilidad se ha considerado el precio notificado (PVL-descuento RD 8/2010+IVA) de la medicación usada en el SF y la cantidad que se habría utilizado en las unidades de hospitalización, considerando que no se reutilizarían los viales. El cálculo de la rentabilidad se realizó sobre las MIV elaboradas en el periodo de enero a diciembre de 2.020.

RESULTADOS

Se protocolizaron 11 medicamentos en la unidad de MIV para pacientes pediátricos.

Se seleccionaron 7 fármacos utilizando soluciones madre: Anfotericina B liposomal 1 mg/ml, Caspofungina 0,5 mg/ml, Daptomicina 10 mg/ml, Defibrotide 20 mg/ml Micafungina 1 mg/ml, y Voriconazol 5 mg/ml.

Se establecieron 4 fármacos peligrosos con volumen fijo: Ciclosporina 2 mg/ml (50 ml), Ganciclovir 5 mg/ml (25, 50 y 100 ml), Micofenolato 6 mg/ml (42,5 y 85 ml) y Tacrolimus 0,02 mg/ml (100 ml).

En el año 2020 se han preparado un total de 5.078 MIV de los medicamentos protocolizados: 53% usando soluciones madre con un coste de 532.404 € y 47% con MIV de volumen fijo con un coste de 38.774 €.

El coste estimado de estas MIV, si se hubiera preparado en las unidades de hospitalización, habría sido de 766.308 € por lo que el ahorro total es de 195.129 €, lo que supondría un 34,16% de incremento del gasto.

CONCLUSIONES

La preparación estandarizada en el servicio de farmacia de MIV para pediatría aporta seguridad en la elaboración y la administración de medicamentos en pediatría.

Además, en los fármacos con alto impacto económico es una medida muy eficiente, especialmente en pediatría ya que así se evita desechar la fracción sobrante.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

669. POMADA DE NITROGLICERINA 1,2% EN NEONATO CON LESIÓN ISQUÉMICA DE LA FALANGE.

AUTORES

LÓPEZ LÓPEZ MP, CONTRERAS COLLADO R, GUTIERREZ LUCENA L, CABA PORRAS I, GARCIA GÓMEZ N, LÓPEZ LÓPEZ AM

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN. AV. DEL EJÉRCITO ESPAÑOL, 10, 23007. JAÉN

OBJETIVOS
En los pacientes de cuidados intensivos neonatales a veces se presentan eventos isquémicos graves, en los que las medidas conservadoras pueden ser insuficientes, siendo necesario recurrir a tratamientos farmacológicos (anticoagulantes, trombolíticos, infiltraciones locales de fentolamina o hialuronidasa). Estos han demostrado beneficios limitados y efectos secundarios por su administración sistémica. En los últimos años, se ha descrito la efectividad de nitroglicerina tópica en complicaciones isquémicas como coadyuvante a medidas físicas.
El objetivo es describir la elaboración de una fórmula magistral (FM) de nitroglicerina pomada tópica solicitada por pediatría para un neonato con lesión isquémica en falange distal del dedo pulgar de la mano derecha, y evaluar su eficacia y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo de la formulación de pomada tópica de nitroglicerina. En primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica para evaluar las características fisicoquímicas de la nitroglicerina, concentración más adecuada en dicha indicación, excipientes compatibles y FMs descritas en la literatura. Se efectuaron ensayos y controles según el procedimiento de elaboración de formas farmacéuticas semisólidas del Formulario Nacional. Asignándole un periodo de validez siguiendo las recomendaciones de las normas de correcta elaboración. Se llevó a cabo un seguimiento diario de la evolución clínica del neonato junto con pediatría.

RESULTADOS
En bibliografía encontramos dos referencias. Se describe nitroglicerina tópica 2% con buenos resultados en la resolución de lesiones gangrenosas en neonatos, especialmente en las primeras horas, pero también con usos tardíos, pero sin información sobre su elaboración.
Por otro lado, hay referencias de una fórmula de nitroglicerina 1% en vaselina para el tratamiento de fisura anal crónica. Se planteó el problema de que la nitroglicerina como materia prima comercializada en España viene diluida en lactosa al 2%, por lo que, al dispersarla en un vehículo adecuado para su administración tópica, dará lugar a una concentración inferior a la solicitada. Tras comunicárselo a pediatría, se decidió prepararla con la mayor concentración de nitroglicerina que pudiera aceptar la mezcla. Para su elaboración, trabajamos en cabina de seguridad biológica tipo I, pulverizamos en el mortero 45 gramos de Nitroglicerina 2% en cantidad suficiente de vaselina líquida (25 gramos), hasta formación de una pasta. Posteriormente incorporamos 5 gramos de vaselina filante para conseguir una pomada homogénea, obteniéndose una cantidad final de 75 gramos. Envasamos en tubo de aluminio y etiquetamos, dándole una caducidad de 6 meses.
La concentración final de nitroglicerina fue 1,2%. Se obtuvo una pomada blanquecina, con olor ceroso, alta oclusividad, buena extensibilidad y consistencia. El aspecto fue homogéneo, libre de partículas extrañas y sin grumos. Tras 9 días de tratamiento a dosis seguras recomendadas en bibliografía de 1,22mg/kg (4mm/kg) cada 12 horas, se observó mejoraría de la lesión, con delimitación de la necrosis. Se decidió realizar un desbridamiento de la lesión, evitándose la amputación de la falange.

CONCLUSIONES
La FM de Nitroglicerina pomada tópica 1,2% resultó ser eficaz y segura. Su aplicación evitó finalmente la amputación de la falange, a pesar de la gravedad inicial de la necrosis. La fórmula fue bien tolerada y no se observaron efectos adversos derivados de su uso.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

700. DISEÑO Y ELABORACIÓN DE POMADA DE RAPAMICINA 0,4% PARA EL TRATAMIENTO DE SARCOMA DE KAPOSI.

AUTORES
PINTO MARTÍNEZ J, LÓPEZ MORALES S, ÁLVARO ALONSO EA, BARRUECO FERNÁNDEZ N, ESCOBAR RODRIGUEZ I
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. AVENIDA GRAN VÍA DEL ESTE, 80. MADRID

OBJETIVOS
Describir el proceso de elaboración de una pomada de rapamicina 0,4% como uso fuera de indicación para el tratamiento tópico del Sarcoma de Kaposi (SK). Describir las mejoras galénicas para adecuar la fórmula a las necesidades del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS
Inicialmente se hizo una búsqueda bibliografía, encontrando experiencia limitada a solo un caso del uso de rapamicina 0,5% pomada en SK.
Al revisar la bibliografía, observamos que para el cálculo de la concentración del 0,5% no se había tenido en cuenta el propio peso aportado por los comprimidos por lo que se decidió elaborar la pomada al 0,4%.
Se prepara pomada de rapamicina 0,4% a partir de comprimidos recubiertos con película de rapamicina/sirolimus 2mg, parafina líquida y vaselina filante en cabina de seguridad biológica-II (CSB-II), según normativa y siguiendo las recomendaciones de las Guías de Buenas Prácticas (GBP). Se optó por el uso de comprimidos en vez de materia prima al no disponer de una balanza de precisión en el interior de la CSB-II, y por no tamizar para evitar operaciones de mayor riesgo.
Técnica de elaboración:
Previamente en el laboratorio de farmacotecnia no estéril, medir parafina liquida y pesar vaselina filante necesarias. Una vez en la CSB-II pulverizar al máximo posible hasta polvo fino los comprimidos. Humectar bien con pequeñas cantidades de parafina liquida con ayuda del pistilo del mortero hasta obtener una pasta homogénea. Seguidamente añadir poco a poco vaselina filante y mezclar con la pasta obtenida previamente, hasta obtener un preparado homogéneo. Envasar en duquesa con ayuda de la espátula de goma y etiquetar.

Se dispensa al paciente con folleto informativo y la fórmula con etiqueta según normativa.
Evaluación del riesgo:
Se clasificó según matriz de riesgo para preparaciones no 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) de las cuales resaltan:
1. Proceso de preparación: preparación que requiere dispositivos y operaciones especiales durante su preparación "C".
3. Perfil de seguridad del medicamento: lista 2 NIOSH medicamento peligroso "C".
Y quedando como resultado final el conjunto CACACA para los 6 criterios.
Se clasifica la preparación como riesgo medio asignándole una caducidad de 30 días a temperatura ambiente (< 25°C).
Validación: Se observan las características organolépticas.

RESULTADOS

Se obtiene una pomada amarillenta, pastosa, sin cristales, de textura granulosa y con algún resto amarillo procedente de la cubierta pelicular de los comprimidos.
En la visita de seguimiento, el paciente comunicó que, después de aplicar la pomada en las lesiones, ésta se despegaba tras un tiempo.
Para facilitar y aumentar el tiempo de contacto con las lesiones se insistió en la pulverización de los comprimidos y se aumentó ligeramente la proporción de parafina líquida para favorecer la incorporación del polvo a la vaselina filante. Obteniendo así una pomada más amarillenta y con un aspecto más untuoso y de mayor extensibilidad.

CONCLUSIONES

Se diseñó y elaboró una fórmula magistral de rapamicina 0,4% pomada de características adecuadas para su aplicación en las lesiones cutáneas de SK de nuestro paciente.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

709. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PRUEBAS DE ALERGIA A EXCIPIENTES DE LAS VACUNAS COVID-19

AUTORES

LÓPEZ LÓPEZ MP, GUTIERREZ LUCENA L, CONTRERAS COLLADO R, CABA PORRAS I, GARCÍA GÓMEZ N, LÓPEZ LÓPEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN. AV. DEL EJÉRCITO ESPAÑOL, 10. JAÉN

OBJETIVOS

Desde la aprobación de las primeras vacunas para el covid-19 por la FDA en diciembre de 2020, se han ido informando de un pequeño número de reacciones alérgicas a nivel mundial. En concreto, en nuestro hospital el Servicio de Alergología nos planteó la posibilidad de realizar un protocolo de pruebas de alergia a excipientes de la vacuna covid-19, tras haberse notificado varias "posibles" reacciones alérgicas tras la administración de la primera dosis de la vacuna.
El objetivo es describir el proceso de diseño y elaboración de un protocolo de pruebas cutáneas para la detección de alergias a excipientes de las vacunas Covid-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de los diferentes excipientes incluidos en las vacunas covid-19 Pfizer-bioNTech (BNT162b2), Moderna (mRNA-1273) y AstraZeneca (ChAdOxl-S-recombinant). Posteriormente, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sobre pruebas cutáneas realizadas previamente con estos excipientes. Se estudió su disponibilidad en el mercado, comprobando si estaban comercializados como materia prima o como parte de un medicamento. Finalmente, se definieron las concentraciones a estudiar en consenso con el Servicio de Alergología y se calcularon las diluciones correspondientes.

RESULTADOS

Al estudiar las vacunas covid-19, se encontraron excipientes que habían sido descritos en bibliografía como agentes potenciales en reacciones de hipersensibilidad inmediata y que previamente estuvieron implicados en reacciones alérgicas. Estos excipientes son: Polietilenglicol 2000 (Pfizer y Moderna), Trometamol (Moderna) y Polisorbato 80 (AstraZeneca).
Para la realización de los tests de polietilenglicol (PEG), al no existir en el mercado PEG 2000, utilizamos PEG 400 y las presentaciones comerciales Movicol® (PEG 3350) y Casenlax® (PEG 4000). En el caso de polisorbato 80 usamos como materia prima directamente Tween 80. Por último, en el trometamol partimos de la presentación comercial dexketoprofeno-trometamol (Enantyum®) 50 mg/2ml ampollas. El protocolo se dividió en pruebas cutáneas intraepidérmicas (PRICK), pruebas intradérmicas (ID) y pruebas epicutáneas (parche).
Para las pruebas PRICK e ID se prepararon varias diluciones con agua para inyectables. Para PEG 3350 y 4000, preparamos PRICKs a tres concentraciones: 100 mg/ml (dilución 1:1), 10 mg/ml (dilución 1:10) y 1 mg/ml (dilución 1:100). Las diluciones se elaboraron a partir de una "solución madre" de las presentaciones comerciales. En el caso del Tween 80 preparamos PRICK e ID 0,004 mg/ml. Y para trometamol PRICK 25 mg/ml e ID 0,25 mg/ml (dilución 1:100).
Las pruebas epicutáneas en parche se realizaron con vaselina a diferentes concentraciones. En el caso de PEG, se partió de PEG 400 y 3350. En ambos casos se prepararon diluidos al 4% en vaselina y también sin diluir. El Polisorbato (Tween 80), sin embargo, se diluyó en vaselina al 5%.

CONCLUSIONES

La adecuada preparación de los tests servirá para descartar la hipersensibilidad a excipientes de las vacunas covid-19. La colaboración entre los servicios de Alergología y Farmacia permite obtener el máximo beneficio de dichas pruebas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

729. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES
FERNÁNDEZ LAGUNA CL, MACIA RIVAS L, ÁLVAREZ ASTEINZA C, GÓMEZ ÁLVAREZ ME, FERNÁNDEZ LASTRAS S, DE LA FUENTE VILLAVERDE I, PIERAS LÓPEZ Á, LOZANO BLAZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVDA. ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS
Evaluar el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas (IF) en el Área de Nutrición Parenteral en nuestro hospital en relación con el servicio prescriptor y la propuesta que se les hizo.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizó un estudio un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de todos los pacientes que recibieron nutrición parenteral (NP) en nuestro hospital entre el 15 de marzo hasta el 3 de mayo de 2021. Se incluyeron solo pacientes a los que se les propuso al menos una IF (n=22), considerándola aceptada, cuando la modificación se hizo efectiva en las primeras 24 horas. Las variables analizadas han sido: a) Servicio prescriptor, b) Vía de comunicación, c) Receptor, d) Tipo de intervención, e) Tipo de NP, f) Etapa del proceso y g) Aceptación.

RESULTADOS
Se registraron 33 IF en 22 pacientes (1,5 IF/paciente). Los resultados de las variables analizadas fueron:
a) Endocrinología (14), Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos (12), UCI de neonatos (3), cirugía (3), UCI pediátrica (1)
b) Telefónica (100 %)
c) Receptor: 82% (27) médico y 18% (6) enfermera responsable
d) Ajuste de electrolitos (14), modificación de volumen (11), inestabilidad de la fórmula (4), errores en la prescripción (3) y cambio de la NP (1).
e) NP especial (21), NP de Críticos (3), NP de Hospitalizados (5), NP de Neonatos (3), Np de Pediatría (1)
f) 24 sobre modificaciones en la NP previamente prescrita y 9 sobre el inicio de la NP.
g) 85% (28) IF fueron aceptadas. El 100 % de las IF de cambio de volumen, estabilidad de la fórmula y sobre errores en la prescripción fueron aceptadas, sin embargo de las sugerencias de ajuste de electrolitos fueron aceptadas el 71% (10) y ninguna de cambio de NP. La aceptación por parte de los diferentes servicios fue del 100% (14) en endocrino, 75% (9) en UCI de adultos, 67% (2) en cirugía, 67% (2) en UCI neonatal y el 100% (1) en UCI pediátrica.

CONCLUSIONES
Las IF realizadas a los servicios prescriptores de NP en nuestro hospital son ampliamente aceptadas, especialmente entre aquellos que más la solicitan y con independencia del tipo de IF. Esto añade un factor de seguridad y de calidad a una asistencia multidisciplinar, en la que el Servicio de Farmacia participa en varios niveles del tratamiento del paciente.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

746. HIPOFOSFATEMIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS TRAS EL INICIO DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES
MIRON ELORRIAGA G, PALACIOS FILAR M, IBARRONDO LARRAMENDI I, COBAS BELSO M, GOMEZ DE SEGURA SAROBE A, MENENDEZ LIENDO L, CARDENAS SIERRA M, MORA ATORRASAGASTI O
HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. DISTRITO DE LABEAGA, S/N. VIZCAYA

OBJETIVOS
La hipofosfatemia es la alteración electrolítica más frecuente en el síndrome de realimentación. Este síndrome se caracteriza por ser un conjunto de alteraciones metabólicas que pueden ocurrir tras la reintroducción de la nutrición. Al ser un cuadro clínico complejo, aún no están estandarizadas unas recomendaciones claras, pero varias instituciones coinciden en iniciar la nutrición con un bajo aporte calórico y de glucosa.
El objetivo es determinar la incidencia de hipofosfatemia (< 2,7 mg/dl) en pacientes hospitalizados no críticos en los que se inició nutrición parenteral (NP) y determinar si dicha incidencia tiene relación con el estado nutricional y los aportes calóricos iniciales de la misma.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en el que se analizaron los pacientes hospitalizados no críticos que iniciaron NP durante el ingreso desde diciembre 2020 hasta abril 2021. Las variables que se recogieron a través de la Historia Clínica fueron: edad, sexo, niveles séricos de fosfato (de los 3 días posteriores a iniciar NP) y niveles de prealbúmina sérica para evaluar el estado nutricional de los pacientes. En función de los valores séricos de prealbumina se establecieron los siguientes grupos: desnutrición leve (20-15 mg/dl), moderada (14,9-10 mg/dl) y grave (< 10 mg/dl). De mismo modo, la hipofosfatemia se clasificó en leve (2,7-2 mg/dl), moderada (1,9-1 mg/dl) y grave (< 1 mg/dl). Así mismo, se registró el aporte de macronutrientes (kcal/kg y glucosa g/kg día) con la que se iniciaba la NP y se evaluó si se ajustaban a las recomendaciones de la guía ASPEN, que recomienda iniciar NP a 10-20 kcal/kg, con un máximo de 150 g de glucosa (2-2,5 g/kg/día).

RESULTADOS
Se incluyeron a 56 pacientes (mujeres=22, hombres=34) con una edad media de 67,1 ±13,6 años. 11 (19,6%) de los pacientes presentó hipofosfatemia después de iniciar NP; de los cuales 6 (55%) fueron leves, 5 (45%) moderadas y ninguna grave. Ninguno de ellos presentó sintomatología por la misma. En otros 11 pacientes no estaba disponible el nivel sérico de fosfato.

En cuanto al estado nutricional, 37 (66%) de los pacientes mostraron cierto grado de desnutrición, 8 (14,2%) se clasificaron como no desnutridos y 11 (19,6%) no tenían registrado el nivel sérico de prealbumina.
De los 11 pacientes que presentaron hipofosfatemia, 5 mostraban una desnutrición moderada y 4 grave. Los 2 pacientes restantes mostraron un nivel de prealbumina > 20 mg/dL, sin embargo, estos niveles se encontraban cerca del límite inferior, 20,3 y 22,1 mg/dL.
Las NP se iniciaron con un aporte calórico medio de 19,7±6,7 kcal/kg y 2,2±0,76 g/kg/día de glucosa.

CONCLUSIONES

Los aportes calóricos administrados en la NP se ajustaban a las recomendaciones de la ASPEN. A pesar de ello, se detectaron varios casos de hipofosfatemia, de los cuales la mayor parte sufría algún grado de desnutrición. Por lo que cabe destacar la importancia de solicitar valores séricos de fosfato y prealbumina en pacientes que vayan a iniciar NP, siendo estos cruciales para anticiparse a la detección de un posible síndrome de realimentación y poder realizar un seguimiento nutricional más individualizado.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

770. COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN FARMACIA EN LA REDOSIFICACIÓN DE JERINGAS DE DUPILUMAB PARA PEDIATRÍA. EFICACIA Y SEGURIDAD

AUTORES

CID ALMENDROS S, PENA VILLANUEVA P, RUIZ GALVEZ L, GUERRERO GARCIA L, ALVAREZ EXPOSITO L, GARCIA MUÑOZ E, MARTINEZ BERNABE EM, GONZALEZ MARTINEZ J
HOSPITAL COMARCAL DE BLANES. ACCÉS CALA SANT FRANCESC, 5. GIRONA

OBJETIVOS

Describir el reacondicionamiento de dupilumab para un paciente pediátrico.
Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Trabajo realizado por el técnico de Farmacia en colaboración con el farmacéutico del área de preparados estériles, con el fin de dar cobertura a un paciente pediátrico sin alternativas terapéuticas comercializadas.
Paciente pediátrico que requiere una dosis de 200mg (comercializada solo presentación de 300mg en jeringa no-dosificada). Se realizó una búsqueda bibliográfica en PUBMED y una consulta al laboratorio fabricante sobre la estabilidad del medicamento. También se habló con el hospital de referencia en dermatología pediátrica para conocer su sistemática. Con los resultados se elaboró un protocolo normalizado de trabajo (PNT) que definía todo el proceso de elaboración.
Se registró la edad, la aparición de reacciones adversas (RA) y las siguientes variables clínicas: EASI, PGA y DLQI antes de iniciar el tratamiento y a las 16 semanas post-tratamiento. El tratamiento se consideró eficaz si a las 16 semanas el paciente presentaba dos criterios: una reducción del EASI-50 ≥50%, además de una reducción del PGA ≥2 puntos.
Se consideró que el tratamiento era seguro si no se producían reacciones adversas graves. Se tuvo en cuenta sólo aquellas reacciones que requirieron una consulta médica.
Para valorar la eficacia y seguridad se consultó la historia clínica electrónica, al médico responsable y al paciente. Las variables se registraron en una hoja de cálculo.

RESULTADOS

No se encontraron datos de estabilidad en la búsqueda bibliográfica en PUBMED ni el laboratorio aportó información al respecto. Del hospital de referencia nos enviaron su PNT, que estaba alineado con las Guías de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria (GBPP). Con toda esta información, se elaboró nuestro PNT: en cabina de flujo laminar horizontal cargar en una jeringa de plástico luer-lock 0,66ml por cada 100mg que se necesitase administrar. La jeringa se dispensó en una bolsa fotoprotectora para su administración inmediata. El resto de medicación no utilizada se conservó en nevera en la jeringa de vidrio original con una caducidad de 14 días, calculado según la matriz de riesgo de preparados estériles de las GBPP.
El paciente de 10 años presentó antes de iniciar un EASI=60, PGA=4 y DLQI=28. A las 16 semanas presentó EASI=55 (disminución del 8,3%), PGA=4 (sin variación) y DLQI=25. Durante este periodo presentó una única RA: sequedad ocular no grave que requirió visita con oftalmología.

CONCLUSIONES

La intervención del Servicio de Farmacia, y en concreto del técnico en Farmacia, ha sido imprescindible a la hora de buscar soluciones para dar cobertura a las necesidades del paciente elaborando un PNT de reacondicionamiento del dupilumab.
El tratamiento con dupilumab ha sido seguro pero ineficaz en este paciente.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

800. CONTROL GRAVIMÉTRICO: GARANTÍA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA PREPARACIÓN DE MEZCLAS DE NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES

SALDAÑA SORIA R, JURADO ROMERO A, BLANCO BERMEJO C, GUZMAN GUZMAN AE, MOYA CARMONA I
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPUS DE TEATINOS, S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS
La complejidad y la alta probabilidad de error en el proceso de elaboración de la nutrición parenteral (NP) hacen que sea considerada un medicamento de alto riesgo por el Instituto para el Uso Seguro del Medicamento (ISMP).
El objetivo de este estudio es analizar los resultados obtenidos tras implantar el control gravimétrico (CG) de las nutriciones parenterales (NP) de adultos, como parte del control de calidad de las NP tras su elaboración en el Servicio de Farmacia (SF).

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo durante 6 meses (de noviembre de 2020 a abril de 2021).
Inicialmente se adecuó la funcionalidad del CG del software informático Kabisoft®, licenciado en nuestro SF para NP, introduciendo las densidades de los diferentes productos utilizados en la elaboración (datos facilitados por los fabricantes). El peso teórico (PT) se calcula teniendo en cuenta la densidad y el volumen de los componentes utilizados, además sumar el peso estándar de la bolsa multicapa.
El técnico de farmacia registró el peso real (PR) de cada NP elaborada con una balanza electrónica y calibrada con una precisión de 0,1 gramos y lo documentó en la hoja de datos diseñada para tal fin. La desviación máxima del PT permitida para cada NP se calculó con Excel®. El error gravimétrico (%) (EG = (PR - PT) x 100 / PT) se consideró correcto dentro del intervalo de ± 5 % y como la mayoría de las guías recomiendan se decidió que el farmacéutico rechazara la NP y diera la orden de repetir la elaboración cuando hubiera una desviación del ±5%. Los datos de las NP desviadas también se analizaron con una hoja de cálculo Excel®.

RESULTADOS
Se realizó el control de 2874 NP. Un total de 26 NP (0,90%) presentaron una desviación ≥ 5%, siendo desechadas y repitiéndose su elaboración. Los errores detectados fueron: añadir más volumen de un componente [12 (46,15 %)], añadir menos volumen [8 (30,76 %)] y producto erróneo [6 (23,07 %)].

CONCLUSIONES
El CG permitió detectar errores cuantitativos del producto final en la elaboración de mezclas de NP y se evitó que estos llegaran al paciente contribuyendo a la mejora continua de la seguridad del proceso de utilización de medicamentos en nuestro centro.
La implantación del CG ha supuesto una mejora importante de la seguridad en la elaboración de las NP de nuestro SF y debe ser considerado como parte fundamental del control de calidad del proceso.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

807. ADAPTACIÓN DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES COMERCIALIZADAS A NUTRICIONES PARENTERALES INDIVIDUALIZADAS

AUTORES
GARCIA JAVIER B, MERINO MÉNDEZ R, SÁNCHEZ ULAYAR A, AGUILERA JIMÉNEZ V, BITLLOCH OBIOLS M, DELGADO RODRÍGUEZ J, PÉREZ CORDÓN L, CAMPINS BERNADAS L
HOSPITAL DE MATARÓ (CONSORCI SANITARI DEL MARESME). CARRETERA DE CIRERA, 230. BARCELONA

OBJETIVOS
Varios estudios evidencian que el uso de nutriciones parenterales comercializadas (NPC) disminuye tanto el tiempo de elaboración como la manipulación, reduciendo así el riesgo de infecciones nosocomiales.
Los objetivos de este estudio fueron:
- Analizar el potencial de adaptación de las NPC existentes en el mercado a las necesidades nutricionales de los pacientes ingresados en nuestro hospital que precisaron nutrición parenteral individualizada (NPI), tanto por vía central como periférica.
- Identificar los posibles motivos de no adaptación.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes ingresados con NPI entre Noviembre 2020 – Abril 2021.
Los requerimientos nutricionales de cada paciente se estimaron en base a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.
Las variables registradas fueron: peso, vía (central/periférica), kilocalorías (kcal) totales, volumen (ml), requerimientos hídricos (ml), kcal/kilogramo (kg) peso, gramos de proteína/kg.
Los criterios de adaptación de las NPC a los requerimientos nutricionales estimados de las NPI fueron: un margen de ± 2,5 kcal/kg, un margen de ± 0,1 g prot/kg y los requerimientos hídricos según la situación clínica del paciente.
Las variables cuantitativas discretas se describieron como porcentajes.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 126 pacientes de los cuales 95 precisaron NPI por vía central y 31 por vía periférica.
Del total de NPI por vía central, 21 (22,1%) se habrían ajustado completamente a alguna NPC. En relación a las NPI por vía periférica, sólo 1 (3,2%) se habría adaptado a una NPC.
En cuanto a las NPI por vía central, 74 (77,9%) no se habrían adaptado a ninguna NPC. De ellas; 43 (58,1%) no habrían cumplido el rango g prot/kg, siendo éste inferior al que habría precisado el paciente, 22 (29,7%) no se habrían adecuado según los requerimientos hídricos del paciente, 5 (6,8%) no habrían cumplido el rango kcal/kg, siendo éste superior al necesario y 4 (5,4%) no se habrían ajustado por otros motivos. En relación a las NPI por vía periférica, 30 (96,8%) no se habrían adaptado a ninguna NPC. De ellas; 18 (60%) no se habrían ajustado al rango g prot/kg por ser éste inferior al

necesario, 7 (23,3%) no lo habrían hecho por presencia de trastornos hidroelectrolíticos, 2 (6,7%) no se habrían ajustado al rango kcal/kg siendo éste superior al necesario, 2 (6,7%) no se habrían adecuado según los requerimientos hídricos del paciente y 1 (3,3%) por otros motivos.

CONCLUSIONES

- El potencial de adaptación de las NPC en nuestro hospital parece ser bajo, sobre todo en el caso de las NP periféricas.
- El motivo principal de no adaptación tanto en las NP por vía central como en las NP periféricas sería el rango g prot/kg. Esto sugiere que las NPC tienden a ser hipoproteicas.
- La segunda causa de no adaptación de NPC a NPI por vía periférica serían los trastornos hidroelectrolíticos debido a que no existe en el mercado ninguna NPC periférica sin electrolitos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

837. EVALUACIÓN DE LA CENTRALIZACIÓN DE LA PREPARACIÓN DE ANFOTERICINA B LIPOSOMAL NEBULIZADA EN EL SERVICIO DE FARMACIA.

AUTORES

CEAMANOS RENOM S, SERRANO MARMOL M, ARANDA CORTES L, RODRÍGUEZ CORNEJO C, PÉREZ GONZÁLEZ S, LÓPEZ CABEZAS C, SOY MUNER D

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. C/ VILLARROEL Nº 170. BARCELONA

OBJETIVOS

La anfotericina B liposomal se utiliza como profilaxis por via inhalatoria en pacientes críticos sin ventilación mecánica a dosis de 25 mg 3-4 veces por semana.

Se considera preparación de riesgo medio, debido a la necesidad de filtro y reconstitución dificultosa. Se propone un circuito que permita la preparación centralizada en el servicio de Farmacia. El objetivo del estudio es describir el circuito de implantación y analizar el ahorro económico derivado tras un año de funcionamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Las prescripciones de Anfotericina B nebulizada, una vez validadas por el farmacéutico responsable de la sala, caen en el pool de preparación del área de elaboración de estériles. A través del programa informático el técnico edita la guía de elaboración y etiqueta para iniciar la elaboración.

En cabina de flujo laminar horizontal (CFLH), siguiendo técnica aséptica, se reconstituye vial de Anfotericina B liposamal de 50 mg con 12 ml de agua para inyectable (API) y se agita hasta disolución completa. Se cargan 6 ml en 2 jeringas de polipropileno de 10 ml a través de un filtro 5 micras. Se cierran con tapón estéril y se embolsan en bolsa fotoprotectora.

Se le da una estabilidad de 7 días de 2 a 8 ºC, lo que permite conservar en Farmacia las jeringas sobrantes.

Tras la verificación de la preparación por un farmacéutico las jeringas se dispensan en el circuito de dispensación habitual.

RESULTADOS

En el período mayo 2020- abril 2021se han elaborado 623 unidades de anfotericina B liposomal nebulizada.

No se han registrado incidencias/reclamaciones generadas por el circuito de preparación/dispensación.

La centralización ha permitido un ahorro en costes directos de 26.228 € anuales debido al aprovechamiento de viales.

CONCLUSIONES

La centralización de la preparación de anfotericina B liposomal nebulizada ha permitido la dispensación de las dosis listas para su administración y un ahorro económico considerable, contribuyendo a mejorar la seguridad y eficiencia del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

841. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FLUIDOTERAPIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

ESTEBAN GONZALEZ C, MONTOLIU ALCON P, SANCHEZ DORREGO L, PONS LLOBET N, GONZALEZ VALDIVIESO J, GALOFRE MESTRES L, CORREA SANAHUJA M, DE TEMPLE PLA M

HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. CALLE VILADOMAT, 288. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la utilización de la fluidoterapia (FTP) y comparar si se adecua a las recomendaciones de las guías. Determinar el efecto de la FTP en el perfil bioquímico de los pacientes ingresados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo, realizado en diciembre de 2020 durante 4 días, en el que se registraron pacientes adultos ingresados en un hospital de segundo nivel que recibieron tratamiento con FTP.

Se incluyeron aquellos pacientes con prescripción de FTP con una duración > 1 día. Para la comparación del aporte de los requerimientos de volumen y composición con las recomendaciones de las Guías NICE (2016) se seleccionaron los pacientes con FTP de mantenimiento.

Las variables registradas fueron: sexo, edad, peso (Kg), días de ingreso hospitalario, tipo de dieta oral, duración total de la FTP, indicación, tipo y volumen de la FTP y aportes totales recibidos de sodio (Na), potasio (K), cloro (Cl) y glucosa, junto con los niveles plasmáticos de Na, K, Cl, glucosa y creatinina al inicio y al final del tratamiento con la FTP. Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas informatizadas del hospital y se analizaron con el programa SPSS_v20.

RESULTADOS

De 110 pacientes, se registraron 74% con FTP. El 48% fueron mujeres con una edad media de 79 años (desviación estándar (SD)=13), con peso medio de 69Kg (SD=13), una duración media de estancia hospitalaria de 27 días (SD=14) y

una duración media de FTP de 11 días (SD=9).
Las indicaciones de FTP fueron: mantenimiento (82%), reposición por pérdidas (17%) y resucitación (1%). Los sueros utilizados fueron el suero salino fisiológico 0,9% (75%), suero glucosalino 5% (53%), suero glucosado 5% (28%) y suero glucosado 10% (12%).
Los aportes recibidos de Na, Cl y K no se adecuaron a las recomendaciones en el 73%, 62% y 94% de los pacientes, respectivamente. El 62% de los pacientes recibieron una cantidad de glucosa que no cubría las necesidades mínimas diarias. En el 85% de los pacientes se administró un volumen inferior al recomendado con un valor medio de 1.243ml/día (SD=1.174) frente a los 1.987ml/día (SD=1.574) requeridos.
En el 31% y en el 86% de los pacientes se observó una disminución no significativa de los niveles plasmáticos de glucosa (-31,72mg/dl; P=0,079) y creatinina (-0,38mg/dl; P=0,066), respectivamente. En el 79,8 % de los pacientes se observó un aumento significativo del Na (2,52mEq; P=0,019).

CONCLUSIONES

La FTP de mantenimiento no se adecua a las recomendaciones actuales en la mayoría de nuestros pacientes, por lo que sería conveniente protocolizar la prescripción para mejorar la práctica clínica diaria. Se observa un excesivo aporte de sodio, que contrasta con un déficit de volumen, cloro, potasio y glucosa. Se constata una mejoría de la función renal y del perfil glucémico pero niveles plasmáticos de Na más elevados al final del tratamiento con la FTP.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

881. FÓRMULA MAGISTRAL DE GLICOPIRROLATO SUSPENSIÓN ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA: ELABORACIÓN, VALIDACIÓN GALÉNICA Y RESULTADOS CLÍNICOS.

AUTORES
ROVIRA MEDINA T, DE CASTRO JULVE M, GILI BIGATÀ T, GÓMEZ LLANES G, CAMPOS GARCIA Y, MOLAS FERRER G, LÓPEZ GARCIA B, GÓMEZ VALENT M
CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. PARC DEL TAULÍ, 1. BARCELONA

OBJETIVOS

- Describir la elaboración y validación galénica de una fórmula magistral de glicopirrolato en suspensión oral.
- Evaluar la efectividad y seguridad de esta formulación para el tratamiento de la sialorrea en pacientes pediátricos de un hospital universitario.
- Analizar la diferencia de costes entre la fórmula y la presentación extranjera.

MATERIALES Y MÉTODOS

El glicopirrolato es un anticolinérgico que puede utilizarse vía oral para reducir las secreciones salivares. En nuestro entorno es necesaria la formulación magistral o la adquisición como medicamento extranjero.
Se diseñó y elaboró la formulación de glicopirrolato según la bibliografía disponible.
Se asignó un periodo de validez de 30 días refrigerada (2-8ºC) y protegida de la luz y un pH aceptable entre 2 y 4,5.
Se realizó su validación galénica a los 0, 14 y 30 días desde la elaboración: características organolépticas (color, sabor, aspecto, homogeneidad) y estabilidad de pH.
Mediante un estudio observacional retrospectivo, se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento desde que se prescribió por primera vez en noviembre 2019 hasta abril 2021. Variables registradas a partir de historia clínica: edad, sexo, fecha de inicio y finalización del tratamiento, línea de tratamiento, efectividad y efectos adversos.
Se calculó el coste de elaboración: materias primas, material y recursos humanos, y se comparó con el de un volumen similar de la medicación extranjera.

RESULTADOS

Para elaborar 50 ml de glicopirrolato 500mcg/ml: pesar 25 mg de la materia prima (bromuro de glicopirrolato) en polvo en un vidrio de reloj y triturar en un mortero hasta polvo fino y homogéneo. Paralelamente, preparar unos 60ml de una mezcla 1:1 de Ora Sweet y Ora Plus, y añadir una pequeña cantidad al mortero hasta obtener una pasta homogénea. Después, agregar tres cuartas partes del vehículo progresivamente con agitación constante. Traspasar a una probeta y enrasar con el resto de vehículo hasta volumen final.
Se obtuvo una suspensión homogénea y translúcida, color blanquecino-rosáceo, olor y sabor dulce a cereza y pH 4,3. Los caracteres organolépticos y el pH permanecieron estables durante los 30 días de caducidad.
Se utilizó para tratar la sialorrea en 5 pacientes con trastornos neurológicos, 4(80%) niñas, con una edad media de 4(±3,1) años. Tiempo medio de tratamiento 6,6(±7) meses. Se usó en primera línea en 1 caso, en segunda en otro y en tercera línea en 3.
Ha sido efectivo en 3(60%) pacientes, que continúan el tratamiento en el momento del estudio. Los otros 2(40%) presentaron efectos adversos asociados y lo discontinuaron: hipertensión arterial y frecuencia cardiaca aumentada en un caso y sedación, malestar y estreñimiento en otro.
La fórmula magistral resulta un 78.6% más económica que el medicamento extranjero.

CONCLUSIONES

La fórmula de glicopirrolato oral es estable al menos hasta 30 días de su elaboración.
En nuestra población el glicopirrolato ha resultado efectivo en el manejo de la sialorrea en la mayoría de pacientes, aunque la tolerabilidad no es del todo óptima.
Sería necesaria una mayor muestra y tiempo de seguimiento para confirmar su efectividad y seguridad.
El coste del medicamento extranjero es mayor que el de la fórmula.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

882. COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN ENTERAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES
ROS OLASO A, LANDA ALBERDI J, GONZALEZ FERNANDEZ T, BERISTAIN ARAMENDI I, BOO RODRIGUEZ J, BACHILLER CACHOS MP, RIPA CIAURRIZ C, LEUNDA EIZMENDI L
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. Pº DR. BEGUIRISTAIN, 109. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS
La administración del soporte nutricional por vía enteral es un procedimiento relativamente seguro, aunque puede producir complicaciones. Objetivo: Analizar y determinar la prevalencia de las complicaciones asociadas a la nutrición enteral (NE) en el paciente hospitalizado.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional y prospectivo realizado durante los meses de marzo y abril del 2021 en todos los pacientes adultos hospitalizados con NE.
Las variables analizadas fueros: sexo, edad, unidad clínica que indicó la NE, indicación, vía y forma de administración, duración, características de la fórmula y complicaciones asociadas (mecánicas, infecciosas, gastrointestinales o metabólicas).
Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y de las visitas presenciales realizadas a los pacientes (unidad de críticos todos los días y resto de unidades 1 vez por semana) y los datos correspondientes a la NE se obtuvieron del programa Nutriwin®.

RESULTADOS
Se incluyeron 59 pacientes, el 67,8% (n=40) fueron hombres. La edad media fue de 64,6 años (24-86).
Las unidades clínicas que indicaron la NE fueron: Unidad de Críticos (39%), Unidades Quirúrgicas (17%), Otorrinolaringología (13,6%), Oncología (13,6%), Paliativos (5,1%), Respiratorio (5,1%), Neurología (3,4%), Medicina Interna (1,6%) y Cardiología (1,6%).
Las indicaciones de la NE fueron: patología específica con ingesta insuficiente (32,2%), alteraciones mecánicas de la deglución (35,6%), alteraciones neuromotoras de la deglución (25,4%), pancreatitis aguda-grave (3,4%), fístula traqueoesofágiga (1,7%) y postoperatorio de cirugía digestiva alta (1,7%).
En el 67,8% de los casos, la vía de administración fue por sonda nasogástica, 25,5% gastrostomía, 5% sonda nasogastroyeyunal y 1,7% yeyunostomía. LA forma de administración en el 59,3% fue intermitente, en el 3,4% fue cíclica diurna en 12 horas y en 37,3% fue continua.
La duración media de la NE fue de 10 días (2-48) y la formula administrada en > 50% (n=35) de los pacientes fue una fórmula completa polimérica hipercalórica - hiperproteica con fibra (50% soluble/50% insoluble).
EL 40,7% (n=24) presentó complicaciones asociadas a la NE durante el periodo de seguimiento. En un 20,8% de éstos, se detectó más de una complicación. La media de días para la aparición de dichas complicaciones fue de 4,1 (1-13) días. No se suspendió la administración de la NE en ningún caso.
Las complicaciones asociadas a la NE fueron las siguientes:
• Mecánicas (20,8%, n=5): extracción accidental de la sonda (100%) y salida de la NE por la ostomía (20%).
• Infecciosas: no se detectó ninguna complicación de carácter infeccioso
• Gastrointestinales (83,3%, n=20): diarrea (30%), regurgitación (25%), plenitud (25%) y vómitos (20%).
• Metabólicas (16,7%, n=4): hipertrigliceridemia (50%) y hiperglucemia (50%)

CONCLUSIONES
Más de un tercio de los pacientes presentó alguna complicación relacionada con la NE, indistintamente de la vía y forma de administración, las características de la fórmula o la duración.
La complicación más frecuente observada fue la diarrea que fue resuelta en todos los casos cambiando la fórmula previa, a otra fórmula completa polimérica hiperproteica- hipercalórica con fibra 100% soluble.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

889. ANÁLISIS DE LAS UNIDADES RELATIVAS DE VALOR, COSTES Y SEGURIDAD EN EL FRACCIONAMIENTO DEL ROMIPLOSTIM EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

AUTORES
PARADAS PALOMO JD, YUNQUERA ROMERO L, CHINCHILLA ALARCÓN T, MARTÍN CLAVO S, FERNÁNDEZ MARTÍN JM, NIETO GUINDO M, GALLEGO FERNÁNDEZ C
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA. AV. DE CARLOS HAYA, 84, 29010 MÁLAGA. MÁLAGA

OBJETIVOS
Evaluación del fraccionamiento de los viales de romiplostim en términos de URV, costes y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, observacional y prospectivo del fraccionamiento de romiplostim en jeringas precargadas individualizadas para pacientes pediátricos, realizado en el Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel, desde abril 2020 hasta abril 2021.
Se elaboró un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) para definir el proceso de preparación. Variables estudiadas: demográficas (sexo, edad), clínicas (peso, recuento plaquetario), fármaco (dosis, pauta), coste (nº de viales utilizados, nº de jeringas reenvasadas, precio vial (PVL-RD+IVA). La seguridad se evaluó a partir de la notificación de cualquier evento adverso. Se consideraron 2 escenarios: 1º escenario sin fraccionamiento; 2º escenario con fraccionamiento. Se tuvieron

en cuenta para este cálculo: tiempo y coste de personal farmacéutico y de enfermería; unidades relativas de valor (URV) para: elaboración de un PNT, elaboración en campana estéril y dispensación a paciente ambulatorio y consulta sucesiva. Los datos fueron obtenidos del programa de prescripción y de la historia clínica electrónicas y del programa informático del área de farmacotecnia. Los costes directos se obtuvieron de BOT PLUS y del Catálogo de productos y facturación, 2ºEd,2009.
Se realizó estadística descriptiva de las variables del estudio. El análisis de los datos se hizo mediante el programa SSPS versión 20.

RESULTADOS

Se incluyeron 5 pacientes (60% varones, mediana edad 3 años, peso medio 27,7 Kg) a los que se les fraccionó la dosis de romiplostim semanalmente, durante 1 año.
La dosificación de romiplostim subcutáneo se realiza en función del peso y del recuento plaquetario que se verificó antes de la preparación de cada jeringa garantizando una correcta dosificación. Se organizaron las citas con hospital de día para agrupar a los pacientes y poder realizar un mejor aprovechamiento de los viales.
Desde el fraccionamiento de los viales no se reportó ningún incidente de seguridad.
El precio medio del vial fue 521,64 euros. Escenario 1: se reenvasaron un total de 260 jeringas, a partir del fraccionamiento de 142 viales de romiplostim y 8.339,06 URV con un coste total de 74.599,26€ . Escenario 2: se dispensaron 364 viales completos de romplostim y 6.650 URV con un coste total de 190.082,96€. El fraccionamiento ha supuesto un ahorro del 60,7% (115.483,7€).

CONCLUSIONES

El fraccionamiento de los viales para la individualización de las dosis de romiplostim representa tanto una optimización de los recursos como una mayor seguridad en el paciente, aumentándose las URV a un menor coste.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

900. ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE COLIRIO DE INSULINA 10 UI/ML

AUTORES

LAFARGA LAPIEZA V, MEROÑO SAURA MA, COLASTRA UGENA E, SERRANO MARTÍNEZ S, MARTÍN NIÑO I, BUENDÍA MORENO JA, MARCOS PÉREZ G, BARREDA HERNÁNDEZ D
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ. HERMANDAD DE DONANTES DE SANGRE, 1. CUENCA

OBJETIVOS

La insulina tópica se utiliza en el tratamiento de las úlceras corneales. El objetivo fue evaluar la estabilidad fisicoquímica y microbiológica de un colirio de insulina 10 UI/ml durante 28 días, con la finalidad de ampliar el periodo de validez.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboraron 2 lotes de colirios de insulina 10 UI/ml a partir de la presentación de insulina humana soluble neutra (Actrapid® 100 UI/ml vial) y un colirio de polietilenglicol y propilenglicol (Systane Ultra®) según la Guía de Buenas Prácticas de preparación de medicamentos en los Servicios de Farmacia Hospitalaria. Se acondicionaron en frascos de vidrio topacio esterilizados conservándolos a 2-8ºC.
Para estudiar la estabilidad fisicoquímica se determinó la concentración (UI/ml), pH, osmolaridad (mOms/L) y características organolépticas los días 0, 7, 15 y 28 desde la elaboración. Un colirio de cada lote se abrió el día de la preparación, manteniendo otro cerrado hasta el día 15. La determinación cuantitativa de concentración se realizó mediante inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas (Alinity i®). El pH se determinó mediante el analizador Gem Premier 5000 y visualmente mediante tiras reactivas graduadas (Merck®). La osmolaridad se determinó utilizando un osmómetro Advance 3300 (Tecil®). Las características organolépticas, aspecto y limpidez fueron evaluadas mediante visualización directa. Se consideró cambio significativo variaciones de ±10% del valor inicial.
Para el estudio de estabilidad microbiológica se inoculó una alícuota de 1 mL a un medio de cultivo para bacterias y hongos los días 0, 7, 15 y 28 para observar crecimiento microbiano.

RESULTADOS

El pH y osmolaridad se mantuvieron estables durante el estudio, obteniendo un pH medio de 7,94±0,04 y una osmolaridad de 277,58±3,12 mOsm/L, valores dentro de los márgenes fisiológicos del ojo (pH=7,4-9,5 y osmolaridad 270-300 mOsm/L). Cinco valores superaron el límite superior del pHmetro (pH > 7,92), confirmando un pH cercano a 8 mediante tiras reactivas.
Las concentraciones de los colirios abiertos el día 0 del lote A y B fueron 9,45 UI/ml y 9,95 UI/ml. Los días 7, 15 y 28 las concentraciones del lote A fueron 9,33 UI/ml, 9,83 UI/ml y 9,71 UI/ml mientras que las del lote B fueron 9,86 UI/ml, 9,72 UI/ml y 10,06 UI/ml. No se observaron cambios significativos al obtener variaciones máximas del 4,07% y del 2,26% para los lotes A y B. El día de apertura del segundo colirio (día 15) las concentraciones medidas fueron 9,06 UI/ml y 8,52 UI/ml para lote A y B respectivamente, considerando un cambio significativo para este último lote.
No se observaron cambios significativos en aspecto y limpidez.
En el estudio microbiológico no se observó crecimiento microbiano durante los 28 días, cumpliendo los criterios de aceptación de calidad microbiológica.

CONCLUSIONES

El colirio de insulina 10 UI/ml puede ser utilizado 28 días después de su preparación manteniendo el frasco abierto desde el día de su elaboración al ser fisicoquímica y microbiológicamente estable. Se descarta la posibilidad de tener un colirio cerrado hasta su uso debido a la degradación de la insulina por causas todavía desconocidas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

917. VALIDACIÓN GALÉNICA DE UN COLIRIO DE 5-FLUOROURACILO AL 1% PARA EL TRATAMIENTO DE LAS NEOPLASIAS CORNEO-CONJUNTIVALES.

AUTORES
HERRERO BERMEJO S, PERNÍA LÓPEZ S, GARCÍA MORENO FJ, ROMERO JIMÉNEZ R, GÓMEZ COSTAS D, VICENTE VALOR J, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DOCTOR ESQUERDO 46. MADRID

OBJETIVOS
Elaborar y realizar la validación galénica de un colirio de 5-Fluorouracilo al 1% con el objetivo de cubrir el cese de la comercialización de las presentaciones de Interferón alfa-2b. Ambos fármacos se emplean en el tratamiento de la neoplasia escamosa corneo-conjuntival.

MATERIALES Y MÉTODOS
El colirio se elaboró trabajando con técnica aséptica en cabina de flujo laminar vertical y empleando sistemas cerrados. Partiendo de la presentación comercial de 5-Fluorouracilo 50 mg/ml, se diluyó con suero fisiológico 0,9% hasta concentración final de 10 mg/mL. Finalmente, se dosificó la solución en 10 frascos de colirio estériles filtrando a través de un filtro de 0,22 µm. Uno de los colirios se inoculó en medio de cultivo líquido BACTEC para realizar el análisis microbiológico a lo largo de 15 días.
Cuatro colirios se conservaron a temperatura ambiente y cuatro en nevera.
Se estudiaron parámetros físico-químicos el día de la elaboración y posteriormente de forma semanal durante 28 días. Los cambios de color y aparición de partículas se evaluaron mediante control visual. El pH se determinó realizando la media de 3 medidas consecutivas por técnica potenciométrica. La osmolalidad se determinó realizando la media de 3 medidas consecutivas en osmómetro de descenso crioscópico. Se aplicó la matriz de riesgo de preparaciones estériles de la Guía de Buenas Prácticas para establecer el riesgo de la formulación y sus condiciones de elaboración.

RESULTADOS
Durante los 28 días del estudio no se observaron cambios de color ni aparición de partículas en suspensión en ninguna de las muestras. El pH el día de la elaboración fue de 9,18, valor situado dentro del rango de máxima estabilidad del principio activo y dentro del espectro tolerable para aplicación tópica ocular. A lo largo de las cuatro semanas el pH se mantuvo en valores comprendidos entre 9,18 y 9,26 para todas las muestras en ambas condiciones de conservación. La osmolalidad el día de la elaboración fue de 363 mOsm/Kg y no hubo apenas variabilidad a lo largo del tiempo (rango 362-370 mOsm/Kg). No hubo crecimiento microbiológico en la muestra sembrada.
Según la matriz de riesgo de preparaciones estériles, el colirio es una fórmula de alto riesgo que debe prepararse en el servicio de farmacia en cabina de seguridad biológica y sala blanca. En ausencia de test de esterilidad, la estabilidad debería limitarse a 3 días en nevera o 24 horas a temperatura ambiente. Al haber realizado test microbiológico, le asignamos una caducidad de 28 días en nevera y, por no llevar conservantes, consideramos una validez de 7 días una vez abierto.

CONCLUSIONES
La formulación magistral permite cubrir lagunas terapéuticas y adaptar el tratamiento de las patologías ante desabastecimientos o cese de comercialización de medicamentos.
El colirio de 5 Fluorouracilo 1% permanece fisicoquímicamente estable tanto a temperatura ambiente como en nevera. La realización de test de esterilidad por lote permite asignar un periodo de validez de 28 días.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

951. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO MULTIDISCIPLINAR EN EL DIAGNÓSTICO DE ALERGIA A MEDICAMENTOS

AUTORES
RUBIO RUIZ L, MARTÍN ZARAGOZA L, MARTÍN BLAS C, ANDRÉS PICAZO MJ, MUÑOZ GARCÍA E, RODRIGUEZ JIMÉNEZ B, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL DE GETAFE. CARRETERA MADRID-TOLEDO KM 12,500. MADRID

OBJETIVOS
Integración del área de farmacotecnia en el procedimiento de diagnóstico de alergia a medicamentos participando en la elaboración de protocolos, desensibilizaciones y pruebas cutáneas, con el objetivo de mejorar la calidad de dichas pruebas al prepararse en un entorno controlado y siguiendo procedimientos normalizados de trabajo (PT).

MEJORAS ESPERADAS
-Protocolizar el circuito: prescripción electrónica, elaboración y dispensación de pruebas cutáneas, epicutáneas, pruebas de exposición controladas con placebo (PEC) y desensibilizaciones.
-Garantizar la preparación estéril de los fármacos cuya vía de administración sea intravenosa ó intradérmica.
-Asegurar una mayor precisión en las dosis empleadas.
-Al usar materias primas puras se aumenta la sensibilidad y especificidad de las pruebas porque se evitan interferencias debidas a excipientes.
-Fomentar un uso seguro y responsable del medicamento.
-Elaborar un placebo adecuado.
-Facilitar el trabajo de enfermería al disponer de los fármacos ya preparados por farmacia.
-Incorporar al itinerario formativo de los Farmacéuticos Internos Residentes (FIR) una rotación en el Servicio de Alergología.

DISEÑO
Creación de un equipo multidisciplinar (farmacia-alergología) en el que se establecen las líneas estratégicas a seguir para estandarizar los procesos de estudio de alergia a fármacos.

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Creación de equipo entre ambos servicios para establecer los fármacos y las dosis más frecuentes empleadas en pruebas de alergia.
2. Revisión bibliográfica y diseño de los PT para elaboración y control de las pruebas establecidas.
3. Diseño y creación de protocolos de prescripción para la realización de pruebas de alergia.
4. Validación conjunta de los protocolos creados y del circuito establecido para la prescripción y dispensación de las diferentes pruebas.
5. Puesta en marcha del circuito: revisión y validación de las prescripciones, elaboración de la prueba de alergia prescrita en el área de farmacotecnia y dispensación por paciente al Servicio de Alergología.

IMPLANTACIÓN
En noviembre del 2019 se inició la colaboración entre ambos servicios.

RESULTADOS
- Se ha diseñado un programa informático asociado al Servicio de Alergología para facilitar la prescripción y dispensación de las diferentes pruebas, para ello se han creado 68 protocolos de parches epicutáneos, 8 de provocaciones y 5 de desensibilización con antibióticos y ácido acetilsalicílico.
- Se ha revisado y diseñado 71 PT de parches epicutáneos, 6 de cápsulas para pruebas de provocación, 2 de diluciones con excipientes de la vacuna COVID-19 para prick e intradermorreacción y 5 desensibilizaciones.
- Se ha elaborado un total de 250 parches de los cuales 56 son con principios activos diferentes.
- Se ha incorporado a la formación FIR una rotación en el Servicio de Alergología.

LIMITACIONES
Se trata de un circuito dinámico en fase de desarrollo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Este modelo es aplicable en todos los hospitales con Servicio de Alergología.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

954. VALIDACIÓN MICROBIOLÓGICA DE FÓRMULAS ORALES LÍQUIDAS ELABORADAS A PARTIR DE VEHÍCULOS SEMIELABORADOS

AUTORES
SOCIAS CAÑELLAS CM, JUANES BORREGO E, PELEGRÍN CRUZ R, MAS MALAGARRIGA N, GUARC GARCÍA S, MARTÍNEZ MOLINA C, NAVARRO RISUEÑO F, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CARRER DE SANT QUINTÍ, 89. BARCELONA

OBJETIVOS
Determinar la estabilidad microbiológica a 60 días de siete fórmulas orales líquidas (FOL) tras realizar un cambio de vehículo utilizado para su elaboración.
Evaluar las características organolépticas, de homogeneidad y pH durante el periodo de validez asignado.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se revisaron las FOL incluidas en la guía farmacoterapéutica del hospital. Se escogieron aquellas que presentaban como vehículo metilcelulosa 1% y jarabe simple en proporción 1:1 en su composición.
Se propuso el cambio a vehículos semielaborados (ORA-Sweet/ORA-Plus® o Syrspend® SF PH4) en siete FOL con estabilidad fisicoquímica conocida en base a la bibliografía encontrada.
Las fórmulas seleccionadas fueron:
-Ácido ursodesoxicólico 20mg/ml
-Amlodipino 1mg/ml
-Espironolactona 2mg/ml
-Hidroclorotiazida 2mg/ml
-Acetazolamida 25mg/ml
-Alopurinol 20mg/ml
-Levofloxacino 50mg/ml
Para la elaboración de las cuatro primeras se partió de materia prima y el vehículo semielaborado utilizado fue SyrSpend® SF PH4; mientras que en las tres últimas se partió de la presentación comercial utilizándose ORA-Sweet/ORA-Plus®.
Para la realización del estudio, el día 0 (t0) se tomaron tres alícuotas de cada FOL que se analizaron los días 0 (t0), 30 (t30) y 60 (t60) post preparación. Estas alícuotas se acondicionaron en frascos de vidrio topacio, previamente sometidos a un ciclo de lavado de 80ºC y a un aclarado final con agua purificada, y se conservaron en nevera.
Los parámetros evaluados a cada tiempo fueron:
-Crecimiento microbiológico: Se recogieron 2 muestras de 0,1 ml de cada FOL y se enviaron al laboratorio de microbiología para su cultivo en placas de Agar Sabouroud incubadas a 28±2ºC durante 5 días y Agar TSA a 30±2ºC durante 48h. Los criterios de validación, siguiendo la Real Farmacopea Española, fueron: < 100 UFC/ml de bacterias aerobias, < 10 UFC/ml de hongos y ausencia de E. coli.
-pH (determinado por potenciometría): Con respecto al valor de pH referenciado en la bibliografía consultada se estableció, como control de calidad, un rango de aceptación de ± 0,5.

-Características organolépticas y homogeneidad.
Todas ellas se prepararon en ambiente controlado, siguiendo la Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en los servicios de farmacia hospitalaria.

RESULTADOS

Todos los parámetros evaluados permanecieron constantes en todas las determinaciones.
Los resultados de las muestras enviadas al laboratorio de microbiología cumplieron todos los criterios de validación, no detectándose crecimiento bacteriano en ningún caso.
No se detectaron cambios en el color ni en el olor de ninguna de las preparaciones y el pH se mantuvo estable y dentro del rango de aceptación permitido durante los 60 días del estudio.
-Ácido ursodesoxicólico 20mg/ml (t0=4,27±0,04; t30=4,36±0,06; t60=4,31±0,04)
-Amlodipino 1mg/ml (t0=4,34±0,05; t30=4,36±0,04; t60=4,30±0,01)
-Espironolactona 2mg/ml (t0=4,33±0,02; t30=4,29±0,09; t60=4,31±0,02)
-Hidroclorotiazida 2mg/ml (t0=4,32±0,03; t30=4,33±0,03; t60=4,29±0,05)
-Acetazolamida 25mg/ml (t0=4,12±0,03; t30=4,23±0,04; t60=4,13±0,05)
-Alopurinol 20mg/ml (t0=4,18±0,03; t30=4,32±0,06; t60=4,23±0,07)
-Levofloxacino 50mg/ml (t0=6,73±0,01; t30=6,71±0,05; t60=6,67±0,00)

CONCLUSIONES

Todas las FOL permanecieron microbiológicamente estables durante todo el periodo de estudio. Además, no se observaron cambios en las características organolépticas, en la homogeneidad ni en el pH de ninguna de ellas. Estos resultados han permitido ampliar el periodo de validez de 15-30 días a 60 días en nevera, contribuyendo a la optimización de la gestión interna de este tipo de preparaciones.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

956. DISEÑO Y CARACTERIZACIÓN GALÉNICA DE HIDROGELES TERMOSENSIBLES PARA INYECCIÓN SUBMUCOSA EN POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA. COMPARATIVA CON SOLUCIÓN EMPLEADA EN PRACTICA CLÍNICA.

AUTORES

VARELA REY I, MONDELO GARCÍA C, GONZÁLEZ BARCIA M, DE LA IGLESIA GARCIA D, SANBRUNO RUZ A, ZARRA FERRO I, OTERO ESPINAR FJ, FERNÁNDEZ FERREIRO A
C.H. UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Durante la resección endoscópica de pólipos > 10 mm está indicado la inyección de soluciones en la submucosa con el objetivo de delimitar mejor los límites del pólipo y separarlo de la capa muscular, lo que reduce el riesgo de sangrado y perforaciones. Las soluciones empleadas deben tener unas características galénicas que favorezcan la jeringabilidad (para facilitar su administración) y que, a su vez, tengan una óptima textura (dureza, adhesividad y cohesión) que garantice una elevación suficiente y duradera. La mayor parte de las soluciones utilizadas no están indicadas para este uso y vía de administración.
El objetivo del actual trabajo es desarrollar y caracterizar formulaciones adecuadas para este uso y compararlas con la solución utilizada en nuestro centro, gelafundina (GA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo la formulación de hidrogeles de ácido hialurónico (AH) y polaxámero termosensible (Pluronic 407; PL) en diferentes proporciones (PL al 14%, 12% y 10% p/v combinados cada uno con HA al 0,04% p/v) en base a un diseño de mezclas. Se estudió su jeringabilidad y dureza con una maquina universal de ensayos (Shimadzu AGS-X serie) dotada de una célula de carga de 1 kN. La jeringabilidad se midió como el trabajo(J) necesario para desplazar el émbolo de una jeringuilla llena de gel una distancia de 5 mm a una velocidad de 1mm/s; estos experimentos se llevaron a cabo a temperatura ambiente (TA) en jeringas luer-lock® de 10 ml conectada a tubo de endoscopio con jeringa de 25 G.
La dureza se midió como la fuerza máxima ejercida por el gel tras una compresión de 20 N de fuerza a una velocidad de 5 mm/s. Este experimento se llevó a cabo a TA y a 37ºC (temperatura luz intestinal) para estudiar las propiedades termosensibles del PL. Todos los ensayos se realizaron por triplicado y los resultados se muestran como la media ± la desviación estándar. Se utiliza como comparador la solución submucosa más utilizada en práctica clínica, gelafundina.

RESULTADOS

Todos los hidrogeles presentaron una jeringabilidad adecuada para su administración submucosa y bastante similar entre ellos (0,12±0,001 J en el gel de PL 14%, 0,12±0,02 J en el PL 12% y 0,11±0,028 J en el PL 10%), 4 veces superior al estándar (GA de 0,03±0,008 J), aunque considerado adecuado por los endoscopistas tras realizar pruebas ciegas de uso del producto.
La dureza de los hidrogeles con PL 14%, 12% y 10% a TA (0,028±0,002 N, 0,017±0,002 N y 0,019±0,001 N, respectivamente) fue mayor que para la GA (0,016±0,004 N). Además, se observa claramente el efecto de la temperatura, aumentándose la dureza de estos a 37ºC (0,037±0,004 N, 0,022±0,001 N y 0,024±0,002 N). La dureza de GA no se modificó con la temperatura.

CONCLUSIONES

Los hidrogeles formulados presentaron una jeringabilidad adecuada para su administración submucosa. Demostraron una dureza superior a la de la solución estándar a TA, observándose además un incremento de la dureza con la temperatura, efecto que resulta prometedor para el empleo de estos geles en inyección submucosa por incrementar el tiempo de elevación que facilitará la escisión de los pólipos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

978. ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA DE UN COLIRIO DE POVIDONA IODADA 5% EN MONODOSIS PARA PROFILAXIS QUIRÚRGICA OFTÁLMICA.

AUTORES
GARCÍA ANDRÉS MC, ALONSO HERREROS JM, ONTENIENTE CANDELA M, RUIZ RAMIREZ JC, SOLER SOLER MM, ABELLÓN SOLER J
HOSPITAL LOS ARCOS-MAR MENOR. PARAJE TORRE OCTAVIO, 54. MURCIA

OBJETIVOS
Analizar la estabilidad de un colirio de povidona iodada al 5% envasado en monodosis, destinado a la profilaxis prequirúrgica en oftalmología, en dos condiciones de conservación (nevera y temperatura ambiente), durante al menos 7 semanas, superando los 15 días obtenida por otros autores (Berisa S, Riestra AC, Trelles A. Measurement of Free Iodine in Different Formulations of Povidone-Iodine Eye Drops 5 Int J Pharm Compd. Sep-Oct 2019;23(5):418-421. PMID: 31513541). Dicha preparación fue solicitada por el servicio de oftalmología para sustituir el uso de clorhexidina, dada su poca eficacia contra el virus responsable del COVID-19, y la presencia del mismo en el fluido lacrimal.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se prepararon las muestras fabricando un único lote diluyendo Povidona Iodada 10% (MEDA, Lot 325053) con Solución Salina Balanceada (BSS, Johnson&Johnson Lot 19L0901) en un vial de 1000 ml previamente esterilizado. Una vez homogeneizado y tras doble filtración esterilizante, se envasó en frascos de colirio polietileno de baja densidad (PELD) opacos (GUINAMA). Todo el proceso se realizó siguiendo las condiciones de la Guía de Buenas Prácticas de Preparación en Servicios de Farmacia (Ministerio de Sanidad 2014) incluyendo los controles microbiológicos. Para el estudio de estabilidad se siguieron las normas del International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH). Se conservaron muestras a 25+2ºC y a 5+3ºC en ambiente termostatizado y con control de humedad. Los controles fisicoquímicos se realizaron por triplicado, el día de la preparación y cada siete días posteriores hasta las 7 semanas, controlando pH y contenido en iodo (según Farmacopea Española, por oxidoreducción en medio ácido con tiosulfato sódico 0.1M (GUINAMA Lot 0096302) empleando como indicador una Solución de Almidón. (Starch solution 1% for volumetric analisis. 1000 ml. Lot 0001741857.Laboratorio PanReac AppliChem ITW Reagents). La concentración de tiosulfato se verificó por conductimetría. El control de pH y las determinaciones conductimétricas de tiosulfato se realizaron en un equipo S47-K SevenMulti pH/CON.METER 51302814.

RESULTADOS
Durante el periodo de siete semanas estudiado, las pérdidas de principio activo fueron inferiores al 10% en las dos condiciones de conservación. El contenido de iodo de todas las muestras se mantuvo entre el 96% y el 107% cuando se conservaba a temperatura ambiente, (entre el 98% y 107% cuando se conservaba en nevera) de la concentración inicial de iodo (4.19 mg/ml). El pH también se mantuvo estable con variaciones entre -0.5 y +0.8% con respecto al pH inicial (5.23)

CONCLUSIONES
El colirio de povidona iodada al 5% descrito, envasado en envases PELD opacos para un solo uso, es estable al menos 7 semanas, tanto a temperatura ambiente como en nevera.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

983. DISEÑO Y VALIDACIÓN GALÉNICA DE UNA FORMULACIÓN MAGISTRAL DE BACLOFENO APTA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS CELÍACOS

AUTORES
TORRALBA FERNÁNDEZ L, GARCÍA PALOMO M, TOLEDO DAVIA MA, GONZALEZ SUAREZ S, LOPEZ ALVAREZ R, DOMINGUEZ BARAHONA A, BLAZQUEZ ROMERO C, MOYA GOMEZ P
COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO. AVENIDA DE BARBER, 30. TOLEDO

OBJETIVOS
Diseño y validación galénica de una fórmula magistral oral líquida (FOL) de baclofeno para el tratamiento de la espasticidad en pacientes pediátricos celíacos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizó una revisión bibliográfica de las FOL de baclofeno publicadas en fuentes primarias, páginas web y manuales de formulación magistral. Se revisó también la ficha técnica del principio activo para conocer la solubilidad y el pH de máxima estabilidad, así como la dosificación en espasticidad en paciente pediátrico para encontrar la concentración más adecuada.
Según la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos, las FOL son preparaciones de riesgo medio, por lo que requieren una validación galénica obligatoria. Dicha validación se llevó a cabo durante 28 días, con controles en los días 0, 7, 14, 21 y 28 mediante la medición de pH (pH-metro Crison®) y caracteres organolépticos (color, sabor, olor y aspecto).

RESULTADOS
Se elaboraron 8 soluciones orales de baclofeno a concentraciones 2,5 y 5 mg/ml, en dos vehículos para cada una de las concentraciones: agua (A), y jarabe simple 84% p/v con conservantes/agua en proporción 1:3 (JS/A), y bajo dos condiciones de almacenamiento (5±3ºC y 25±2ºC). Todas las FOL se elaboraron partiendo de materia prima porque los comprimidos comercializados contienen almidón como excipiente.

Para la disolución de la materia prima fue necesario emplear agitación mecánica (600 r.p.m) y calor (70 ºC). En cuanto a la palatabilidad, en las FOL en las que el vehículo era solo agua, hubo que añadir sacarina 0,1% para enmascarar el sabor amargo. Todas las soluciones requirieron citrato sódico 12,5% para ajustar el pH entre 5-7, que se encontró que era el de máxima estabilidad en solución.
Todas las FOL a día 0 eran soluciones totalmente transparentes, pero las elaboradas a 5 mg/ml tanto en A como JS/A, mostraron precipitados a los 7 y 14 días, respectivamente. Sin embargo, todas las FOL a 2,5 mg/ml permanecieron transparentes. Sus características organolépticas se mantuvieron inalteradas en el tiempo, siendo más palatables las preparadas con JS/A frente a las preparadas con A y sacarina, que tenían un sabor ligeramente amargo.
En las FOL conservadas a 25±2ºC, la media de los valores de pH y desviaciones estándar (SD) obtenidos para las soluciones de 5 mg/ml fue: 5,13 (SD: 0,10) en A y 5,52 (SD: 0,17) en JS/A. Para la soluciones de 2,5 mg/ml, estos valores fueron: 5,07 (SD: 0,07) en A y 5,60 (SD: 0,17) en JS/A.
En las FOL almacenadas a 5±3ºC, los valores medios de pH de las soluciones de 5 mg/ml fueron: 5,33 (SD: 0,25) en A y 5,15 (SD: 0,17) en JS/A. Las soluciones de 2,5 mg/ml mostraron los siguientes valores: 5,52 (SD: 0,31) en A y 5,40 (SD: 0,29) en JS/A.

CONCLUSIONES

Para pacientes pediátricos celíacos en tratamiento con baclofeno, la FOL que resultó más adecuada tras la validación galénica fue la solución oral a 2,5 mg/ml con JS/A.
Para los pacientes que reciban dosis que impliquen aumentar los volúmenes de administración de la solución de baclofeno a 2,5 mg/ml, debería valorarse emplear otros excipientes, ya que se obtendrían suspensiones por encima de esta concentración.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1001. DISEÑO DE UNA CALCULADORA DE NUTRICIONES PARENTERALES NEONATALES PARA EL PLAN DE CONTINGENCIA DEL ÁREA DE NUTRICIÓN

AUTORES

MARTÍN BLAS C, RUBIO RUIZ L, MARTÍN ZARAGOZA L, IBAÑEZ HERAS N, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. AVDA. GRAN VÍA DEL ESTE 80. MADRID

OBJETIVOS

Describir el proceso de diseño de una calculadora de nutriciones parenterales para pacientes neonatos (NPneo) y su validación, enmarcado en el plan de contingencia del área de nutrición.

MEJORAS ESPERADAS

Disponer de una herramienta que permita el desempeño de la actividad del área de nutrición, y que facilite la validación farmacéutica, en caso de fallo del programa informático (PI) utilizado en el Servicio de Farmacia.

DISEÑO

Se recogieron las características de los productos de partida para elaborar NPneo: aportes de macro y micronutrientes, volumen, densidad, osmolaridad y kilocalorías.
La calculadora se desarrolló en una hoja de Excel que, a partir de la introducción de la dosis/kg prescrita, obtiene la dosis total diaria. Se han definido hojas diferentes para NPneo binarias y ternarias.
Se definieron los cálculos para obtener:
- la dosis total diaria de cada componente y el volumen necesario de productos de partida para la elaboración de la NPneo.
- un sobrellenado proporcional de 50 ml para purgar la bomba de administración.
- una estimación de la osmolaridad final y del peso total de la nutrición para llevar a cabo el control gravimétrico (incluyendo material fungible).
- el ritmo de administración.

Se introdujo un algoritmo de cálculo de vitaminas y oligoelementos, diferente para mezclas binarias y ternarias.
Para el ajuste de pH, se definió un algoritmo de cálculo de aportes de cloruro y acetato, según el valor de la gasometría y/o prescripción.
Los cálculos resultantes se proyectan en la orden de preparación (OP) y la etiqueta. La OP incluye el orden de adición de cada componente con su volumen, peso teórico y desviación permitida, y material fungible necesario. La etiqueta contiene: identificación del paciente, composición de la nutrición, volumen, osmolaridad, vía y ritmo de administración, fechas de preparación, administración y caducidad y, condiciones de conservación. La calculadora tiene definida un sistema de alerta para verificar concentración mínima de aminoácidos (aa) y lípidos (para NPneo ternarias aa > 2g/l y lípidos > 1g/l), y concentraciones máximas de calcio y fosfato que garanticen la estabilidad de la mezcla.
Para la validación de la herramienta, se compararon prospectivamente los datos obtenidos de NPneo con la calculadora y el programa informático simultáneamente durante marzo-abril 2021. Se analizó la diferencia de cálculo de los componentes, volumen, osmolaridad y peso teórico.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Diseño y programación de la calculadora.
2. Validación de la herramienta.

IMPLANTACIÓN

Desde marzo-abril de 2021, en el Servicio de Farmacia está disponible una herramienta para su utilización en situaciones de no disponibilidad de PI.

RESULTADOS
Se analizaron 54 NPneo encontrando una diferencia media en el volumen, osmolaridad y peso teórico de 0,12±0,23ml, 0,57±0,65mOsm/l y 0,35±0,26g, respectivamente. No se observaron desviaciones en el cálculo de componentes, salvo con los acetatos y cloruros, por disponer diferente algoritmo de cálculo. El diseño de la calculadora ha permitido disponer, como plan de contingencia, de una herramienta para el cálculo de NPneo con una mínima desviación.

LIMITACIONES
Es una herramienta para utilización en casos de emergencia y actualmente, no conecta con datos censales ni con el programa para la imputación de los productos de partida utilizados.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Aplicable a otros Servicios de Farmacia con los mismos productos de partida.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1021. ESTUDIO DE ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE DOS COLIRIOS DE METILPREDNISOLONA AL 0.1 Y 1%

AUTORES
MERINO BOHÓRQUEZ V, BERISA PRADO S, DELGADO VALVERDE M, CASTILLEJO GARCÍA R, ALONSO HERREROS JM, CAÑETE RAMIREZ C, DAVILA POUSA MDC, CAMEAN FERNANDEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA MACARENA. AVDA. DR. FEDRIANI 3. SEVILLA

OBJETIVOS
La metilprednisolona (MTP) es un corticoide de potencia media, elaborado en colirio se utiliza para indicaciones como Síndrome ojo seco o Síndrome Sjögren y patologías de la superficie ocular. Tiene la gran ventaja de no contener conservantes. Debido al extendido uso y a la falta de estudios de estabilidad, el objetivo de este trabajo es estudiar la estabilidad fisicoquímica y microbiológica de dos colirios de metilprednisolona al 0.1 y 1% durante 90 días.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se elaboraron los dos colirios de MTP de dos concentraciones al:
1%: partiendo de un vial de metilprednisolona 500 mg, reconstituir con 10 mL de agua para inyección (concentración de 50 mg/mL).
0.1%: partiendo de un vial de metilprednisolona 40 mg, reconstituir con 10 mL de agua para inyección (concentración de 4 mg/mL).
Posteriormente se diluyen con cloruro sódico 0.9% hasta 50 mL. Y se alicuotan previa filtración esterilizante (filtro PES 0.22 micras) en envases de colirio esteril debidamente etiquetados.
Se almacenaron en lotes de tres envases de colirios por cada condición de almacenamiento, según normas ICH: refrigeración (5±3ºC), temperatura ambiente (25±2ºC) y 40ºC (±2ºC). Una vez validada la técnica analítica, se realizaron controles fisicoquímicos de contenido en principio activo por Cromatografía Líquida de Alta Resolución acoplada a detector ultravioleta de diodos en serie (HPLC-DAD, Agilent 1260 Infinity), control de pH (pHmetro Crison GLP21), control de osmolalidad (OsmoSTATION® OM-6050 ARKRAY) y controles visuales. El rango de estabilidad se estableció 90-110% en contenido de MTP. Se realizó un estudio de esterilidad microbiológica en las condiciones de refrigeración, tanto en envases abiertos (hasta 30 días), como en envases cerrados (hasta 90 días), aplicando los criterios de la USP.

RESULTADOS
La condición a 5ºC fue la más estable, así el colirio al 0.1% se degradó por debajo del 90% a partir del día 21 y el del 1% a partir del día 42. La variación del pH no fue ≥1 unidad en todas las formulaciones almacenadas a 5ºC, siendo ≥1 en el resto. La osmolalidad no sufrió cambios superiores al 5% comparando día 0 y día 90 en todas las condiciones de almacenamiento. Las muestras de los colirios de MTP al 1% almacenados a 40 ºC y 25 ºC presentan un precipitado blanco a partir del día 14 y 28 respectivamente. Los colirios al 0.1% almacenados a 40 ºC y 25 ºC presentaron partículas en suspensión en el día 90. No hubo cambios de color durante los 90 días. Las pruebas de esterilidad microbiológica demostraron esterilidad durante los 90 días en los envases cerrados, pero en los abiertos mostraron contaminación a partir del día 21.

CONCLUSIONES
- Los colirios de MTP al 0,1% presentan una estabilidad fisicoquímica y microbiológica de 21 días en refrigeración, frente los 42 días que presentan los colirios al 1% en la misma condición de almacenamiento, aunque una vez abiertos por limitación de no llevar conservantes no deben usarse más de 7 días.
- Los factores limitantes de estabilidad son: concentración de fármaco, temperatura, pH y la susceptibilidad microbiológica.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1028. RESULTADOS CLÍNICOS DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL DE PARCHES EPICUTÁNEOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERSENSIBILIDAD MEDICAMENTOSA NO INMEDIATA

AUTORES
MARTÍN ZARAGOZA L, MARTÍN BLAS C, ANDRÉS PICAZO MJ, VEZA PERDOMO S, RUBIO RUIZ L, LÓPEZ GARCÍA Á, IBAÑEZ HERAS N, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO KM. 12,500. MADRID

OBJETIVOS
Los parches epicutáneos (PE) son fórmulas magistrales empleadas por el Servicio de Alergología para pruebas de hipersensibilidad retardada (HR) medicamentosa, que permiten el diagnóstico de alergia a fármacos. Se elaboran de forma centralizada y estandarizada en el Servicio de Farmacia, partiendo de materias primas sin impurezas, con el fin de garantizar su calidad, efectividad y seguridad.
El objetivo es analizar la utilización de PE para el diagnóstico de reacciones alérgicas a fármacos y evaluar los resultados clínicos obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional del uso de PE en pacientes con sospecha de alergia a medicamentos con episodio de HR entre noviembre 2020 y mayo 2021.
Se considera un resultado positivo tras la exposición del paciente a un PE cuando se observa una reacción de hipersensibilidad en la piel a las 48 y 96 horas. Si el resultado de la prueba es negativo y no se sospecha de una reacción de hipersensibilidad medicamentosa grave, se puede continuar el estudio con la realización de pruebas de exposición controlada (PEC) al fármaco, con el fin de confirmar la tolerancia a dicho medicamento y descartar la alergia.
De los pacientes estudiados se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, alergias previas documentadas, medicamentos testados, resultados de las pruebas epicutáneas, realización de PEC y resultado de la PEC.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 34 pacientes (64,7% mujeres) con una edad (media±SD) de 45,1 ± 21,2 años. El 73,5% de los pacientes no tenían alergias a fármacos previamente documentadas. Se testaron una media de 1,9±0,9 medicamentos/paciente. Se elaboraron un total de 65 PE, correspondientes a 51 medicamentos diferentes.
Se observó una reacción de HR en 4 pacientes sobre los que se testaron 8 medicamentos diferentes. En un 87,7% de las pruebas epicutáneas realizadas el resultado fue negativo.
En 7 pacientes con resultado negativo a la prueba epicutánea se realizó una PEC en las que se estudiaron 11 fármacos diferentes. En una de las PEC realizadas se observaron síntomas característicos de una reacción alérgica, por ello la importancia de la PEC para confirmar el diagnóstico de alergia.

CONCLUSIONES
La realización de pruebas de alergia con PE ayuda a descartar alergias medicamentosas, si bien es necesario la realización de una PEC confirmatoria. En la mayoría de las PEC realizadas el resultado ha sido concordante con las pruebas epicutáneas, lo que pone de manifiesto la utilidad de las mismas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1035. MAPA DE UTILIZACIÓN DE MEZCLAS ANALGÉSICAS POR VIA PARENTERAL E INTRATECAL EN ESPAÑA (PROYECTO MEDPAIN): RESULTADOS PRELIMINARES

AUTORES
LARA CÁTEDRA C, LÓPEZ CABEZAS C, GARCÍA LÓPEZ I, GARCÍA CABRERA E, ALONSO HERREROS JM, MARTÍN DE ROSALES CABRERA AM, SALA VILAJOSANA N, ELVIRO LLORENS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. PASEO DE LA CASTELLANA Nº 261 28046 MADRID. MADRID

OBJETIVOS
Conocer las principales mezclas analgésicas (MA) que se utilizan en España para el tratamiento del dolor agudo, dolor crónico y sedación paliativa por vía parenteral e intratecal.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo de corte transversal, multicéntrico. Se diseñó un cuestionario multirespuesta utilizando el software RedCap©, para su distribución a los socios de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Se requirió un cuestionario por hospital o centro sociosanitario y consentimiento para participar en el estudio.
Se solicitaron: nombre y nivel del hospital/centro sociosanitario y Comunidad Autónoma (CA), así como información sobre las principales mezclas analgésicas utilizadas en cada centro: composición farmacológica de la MA, vía de administración, indicación, tipo de paciente (adulto/pediatría), ámbito en el que se utiliza (hospitalario/domicilio) y si la preparación se realiza en el Servicio de Farmacia o no. Se define como MA aquella cuya composición incluye dos o más principios activos, de los cuales al menos uno es un analgésico. Una misma combinación de fármacos a distintas concentraciones o administrada por diferentes vías, se considera una misma mezcla a efectos de este estudio. Para considerar válido un cuestionario, al menos debía tener la información completa de una MA.

RESULTADOS
Se recibieron 120 respuestas de aceptación a participar en el estudio, de las que 63 (52,5%) se consideraron válidas, representando a 13 CA. El 38,1% de los centros participantes fueron hospitales comarcales y el 36,5% hospitales de referencia. Se cumplimentaron un total de 433 MA que según la definición del estudio se corresponden con 89 MA diferentes. La mayoría de las mezclas registradas (91,5%) se usan en el ámbito hospitalario. Respecto a su indicación, el 50,2% se usan para dolor agudo (mayoritariamente postoperatorio), el 27,8% para sedación paliativa y el 12% restante para dolor crónico y sedoanalgesia. El 93,8% de las MA registradas se utilizan en pacientes adultos y el 6,2% en pediatría. En cuanto a los fármacos más utilizados, destacan morfina y tramadol como opiáceos (aparecen en el 38,1 y 17,6% del total de las MA respectivamente) y metamizol entre los analgésicos no opiáceos (11,5%). Entre los fármacos adyuvantes más utilizados destacan midazolam (24,2%), butilescopolamina (22,4%), metoclopramida (18,3%) y ondansetron (16,4%). Finalmente, las combinaciones de fármacos más repetidas en las mezclas recibidas fueron morfina/midazolam (93/433(21,5%)), seguido de tramadol/metamizol (26/433 (6%)) y tramadol/dexketoprofeno (23/433 (6%)). Aunque

prácticamente la mitad de las mezclas estaban compuestas por dos fármacos (49,4%), también se han registrado mezclas de tres (37,4%), cuatro (11,1%) y cinco componentes (2,1%). La principal vía de administración de las MA analizadas es la intravenosa (66,7%), seguida de la subcutánea (24,5%), epidural (15%) e intratecal (3,2%). Únicamente el 22% de las MA registradas en la encuesta se preparan en el servicio de Farmacia.

CONCLUSIONES

Con una buena representatividad territorial, de centros sanitarios y número de mezclas, este es el primer estudio que refleja la variabilidad de mezclas analgésicas que se utilizan en el tratamiento del dolor a nivel nacional. Es el primer paso para aportar información sobre compatibilidad, estabilidad físico-química y manejo correcto de estos fármacos para garantizar un tratamiento óptimo y seguro.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1042. ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DILUCIÓN DE INSULINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

AUTORES

MARTÍN SANZ P, PÉREZ MENÉNDEZ-CONDE C, RODRÍGUEZ MARÍN M, ALKADI FERNÁNDEZ K, GEMENO LÓPEZ E, PINTOR RECUENCO MDR, ADRIÁN ORTEGA JJ, ÁLVAREZ DÍAZ AM

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. M-607, KM. 9, 100, 28034 MADRID. MADRID

OBJETIVOS

• Elaborar un protocolo de utilización de insulina diluida en pacientes pediátricos.
• Facilitar la administración de insulina diluida a nivel domiciliario en pacientes pediátricos.

MEJORAS ESPERADAS

• Obtener un mejor control terapéutico en pacientes con un debut errático de diabetes mellitus I. Las jeringas precargadas comercializadas permiten la administración de múltiplos de 0,5 UI de insulina, los pacientes pediátricos de corta edad necesitan dosificaciones más precisas.
• Mejorar la seguridad en la utilización de insulina diluida a pacientes pediátricos.
• Facilitar la administración de insulina en pacientes pediátricos a nivel domiciliario.

DISEÑO

1. Se formó un equipo multidisciplinar formado por pediatras, farmacéuticos y enfermería.
2. Se consensuó un circuito de prescripción, elaboración, dispensación, monitorización y educación a las familias con pacientes en tratamiento con diluciones de insulina.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Revisión bibliográfica de la estabilidad de diluciones de Insulina:
- Bases de datos (Stabilis®, Uptodate®, Pubmed® y ficha técnica).
- Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria.
- Información aportada por el departamento médico de laboratorios fabricantes de insulina.
2. Protocolizar la prescripción y elaboración de diluciones de insulina en nuestro hospital:
- Prescripción electrónica de diluciones de insulina en pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- Elaboración centralizada en el servicio de farmacia en cabina de flujo laminar.
3. Dispensación desde la unidad de pacientes externos de la farmacia con envío domiciliario.
4. Monitorización y educación a familiares en el Servicio de Pediatría.

IMPLANTACIÓN

• Diciembre del 2019.

RESULTADOS

• Se protocolizaron dos diluciones de insulina lispro: 1UI/0.1mL y 1.5UI/0.3mL preparadas en cabina de flujo laminar horizontal.
• Para la elaboración de las diluciones se utilizó insulina lispro, completándose el volumen según concentración con diluyente estéril de. El material de acondicionamiento fue un vial estéril de vidrio tipo I correctamente etiquetado, asignándole a la fórmula una caducidad de 28 días. Conservación: Protegido de la luz refrigerado en nevera (2-8º C).
• Se utilizaron códigos de colores en el etiquetado para diferenciar las distintas concentraciones de insulina y se elaboró un tríptico informativo que incluía: como dosificar la dilución de insulina, recomendaciones de administración y precauciones.
• Un total de 7 niños (3 hombres y 4 mujeres) con una media de edad de 1,6 años (rango 1-3 años) han recibido tratamiento con dilución de insulina desde el inicio del protocolo. Seis pacientes estuvieron en tratamiento con la dilución 1UI/0.1mL y 1 paciente con las dos diluciones de forma simultanea (1UI/0.1mL y 1.5UI/0.3mL).
• El total de dispensaciones acumuladas fue de 61 diluciones. Solo 1 de los pacientes ha finalizado el tratamiento tras alcanzar un peso que permite la dosificación con las especialidades comerciales de insulina.
• No se han presentado efectos adversos asociados en ningún paciente derivados del uso de estas diluciones.
• A todas las familias se le suministró información sobre el uso de las diluciones.

LIMITACIONES

• Bajo tamaño muestral

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

• El protocolo es aplicable a cualquier hospital que trate a pacientes pediátricos con diabetes mellitus.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1045. EVOLUCIÓN DEL USO DE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS PARA REACCIONES ALÉRGICAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES
GARCÍA MARTIN E, BARRO ORDOVÁS JP, GARCÍA DE SANTIAGO B, LÓPEZ ASPIROZ E, LARRUBIA MARFIL Y, PORTILLO HORCAJADA L, GARCÍA YUBERO C, MARTÍNEZ HERNÁNDEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA. PASEO DE EUROPA, 34. MADRID

OBJETIVOS
En el estudio de las reacciones alérgicas tipo eccematoso se utilizan pruebas epicutáneas o pruebas de parche. Si la prueba es positiva se produce una reacción con eritema, pápulas y vesículas, dependiendo de la intensidad de la alergia. Las pruebas epicutáneas son las más frecuentes en la consulta de alergología.
El objetivo del estudio es conocer los principios activos de mayor frecuencia de uso en pruebas epicutáneas, así como su evolución en el tiempo en la práctica clínica de un hospital general.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de las pruebas epicutáneas elaboradas en el Servicio de Farmacia. El período de inclusión comprende desde el año 2016 al 2020 (ambos inclusive).
Se revisó el programa del área de farmacotecnia y se elaboró una base de datos con el registro anual de la composición de las epicutáneas elaboradas, grupo farmacológico y la cantidad elaborada.
Análisis estadístico: descriptivo con Stata®v14.2, expresando variables cualitativas con frecuencias (%).

RESULTADOS
Se elaboraron 766 pruebas epicutáneas (217 variedades diferentes) en los años incluidos en el estudio. De los 217 tipos de elaboraciones diferentes, según clasificación ATC, a los que pertenecieron fueron: A-tracto alimentario y metabolismo (n=30, 13,82%), B-sangre y órganos hematopoyéticos (n=4, 1,84%), C-sistema cardiovascular (n=32, 14,75%), D-dermatológicos (n=20, 9,22%), G-sistema genitourinario y hormonas sexuales (n=2, 0,92%), H-preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales e insulinas (n=8, 3,69%), J-antiinfecciosos para uso sistémico (n=48, 22,12%), L-antineoplásicos e inmunomoduladores (n=10, 4,61%), M-sistema musculoesqueléticos (n=12, 5,53%), N-sistema nervioso (n=30, 13,82%), P-antiparasitarios, insecticidas y repelentes (n=7, 3,23%), R-sistema respiratorio (n=7, 3,23%) y S-órganos de los sentidos (n=7, 3,23%).
Durante el año 2016 se elaboraron un total de 72 pruebas epicutáneas, dicho valor incrementó hasta 136 y 203 en los dos años posteriores (respectivamente) y se estabilizó en 135 elaboraciones en 2019 y 2020. Comparando los parches elaborados respecto al año anterior se aprecia una variación en las elaboraciones de 88,9%, 49,26%, -33,5% y 0,0%.
Los grupos farmacológicos con mayor número de elaboraciones fueron J, seguido de N y D. Del total de 766 parches elaborados, éstos se dividieron según clasificación ATC en: A (7,70%), B (1,70%), C (9,46%), D (8,49%), G (0,26%), H (3,52%), J (33,03%), L (2,35%), M (8,49%), N (14,36%), P (1,57%), R (1,70%) y S (7,96%).

CONCLUSIONES
Se aprecia un incremento en la solicitud de pruebas epicutáneas hasta el año 2019 cuando se estabiliza. No obstante, la relación de pruebas solicitadas según clasificación ATC se mantuvo. Los grupos farmacológicos que requirieron un mayor número de elaboraciones son los antiinfecciosos de uso sistémico, sistema nervioso, y dermatológicos. Esto coincide con la prevalencia de alergias en la población.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1046. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE TIOSULFATO SÓDICO 25% TÓPICO E INTRAVENOSO EN EL TRATAMIENTO DE LA CALCIFILAXIS.

AUTORES
CARRASCO CORRAL T, LAVANDEIRA PÉREZ M, TARDÁGUILA MOLINA P, MENDOZA ACOSTA I, DEÁN BARAHONA C, CODONAL DEMETRIO A, MARTÍN ALCALDE E, HORTA HERNÁNDEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. C/DONANTE DE SANGRE S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS
La calcifilaxis es un proceso poco frecuente pero grave, descrito mayoritariamente en pacientes con insuficiencia renal (IR). Se caracteriza por la calcificación de arteriolas dérmicas, que puede llevar a la ulceración con necrosis e isquemia de la piel.
Existen factores que aumentan el riesgo de desencadenar la enfermedad y su gravedad como son la obesidad, diabetes, producto calcio-fósforo elevado, sexo femenino, estar en tratamiento con acenocumarol o estar dializados.
El tiosulfato sódico (STS) es una sal inorgánica que se piensa que produce la quelación del calcio en sales de tiosulfato de calcio, que son mucho más solubles. Este proceso desencadena la disolución de los depósitos de calcio e inhibe la precipitación.
El objetivo de este estudio fue analizar la utilización de STS en pacientes diagnosticados de calcifilaxis.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional descriptivo retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de calcifilaxis tratados con STS desde 2011 hasta febrero de 2021. Los pacientes fueron seleccionados a través de la historia clínica electrónica.
Las variables recogidas fueron demográficas, clínicas (factores de riesgo, tratamiento habitual, niveles séricos de calcio, fósforo y bicarbonato), intervención aplicada y evolución.

RESULTADOS
Se incluyeron 11 pacientes. El 81,8% fueron mujeres. La mediana de edad fue de 79 años (RIC 62-83).
Como factores de riesgo de aparición de calcifilaxis se encontraron: un 64% presentaban diabetes, 64% hipertensión arterial, 55% insuficiencia renal (de los cuales 83% en hemodiálisis) y 28% obesidad. Un 73% de los pacientes estaba en tratamiento con acenocumarol.
Respecto a la bioquímica: sólo un paciente presentó hipercalcemia, un 55% ligera hiperfosfatemia y el bicarbonato en todos los pacientes fue normal, indicativo de que no desarrollaron efectos adversos al STS.
El 36% de los pacientes recibió STS tópico, el 46% STS IV y el 18% ambas. La selección del tratamiento se basó en la gravedad de la calcifilaxis, utilizando la forma IV en los pacientes más graves. Dentro del grupo de tratamiento tópico, al 75% se les resolvieron las úlceras. En el grupo de intervención IV, se resolvió en un 60% y en el grupo de ambas un 50%.
De los pacientes en tratamiento con acenocumarol se suspendió un 75% y se sustituyó por otras alternativas.

CONCLUSIONES
Destacar que uno de los factores de riesgo fácilmente prevenible en estos pacientes es el uso de acenocumarol, en los que se debe recomendar el cambio a otros anticoagulantes.
El STS demuestra ser una opción terapéutica de utilidad en un porcentaje importante de pacientes en la resolución de las úlceras.
La fórmula magistral tópica es una buena alternativa a la intravenosa en aquellos pacientes que no estén en hemodiálisis y sea complicada la administración IV.
Dada la ausencia de tratamientos eficaces frente a esta enfermedad y la baja toxicidad, se puede considerar una opción terapéutica siempre dentro de un abordaje multidisciplinar y evitando los factores de riesgo.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1077. GEL VAGINAL DE ANFOTERICINA 3% Y FLUCITOSINA 17% PARA EL TRATAMIENTO DE LA CANDIDIASIS RESISTENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES
IBARRONDO LARRAMENDI I, MIRON ELORRIAGA G, PALACIOS FILARDO M, CAZALLAS TARAZAGA J, PERAL AGUIRREGOITIA J, PALACIOS ZABALZA I, MORA ATORRASAGASTI O, IBARRA BARRUETA O
HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. BARRIO LABEAGA. VIZCAYA

OBJETIVOS
Describir la preparación de un gel vaginal de anfotericina 3% y flucitosina 17%, así como evaluar su eficacia y seguridad en una paciente con vulvovaginitis recurrente por Candida albicans multiresistente con el fin de evitar el tratamiento con anidulafungina.

MATERIALES Y MÉTODOS
A partir del programa de Historia Clínica Electrónica (OsabideGlobal) se recogieron los datos clínicos relevantes de la paciente.
Se realizó una búsqueda bibliográfica de las fórmulas magistrales (FM) de anfotericina B y flucitosina para administración vaginal descritas en la literatura.

RESULTADOS
Desde el servicio de Enfermedades Infecciosas se consultó sobre la posibilidad de elaborar una FM de flucitosina y anfotericina B para administración vaginal en una mujer de 40 años con vulvovaginitis recurrente por C. albicans con clínica de más 1 año de duración. Tras un primer cultivo vaginal positivo para C. albicans la paciente realizó varios tratamientos con azoles sin ser ninguno de ellos efectivo. Se solicitó un estudio de sensibilidades que indicó multiresistencia a todos los azoles. Posteriormente, la paciente realizó tratamiento con óvulos vaginales de ácido bórico y de nistatina, persistiendo la clínica y los cultivos positivos después de ambos tratamientos. Se volvió a realizar el estudio de sensibilidades y se determinó que la cepa únicamente presentaba sensibilidad a anidulafungina y anfotericina B.
Llegados a este punto y de cara a evitar un posible tratamiento intravenoso con anidulafungina, se realizó una búsqueda bibliográfica donde se encontró la posibilidad de preparar una FM para administración vaginal a base de flucitosina y anfotericina B. Al ser este un tratamiento local con mayor probabilidad de efectividad y evitando la colocación de un acceso venoso y los posibles efectos adversos de un tratamiento sistémico, que además se podría llevar a cabo a nivel ambulatorio con mayor comodidad para la paciente y menores costes, se decidió probar la FM.
Se diseñó la FM partiendo de los siguientes principios activos:
Anfotericina B polvo 2,7 g
Flucitosina 15,5 g (31 comprimidos Ancotil 500 mg®, medicación extranjera)
Glicerina 15 g
KY gel lubricante vaginal csp 90 g
Modus operandi: Triturar los comprimidos de Ancotil®, añadir la glicerina y la anfotericina B. Agregar el gel lubricante hasta obtener un gel homogéneo. Envasar en tubo de aluminio. El periodo de validez asignado fue 28 días, conservado entre 2-8 ºC.
La paciente se administró 5 g mediante un aplicador vaginal cada noche durante 14 días siguiendo las indicaciones detalladas en el prospecto.
La sintomatología de la paciente remitió por completo y el cultivo de levaduras resultó negativo en el frotis vaginal realizado 2 semanas después de la finalización del tratamiento. La paciente no reportó ningún efecto adverso relacionado con el tratamiento.

CONCLUSIONES

El tratamiento vaginal tópico con el gel vaginal anfotericina 3% + flucitosina 17% elaborado fue efectivo y bien tolerado en nuestra paciente, resultando ser una alternativa terapéutica en pacientes con Candidiasis multirresistente a tratamientos convencionales.

Se consiguió evitar los costes en recursos sanitarios así como la menor comodidad y el mayor riesgo de efectos adversos que un tratamiento sistémico con anidulafungina hubiera supuesto.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1116. ELABORACIÓN DE UN COMPENDIO MULTIDISCIPLINAR DE RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

AUTORES

CRESPO DE MATA C, LÓPEZ DE DICASTILLO ROLDÁN R, MARTÍNEZ GUTIÉRREZ MJ, VÁZQUEZ HERCE AI, CHINCHETRU RANEDO MJ, OSES ZARATE V, ALCONADA CALLES J, GALLARDO ANCIANO J

HOSPITAL SAN PEDRO. C/ PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Elaborar recomendaciones nutricionales escritas, descargables e imprimibles para entregar a los pacientes en las consultas externas y al alta hospitalaria

MEJORAS ESPERADAS

Homogeneizar y apoyar la información que se ofrece a los pacientes en las consultas externas y al alta hospitalaria

DISEÑO

Se organizó un grupo de trabajo multidisciplinar liderado por endocrinología, nutrición, dietistas del servicio de hostelería y bromatología, con la colaboración de diferentes unidades clínicas, que estableció un listado preliminar de las recomendaciones nutricionales más utilizadas al alta hospitalaria y en consultas externas de atención especializada. Las recomendaciones se priorizaron por orden de demanda, creándolas, revisándolas y/o actualizándolas en caso de que existieran previamente. Se decidió utilizar un formato amigable visual y sencillo de interpretar por parte del paciente.

CIRCUITO Y ETAPAS

Etapa 1: Formación del grupo de trabajo

Etapa 2: Recopilación de recomendaciones, priorización, diseño del formato, revisión de la bibliografía y elaboración de los documentos

Etapa 3: Consenso y aportaciones del contenido con las unidades clínicas

Etapa 4: Difusión y creación de un recurso informático que facilite el acceso a los profesionales del Servicio de Salud.

IMPLANTACIÓN

Presentación en la Comisión de Nutrición; difusión entre los facultativos, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal del Servicio de Alimentación implicado; y creación de un recurso de fácil acceso en la intranet del centro.

RESULTADOS

Se han realizado 23 documentos de recomendaciones nutricionales y 2 infografías.

-Recomendaciones:

- Hipercolesterolemia
- Enriquecimiento calórico de la dieta
- Batidos caseros hiperproteicos
- Administración de bolos por gastrostomía
- Administración de bolos por sonda nasogástrica
- Clasificación y frecuencia recomendada de carnes y pescados
- Comidas saludables preparadas por supermercado
- Dieta semanal con frecuencias de grupos de alimentos
- Menús semanales sobrepeso-obesidad
- Adaptación alimentaria y postural en disfagia
- Métodos para hacer más atractiva la dieta túrmix
- Dieta textura néctar
- Dieta textura puding
- Dieta blanda jugosa
- Nutrición previa cirugía bariátrica: Dieta 800 kcal y Dieta muy baja en calorías (VLCD) de 500 kcal
- Nutrición tras cirugía bariátrica: Bypass gástrico y Gastrectomía vertical
- Dieta balón intragástrico
- Síndrome de Dumping
- Dieta baja en residuos
- Pautas para ileostomía
- Pautas para dieta baja en grasa (quilotórax tipo)
- Pautas para gastroparesia
- Menús incontinencia fecal y diarrea

-Infografías:

- Nutrición Post-Covid 19
- Enriquecimiento nutricional en situaciones de infección

LIMITACIONES

El punto crítico es la difusión entre los facultativos, por ser un aspecto que condiciona su utilización masiva.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Fácilmente aplicable siempre que la elaboración sea consensuada y los documentos estén accesibles. La inversión económica es muy asequible porque se utilizan los recursos ya disponibles en el hospital.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1120. VALIDACIÓN MICROBIOLÓGICA EN USO DE TRES FORMULACIONES DIFERENTES DE COLIRIO DE ATROPINA 0.01% PARA EL CONTROL DE LA MIOPIA INFANTIL.

AUTORES

SANZ SÁNCHEZ C, MARTIN DE ROSALES CABRERA AM, CONDE ANTÓN JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. CALLE BUDAPEST, 1, 28922 ALCORCÓN, MADRID. MADRID

OBJETIVOS

El colirio de atropina al 0.01% es una preparación estéril ampliamente utilizada para controlar la progresión de la miopía infantil. Actualmente no existen presentaciones comercializadas, aunque hay distintas opciones de preparación con estudios publicados sobre estabilidad fisicoquímica, pero sin datos que validen la estabilidad microbiológica en uso. Nuestro objetivo es validar la estabilidad microbiológica en uso del colirio atropina 0.01% 5 ml durante 28 días comparando tres preparaciones diferentes, conservadas en distintas condiciones, simulando su utilización por el paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

La preparación del colirio de atropina 0.01% 5 ml se realizó empleando 3 presentaciones diferentes del principio activo: dilución 1/100 del colirio comercial atropina 1%, dilución 1/10 atropina 1mg/ml ampolla, y partiendo de 0.5mg de atropina sulfato polvo. Las preparaciones elaboradas a partir del polvo y la ampolla no presentaban conservantes en su formulación, mientras que la elaborada a partir del colirio comercial contenía parahidroxibenzoato de metilo y parahidroxibenzoato de propilo.

Los colirios se elaboraron en sala blanca con campana de flujo laminar horizontal, usando suero fisiológico como diluyente, filtro de 0.22 micras, y acondicionándose en frascos estériles de polietileno de baja densidad siguiendo las Guías de buenas prácticas de preparación. Se añadió tampón fosfato a los colirios elaborados a partir del polvo y de la ampolla para mantener el pH de máxima estabilidad de la atropina (3,5-6).

Para la comparativa en uso se plantearon 4 modelos de conservación: 2-8ºC aislado por bolsa de autocierre, 2-8ºC sin bolsa, temperatura ambiente 20±5ºC con bolsa de autocierre y 20±5ºC sin bolsa.

La manipulación de los envases simuló las condiciones de uso normales por parte de los pacientes, acorde a la posología normal de la preparación. Cada envase se abrió una vez al día, durante 28 días, instilando una gota de cada uno de ellos.

Para evaluar la estabilidad en uso se establecieron 5 tiempos de muestreo (0, 7, 14, 21 y 28 días). De cada grupo se seleccionaron 2 frascos al azar, se tomaron 2,5ml en ambiente estéril y mediante inoculación directa en medio tioglicolato se incubaron en estufa durante 5 días a 37ºC.

RESULTADOS

Se prepararon un total de 120 frascos de colirio, 40 por cada una de las tres presentaciones de partida. Se analizaron un total de 24 muestras a tiempo 0 como test de esterilidad final y 96 muestras para evaluar la estabilidad microbiológica en uso durante 28 días habiendo un total de 8 colirios en cada una de las condiciones de conservación.

Los resultados obtenidos de los cultivos en medio de tioglicolato, fueron negativos en todas las muestras analizadas, no se produjo crecimiento microbiológico en ninguna de las condiciones de conservación de las tres preparaciones en los 28 días.

Los resultados muestran que la presencia o no de conservantes en estas diluciones no afecta a la estabilidad microbiológica en uso a corto plazo.

CONCLUSIONES

Los resultados de nuestro estudio valida la estabilidad microbiológica en uso del colirio de atropina 0.01% 5 ml durante 28 días de los tres tipos de preparaciones conservadas en nevera o a temperatura ambiente.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1123. FORMULACIÓN DE UNA SOLUCIÓN INTRADÉRMICA DE ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA CON 5-FLUOROURACILO PARA EL TRATAMIENTO DE CICATRICES QUELOIDEAS.

AUTORES

MARTÍNEZ SOTO AM, QUESADA ASENCIO A, SALAR VALVERDE I, ORTIZ FERNANDEZ P, PASTOR MONDÉJAR C, CABALLERO REQUEJO C, RENTERO REDONDO L, URBIETA SANZ E

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS

Documentar la formulación de una jeringa intralesional de 5-fluorouracilo (5-FU) y acetónido de triamcinolona (TAC) solicitada por el servicio de dermatología y evaluar la eficacia y seguridad de dicha fórmula magistral (FM) en el tratamiento de las cicatrices queloideas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed y Up to date para conocer la eficacia del uso de 5-FU con TAC en administración intralesional a distintas concentraciones.

Para el diseño de la fórmula se revisaron las características fisicoquímicas de 5-FU y TAC y se siguió el procedimiento de elaboración de citostáticos.
Para la evaluación de la eficacia y seguridad se incluyeron todos los pacientes a los que se les aplicó el tratamiento en consulta de dermatología desde Julio de 2020, y se recogieron los resultados de las iconografías seriadas realizadas en cada sesión, reflejados en la Historia Clínica Electrónica (HCE).
La fórmula se preparó el mismo día de la administración, previa citación del paciente en consultas externas de dermatología.

RESULTADOS

Se encontró un metaanálisis que combinaba 4 ensayos clínicos aleatorizados que evaluaron los grados de cicatrización de 256 pacientes, mostrando una clara superioridad de 5-FU con TAC en administración intradérmica frente a la administración de TAC en monoterapia. La concentración elegida para la preparación, a igualdad de eficacia en los estudios, fue 5-FU (4.5%) + TAC (0.4%) por ser la más ampliamente estudiada.
Finalmente se diseñó la FM:
5-FU 50 mg/ml ..... 45 mg
TAC 40 mg/ml ..... 4 mg
Modus operandi: Cargar en una jeringa de 10 mL 1 mL de TAC 40 mg/mL y 9 ml de 5-FU 50 mg/mL en cabina de flujo laminar vertical utilizando sistema cerrado de transferencia para 5-FU. Dejar cámara de aire en la jeringa, taparla y mezclar. De esta solución cargar 1 mL en jeringas 1 mL con luer-lock y etiquetar. La fórmula se le asignó como caducidad el uso inmediato, protegido de la luz y a temperatura ambiente.
19 pacientes fueron tratados con 5-FU (4.5%) + TAC (0.4%) intradérmico administrado en sesiones quincenales. El 57.9% fueron hombres, la mediana de edad fue 29 años, la media de jeringas usadas por sesión y paciente fue 1.68±1.00, la media de sesiones por paciente 4.21±2.27.
En las sesiones se evidenció la paulatina disminución de los queloides en todos los pacientes según lo reflejado en la HCE, llegando hasta su completo aplanamiento en 3 de ellos. 3 pacientes abandonaron el tratamiento antes de finalizar, en uno de los casos por deseo gestacional siendo desconocido el motivo en los otros dos.

CONCLUSIONES

La fórmula diseñada cuenta con un suficiente apoyo bibliográfico, lo que ha avalado su utilización clínica.
Los estudios consultados y nuestra propia experiencia ponen de manifiesto que la combinación de 5-FU más TAC es más eficaz en el tratamiento de las cicatrices queloideas que la infiltración de TAC en suero salino fisiológico, sin evidenciar reacciones adversas significativas en ninguno de los pacientes tratados.
Estos resultados son de gran interés al tratarse de una patología con elevada tasa de recurrencia con el tratamiento habitual.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1145. OXIBUTININA 1 MG/ML, JARABE: DESARROLLO Y ESTUDIO DE ESTABILIDAD FISICOQUÍMICO Y MICROBIOLÓGICO

AUTORES

PUEBLA GARCÍA V, IBAÑEZ GARCÍA L, FERNANDEZ RUIZ-MORON A, LLORENTE HERNANDO G, MOLINERO MUÑOZ M, SANCHEZ-OCAÑA MARTIN N, TALLÓN MARTINEZ JC, MARTÍNEZ SESMERO JM
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. PROFESOR MARTÍN LAGOS, S/N. MADRID

OBJETIVOS

1) Describir el desarrollo galénico de un jarabe de oxibutinina 1 mg/mL como uso fuera de indicación en menores de 5 años para el tratamiento farmacológico de la enfermedad rara de válvulas de la uretra posterior (VUP).
2) Analizar la estabilidad fisicoquímica y microbiológica de la solución a 30 días en diferentes condiciones de temperaturas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el estudio de la fórmula magistral (FM) se realizó revisión bibliográfica on-line (PubChem, Martindale, Index-Merck, Real Farmacopea Española (RFE) para conocer las propiedades fisicoquímicas de oxibutinina en solución acuosa. También, las principales bases de datos relacionadas con formulación magistral (Compounding Today, Trissel´s Stability of compounded formulation, Stabilis.org, plataforma on-line tanto de FM en Enfermedades Raras como la del Grupo de Farmacotecnia de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria) y existencia de fórmulas orales líquidas comercializadas a través del portal de medicamentos extranjeros de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.
Para el diseño se estableció periodo de estudio de 30 días a dos temperaturas de conservación (5+-3ºC y 25+-3ºC), adaptando recomendaciones de las guías International Conference of Harmonization (ICH)
Para la validación galénica se siguieron: recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia (GBPP) y el Formulario Nacional.
Se establecieron como indicadores de estabilidad fisicoquímica el pH y la osmolaridad (RFE). Se elaboraron 3 jarabes de oxibutinina (muestra 1, muestra 2 y muestra 3). Cada muestra se envasó en frascos de cristal topacio con tapones enFIT. Se realizaron controles los días 0, 7, 14, 21 y 28, con un PHS-38W MICROPRECESSOR pH/mV/Temperature Meter y MicroOsmómetro OsmoPro.
El análisis estadístico fue la media y desviación estándar del pH y osmolaridad de las 3 muestras, mediante KNIME.
Para el control microbiológico se siguieron las recomendaciones descritas en la RFE: Días 0, 7, 14, 21, 28 con envase cerrado y envase abierto. El control fue llevado a cabo en el Servicio de Medicina Preventiva.

RESULTADOS
Se estableció una concentración final de 1 mg/mL de acuerdo a la población diana. La composición fue (100 mL): Oxibutinina 0,1 g (materia prima), agua purificada 30 mL (agente solubilizante) y jarabe simple csp 100 mL (vehículo).
pH(25ºC) Muestra 1: 5,45 +-0.08. Muestra 2: 5,49 +-0.09. Muestra 3: 5,51+-0,1.
pH(2-8ºC) Muestra 1: 5,44 +-0.09. Muestra 2: 5,46 +-0.07. Muestra 3: 5,49+-0,1 Osmolaridad (25ºC): Muestra 1: 2143,58+-89.1. Muestra 2: 2254.84+-29.37. Muestra 3: 2241,61+-120,64.
Osmolaridad (2.8ºC): Muestra 1: 2197,67+-42.07. Muestra 2: 2243.61+-46.70. Muestra 3: 2164.71+-38.91.
La FM resultó ser una solución límpida y transparente durante todo el periodo del estudio.
Se produjo ausencia de crecimiento microbiológico en los envases cerrados y abiertos.

CONCLUSIONES
Oxibutinina 1 mg/mL en forma de jarabe permanece estable fisicoquímicamente y con ausencia de crecimiento microbiológico a lo largo de 30 días. Debido a la imposibilidad de cuantificar la concentración de oxibutinina, se recomienda establecer un periodo de validad de 14 días entre 2-8º conforme establece la GBPP.
En pacientes tratados quirúrgicamente de VUP, la FM de oxibutinina se mostró efectiva y segura. La elaboración de medicamentos en enfermedades raras, sigue siendo una herramienta fundamental ante la falta de alternativas terapéuticas comerciales.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1183. PROTOCOLIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y ELABORACIÓN CENTRALIZADA DE ANTIMICROBIANOS PARA ADMINISTRACIÓN INTRATECAL

AUTORES
GARCÍA MORENO FJ, PERNÍA LÓPEZ MS, REVUELTA HERRERO JL, MANRIQUE RODRÍGUEZ S, RIBED SÁNCHEZ A, MARTÍN BARBERO ML, LOBATO MATILLA E, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS
Los tratamientos intratecales son considerados de riesgo alto por el Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Si se precisa elaboración partiendo de presentación comercial, la Guía de Buenas Prácticas (GBPP) de preparación de medicamentos lo considera preparación de riesgo alto y debe asumirlo el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH).
Objetivos: protocolizar la pauta de antimicrobianos por vía intratecal en pacientes adultos en el programa de prescripción electrónica y centralizar su preparación en el SFH con el empleo de una aplicación web para elaboración y control de calidad (Pharmacy Keeper®).

MEJORAS ESPERADAS
Evitar errores de medicación y minimizar riesgo de contaminación microbiológica del preparado.

DISEÑO
En consenso con facultativos de Medicina intensiva y otros especialistas, se definieron aquellos antimicrobianos de uso más frecuente por vía intratecal que requerían preparación partiendo de presentación comercial, fijándose dosis para cada fármaco.

CIRCUITO Y ETAPAS
Se estableció prescripción protocolizada de estos fármacos.
Para estandarizar la elaboración se siguieron estos pasos:
1) Establecer una concentración para cada preparado en base a datos de estabilidad fisicoquímica y limitaciones en el volumen para administración intratecal (< 5 mL).
2) Detectar presentaciones comerciales exentas de excipientes incompatibles para vía intratecal.
3) Análisis de osmolaridad y pH con la concentración y presentación seleccionadas. La osmolaridad fue en todos los casos similar al líquido cefalorraquídeo, y pH más ácido (3,51-5,65).
4) Determinar periodo de vida útil del preparado según GBPP: 72 h (2-8ºC).
5) Crear procedimiento de trabajo en Pharmacy Keeper®.
Las preparaciones fueron: amikacina 20 mg/2 mL, anfotericina B desoxicolato 1 mg/2 mL, gentamicina 4 mg/2 mL y vancomicina 20 mg/2 mL.

IMPLANTACIÓN
Al prescribir el fármaco desde protocolo, la orden vuelca automáticamente al programa Pharmacy Keeper®. En una misma programación, se elaboran las preparaciones solicitadas para las 72 h posteriores. Los pasos en la elaboración son:
1) Impresión de etiqueta de preparación desde el programa de prescripción.
2) Escaneado en Pharmacy Keeper® del medicamento y diluyentes. Registro manual de lote y fecha de caducidad.
3) Registro fotográfico de pasos clave en la elaboración: volumen para reconstitución del vial de fármaco (si procede), volumen de fármaco y diluyente, esterilización por filtración 0,22 micras y preparación final etiquetada.
4) Revisión por farmacéutico.
Cada administración se firma en el programa de prescripción electrónica, siendo preciso introducir el número de historia de paciente y el de la preparación.

RESULTADOS
Entre enero de 2020 y abril de 2021 fueron tratados 7 pacientes con antimicrobianos intratecales, elaborándose 96 preparaciones mediante este circuito.
No se detectaron incidencias en el proceso de elaboración, ni errores de medicación asociados.

LIMITACIONES
-Pocas presentaciones en el mercado exentas de metabisulfito y conservantes, lo cual haría preciso importar medicación extranjera ante desabastecimiento.
-El registro fotográfico de la elaboración implica tocar la pantalla del dispositivo electrónico en casa paso, lo que hace necesario extremar la limpieza para evitar contaminación del preparado.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Para asumir preparaciones de riesgo alto con seguridad es importante contar en el SFH con personal elaborador bien formado y establecer validaciones periódicas de técnica aséptica. Las aplicaciones informáticas de soporte a la elaboración incrementan la seguridad del proceso.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1201. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CRIBADO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

AUTORES
FERNÁNDEZ CAÑABATE S, CORRAL ALAEJOS A, JIMENEZ CASAUS J, GODA MONTIJANO G, GIL NAVARRO I, ROLDAN GONZALEZ JS, ALONSO CASTAÑE MD, GIL VALIÑO C
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVDA REQUEJO 35. ZAMORA

OBJETIVOS
Desarrollo e implantación de un programa de cribado nutricional en la consulta de atención farmacéutica del paciente oncológico y resultados obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio prospectivo, observacional llevado a cabo durante un periodo de 4 meses (enero- abril 2021)
Se valoró nutricionalmente a todos los pacientes que acudieron a la consulta de atención farmacéutica para iniciar tratamiento antineoplásico oral. Se consideró la historia clínica, exploraciones físicas, medidas antropométricas (peso y talla), parámetros bioquímicos, valoración global subjetiva (VGS) y eating assessment tool (EAT-10)
Todos los pacientes recibieron recomendaciones nutricionales y, atendiendo a su estado, se comunicó a su médico de atención primaria la necesidad de iniciar o modificar soporte nutricional. La comunicación se llevó a cabo por escrito, mediante un impreso normalizado, en el que se recogen datos del paciente (únicamente número de la tarjeta sanitaria), del médico responsable de atención primaria, así como datos relativos al estado nutricional del paciente y datos de la intervención farmacéutica realizada. Dicha comunicación se envía por medios telemáticos (e-mail). Tras la aceptación, se hizo una evaluación periódica (a los 15 días tras inicio y 2 meses) para observar su evolución y aparición de efectos secundarios que pudieran complicar su estado nutricional.

RESULTADOS
Entre enero y abril de 2021 acudieron un total de 62 pacientes (35,5% mujeres, con una edad media de 68,9 años± 12,1); de los cuales, el 9,7% (6 pacientes) requirieron iniciar iniciar/modificar soporte nutricional: 3/6 pacientes modificación por intolerancia a la suplementación actual; 1/6 modificación por no ajuste a las características del paciente (insuficiencia renal) y 2/6 inicio de suplementación nutricional.
El 100% de las intervenciones nutricionales fueron aceptadas.
Los diagnósticos principales fueron adenocarcinoma de pulmón (2/6 pacientes), carcinoma de páncreas (1/6 pacientes), adenocarcinoma de colon (1/6 pacientes), carcinoma ductal infiltrante (1/6 pacientes) y carcinoma renal de células claras (1/6 pacientes). Un 5/6 de los pacientes presentaban desnutrición grave y un 1/6 riesgo de desnutrición.
El 100% de los pacientes refirieron una buena aceptación de la suplementación, sin detectarse efectos secundarios asociados y con cumplimiento de la pauta recomendada.

CONCLUSIONES
La consulta de atención farmacéutica en el paciente oncológico que inicia tratamiento antineoplásico oral, además de informar al paciente sobre el esquema terapéutico y sus efectos adversos, promover una buena adherencia y conciliar la medicación concomitante, es una oportunidad para un mejor y eficaz abordaje nutricional del paciente, minimizando la pérdida de peso y sus consecuencias.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1210. EVALUACIÓN DE LA ESTABILIDAD DE ARGININA Y LISINA EN SOLUCIÓN ACUOSA AL 2,5% MEDIANTE CROMATOGRAFÍA EN CAPA FINA

AUTORES
CAJADE PASCUAL F, VARELA REY I, MONDELO GARCÍA C, CASTRO BALADO A, BUSTO IGLESIAS M, ZARRA FERRO I, FERNÁNDEZ FERREIRO A, GONZÁLEZ BARCIA M
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESIA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS
Actualmente está comercializado un medicamento compuesto por lutecio (177Lu) indicado en el tratamiento de tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos positivos al receptor de somatostatina. Con el fin de reducir la dosis de radiación que recibe el riñón, se administra una solución de hidrocloruro de L-Lisina e hidrocloruro de L-Arginina al 2,5% en agua para inyección ó cloruro sódico 0,9%. A nivel europeo se encuentra comercializada una solución con dicha

composición, aunque no disponible en nuestro país. Como sustituto de esta solución se emplean aportes de aminoácidos comerciales, pero con resultados poco satisfactorios. De este modo surge el interés por su obtención a través de la formulación magistral.
El objetivo del actual trabajo es estudiar la estabilidad a través de cromatografía en capa fina (CCF) de una solución acuosa de hidrocloruro de L-Lisina y L-Arginina, con el fin de poder elaborarla como formulación magistral desde el Servicio de Farmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboraron disoluciones en agua purificada de hidrocloruro de L-Arginina y L-Lisina, a concentración de 2,5% en un frasco de vidrio opaco. Se prepararon por duplicado para estudiar la estabilidad mediante CCF en diferentes condiciones de conservación: a temperatura ambiente y en refrigeración (2-8ºC), y en ambos casos protegidas de la luz. Se depositaron volúmenes de muestra de 5 µL sobre una placa de gel de sílice que se empleó como fase estacionaria. La fase móvil utilizada para eluir los aminoácidos fue una mezcla de n-butanol, ácido acético y agua en proporción 3:1:1. Luego se revelaron los aminoácidos mediante la pulverización de una solución compuesta por ninhidrina 0,1% (peso/volumen), ácido acético 0,5% (volumen/volumen) y acetona. Se repitió el procedimiento a diferentes tiempos: 0, 7, 15 y 30 días. La evaluación de la estabilidad se llevó a cabo midiendo la distancia recorrida respecto al punto de aplicación de la muestra y el tamaño de la mancha cromatográfica revelada.

RESULTADOS

La lectura de las placas cromatográficas mostró una variación poco significativa en el factor de retención (Rf) y el área revelada de ambos aminoácidos para los tiempos 0 y 7 días en ambas condiciones de temperatura. Sin embargo, a los 15 y 30 días, el descenso en ambos parámetros fue significativo para los dos aminoácidos, aunque menor en las disoluciones conservadas en condiciones de refrigeración.

CONCLUSIONES

La cromatografía en capa fina constituye una técnica rápida y sencilla para evaluar la estabilidad fisicoquímica de soluciones de L-Arginina y L-Lisina al 2,5%. Las soluciones de L-Arginina y L-Lisina al 2,5% son estables hasta 7 días tras su elaboración, tanto si son conservadas a temperatura ambiente como en nevera (2-8ºC).

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1231. VALIDACIÓN GALÉNICA DE SUSPENSIONES ORALES DE ZONISAMIDA A PARTIR DE LA ESPECIALIDAD EN CÁPSULAS

AUTORES

TORRENS VIDAL I, PERELLÓ ALOMAR C, SANTANDREU ESTELRICH MM, GARCIA-CALVO NAVARRO J, CARRILLO LOPEZ V, BERGAS CASTELLO C, DELGADO SANCHEZ O

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. CTRA. DE VALLDEMOSSA, 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Zonisamida es una sulfonamida anticonvulsivante aprobada para el tratamiento de crisis parciales en forma de cápsulas y que es necesario como suspensión oral para su administración en pacientes pediátricos. La suspensión Zonisamida 10 mg/ml se elabora habitualmente a partir de la especialidad en cápsulas y jarabe simple (sacarosa 84% peso/volumen en agua y sorbato potásico como conservante). Uno de los ocho pacientes en tratamiento manifiesta problemas en resuspender la fórmula.
El objetivo es verificar la estabilidad galénica de diferentes suspensiones orales de Zonisamida 10 mg/ml y comparar su redispersabilidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de alternativas (Stabilis 4.0, Pubmed) y se seleccionaron tres formulaciones más, dos combinando excipientes simples (jarabe simple, metilcelulosa 1% y/o agua) y una con excipientes compuestos (vehículo suspensor + vehículo saborizante para preparaciones orales extemporáneas).
Suspensión 1: 10 capsulas 100 mg + jarabe simple en cantidad suficiente para (c.s.p.) 100ml.
Suspensión 2: 10 capsulas 100 mg + 10 ml metilcelulosa 1% + jarabe simple c.s.p.100ml.
Suspensión 3: 10 capsulas 100 mg + 10 ml agua + jarabe simple c.s.p.100ml.
Suspensión 4: 10 capsulas 100 mg + mezcla vehículo suspensor:vehículo saborizante (1:1) c.s.p.100ml.
Las suspensiones se conservaron refrigeradas (2-8º) y protegidas de la luz 28 días en frascos de polietileno.
En la validación galénica se siguieron las recomendaciones de la Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria: características organolépticas, tiempo de sedimentación, redispersabilidad, homogeneidad, crecimiento de cristales y pH (mediante potenciómetro sensiON® pH31); se realizaron los días 1, 8, 15 y 28. Para la homogeneidad en la recuperación de dosis, se realizó un control de uniformidad de masa según Farmacopea Española (RFE 2.9.27) y para el análisis estadístico se calculó media y desviación estándar de las determinaciones.

RESULTADOS

Las características organolépticas se mantuvieron en todas las formulaciones durante el período de estudio. Las suspensiones 1-3 son líquidos viscosos blanquecino-amarillento, homogéneas y libres de partículas, inodoras, con sabor dulce. La suspensión 4 es un líquido viscoso ligeramente rosado, olor dulzón y sabor cereza, homogéneo y libre de partículas. El tiempo de sedimentación fue > 10 minutos en todas las preparaciones y no se formaron tortas insolubles ni crecimiento de cristales. En cuanto a la redispersabilidad los resultados fueron: suspensión 4 > suspensión 2 ≈ suspensión 1 > suspensión 3. Los resultados de pH fueron: suspensión 1: 5,59±0,07; suspensión 2: 5,52±0,08 suspensión

3: 5,23±0,55; suspensión 4: 4,19±0,05. Todas cumplieron con el ensayo de uniformidad de masa para dosis de 10mg en sus envases multidosis, ninguna se desvió más del 10% de la masa media. La suspensión 1 presentó mayor desviación estándar en la masa media (1,322g±0,012) comparada con la suspensión 2 (1,290g0±0,007), suspensión 3 (1,297g±0,006) y suspensión 4 (1,163g±0,005).

CONCLUSIONES

Las cuatro suspensiones orales cumplieron los requerimientos de ausencia de cristales y precipitados, redispersabilidad y homogeneidad tras la agitación. Se incorporará metilcelulosa 1% (1:10) en la composición de la suspensión para facilitar la recuperación de las dosis y así priorizar el uso de excipientes simples en pediatría.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1243. ELABORACIÓN Y PUESTA A PUNTO DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL DE SALIVA ARTIFICIAL PARA CUIDADOS PALIATIVOS

AUTORES

MARTÍNEZ MARCOS JM, CHICA MARCHAL , SOTO CARRIÓN , JUEZ SANTAMARÍA , ASENSI CANTÓ , MIRA SIRVENT
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. C/ MEZQUITA, S/N, PARAJE LOS ARCOS, 30202, SANTA LUCÍA, CARTAGENA.. MURCIA

OBJETIVOS

Los pacientes oncológicos y de cuidados paliativos sufren frecuentemente de xerostomía. La sequedad de boca puede tener origen en la propia enfermedad o derivarse del tratamiento, como ocurre principalmente en pacientes sometidos a radioterapia y/o en tratamiento con morfina. La prevención y tratamiento de la xerostomía puede paliar los efectos adversos derivados de la aparición de mucositis.
Los objetivos del estudio son el desarrollo de una fórmula magistral (FM) de saliva artificial y la validación galénica de esta junto con la evaluación de la aceptabilidad por parte de los pacientes

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos de formulación y guías de cuidados paliativos para obtener posibles FM de saliva artificial. La validación galénica se realiza siguiendo el procedimiento de elaboración de soluciones del Formulario Nacional (PN/L/FF/007/00). Para establecer la caducidad de la fórmula, se emplea la matriz de riesgo para fórmulas no estériles de las “Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en los servicios de farmacia hospitalaria“(GBPP, 2014). El control de calidad se realiza midiendo el pH y las características organolépticas de la FM (olor, sabor, textura, ausencia de partículas, limpidez y ausencia de precipitados). La evaluación de la aceptabilidad por parte de los pacientes se hace mediante encuesta de satisfacción analizando su opinión sobre el olor y sabor (agradable, desagradable, sin olor/sabor), viscosidad (néctar, miel, pudding), efecto deseado (si, a veces, no) y la temperatura más agradable en la administración (temperatura ambiente, fresca, congelada).

RESULTADOS

Se diseña la FM adecuando las fórmulas encontradas a la composición de la saliva humana, como resultado se obtiene la siguiente FM: cloruro de potasio (0,12 g), cloruro sódico (0,084 g), carboximetilcelulosa (1 g), magnesio cloruro hexahidratado (0,005 g), sorbitol 70 % (3 g), cloruro cálcico (0,034 g), esencia de limón y agua purificada csp 100mL. La carboximetilcelulosa se añade con el objetivo de darle la textura adecuada; la esencia de limón por su poder resfrescante y la FM se prepara para poder ser congelada y administrada en forma de “polo”. La caducidad fue establecida en 14 días. Las características organolépticas (olor, sabor, textura, ausencia de partículas, limpidez y ausencia de precipitados) y pH permanecieron estables durante el periodo de caducidad establecido. Los resultados en las encuestas fueron unánimes respecto al olor y al sabor, al 100% de los pacientes les resultó agradable. Los resultados fueron más variables analizando la textura (75% pudding, 25% miel), el efecto deseado (75% a veces, 25% si), temperatura más adecuada (75% fresco, 25% temperatura ambiente). En general, todos los pacientes coincidían en el cambio de la viscosidad de la FM, pasando a ser demasiado espesa una vez en boca.

CONCLUSIONES

La FM de saliva artificial ha sido adecuada y bien tolerada con gran aceptación por los pacientes contribuyendo a mejorar la calidad de vida de estos en su etapa final.
Es necesario ajustar el contenido en carboximetilcelulosa para mejorar la textura de la fórmula y hacerla más agradable una vez que se calienta en boca.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

1244. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO PARA DETERMINACIÓN DE METILPREDNISOLONA POR CROMATOGRAFÍA LÍQUIDA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PREPARACIONES FARMACÉUTICAS

AUTORES

MERINO BOHÓRQUEZ V, BERISA PRADO S, MARTINEZ SUAREZ A, CASTILLO MARTÍN C, ALONSO HERREROS JM, CAÑETE RAMIREZ C, DAVILA POUSA MDC, CAMEAN FERNANDEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA MACARENA. AVDA. DR. FEDRIANI 3. SEVILLA

OBJETIVOS

La metilprednisolona (MTP) es un glucocorticoide sintético (derivado 6-α-metilado de prednisolona) con un mínimo efecto mineralocorticoide, con actividad antiinflamatoria y antialérgico. Es polvo cristalino blanco o casi blanco. Prácticamente insoluble en agua, bastante soluble en etanol al 96%, poco soluble en acetona y en cloruro de metileno.

En España, hay comercializadas varias formas farmacéuticas (inyectables, comprimidos, cremas, etc) que contienen MTP haciéndose necesario emplear métodos analíticos que garanticen la uniformidad de contenido en principio activo de los preparados y su estabilidad. El objetivo es validar un método analítico por Cromatografía Líquida de Alta Resolución (HPLC) para determinación de MTP en preparaciones farmacéuticas.

MATERIALES Y MÉTODOS

El sistema está compuesto por un cromatógrafo Agilent® 1260 Infinity con un detector ultravioleta de diodos en serie (UV-DAD). Las condiciones cromatográficas fueron: flujo de 1.0 mL/min, la fase móvil que contenía un 67% ácido acético glacial al 3% y un 33% de acetonitrilo. El volumen de inyección fue de 20 µl, la temperatura de columna se fijó en 25ºC y la longitud de onda del detector fue 254 nm. La columna utilizada fue una Cortecs T3 C18 4.6x150 mm, 2.7 µm (Waters®). La validación del método se realizó siguiendo recomendaciones de las guías ICH. La linealidad de la técnica se realizó en el rango de concentraciones de MTP a 0.0025, 0.0050, 0.0075, 0.010, 0.015, 0.020 mg/mL, los resultados se representaron gráficamente y se realizó un análisis de varianza (ANOVA). La exactitud y precisión fueron evaluadas mediante los porcentajes de recuperación y coeficiente de variación (CV) a concentraciones bajas, medias y altas tanto intra como interdía. Se determinó el límite de detección y de cuantificación. Mediante análisis espectral se comprobó la especificidad y selectividad de la técnica. Se realizó estudio de degradación acelerada en medio básico (NaOH), ácido (HCl), oxidante (H2O2) y calor (80ºC).

RESULTADOS

El análisis de la varianza (ANOVA) de la regresión lineal confirmó la linealidad de la técnica por rechazo de la hipótesis nula de desviación de linealidad con un nivel de significación estadística de 0.05 (α=0.05). El coeficiente de variación del método fue menor al 3%. La ecuación de la regresión lineal obtenida se corresponde con la expresión y = 39229x - 6.6252 (n=18; R2 > 0.9999). La exactitud fue del 99.8-101.1% y la precisión tanto intra como interdía tuvo un CV < 3%. Los límites de detección y cuantificación fueron de 0.01 mg/mL y de 0.06 mg/mL. El tiempo de retención de MTP fue de 9.89 minutos. El análisis espectral UV en 2D y 3D confirma la selectividad y especificidad de la técnica ante la ausencia de picos secundarios e interferentes. El estudio de degradación muestra que el método es indicador de estabilidad, siendo las condiciones ácidas y alcalinas las que más degradan la MTP.

CONCLUSIONES

- Se ha validado un método analítico para determinación de MTP en preparaciones farmacéuticas.
- El método puede aplicarse tanto para control de calidad como para el desarrollo de estudios de estabilidad.

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

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

25. ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO DE LIMPIEZA EN LA UNIDAD DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTÉRILES Y PELIGROSOS

AUTORES

PARDO SANCHEZ R, SANCHÍS MATEA R, CASTILLO PÉREZ M, ALFONSÍN DIEQUEZ Y, LLOSCOS JIMÉNEZ M, JARA GUTIERREZ YM, PAGÁN NUÑEZ FT, MARCO DEL RIO J

HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA. AVENIDA ADOLFO SUAREZ, S/N. ALBACETE

OBJETIVOS

Establecer un nuevo protocolo de limpieza del área de preparación de medicamentos estériles y medicamentos peligrosos.

MEJORAS ESPERADAS

1. Mejorar el proceso de limpieza garantizando así la calidad del producto final.
2. Mejorar la coordinación de los diferentes servicios implicados.
3. Adaptar el proceso a la Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria.
4. Documentar las competencias y responsabilidades de los profesionales implicados.

DISEÑO

Elaboración de un grupo de trabajo formado por 2 farmacéuticos (responsable de farmacotécnia estéril y de medicamentos peligrosos), responsable Servicio de Limpieza y técnico de servicios generales. Elaboración de un protocolo específico para esta área donde se describen las tareas de limpieza del interior de las cabinas de flujo laminar (CFL) y esclusas por los auxiliares de farmacia y del resto del área por personal del servicio de limpieza, teniendo en cuenta las últimas recomendaciones publicadas y su aplicabilidad a la práctica diaria.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Revisión bibliográfica e identificación de:
1.1. Recomendaciones ya implantadas en la práctica diaria
o Limpieza con regularidad
o Paños estériles de un solo uso para interior de CFL
o Envases de alcohol estériles para desinfección de CFL
1.2. Recomendaciones potencialmente implantables
o Procedimientos específicos de limpieza escritos y aprobados

o Paños y mopas de un solo uso para las áreas de preparación
o Soluciones acuosas con agua destilada
o Desinfectantes que cumplan la regulación vigente
o Agentes de limpieza específicos frente a virus para descontaminar las zonas donde se manipulen productos sanguíneos (suero autólogo)
o Utilización agente esporicida periódicamente para el interior de CFL
o Registro escrito de la limpieza
1.3 Recomendaciones a estudio en futuras revisiones
o Muestreo microbiológico de superficies (en proceso)
o Envases de detergente/desinfectante estériles
o Paños y mopas estériles desechables para salas blancas (exterior CFL)
1.4 No se han encontrado recomendaciones no viables en nuestro centro
2. Puesta en común con el equipo multidisciplinar
3. Redacción del protocolo
4. Aprobación del protocolo
5. Difusión del nuevo protocolo y formación al personal implicado

IMPLANTACIÓN

Marzo 2021

RESULTADOS

No se ha descrito ninguna incidencia desde la implantación del nuevo protocolo. Los resultados de los controles microbiológicos actualmente realizados (muestreo volumétrico del aire ambiental por impacto sobre placa y test de esterilidad de nutriciones parenterales personalizadas) han sido negativos.

LIMITACIONES

Seria necesario realizar controles microbiológicos de superficie para una mejor evaluación cuantitativa del proceso (nuevo procedimiento en proceso).

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Protocolo extrapolable a otros hospitales, puede adaptarse a las particularidades de cada centro.

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

52. ANÁLISIS BIG DATA PARA OBTENER EL PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON VIH Y ESQUIZOFRENIA

AUTORES

IGLESIAS GÓMEZ R, PALANQUES PASTOR T, BLANCH ANDREU J, CUÉLLAR MONREAL MJ, FERNÁNDEZ SÁNCHEZ M, POLO MONTANERO P, CRUZ SÁNCHEZ A, POVEDA ANDRÉS JL

HOSPITAL POLITÉCNICO Y POLICLÍNICO LA FÉ. AVDA. DE FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

La cronificación de los pacientes con infección por VIH supone un gran reto en el abordaje clínico, particularmente en el caso de pacientes con VIH y esquizofrenia por su complejidad. El objetivo de este trabajo es evaluar la utilidad de una herramienta de Big Data e Inteligencia Artificial para elaborar un perfil clínico de pacientes con VIH y esquizofrenia. Además, comparar este subgrupo de pacientes con el resto de pacientes con VIH podría emplearse para detectar diferencias relevantes entre ambos grupos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, multidisciplinar no intervencionista en el que se empleó la herramienta Savana® de procesamiento del lenguaje natural contenido en el texto libre no estructurado de la historia clínica electrónica y los registros de prescripción electrónica de pacientes VIH+ en nuestra área de salud desde el 01/10/2012 al 28/09/2018. Se extrajo información sobre distintas variables clínicas como diagnóstico, factores de riesgo, prescripciones, hábitos, patient report outcomes y otros datos antropométricos.

RESULTADOS

Se analizaron masivamente 132.139 documentos creando dos grupos de pacientes. El grupo control (N), con pacientes sin esquizofrenia, se compone de 5315 pacientes, 61% varones con mediana edad de 48 años (RIQ:31-65). El grupo de estudio (n), de pacientes con esquizofrenia, se compone de 72 pacientes, un 1,33% de los pacientes con VIH analizados, 73,6% varones y mediana de edad de 45 años (RIQ:35–45).

Las características clínicas de los pacientes VIH+ con esquizofrenia frente al resto de pacientes VIH+ ordenadas por comparador (n, %), Control (N, %) y riesgo relativo (RR, IC5%) son las siguientes ($p < 0,05$): aspecto personal descuidado [n=7, 9,7%; N=39, 0,73%; RR=16,67(7,59- 36,60)], consumidor de drogas [n=19, 26,4%; N=116, 2,2%; RR=12,09(7,90-18,51)], sialorrea [n=4, 5,6%; N=32, 0,60% RR=9,53(3,45-26,28)], consumidor de cannabis [n=17, 23,6%; N=139, 2,6%; RR=9,03(5,78-14,11)], consumidor de heroína [n=6, 8,3%; N=51, 1,0%; RR=8,68(3,85-19,59)], hipofonía [n=7, 9,7%; N=61, 1,1%; RR=8,47(4,01-17,88)], consumidor de cocaína [n=9, 12,5%; N=113, 2,1%; RR=5,88(3,11-11,13)], disartria [n=18, 25,0%; N=244, 4,6%; RR=5,45(3,58-8,28)], taquicardia sinusal [n=13, 18,1%; N=183, 3,4%; RR=5,24(3,14-8,75)], lupus eritematoso discoide [n=5, 6,9%; N=78, 1,5%; RR=4,73(1,98-11,34)], insomnio [n=33, 45,8%; N=534, 10,0%; RR=4,56(3,50-5,94)], alcoholismo [n=21, 29,2%; N=340, 6,4%; RR=4,56(3,14-6,63), intoxicación medicamentosa [n=5, 6,9%; N=82, 1,5%; RR=4,50(1,88-10,77)], ansiedad [n=32, 44,4%; N=835, 15,7%; RR=2,83(2,17-3,69)], exitus hospitalario [n=9, 12,5%; N=247, 4,6%; RR=2,69(1,44-5,02)], trastorno depresivo [n=18, 25,0%; N=602, 11,3%; RR=2,21(1,47-3,32)], hepatitis crónica [n=15, 20,8%; N=599, 11,3%; RR=1,85(1,17-2,92)], fumador [n=41, 56,9%; N=1729, 32,5%; RR=1,75(1,43-2,15)], recaída de enfermedad [n=13, 18,1%; N=578, 10,9%; RR=1,66(1,01-2,73).

CONCLUSIONES

Los pacientes con VIH y esquizofrenia presentan un perfil de paciente consumidor de drogas, despreocupado por su aspecto físico y con reacciones adversas propias del tratamiento neuroléptico (disartria, sialorrea o taquicardia sinusal), entre otras muchas variables como mayor tasa de éxitus hospitalario, ansiedad o trastorno depresivo; información a tener en cuenta para establecer programas de actuación farmacéutica.
El empleo de Big Data combinado con Inteligencia Artificial permite recolectar ágilmente información útil para establecer el perfil clínico de subgrupos de pacientes con VIH, manteniendo la anonimización de una información muy útil para establecer intervenciones farmacéuticas y clínicas a nivel asistencial.

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

78. MEJORA DEL MODELO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN (SAD)

AUTORES

ALCARAZ LÓPEZ JI, LOZANO LLANO C, COCA CRESPO J, YZQUIERDO CUENA P, CALVO SALVADOR M, GUMIEL BAENA I, SANABRIAS FERNÁNDEZ DE SEVILLA R, SÁNCHEZ GUERRERO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHOND. CALLE MANUEL DE FALLA, 1. MADRID

OBJETIVOS

Disponer de un sistema de dispensación que agilice la disponibilidad de medicamentos no incluidos en los SAD en las unidades de enfermería (UE) que disponen de ellos.

MEJORAS ESPERADAS

Reducir las peticiones de medicación y tiempos de espera en las unidades de enfermería (UE) con sistemas automatizados de dispensación (SAD).

DISEÑO

El desarrollo del modelo comenzó con el diseñó de una base de datos de Access® que cruza el stock de cada UE con el listado de medicación prescrita pero no incluida en el SAD. De esta manera, se obtienen las referencias y cantidades necesarias de medicación para cubrir las siguientes 24 horas de estancia hospitalaria.

CIRCUITO Y ETAPAS

El circuito diseñado consta de las siguientes etapas: primero se descargan los listados de medicamentos prescritos no incluidos en el SAD utilizando la base de datos creada. A continuación, dichos listados son validados por el farmacéutico, y entregados a los técnicos. Finalmente, los técnicos proceden a sacar dicha medicación imputando el consumo por paciente e identificando mediante: número de historia, nombre y habitación, la misma en bolsas individuales.
Todos los días se envía la medicación para las siguientes 24h, a excepción de los viernes que se envía para las siguientes 72 horas.

IMPLANTACIÓN

Este proyecto se ha elaborado en 3 fases:
Comenzó con un proyecto piloto en tres UE con 23 camas de hospitalización, realizado entre junio y diciembre de 2020. Al finalizar este periodo se evaluaron los resultados y satisfacción del personal mediante encuestas. Finalmente se extendió al resto de UE de manera progresiva hasta incluir las 11 UE con SAD.

RESULTADOS

Como resultado de la implantación de este circuito las peticiones de medicación por parte de enfermería tuvieron una mediana de reducción del 74% (54% - 84%) en las UE en las que se desarrolló el piloto, respecto al mismo periodo del año anterior.
Así mismo se realizó una encuesta al personal de enfermería (N=20) en la que un 100% consideró útil la implantación de esta medida, un 70% había notado una reducción en la medicación que debía solicitar y un 100% deseaba que la medida continuara más allá de la prueba piloto.

LIMITACIONES

Este circuito de entrega se realiza una vez al día, y solo de lunes a viernes por lo que las nuevas prescripciones realizadas después de la obtención de los listados y aquellas realizadas en fin de semana quedan fuera de este circuito, y por tanto deben seguir siendo solicitadas por el personal de enfermería. A ello hay que sumar que este proyecto no es aplicable a las unidades de cuidados intensivos, reanimación postanestésica y cuidados cardiológicos agudos al tener un programa de prescripción independiente que no comunica con el resto de programas de prescripción.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este proyecto es completamente aplicable a otros servicios de farmacia que dispongan de SAD y prescripción electrónica comunicada con ellos.

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

81. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CONTRATOS RÍO HORTEGA Y JUAN RODÉS ENTRE ESPECIALISTAS DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES

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

OBJETIVOS
El Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) convoca anualmente la Acción Estratégica en Salud (AES) con fondos destinados a la contratación de personal investigador con Formación Sanitaria Especializada. A pesar de que la consecución de los contratos Río Hortega (RH) y Juan Rodés (JR) se incrementa anualmente entre los farmacéuticos de hospital, la farmacia hospitalaria (FH) no está entre las especialidades con más éxito en estas convocatorias. El objetivo de este trabajo es conocer la situación real de solicitudes de contratos RH/JR, propuestas, acciones, logros y obstáculos encontrados por los especialistas de FH en los últimos cinco años.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se elaboró una encuesta con preguntas relacionadas con la situación del farmacéutico especialista solicitante (comunidad autónoma, hospital y tiempo transcurrido tras finalizar la residencia/RH hasta realizar la solicitud), preguntas relacionadas con la solicitud (año, estado de la concesión, campo en el cual se desarrolla, investigador principal) y las perspectivas de futuro. El formulario se realizó a través de la plataforma Formularios de Google y se envió por correo electrónico través de la listaSEFH a farmacéuticos de hospital en España en noviembre de 2020.

RESULTADOS
Se recibieron un total de 21 respuestas, 17 en relación a contratos RH y 4 JR. El 43% de las solicitudes se realizaron desde hospitales andaluces, el 19% desde hospitales gallegos, 14% catalanes, 14% navarros y un 10% desde hospitales valencianos. El 43% de los encuestados realizaron la solicitud en el último año de la residencia o contrato RH (para las JR), el 19% tras el transcurso de un año y el 38% tras 2 o más años. Sólo 4 solicitudes fueron denegadas (todas ellas RH) y, entre las concedidas, el 24% desarrolla su proyecto de investigación dentro del servicio de FH, el 59% no lo hace dentro del servicio aunque mantiene una vinculación estrecha y el 17% no tiene relación directa con la FH. Las propuestas pertenecen principalmente a los campos de genética, enfermedades infecciosas y farmacocinética. Entre las 13 RH concedidas, sólo 1 disponía de un investigador principal especialista en FH. En cuanto a las perspectivas de futuro, el 62% de los RH afirman tener intención de solicitar una JR, el 23% no lo tienen claro y el 15% no contemplan solicitarla, mientras que entre los JR, sólo la mitad considera que puede consolidar su plaza como facultativo especialista.

CONCLUSIONES
La mayoría de las solicitudes son realizadas tras finalizar la residencia o contrato RH (para la JR). Sin embargo, gran parte de estos especialistas no desarrollan sus investigaciones dentro de la FH y, además, es muy excepcional que un farmacéutico de hospital lidere la solicitud del proyecto. Es necesario fomentar que los especialistas opten a estas convocatorias públicas competitivas para incrementar de este modo la captación de fondos en los Servicios de FH, mejorar su visibilidad (colaboraciones multidisciplinares), credibilidad (publicaciones científicas) y la creación de nuevas capacitaciones asistenciales derivadas de sus líneas de investigación.

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

109. DESARROLLO DE UN CUADRO DE MANDOS DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA DE UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES
ALONSO MORENO M, FERNANDEZ RUBIO B, SANTOS RAMOS B, GIL NAVARRO MV, ABDEL KADER L, FLORES MORENO S
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS
Crear un cuadro de mandos de la actividad de investigación de un Servicio de Farmacia (SF) de hospital terciario y validarlo con datos de 2020.

MEJORAS ESPERADAS
Promover una gestión de la investigación en base a datos contrastados y seleccionados por su relevancia.

DISEÑO
Búsqueda bibliográfica y en literatura gris de cuadros de mandos precedentes e indicadores de investigación de SF. Selección de indicadores y construcción del cuadro de mandos mediante expertos. Validación de la estructura mediante sesión clínica en el SF y de la utilidad mediante cumplimentación con datos de 2020.

CIRCUITO Y ETAPAS
1.- Búsqueda 2.- Elaboración de batería de indicadores. 3.- Selección por el grupo investigador de los más operativos. 3.- Construcción del cuadro de mandos. 4.- Implementación de datos de 2020.

IMPLANTACIÓN
Enero 2021: búsqueda y recogida de datos. Febrero 2021: desarrollo y difusión del cuadro.

RESULTADOS
CUADRO DE MANDOS RESULTANTE
Documentos identificados: 1) “Cuadro de Mandos Jerarquizado para Servicios de Farmacia Hospitalaria”, SEFH. 2009 (http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/GDPCM/Cuadro_Mandos_Jerarquizado_Servicios_Farmacia_SEFH.pd)2) “Manifiesto de Leiden sobre indicadores de investigación”. Hicks et al. (2015). Nature, 520, 429-431
Estructura del cuadro de mandos:
* INFRAESTRUCTURA: A) Personas; B) Doctorado; C) Proyectos (solicitados, activos financiados, activos no financiados); D) Redes.
* RESULTADOS: A) Patentes y modos de utilidad; B) Publicaciones (D1; Q1; Q2; en revistas JCR; en revistas no JCR); Premios; Factor de impacto (JCR) anual/acumulado.

* DATOS INDIVIDUALES (Solo staff): Índice H; N.º artículos JCR; N.º artículos NO-JCR; Artículos-Q1, Artículos-Q2
A destacar:
• Se analizaron datos totales-Farmacia y por cada línea de investigación: Grupo Chronic-Pharma; Grupo Antibióticos; Grupo Farmacia-Oncológica.
• Se hizo distinción entre proyectos/artículos "de Farmacia" (IP/CoIP o bien 1º, último, correspondencia) y "De otros servicios con colaboración de Farmacia" (otras posiciones)
• Se descartó incluir comunicaciones por su nulo interés.
DATOS 2020:
- INFRAESTRUCTURA: 9 doctores sobre 30 FEAs (3 Chronic-Pharma; 3 Antibióticos; 3 no adscritos); Ninguna intensificación; 2 investigadores de carrera (Río Hortega). 1 tesis leída, 1 dirigida y 8 en preparación. 3 proyectos presentados y 3 en curso liderados por farmacia que suman 123,795€ de financiación. Farmacia participa en 11 proyectos liderados por otros servicios.
- RESULTADOS: 21 artículos liderados por farmacia (14 en revistas JCR) (12 Chronic-Pharma; 8 Antibióticos; 1 Farmacia-Oncológica). Ningún artículo en D1; 8 en Q1; 2 en Q2. Farmacia colaboró en 7 artículos liderados por otros servicios. Factor de Impacto 2020 de farmacia de 41,58 (Antibióticos 23,78; Chronic-Pharma 14,06; farmacia Oncológica 3,74). Dos premios de investigación nacionales.

LIMITACIONES
La creación del cuadro de mandos está basada en opinión de expertos porque no se encontraron referencias bibliográficas y antecedentes previos más allá de los citados. Debido a la pandemia, los datos de 2020 pueden estar sesgados. No todo el staff está registrado en portales de soporte de CV y ha calculado su índice H.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Aplicable directamente a otros SF de hospitales de tercer nivel. Adaptable para SF de otros tipos de hospitales. A disposición por contacto con los autores.

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

116. ¿SON DE CALIDAD LAS APLICACIONES MÓVILES DESTINADAS A PACIENTES HEMATOLÓGICOS?

AUTORES
NARRILLOS MORAZA Á, GÓMEZ MARTÍNEZ-SAGRERA P, ESCUDERO VILAPLANA V, COLLADO BORELL R, AMOR GARCÍA MÁ, RUIZ BRIONES P, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS
El gran número de apps de salud disponibles para patologías hematológicas y su potencial impacto sobre los pacientes hacen necesario una evaluación transparente, objetiva e integral de ellas. La metodología más extendida para evaluar la calidad de las apps es la metodología MARS (Mobile Application Rating Scale). Nuestro objetivo fue analizar la calidad de las apps orientadas a pacientes diagnosticados de las principales patologías hematológicas utilizando la metodología MARS y clasificarlas según criterios de calidad.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, descriptivo y transversal de todas las apps disponibles para Android e iOS destinadas a pacientes diagnosticados de patologías hematológicas o a sus cuidadores. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: anemia, blood cancer, hematology, hemophilia, hemorrhage, leukemia, lymphoma, multiple myeloma, thalassemia, thrombocytopenia y thrombosis. Las apps se descargaron y evaluaron en febrero 2021. Se utilizó el cuestionario MARS, que analiza 5 áreas (compromiso, funcionalidad, estética, información y evaluación subjetiva) con una puntuación del 1 al 5. Los datos fueron analizados por dos investigadores independientes. Se analizó el índice de concordancia entre los evaluadores mediante el coeficiente kappa de Cohen (K).

RESULTADOS
Se analizaron 88 apps en total. De ellas, 54 (61,4%) estaban disponibles para Android, 26 (29,6%) para iOS y 8 (9,1%) para ambos sistemas operativos. 82 apps (93,2%) eran gratuitas y 43 (48,9%) se habían actualizado en el último año. 23 apps (26,1%) estaban destinadas a pacientes con anemia; 14 (15,9%) a leucemia y 11 (12,5%) a hemofilia. Las principales funcionalidades fueron: informativa (59; 67,1%), preventiva (24; 27,3%) y autodiagnóstico (5; 5,6%). 23 de las apps (26,1%) habían sido desarrolladas por una organización sanitaria. La puntuación media en la escala MARS de calidad general de las 88 apps fue de 3,0 (rango 1,2-4,9). En 42 apps (47,7%) el valor fue inferior al 2,5/5. "Funcionalidad" fue la categoría con la puntuación promedio más alta (3,4; DE=1,1) y "Evaluación subjetiva" la más baja (2,6; DE=1,28). 47 apps (53,4%) no alcanzaron el 3/5 (aceptable) en la categoría "Información", relacionada con la fiabilidad general de la aplicación. Las apps para iOS y aquellas desarrolladas por organizaciones sanitarias obtuvieron puntuaciones superiores al resto ($p < 0,001$ en ambas). Las apps de pago también obtuvieron mejor puntuación ($p=0,049$). La fuerza de la concordancia entre evaluadores fue buena ($K=0,78$).
Las aplicaciones que obtuvieron la mayor puntuación fueron: "Multiple Myeloma Manager", "Hodgkin Lymphoma Manager", "Focus On Lymphoma", "ALL Manager" y "CLL Manager".

CONCLUSIONES
Existe una gran heterogeneidad en la calidad entre las distintas apps para pacientes hematológicos. La mayoría de las apps revisadas fueron de carácter informativo, de baja calidad y muy pocas estaban destinadas a cómo manejar la enfermedad tras el diagnóstico, a gestionar el tratamiento y a monitorizar los potenciales síntomas y/o efectos secundarios. La participación de profesionales sanitarios incrementó significativamente su calidad de forma objetiva.

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

122. SYMBALOO COMO HERRAMIENTA DIGITAL DIRIGIDA A PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

AUTORES
DÍAZ DÍAZ CL, MONTERO DELGADO A, PLASENCIA GARCÍA I, DÍAZ RUÍZ P, ALVAREZ TOSCO KI, MARTIN LOPEZ A, GONZÁLEZ GARCÍA I, MERINO ALONSO FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CARRETERA ROSARIO N.145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
Elaborar un escritorio virtual compuesto por enlaces a páginas web, documentos virtuales y otros recursos digitales de utilidad para pacientes trasplantados hepáticos.
Facilitar la gestión de información fiable y de calidad para el paciente trasplantado ganando eficiencia en tiempo para gestionar la información clínica que hay en la red.
Mejorar la comunicación con el personal sanitario.

MATERIALES Y MÉTODOS
La herramienta seleccionada para elaborar el escritorio virtual fue Symbaloo® (symbaloo.com), ya que permite organizar en una única página web multitud de enlaces de una forma muy funcional, gratuita y fácil de utilizar.
Se seleccionaron enlaces de sitios web con información veraz, fiable y adecuada para incorporarlos a un webmix de Symbaloo.
Esta información fue seleccionada por parte de un equipo multidisciplinar integrado por médicos especialistas en digestivo, medicina preventiva, farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria y enfermeros. La propuesta ha sido enviada a la Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH) para futuras aportaciones relevantes.
Adicionalmente, el escritorio fue presentado en unas jornadas autonómicas multidisciplinares sobre el paciente trasplantado hepático a las que asistieron pacientes trasplantados hepáticos que aportaron enlaces de interés para que fueran añadidos al webmix de Symbaloo.
El escritorio virtual se clasificó en secciones separadas por colores para organizar la información ofrecida al paciente acorde a la temática de la misma.
Posteriormente se diseñó una hoja de prescripción web con instrucciones para usar el escritorio virtual.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 16 enlaces web en el escritorio virtual llamado “Mi trasplante”, organizados en 5 secciones:
-Información sobre la enfermedad y preguntas frecuentes.
-Guías clínicas oficiales, protocolo de vacunación y organizaciones nacionales.
-Federaciones y grupos de apoyo nacionales y autonómicos.
-Información general sobre recomendaciones higiénicas, de alimentación, ejercicio físico, etc.
-Información sobre tratamientos farmacológicos, correcto uso de medicamentos y calendario de dosificación.
Posteriormente, se elaboró una hoja de prescripción web que incorpora un código QR para que sea escaneado con el teléfono móvil del paciente y así facilitar el acceso al escritorio virtual desde el momento en el que se realice la atención farmacéutica.
En ella se incluyen instrucciones de uso del escritorio y un correo electrónico para que los pacientes puedan enviar sus recomendaciones y necesidades que les vayan surgiendo para poder actualizarlo.
Se muestra imagen de la estructura que tiene el escritorio electrónico en el momento actual, al inicio del proyecto.

CONCLUSIONES
Los profesionales sanitarios podemos adquirir un rol proactivo de “prescriptor” de contenidos digitales ofreciendo herramientas online que mejoren la alfabetización digital en salud de los pacientes.
Symbaloo es una plataforma digital con potencial utilidad para aportar al paciente crónico trasplantado información de calidad y recursos web útiles para ellos.
El trabajo multidisciplinar resulta clave para el óptimo desarrollo de este tipo de proyectos y obtener el máximo beneficio para el paciente.

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

138. EVALUACIÓN DE LAS APLICACIONES PARA SMARTPHONE ORIENTADAS A PACIENTES CON HEMOPATÍAS MALIGNAS

AUTORES
BÁEZ GUTIÉRREZ N, RODRÍGUEZ RAMALLO H, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ M, ABDEL-KADER MARTÍN L
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS
Realizar una revisión de las aplicaciones de Smartphone (Apps) destinadas a pacientes diagnosticados con hemopatías malignas, analizar sus características y evaluar su calidad.
Comparar la calidad de las APPs en las dos plataformas estudiadas de acuerdo a sus características.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, transversal, descriptivo de las Apps dirigidas a pacientes con hemopatías malignas o sus cuidadores. La búsqueda se realizó en el mes de abril de 2021, en App Store (iOS) y Play Store (Android).
Los términos empleados fueron: “hematología”, “leucemia”, “cáncer de sangre”, “linfoma” y “mieloma”. Se incluyeron apps en castellano o en inglés. Todas las aplicaciones identificadas fueron descargadas y evaluadas.

Se recogieron las siguientes variables: nombre, plataforma, categoría, idioma, coste, fecha de actualización, destinatario, finalidad, y participación de profesionales sanitarios.
Para evaluar la calidad de las Apps se empleó la herramienta MARS. Esta herramienta consta de 5 dominios: Interacción, Funcionalidad, Estética, Información y Valoración Subjetiva que se evalúan del 1 (inadecuado) al 5 (excelente). La media de puntuación de las aplicaciones fue comparada mediante t de student.

RESULTADOS

Se identificaron 22 apps disponibles en las plataformas (9 en Android, 5 en iOS y 8 en ambas). Las categorías más frecuentes fueron: Medicina 50% (11) y Salud y Bienestar/forma física 36,4% (8). 18 estaban disponibles en inglés, una en castellano y tres en ambos idiomas. El 100% (22) eran gratuitas. El 36,4% (8) fueron actualizadas en 2020 y 13,6% (3) en 2021.
El 31,4% (7) proporcionaban información general sobre hemopatías malignas. El resto estaban dirigidas a pacientes con mieloma múltiple (3), leucemia linfocítica crónica (3), linfoma (2), leucemia linfocítica aguda (2), leucemia mieloide crónica (2), leucemia/linfoma (2).
El 45,5% (10) tenían más de una finalidad. Las más frecuentes fueron: información general 95,5% (21), registro de síntomas 36,4% (8), registro de tratamientos 31,8% (7), contacto con otros pacientes 36,4% (8). En el 45,5% (10) intervinieron profesionales sanitarios.
La puntuación media de MARS fue 3,05 (rango 1,53 - 4,2), considerándose este valor como aceptable. Las puntuaciones del apartado funcionalidad fueron similares entre las apps. Las mayores diferencias se encontraron en los apartados información y estética, para los cuales sólo el 59 % y 70% de las apps mostraron puntuaciones aceptables (> 3) respectivamente.
Las Apps de iOS fueron estadísticamente superiores a las de Android; +0,66 puntos (p=0,029). Las Apps que estaban disponibles en ambas plataformas obtuvieron mejor puntuación; +0,85 puntos (p=0,023). La participación de profesionales sanitarios tuvo un impacto positivo en las valoraciones de las Apps; +0,91 puntos (p =0,01).

CONCLUSIONES

Se encontró un bajo número de Apps orientadas a pacientes con hemopatías malignas, siendo la calidad de las mismas aceptable.
Nuestros resultados sugieren que la participación de profesionales sanitarios en el desarrollo de las apps puede favorecer a un aumento de la calidad de las mismas.

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

184. INFORMATIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

AUTORES

BAÑUELOS MARTINEZ S, COROMINAS GARCIA N, SOY MUNER D, CARCELERO SANMARTIN E, SOTOCA MOMBLONA JM, ARNAIZ GARGALLO JA, CAMACHO HERNANDO C
HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA. VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Crear e implantar un sistema informatizado de solicitud de inclusión y exclusión de medicamentos para agilizar y lograr una mayor eficiencia de este procedimiento.

MEJORAS ESPERADAS

Facilitar la tramitación y el acceso inmediato a la información de las solicitudes.
Evitar errores potenciales derivados de la comunicación teléfonica y/o escrita de los usuarios implicados así como la demora del tiempo que ello supone.
Permitir y facilitar la trazabilidad del proceso.
Establecer la información mínima requerida evitando la omisión de datos necesarios para la valoración de la solicitud.

DISEÑO

Para una integración mejor y sencilla se eligió una herramienta informática previamente implantada y validada en el hospital, con un sistema de transacciones conocidas por la mayoría de usuarios del Hospital.

CIRCUITO Y ETAPAS

La Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT), órgano consultor asistencial del Hospital, de composición multidisciplinar, incluye un representante de cada Instituto médico del Hospital.
La CFT evalúa las solicitudes de inclusión y exclusión de los medicamentos emitiendo el correspondiente dictamen con objeto de elaborar y actualizar la guía farmacoterapéutica del hospital.
La operativa de la aplicación incluye los siguientes pasos:
1. Instituto médico:
a) El representante de cada Instituto en la CFT inicia la solicitud cumplimentando los datos técnicos requeridos, a la que puede anexar información complementaria.
b) A continuación, la solicitud es visualizada por el Jefe de Gestión Económica y el Director del Instituto para su revisión y validación.
2. CFT:
La secretaría de la CFT revisa los datos introducidos en la solicitud y asigna un evaluador.
Los miembros evaluadores reciben la solicitud en su correo electrónico y elaboran el informe técnico correspondiente, anexándolo al sistema.

Una vez celebrada la reunión de la CFT se elabora el acta con el dictamen acordado para cada una de las solicitudes y se adjunta en el sistema. Cada uno de los usuarios puede acceder a esta información.
3. Dirección Médica:
La Dirección Médica visualiza el acta de la CFT para proceder a su validación definitiva.
Finalizado el proceso se procede a la actualización de la guía farmacoterapéutica del hospital.

IMPLANTACIÓN

Años 2016 - 2018: Estudio y desarrollo del nuevo circuito.
Año 2018: Implantación definitiva y puesta en marcha del nuevo circuito informatizado.

RESULTADOS

Desde el inicio del proyecto en el año 2016, se han gestionado un total de 163 solicitudes de las cuales 96 corresponden al período de implantación del sistema (2016-2018).
Con el procedimiento informatizado no se han producido demoras en el tiempo de tramitación (inicio de la solicitud hasta su valoración en la CFT), pérdidas de solicitudes, errores en la tramitación.
Se dispone de un punto de consulta inmediata de la información y se ha mejorado la trazabilidad del procedimiento.

LIMITACIONES

Fue preciso un período de formación a los médicos representantes de los institutos médicos en relación al nuevo circuito de transacciones informáticas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El uso práctico de la aplicación favorece la eficiencia de la CFT mediante una mejora en el entorno de trabajo, así como en la comunicación entre los miembros de la CFT.

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

192. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA AUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: RESULTADOS TRAS UN AÑO DE FUNCIONAMIENTO.

AUTORES

PLACERES ALSINA MM, CASTELLÀ KASTNER M, RODRÍGUEZ CORNEJO C, SEIJAS BABOT N, HERNÁNDEZ CARCERENY C, PÉREZ VERA JL, SOY MUNER D
HOSPITAL CLINIC. VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Implantar un sistema automático de dispensación (SAD) asociado a la prescripción electrónica en una unidad de hospitalización a domicilio (HDOM) dotada de 48 camas transversales y 6 camas de Salud Mental.

MEJORAS ESPERADAS

- Mejorar la dinámica de trabajo tanto en el Servicio de Farmacia (SF) como en el dispositivo de HDOM, descongestionando los sistemas de carrusel vertical en las horas punta de preparación de carros de unidosis y evitando desplazamientos de personal y extravíos de medicación en la distribución intrahospitalaria de los tratamientos.
- Aumentar el número de pacientes en el dispositivo de HDOM sin depender de la preparación de medicación por parte del SF como factor limitante.
- Cambiar la dispensación de 7 días de tratamiento para cada paciente a una retirada diaria de medicación del SAD, lo que se espera que contribuya a aumentar la seguridad del proceso de dispensación y a reducir el número de reclamaciones y devoluciones.

DISEÑO

Se dimensionó el tamaño del SAD y la cantidad de referencias a incluir en función del número previsto de pacientes, características de éstos e historial de consumos de medicación.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se realizó el montaje, reposición inicial y puesta a punto del SAD en el SF. Se trasladó a la unidad de HDOM, se asignaron usuarios y contraseñas y se realizó la formación de todo el personal de enfermería por turnos. Se organizó la reposición periódica del SAD desde el SF, inicialmente solo en días laborables y posteriormente todos los días de la semana.

IMPLANTACIÓN

En marzo de 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2, se comenzó a utilizar el SAD.

RESULTADOS

Inicialmente se incluyeron 320 referencias en el SAD, que fueron ampliadas hasta las 382 que tiene en la actualidad.
Entre marzo de 2020 y febrero de 2021 el programa de HDOM atendió a 2355 pacientes, con un total de 84161 retiradas de medicación, 85068 unidades repuestas y un porcentaje medio de 16,4 dispensaciones de medicamentos no incluidos en el SAD, siendo este más elevado los primeros meses de utilización.
Las unidades dispensadas disminuyeron de 168570 en 2019 a 147697 en 2020. Las devoluciones se redujeron un 49,4% (16940 en 2019 - 8740 en 2020).
El coste anual de los tratamientos dispensados pasó de 430326 € en 2019 a 412776 € en 2020.
La implantación del SAD fue bien acogida por parte del personal de la unidad de HDOM.

LIMITACIONES

El uso del SAD supone un incremento del tiempo de enfermería necesario para la retirada de medicación. Se dispone de un solo punto de retirada, que se satura en algunas franjas horarias.

El armario está configurado para hacer salidas por toma de medicación. Al realizarlas para 24 horas de tratamiento hay que modificar manualmente las cantidades, lo que puede inducir a error.
Se detecta la aparición de nuevas incidencias: Discrepancias, errores del dispositivo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La utilización de SADs es aplicable a dispositivos de HDOM, siendo fácilmente adaptable a incrementos en el número de pacientes hospitalizados.

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

200. EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SOPORTE A LA DECISIÓN CLÍNICA MEDIANTE LA METODOLOGÍA VALIDATE

AUTORES
FERNÁNDEZ BARCELÓ C, CALVO CIDONCHA E, CAMACHO HERNANDO C, SAMPIETRO COLOM L
HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA. AVD. VILLAROEL. BARCELONA

OBJETIVOS

Actualmente la evaluación de tecnologías sanitarias se basa en el análisis de beneficios principalmente clínicos y económicos (Hechos). Este abordaje resulta insuficiente considerando los desafíos tecnológicos del siglo XXI. La metodología VALIDATE (https://validatehta.eu/) proporciona una evaluación integral incorporando a la evaluación tradicional, el análisis de la heterogeneidad de las percepciones de las partes interesadas (Valores). El objetivo es evaluar los sistemas de soporte a la decisión clínica (SSDC) utilizando la metodología VALIDATE.

MATERIALES Y MÉTODOS

La evaluación consta de dos etapas.
1) Se realizó una revisión sistemática en PubMed, Cochrane y Web of Science que se complementó con una revisión de literatura gris. Pregunta PICO: Población: indiferente; Intervención: SSDC diseñado para disminuir los errores de medicación; Comparador: indiferente; Resultados: Eficacia y aceptabilidad. Se incluyó cualquier tipo de publicación entre 2000-2020. Se aplicó la guía PRISMA.
2) Con los datos extraídos (por pares) se realizó una reconstrucción de los marcos interpretativos de los diferentes perfiles profesionales implicados en el uso de SSDC. Estos datos sirvieron para identificar las lagunas de conocimiento y/o aspectos sin consenso. Posteriormente, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a cada uno de los perfiles implicados para completar la información necesaria. Los aspectos abordados en la entrevista fueron: Definición del problema (errores de medicación); Evaluación de posibles soluciones; Impacto de la tecnología en el futuro y posibles barreras y facilitadores percibidos. Se utilizó el análisis de contenido para la integración y evaluación de los datos.

RESULTADOS

Se identificaron 572 artículos. Se seleccionaron 21 artículos relacionados con la evaluación de la eficacia de los SSDC y 12 con la evaluación de la aceptabilidad.
Se observan resultados consistentes a favor de los SSDC en relación a su eficacia en los distintos ámbitos evaluados: prevención de eventos adversos, reducción de hospitalización, adherencia a las guías y detección de omisiones, duplicidades, interacciones, medicamentos contraindicados o que requieren ajuste posológico. Por el contrario, los estudios que evaluaron la aceptabilidad reflejan que los SSDC no están plenamente aceptados en la práctica clínica y que la tasa de rechazo de las alertas es elevada [47.60%-91%]. Entre las barreras identificadas destacan: fatiga por alertas, falta de interoperabilidad, alertas basadas en conocimiento no actualizado y escasa formación acerca de su funcionamiento a los usuarios finales. Los datos de aceptabilidad de los SSDC proceden mayoritariamente de estudios en profesionales médicos. Las percepciones del resto de perfiles profesionales no están bien documentadas.
Para complementar la información se entrevistaron a 12 profesionales (2 médicos; 2 enfermeras; 2 farmacéuticos; 2 informáticos médicos; 1 informático técnico; 3 proveedores de servicios). El análisis de contenido de las entrevistas está en proceso.

CONCLUSIONES

La aplicación de la metodología VALIDATE en los SSDC nos permite una evaluación más inclusiva que considera los hechos y los valores asociados a este tipo de tecnología. Ambos aspectos son claves ya que, aunque los SSDC han demostrado ser eficaces, su aceptabilidad no es completa. En este caso, los valores de las partes implicadas afectan negativamente al resultado de los SSDC, siendo necesario analizarlos para la correcta definición del problema y su abordaje.

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

271. ENCUESTA NACIONAL DE UTILIZACIÓN DE APLICACIONES MÓVILES EN PACIENTES CON HEMOFILIA A Y B

AUTORES
MEGÍAS VERICAT JE, BONANAD BOIX S, DOMENECH VALLS M, PALOMERO MASSANET A, RODRIGUEZ LOPEZ M, SANTANDREU ESTELRICH MM, MONTE BOQUET E, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE DE VALENCIA. AVINGUDA DE FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106, 46026. VALENCIA

OBJETIVOS

En los últimos años se han desarrollado diferentes apps que sirven como sistemas de registro compartido entre pacientes y sanitarios. Queremos analizar la experiencia en el uso de apps en pacientes hemofílicos a nivel nacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico empleando un encuesta mediante un formulario de Google® constituido por 25 preguntas, 3 abiertas y 22 cerradas (5 dicotómicas, 12 de opción múltiple con una respuesta, 4 de respuesta múltiple y 1 escala

de Likert). Once preguntas estaban ya incluidas en dos encuestas previas (2017 y 2019). La encuesta contó con la colaboración de asociaciones de hemofilia (Asociación Hemofilia Comunidad Valenciana y Federación Española Hemofilia) que ayudaron a su distribución (e-mail, redes sociales) a pacientes con hemofilia y otras coagulopatías. Se evaluaron las respuestas registradas tras 2 semanas.

RESULTADOS

La encuesta se distribuyó a 116 pacientes y la contestaron 60 (51,72%), 65% pacientes y 35% cuidadores. La mediana de edad de los pacientes fue 29,75 años y el 98,3% fueron varones. El 86,7% padece hemofilia A, 11,7% hemofilia B y 1,7% otras coagulopatías.
Actualmente, el 91,7 % registra periódicamente las administraciones, empleando el 78,3% apps móviles (2017:15.8%; 2019:70%). Respecto a sus preferencias, el 90% prefiere las apps para el registro (2017:73,7%; 2019:88,5%) frente al método manual (10%). Las apps más empleadas fueron: Haemoassist (35%), Florio (28,3%), Microhealth (3,3%), myPKfit app (1,7%) y myWAPPS (1,7%), frente a un 21,7% de pacientes que no emplean apps.
De las funcionalidades ofrecidas por las apps, se consideran más útiles: registro de las administraciones y los sangrados (81,7%; 2019:77,5%), recordatorios (45%) y registro fotográfico de las hemorragias (26,7%). Además les gustaría que las apps incluyeran: comunicación directa con el médico/farmacéutico (61,7%), recordatorio de citas médicas (60%) y estimación del nivel de factor (30%). El 85% de los pacientes percibe que el empleo de apps mejora la adherencia al tratamiento.
Respecto al registro en apps, el 56,7% registra justo después de la infusión, empleando < 3 minutos (73,3%) y al 75% le resulta fácil el manejo. El 53,3% de los pacientes nunca tuvieron problemas con la app, siendo los más comunes: introducir número de lote (26,1%) y reinstalación tras cambio de móvil (26,1%). El 91,1% opina que es necesario tener una persona de contacto y el 94,6% confía en la confidencialidad.
El 71,7% de los encuestados afirma que han dejado de utilizar las apps durante un periodo > 3 meses. Las causas más comunes de abandono fueron: problemas con el móvil/app (57,1%), falta de tiempo (21,4%), cambios de pauta (14,3%), falta conocimiento (7,1%). La satisfacción global de los pacientes con las apps fue de 8,4.

CONCLUSIONES

Las apps permiten disponer de datos reportados directamente por el paciente en tiempo real, proporcionando información completa y objetiva. La encuesta realizada muestra que las apps son el método de registro favorito, resultan sencillas, proporcionan registros fiables de gran utilidad y pueden favorecer la adherencia. Destacar la elevada tasa de abandono, quizá influida por la telemedicina y problemas técnicos. Es fundamental educar en uso de apps y establecer una persona de contacto para fortalecer su empleo.

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

388. ¿QUÉ SABEMOS SOBRE LAS APLICACIONES MÓVILES PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS?

AUTORES

ROMERO JIMENEZ RM, ESCUDERO VILAPLANA V, CHAMORRO DE VEGA E, BANIANDRÉS RODRIGUEZ O, MENCHÉN VISO LA, LOBO RODRIGUEZ C, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M
HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN. C/ DR. ESQUERDO, 47. MADRID

OBJETIVOS

El tratamiento y la atención a los pacientes con enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad (EIMIs) ha cambiado radicalmente en los últimos años. Estos pacientes cada vez tienen mayor protagonismo en el manejo de su enfermedad, con mayor autonomía y necesidades de información. Las aplicaciones móviles (apps) son uno de los recursos que más utilizan por su accesibilidad y conexión remota. Sin embargo, no hay una regulación clara en el mercado de apps, existiendo grandes incertidumbres en cuanto a su fiabilidad y funcionalidades.
Nuestro objetivo fue realizar una revisión de todas las apps disponibles para pacientes con EIMIs y analizar sus principales características.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de apps destinadas a pacientes con EIMIs en Apple Store y Play Store entre el 5 al 14 de abril. Los criterios de búsqueda fueron: “ankylosing spondylitis”, “Crohn’s disease”, “IBD”, “inflammatory bowel disease”, “immune-mediated inflammatory diseases”, “immune-mediated inflammatory disorders”, “psoriasis”, “psoriatic arthritis”, “rheumatoid arthritis” y “ulcerative colitis”. Criterios de inclusión: 1) contenido relacionado con IMIDs, 2) orientadas a pacientes, 3) idioma inglés o español. La selección de apps se realizó con la metodología PRISMA.
Las variables registradas fueron: nombre de la app, tipo de EIMI, sistema operativo, idioma, categoría de la app, coste, fecha de actualización, tipo de desarrollador y funcionalidades.
La evaluación se realizó por dos investigadores independientes y su concordancia se evaluó mediante coeficiente kappa de Cohen (K).

RESULTADOS

Se identificaron 713 apps y se incluyeron 243 (37.0% Android, 27.2% iOS y 35.8% ambos). El 48.5% pertenecían a la categoría de “salud y bienestar” y el 37.9% a “Medicina”. El 82.3% de apps fueron gratuitas, con un coste medio de 9.1 (DE=10.6) euros. En el 41.1% de las apps había participado algún profesional sanitario en su desarrollo. La mediana de tiempo desde la última actualización fue 18.5 (DE=19.3) meses. Se encontraron diferencias entre Android e iOS en el tiempo desde la última actualización 16.2 (DE=14.7) meses vs. 30.3 (SD = 25.7) meses y en las apps de pago 14.4% vs. 24.2%; respectivamente.

Las funcionalidades más frecuentes fueron: información general sobre estilos de vida, nutrición o ejercicio (55.6%), información específica sobre la enfermedad o tratamiento (42.0%), registro de síntomas o efectos adversos (21.0%), agenda/calendario (18.1%), alertas sobre medicación (16.9%) y 16.9% registro de PROs. El 60.5% de las apps tenían más de una funcionalidad.
La concordancia entre evaluadores fue muy buena (K=0,868).

CONCLUSIONES

Existe una gran variabilidad en las características de las apps orientadas a pacientes con EIMIs. Estas herramientas pueden servir de apoyo en el autocuidado de los pacientes, especialmente respecto a su formación, ya que es su funcionalidad más frecuente. Sin embargo, existen incertidumbres respecto a su fiabilidad, ya que más de la mitad de las apps no habían sido actualizadas en el último año o no había participado ningún profesional sanitario en su desarrollo. Este tipo de estudios son necesarios para establecer las bases de la prescripción de apps por los profesionales sanitarios.

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

402. EL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA MEDIADAS POR LA INMUNIDAD ANTE LA EHEALTH: NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD

AUTORES

CHAMORRO CHAMORRO-DE-VEGA E, ROMERO SANCHEZ RM, AIS LARISGOITIA A, LOBATO MATILLA E, MENCHEN VISO LA, LOBO RODRIGUEZ C, GONZALEZ FERNANDEZ CM, SANJURO SAEZ M
H.G,U. GREGORIO MARAÑÓN. C/ DOCTOR ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

La expansión de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), así como su aplicación en el sector de la salud ha producido una revolución en la manera en la que se accede a la información sobre salud.
Conocer el perfil de utilización de las TIC en el paciente con enfermedad inflamatoria mediada por la inmunidad (EIMI) y determinar su grado de interés en estas tecnologías para la gestión de su enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo. Se elaboró una encuesta con 27 preguntas diseñada por un equipo multidisciplinar (farmacéuticos/reumatólogos/gastroenterólogos/dermatólogos), que se estructuró en 3 bloques: I) características socio-demográficas, II) utilización de las TIC en la búsqueda de información relacionada con la salud, III) preferencias de uso de las App en salud. Se incluyeron pacientes EIMI en tratamiento con terapias biológicas entre enero-abril 2021. El cuestionario se entregó al paciente en el Hospital de Día o en la consulta de Atención Farmacéutica del Servicio de Farmacia.
Estadística: SPSS 18.0. Para la asociación entre variables categóricas se empleó la prueba chi2 de Pearson y para las variables numéricas la prueba T-Student o la prueba U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Se analizaron 353 encuestas.
Bloque I: Los diagnósticos fueron: patología reumatológica (48,0%), enfermedad inflamatoria intestinal (38,5%) y psoriasis (13,5%). El 11,2% de los pacientes tenían más de una EIMI concomitante. La media de edad fue 40 años (50-58). El 52,3% eran mujeres, el 60,4% estaban laboralmente activos y el 43,8% tenían estudios universitarios. El 54,8% consideraban que su salud era buena o muy buena.
Bloque II: Al 91,3% le interesaba estar informado en salud. El 80,2 % buscaban información en los profesionales sanitarios (PS) y el 62,1% en internet. De éstos, el 90,4 % buscaban en google y el 25,5% en las redes sociales. Las principales finalidades de la búsqueda fueron: información sobre prevención de enfermedades (56,4%), sobre su tratamiento (27,1%) y sobre síntomas de enfermedades (27,1%). El 10,6% de los pacientes consideraban que la información que encuentran en internet era siempre sencilla de comprender. Los pacientes consultaban información en internet sobre su enfermedad o tratamiento antes y después de la consulta médica el 19,7% y 20,2%, respectivamente.
Bloque III: el 97,0 % tenían un Smartphone y el 45,4 % disponían de App en salud, estando relacionadas con la gestión de citas sanitarias el 82,7%. El 96,2 % utilizaría una App si su PS se la recomendase, pero el 34,9 % no pagaría por ello. Al 42,0% le gustaría contactar con su PS a través de una App.
Los pacientes más jóvenes y con estudios superiores utilizaban más frecuentemente App para gestionar sus citas, obtener información sobre su enfermedad y/o tratamientos y controlar sus síntomas ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Los pacientes EIMI mostraron un gran interés en la búsqueda de información sobre su salud a través de las TIC, pero muy pocos consideraban que la información que encontraban en internet era sencilla de comprender. Aunque menos de la mitad disponía de una App en salud, la gran mayoría la utilizaría si se la recomendase un PS.

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

409. IMPLANTACIÓN DE UN MODELO MIXTO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES

MORENO GÓMEZ Á, FURONES APARICIO D, MARTIN CILLERO MT, VALVERDE MERINO MP, RECAREY GERPE V, OTERO LÓPEZ MJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO DE SAN VICENTE 58 - 182. SALAMANCA

OBJETIVOS
A raíz de la pandemia por COVID-19, la atención farmacéutica a pacientes externos requirió un cambio del modelo para adaptarse a las condiciones cambiantes del área y garantizar la cobertura asistencial de los pacientes. El objetivo de este estudio ha sido analizar la actividad de las consultas de farmacia tras la implantación de un nuevo modelo de atención resiliente que combina atención presencial y teleconsulta con dispensación domiciliaria.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo de un año de duración (16/03/2020– 31/03/2021), sobre la evolución de la actividad de las consultas externas de farmacia. Al inicio de la pandemia por COVID-19 se instauró un sistema de teleconsulta con dispensación domiciliaria para todos los pacientes externos citados en el Servicio de Farmacia. Tras el periodo de confinamiento, se evolucionó a un modelo flexible con dos tipos de asistencia: atención presencial a pacientes que acuden al hospital a consulta médica (ajustando citas médicas y farmacéuticas) y teleconsulta con dispensación domiciliaria al resto; cuya cobertura se fue ajustando conforme a las necesidades derivadas de las sucesivas olas.
Para la consulta telefónica, un farmacéutico contacta con cada paciente el día de su cita y comprueba su adherencia al tratamiento, resuelve sus dudas o problemas con la medicación y recaba su consentimiento oral para el envío de los medicamentos. Para la dispensación domiciliaria se dispone un vehículo propio (dispensaciones urbanas/periurbanas), un punto de dispensación en un hospital anejo de otra localidad y un servicio de paquetería externo (resto de dispensaciones). En todos los envíos se garantizan la confidencialidad del paciente y el acondicionamiento de la medicación.
Se analizaron las siguientes variables y su evolución temporal: número total de pacientes atendidos, dispensaciones realizadas por cada modalidad (atención telemática con dispensación domiciliaria y atención presencial) y porcentaje de incidencias detectadas en dispensación domiciliaria definido como la necesidad de realizar un nuevo envío al mismo paciente en un periodo inferior a 14 días.

RESULTADOS
Durante el período estudiado se atendieron 5.581 pacientes en las consultas externas de farmacia. Un 60,5% (3.378) de ellos se benefició del sistema domiciliario en algún momento del período. La asistencia comprendió 14.379 actos presenciales (6,52/paciente) y 17.471 telemáticos (5,17/paciente). El análisis temporal permite establecer una media de 2.487 pacientes/mes. La proporción atendida por cada sistema se adaptó a la situación de confinamiento inicial, desescalada y reapertura de consultas médicas presenciales, identificándose un máximo de atención telemática cercano al 80% en abril de 2020 y estabilizándose al final del período próximo al 50%. Respecto al ámbito de los pacientes con dispensación domiciliaria, un 54,4% eran del entorno urbano/periurbano, un 41,2% de la provincia u otras provincias y un 4,4% de la localidad del centro anejo. Se identificaron 352 (2,01%) incidencias en la distribución domiciliaria.

CONCLUSIONES
La implantación de un modelo flexible de atención presencial y telemática con dispensación domiciliaria permite garantizar la cobertura terapéutica y asistencial, evitando desplazamientos al hospital y sus riesgos inherentes.
El modelo dual diseñado se adapta dinámicamente a las circunstancias y necesidades de cada paciente y situaciones cambiantes de confinamiento.

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

413. IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA INTELIGENTE PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO Y LOS RESULTADOS EN SALUD

AUTORES
CHAMORRO CHAMORRO-DE-VEGA E, RODRIGUEZ GONZALEZ CG, VALERIO MINERO M, MARTIN BARBERO ML, IBAÑEZ GARCÍA S, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M
H.G,U. GREGORIO MARAÑÓN. C/ DOCTOR ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS
Describir el desarrollo e implantación de un Sistema de Soporte a la toma de Decisiones Clínicas (SSDC) para la optimización del tratamiento antimicrobiano en pacientes hospitalizados a tiempo real y la monitorización de los resultados en salud.

MEJORAS ESPERADAS
• Mejora en la selección y ajuste del tratamiento antimicrobiano, mediante la detección automática de pacientes cuyo tratamiento debe optimizarse
• Reducción de las resistencias antimicrobianas y de la mortalidad asociada a la infección
• Vigilancia de los Resultados en Salud mediante un cuadro de mando con indicadores clave
• Trazabilidad de las intervenciones realizadas por el equipo PROA

DISEÑO
El proyecto se ha desarrollado en un hospital de referencia en el abordaje de las enfermedades infecciosas. Desde 2015, el Servicio de Farmacia cuenta con un SSDC que integra los datos de los diferentes sistemas de información del hospital a tiempo real y, mediante la aplicación de algoritmos complejos, genera recomendaciones individualizadas para la optimización de los tratamientos.
Con este proyecto se buscó la integración del SSDC ya disponible con los datos de microbiología para que sirviera como herramienta al equipo PROA en la mejora de los tratamientos antimicrobianos.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Estudio de la viabilidad tecnológica y de la integración del SSDC con los datos de microbiología Servolab.
2. Desarrollo tecnológico del software, que muestra toda la información clínica necesaria para la interpretación de la alerta (aislamiento microbiológico, sensibilidad, tratamiento y resultados de laboratorio). Para ello, se contó con financiación privada competitiva (convocatoria Innovando Juntos de MSD).
3. Incorporación y validación de un paquete de 90 alertas clínicas específicas para el PROA, agrupadas en: a) ajuste posológico según función renal, b) individualización de la terapia según cinética/genética, c) ajuste/suspensión del antimicrobiano, d) terapia secuencial y e) detección de toxicidades bioquímicas/hematológicas. Se consensuó una recomendación individualizada de intervención para cada alerta.
4. Incorporación de las nuevas alertas clínicas y puesta a punto de la tecnología.

IMPLANTACIÓN

El nuevo SSDC se incorporó a la práctica asistencial del equipo PROA en 2018. Las alertas generadas se revisan diariamente y se realiza un seguimiento del valor predictivo positivo de cada alerta para optimizar continuamente su rentabilidad.

RESULTADOS

El número de recomendaciones anuales emitidas por el equipo PROA y aceptadas por el equipo médico ha aumentado de 705-668 durante los 2 años previos a la implantación hasta un máximo de 1.376 en 2020. El 27,3% fueron clasificadas de tipo F/G según los criterios NCC MERP.

Las recomendaciones emitidas con mayor frecuencia fueron: acortar duración (32%), ajustar dosis (25%), terapia secuencial (20%), ampliar el estudio microbiológico (9%), suspensión del antimicrobiano (8%), reducción del espectro espectro (4%) y otros tipos (2%).

Se observó una reducción significativa en el consumo de quinolonas y carbapenemas, pasando de 8,4 a 5,7 y de 15,5 a 5,8 DDD/100 estancias, respectivamente.

LIMITACIONES

La incorporación de alertas complejas relacionadas con el ajuste y suspensión del tratamiento antimicrobiano requiere, en ocasiones, interpretación del lenguaje natural. Actualmente se está trabajando en este desarrollo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este SSDC se está implantando en otros Servicios de Farmacia. La integración de la información en formato estándar HL7 internacional facilita su exportación.

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

433. OPTIMIZACIÓN DEL BOTIQUÍN DE ANTÍDOTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

GUILLÉN MARTÍNEZ O, MIRALLES ANDREU G, GUTIÉRREZ PALOMO S, MATOSES CHIRIVELLA C, JIMÉNEZ PULLIDO IP, NAVARRO RUIZ A

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CALLE ALMAZARA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

Nuestro hospital forma parte de la de la Red de Antídotos, coordinada por el Grupo de trabajo de Antídotos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y la Societat Catalana de Farmacia Clínica (SCFC). El objetivo de este estudio es establecer un botiquín de antídotos optimizado en función de las necesidades de nuestro hospital y acorde a la Red de Antídotos, evaluando el consumo de antídotos en la última década, al ser un hospital de referencia de nivel A.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital general de tercer nivel. Para ello, se evaluó el tipo de antídoto y el consumo en nuestro hospital entre abril de 2010 y abril de 2020. Además, se analizaron los préstamos realizados a otros centros. Los datos se extrajeron del programa informático OrionLogis® y se consultó el listado de antídotos disponibles en España de la Red de Antídotos.

RESULTADOS

Actualmente en la Red de Antídotos hay 18 disponibles, de los cuales, el consumo en nuestro hospital en la última década ha sido: deferoxamina (620 viales), pralidoxima (475 viales), dantroleno (315 viales), alcohol absoluto (100 ampollas), dimercaprol (89 ampollas), anticuerpos antidigoxina (51 viales), fisostigmina (27 ampollas), hidroxicobalamina (2 viales) e idarucizumab (37 viales), cabe destacar que este último fármaco no fue incluido en nuestra guía farmacoterapéutica hasta enero de 2017. No se evaluó el consumo de glucagón por tener otras indicaciones de uso. Respecto a los préstamos realizados a otros hospitales en el mismo periodo, se puede evidenciar que los antídotos solicitados han sido: pralidoxima (298 viales), alcohol absoluto (69 ampollas), anticuerpos antidigoxina (43 viales), dantroleno (36 viales), idarucizumab (4 viales) e hidroxicobalamina (3 viales). Con los datos obtenidos sobre el consumo, los préstamos realizados, y dado que los requerimientos mínimos de cada antídoto para hospitales de nivel A se han establecido en 1 tratamiento paciente día (TPD), se decidió establecer un stock con un total de 10 antídotos. Por lo cual, los 8 restantes quedaron fuera de nuestro botiquín, ya que no fueron necesarios en los últimos 10 años y se comprobó que podrían conseguirse de forma rápida gracias a la Red.

CONCLUSIONES

El botiquín actual de antídotos de nuestro hospital cubre la mayor parte de las situaciones de emergencia y urgencia sanitaria por casos de intoxicación y gracias a la Red de Antídotos se puede optimizar dicho botiquín evitando la caducidad y coste de antídotos teóricamente innecesarios.

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

435. IMPLANTACIÓN Y ADECUACIÓN DE UN MODELO DE ENTREGA INFORMADA DE MEDICACIÓN DURANTE EL PRIMER AÑO DE PANDEMIA COVID-19

AUTORES
PARRO MARTÍN MÁ, MONTERO LLORENTE B, GRAMAGE CARO T, VÉLEZ DÍAZ-PALLARÉS M, RODRÍGUEZ SAGRADO MÁ, ESTEBAN CARTELLE B, ÁLVAREZ DÍAZ AM
HOSPITAL UNIV. RAMON Y CAJAL. CALLE SAN MODESTO. MADRID

OBJETIVOS
Describir la implantación y adecuación de un modelo de entrega informada de medicación (EIM) durante el primer año de pandemia COVID-19.

MEJORAS ESPERADAS
Garantizar la continuidad del tratamiento y del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes vulnerables a la infección por SARS-CoV-2 incluidos en un programa de EIM.

DISEÑO
Se diseñó un procedimiento de trabajo para detallar las nuevas funciones a realizar por auxiliares administrativos(AA), técnicos de farmacia(TAF) y farmacéuticos(FAR).

CIRCUITO Y ETAPAS
Se diseñó un primer procedimiento, el cuál fue adaptado y mejorado tras 6 meses de experiencia, dando lugar al procedimiento 2.
Procedimiento 1
- Llamada telefónica de AA a pacientes citados para obtener el consentimiento para EIM y confirmar datos de entrega.
- El FAR agrupaba a pacientes que habían confirmado EIM en el gestor de citas.
- El FAR revisaba la prescripción electrónica de todos los pacientes y realizaba atención farmacéutica telefónica(AFT) a los que les correspondía y/o presentaban incidencias.
- Las TAF preparaban los paquetes.
Procedimiento 2
Fase 1
- El AA llamó a todos los pacientes citados hasta final de año para ofrecerles la opción de permanecer en el programa de EIM permanentemente. Si aceptaban, se registraba su consentimiento y datos de entrega. A partir de este momento, se dejó de llamar para ofrecer EIM, sólo se ofrecía a los pacientes cuando acudían presencialmente.
- Se creó una agenda específica de pacientes con EIM.
- Se añadió la prestación telefónica en las agendas de FAR para identificar pacientes con AFT.
Fase 2
- Se formó a TAF en resolución de incidencias de EIM (cambios de dirección, pacientes ausentes, rechazo de paquetes).
Fase 3
- Desarrollo de una aplicación informática: informatización de procesos manuales (etiquetas, identificación envíos refrigerados), confirmación de envío por SMS y solicitud de cambios de citas.
Fase 4
- Actualmente se realiza EIM a todos los pacientes que lo solicitan, pero queda pendiente establecer criterios de priorización de pacientes candidatos a EIM.
Fase 5
- Implantación de videollamada en lugar de AFT. Se han realizado videollamadas, pero no se ha implantado en su totalidad debido a no disponer de una plataforma integral adecuada(en diseño).

IMPLANTACIÓN
Procedimiento 1: 1 abril-30 septiembre 2020.
Procedimiento 2:
- Fase 1: 1 octubre 2020 al 28 febrero 2021.
- Fase 2: 1 marzo al 30 abril 2021.
- Fase 3: 1 septiembre 2020 a la actualidad.
- Fases 4 y 5: programadas a lo largo del 2021.

RESULTADOS
Entre 1 abril 2020-31 marzo 2021 se han realizado 31.066 EIM a 7.170 pacientes distintos. La mediana de EIM por paciente fue 7,5. El 83,3% de pacientes residían en Madrid capital. El 31,5% de EIM realizadas fueron refrigeradas. Se han realizado 7.443 consultas AFT.
Asignación de RRHH: La formación a TAF y desarrollo informático ha permitido reducir la dedicación de FAR de 7 horas a 3. Se ha incrementado la plantilla de TAF en 2.

LIMITACIONES
Aumento de la carga de trabajo, por lo que es necesario un incremento de RRHH y económicos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Circuito aplicable a todos los Servicios de Farmacia Hospitalaria con cita previa en las consultas de pacientes externos.

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

461. ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS CON EL PROGRAMA DE TELEFARMACIA Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO: OPORTUNIDADES DE MEJORA

AUTORES
PÉREZ MARGALLO ME, PÉREZ PUENTE P, CANTILLANA SUÁREZ MDG, CABA HERNÁNDEZ C, TENA ALEJANDRE P, DUQUE AGUILAR JJ, RIVADENEYRA ALMANCHEL A, FERNÁNDEZ LISÓN LC
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CACERES. AV. PABLO NARANJO PORRAS, S/N. CÁCERES

OBJETIVOS
Conocer el grado de satisfacción de los pacientes externos que participan en el programa de telefarmacia y dispensación de medicación mediante envío a domicilio. Identificar oportunidades de mejora según los resultados obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, transversal y unicéntrico que incluyó pacientes adheridos al programa de telefarmacia y envío a domicilio llevado a cabo por el Servicio de Farmacia (SF) de un hospital de segundo nivel. Este programa se inició en junio de 2020.
Se diseñó y envió un cuestionario a realizar de manera anónima durante abril de 2021. Éste incluía datos demográficos (edad y sexo) y varios ítems divididos en cuatro bloques: 1) valoración del método de envío (empresa de transporte, horario de envío, cantidad de medicación dispensada y condiciones de conservación de la medicación); 2) atención farmacéutica (comunicación con el SF, atención y resolución de dudas sobre su medicación y vía de comunicación: telefarmacia frente consulta presencial); 3) ventajas del programa (menos visitas al hospital, mejorar conciliación laboral, no disponer de transporte, ahorro de tiempo) y 4) valoración global del programa.
Cada pregunta tenía 5 opciones de respuestas: muy descontento, descontento, indiferente, satisfecho y muy satisfecho. La valoración global se puntuó del 0 al 10.
Una vez recibidas, se elaboró una tabla excel de recogida de datos y se llevó a cabo un análisis descriptivo de variables e ítems incluidos en el mismo.

RESULTADOS
Se enviaron 73 encuestas, siendo respondidas el 84,93% (n=62). El 51,61% (n=32) fueron mujeres y la mediana de edad fue de 53 años (rango:20-90).
El 75,81% (n=47) de pacientes estaba muy satisfecho con la empresa de transporte y el 24,19% (n=15) satisfecho. En cuanto al horario, el 53,23% (n=33) estaba muy satisfecho, el 41,94% (n=26) satisfecho, 1.61% (n=1) indiferente y 3,22% (n=2) muy descontento. El 79,03% (n=49) estaba muy satisfecho con la cantidad dispensada y el 20,97% (n=13) satisfecho. El 75,81% (n=47) estaba muy satisfecho con las condiciones de conservación de la medicación, 20,97% (n=13) satisfecho y 3,22% (n=2) descontento.
El 82,26% (n=51) estaba muy satisfecho con la vía de comunicación con el SF y el 17,74% (n=11) satisfecho. El 80,64% (n=50) estaba muy satisfecho con la atención farmacéutica recibida y el 19,35% (n=12) satisfecho. Respecto al método de telefarmacia, 72,58% (n=45) estaba muy satisfecho, 25,81% (n=16) satisfecho y 1.61% (n=1) indiferente.
El 83,87% (n=52) consideraba ventaja del programa evitar visitas al hospital, 24,19% (n=15) la conciliación laboral, 33,87% (n=21) no disponer de transporte y 25,81% (n=16) el ahorro de tiempo.
La media de la valoración global fue 9,65± 0,53.

CONCLUSIONES
El programa de telefarmacia y dispensación de medicación a domicilio ha tenido muy buena acogida por los pacientes externos. El grado de satisfacción ha sido muy alto (9,65). Destaca el elevado porcentaje de pacientes muy satisfechos con el método de transporte y la cantidad de medicación dispensada. En lo referente a la atención farmacéutica recibida por telefarmacia, también se obtuvieron muy buenas valoraciones.
En un futuro habría que mejorar los horarios de entrega y conservación de la medicación, ya que han sido los ítems en los que se ha obtenido peor valoración.

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

493. ADAPTACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIMIGRAÑA

AUTORES
LÓPEZ PÉREZ A, PASCUAL MARTÍNEZ O, NAVARRO AZNAREZ H, ABAD BAÑUELOS B, PERALES PASCUAL J, CAZORLA PODEROSO L, PÉREZ MORENO M, ABAD SAZATORNIL R
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS
Describir el circuito de validación, atención farmacéutica y seguimiento de anticuerpos monoclonales frente al receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) o su ligando en prevención de migraña.

MEJORAS ESPERADAS
-Garantizar la correcta adecuación al posicionamiento autonómico en la práctica clínica realizando atención farmacéutica integral a pacientes en tratamiento con anticuerpos anti-CGRP.
-Integración del farmacéutico dentro del equipo multidisciplinar en el abordaje de la migraña.

DISEÑO
La comisión autonómica de evaluación de medicamentos elaboró el protocolo de utilización de anticuerpos anti-CGRP con los siguientes criterios: migraña episódica(ME) con ≥8 crisis/mes o migraña crónica(MC), tras fracaso a 3 tratamientos

profilácticos, compromiso del paciente a registrar días de cefalea y consumo de analgésicos.
El médico evalúa efectividad a los 3 y 6 meses. El tratamiento se podrá mantener hasta los 6 meses si ha sido efectivo.
En casos excepcionales en los que se requiera prolongar el tratamiento profiláctico durante más de 6 meses, deberá solicitarse su continuación a la comisión.
Para evaluar efectividad se valoran: media días migraña/mes(DMM) en los últimos 3 meses (respondedor si reducción≥50% o si paso de MC a ME), impacto del dolor de cabeza mediante escala HIT-6 (respondedor si reducción≥5puntos) y grado de discapacidad según escala MIDAS (respondedor si reducción≥5puntos o > 30% si basal > 20).

CIRCUITO Y ETAPAS

-Los farmacéuticos revisan diariamente los dictámenes. En caso de ser favorable, agregan al paciente al programa de pacientes externos.
-El médico realiza la prescripción electrónica y programa cita con farmacia.
-En la primera dispensación el farmacéutico revisa posibles interacciones y problemas de adherencia. Se proporciona el kit de inicio para que el paciente acuda al entrenamiento con enfermería y se cita para la próxima consulta de atención farmacéutica.
-Todas las dispensaciones las realiza el farmacéutico para realizar un seguimiento integral. Si el paciente no acude a la cita, se contacta telefónicamente para proponer una nueva cita fomentando la adherencia.
-A los 3 meses el farmacéutico comprueba la efectividad con los datos registrados en la historia clínica y procede a la dispensación hasta completar 6 meses.

IMPLANTACIÓN

En julio de 2020 se publicó el protocolo autonómico.

RESULTADOS

Tras 10 meses de experiencia, se han autorizado 33 tratamientos. De los pacientes que han iniciado, 65%(19) son tratados con erenumab y 35%(10) con fremanezumab. Actualmente disponemos de datos de efectividad a 3 meses de 17 pacientes. 2 pacientes discontinuaron tratamiento, uno por intolerancia y otro por falta de efectividad subjetiva.
Los 17 pacientes (76% erenumab, 24% fremanezumab) que han realizado la visita de seguimiento inicial han continuado el tratamiento hasta 6 meses, considerándose respondedores. 82% redujeron DMM≥50%, con reducción media del 62%±12%. De 10 pacientes con MC, el 100% pasó a ME. El 100% redujeron la puntuación HIT-6≥5puntos, con una reducción media de 16%±8% y del 75%±22% en escala MIDAS.
En todos los casos se han cumplido los criterios del protocolo autonómico y la adherencia ha sido del 100%.

LIMITACIONES

-Limitados datos de eficacia tras 6 meses, debido al escaso tiempo transcurrido desde su implantación.
-De los 3 fármacos disponibles, únicamente autorizados en nuestra comunidad erenumab y fremanezumab.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a todos los servicios de farmacia.

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

539. INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ASISTENCIA A PACIENTES CON ELA

AUTORES

BOO RODRÍGUEZ J, GONZÁLEZ FERNANDEZ T, ROS OLASO A, BERISTAIN ARAMENDI I, LANDA ALBERDI J, RIPA CIAURRIZ C, BACHILLER CACHO MP, LEUNDA EIZMENDI L
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. PASEO DE BEGUIRISTAIN. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

El objetivo es la integración de un farmacéutico de hospital (FH) en una Unidad Multidisciplinar de asistencia a pacientes con ELA (UMELA)

MEJORAS ESPERADAS

Detectar de manera precoz el riesgo de desnutrición y disfagia en estos pacientes, realizar la valoración y el seguimiento nutricional a lo largo de la enfermedad y dar atención farmacéutica y consejo dietético cuando se presentan problemas relacionados con la nutrición (disfagia, pérdida de peso, saciedad precoz, estreñimiento, diarrea).

DISEÑO

En 2018 se creó la UMELA con el objetivo de mejorar la atención de estos pacientes a través de un equipo multidisciplinar mediante una consulta de alta resolución. El equipo se compone de: enfermera de enlace, neurólogo, neumólogo, farmacéutico, médico rehabilitador y psicólogo. Cuando se requiere se cuenta con el apoyo de hospitalización a domicilio.

CIRCUITO Y ETAPAS

En la UMELA, una vez por semana, los pacientes son atendidos por cada profesional del equipo de forma sucesiva en un área concreta del hospital a lo largo de la mañana. Cuando se creó la UMELA, la enfermera de enlace fue instruida, por parte del farmacéutico, en los aspectos de la valoración nutricional que tiene que llevar a cabo previo a la consulta con el mismo: pesar, tallar, realizar los cuestionarios de cribado del riesgo de desnutrición (MUST), de riesgo de disfagia (EAT-10) y de diagnóstico de disfagia (MECV-V).
En la consulta, el farmacéutico entrevista al paciente, valorando los datos obtenidos por la enfermera. Para conocer sus hábitos dietéticos, realiza un cuestionario y un recordatorio de 24 h. Para sucesivas consultas, entrega hojas de control de

ingesta y pide analíticas nutricionales para poder hacer una valoración nutricional global.
El farmacéutico da a todos los pacientes verbalmente y por escrito consejo dietético (recomendaciones generales para una alimentación saludable). A los pacientes en riesgo de desnutrición y/o desnutridos les da recomendaciones nutricionales para enriquecer la alimentación, y en caso de que aparezcan problemas relacionados con la enfermedad (disfagia, plenitud, estreñimiento, diarrea), da recomendaciones específicas.
Cuando es necesario indica las modificaciones en la textura de la dieta (fácil masticación, trituradas), recomienda al neurólogo la prescripción de espesantes, suplementos nutricionales orales (SON) y de nutrición enteral (NE) si el paciente tiene gastrostomía, estableciendo un plan nutricional específico para cada paciente. Dispensa Riluzol hasta la siguiente visita.
La periodicidad de las consultas es variable: 3-4 visitas al año. En cada jornada se atienden 4 pacientes.

IMPLANTACIÓN
El circuito comenzó en 2018 y sigue vigente hasta la actualidad.

RESULTADOS
Desde la implantación del circuito hasta la fecha de corte (25/02/2021), se realizó seguimiento nutricional a 72 pacientes.
En la primera visita presentaron riesgo de desnutrición (MUST ≥1) 31/70 (44%) y riesgo de disfagia (EAT-10 ≥ 3) 28/70 (40%)
Todos recibieron consejo nutricional oral y escrito.
Hasta la actualidad, precisaron espesantes 43 (60%), SON 36 (50%). Se ha realizado gastrostomía a 24 (33%).

LIMITACIONES
Dada la organización, no se detectan limitaciones.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Se podría instaurar el seguimiento nutricional realizado por el Servicio de Farmacia en aquellos hospitales que atiendan a pacientes con ELA.

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

541. DISEÑO DE UN MODELO DE TELEASISTENCIA DIGITAL PERSONALIZADA

AUTORES
COLLADO BORRELL R, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ CG, VILLANUEVA BUENO C, MELGAREJO ORTUÑO A, ESCUDERO VILAPLANA V, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS
La pandemia ha facilitado la expansión de los programas de dispensación al domicilio de los pacientes. Sin embargo, estos programas conllevan una serie de riesgos, como la pérdida de seguimiento, adherencia, errores de medicación o consumo de recursos que hacen necesario rediseñar los procesos para garantizar un adecuado seguimiento de los pacientes.
Nuestro objetivo fue implantar un modelo de teleasistencia integral e innovador que incluye la dispensación de la medicación en el domicilio y el seguimiento de los pacientes mediante una plataforma mHealth.

MEJORAS ESPERADAS
- Garantizar la continuidad de la prestación farmacéutica.
- Facilitar el acceso a los medicamentos, manteniendo las garantías de efectividad, seguridad y adherencia.
- Mejorar la experiencia global del paciente.

DISEÑO
El Comité de Dirección del Servicio de Farmacia (SF), junto con los farmacéuticos implicados en la atención de los pacientes ambulatorios, desarrolló un proyecto de teleasistencia personalizada, que monitoriza la efectividad y seguridad del tratamiento del paciente a distancia, facilita la comunicación continua con los profesionales, y le acerca los medicamentos a su domicilio.

CIRCUITO Y ETAPAS
- Desarrollo informático del programa de dispensación domiciliaria, con el fin de disponer de un software específico para su gestión.
- Adaptación del sistema de citación a las nuevas prestaciones de atención farmacéutica telemática y dispensación a domicilio, e integración informática con el software de gestión de la dispensación.
- Adaptación de la plataforma de salud móvil para garantizar el seguimiento domiciliario de los pacientes más vulnerables: expansión de eOncosalud para pacientes oncológicos, eMidCare para pacientes con enfermedades inmunomediadas y creación de FarMcuida para el resto de pacientes ambulatorios.
- Definición de los criterios para la selección de pacientes candidatos al servicio de teleasistencia y elaboración del protocolo de actuación para las distintas partes del proceso.
- Definición de los indicadores clave para monitorizar el desarrollo y rendimiento del modelo.

IMPLANTACIÓN
Entre abril-diciembre 2020 se puso en marcha el servicio integral de teleasistencia para acercar la atención farmacéutica y el tratamiento al domicilio del paciente. Se evaluó la actividad y calidad percibida.

RESULTADOS
Actividad
Nº de pacientes incluidos en el servicio: 2.583

Nº de entregas y desplazamientos evitados: 5.429
Nº de consultas recibidas a través de las apps: 378
% pacientes incluidos en el programa que residen a más de 30km del hospital: 29,5%
Calidad percibida
% pacientes satisfechos con el modelo de teleasistencia integral: 98,4%
% pacientes satisfechos con las apps: 97,9%
% pacientes satisfechos con la atención recibida por el farmacéutico: 100%
% pacientes que recomendaría el servicio a otros pacientes: 100%
IS global con el modelo de teleasistencia integral: 9,8

LIMITACIONES

El desarrollo del proyecto ha supuesto un reto para el SF, tanto por la necesidad de recursos como la formación y capacitación de los pacientes en estas tecnológicas. No obstante, la colaboración de los pacientes, profesionales sanitarios, Dirección del hospital y proveedores tecnológicos ha sido un factor clave para su implantación.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este modelo puede ser exportable a otros SF. Para su extrapolación, deberá considerarse la disponibilidad de recursos, tanto de personal como tecnológicos.

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

546. INNOVACIÓN EN GESTIÓN DE STOCKS: INTERCAMBIOS DE MEDICAMENTOS

AUTORES

PROY VEGA B, GÓMEZ LLUCH MT, SAIZ MOLINA JJ, PÉREZ FÁCILA A, NOTARIO DONGIL C, ALAÑÓN PARDO MM
HOSPITAL LA MANCHA CENTRO. AVDA DE LA CONSTITUCIÓN Nº3. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

La tecnología juega un papel crucial en la optimización de recursos, permitiendo la interconexión entre centros y profesionales, facilitando estrategias de ahorro con gran impacto económico en sanidad, como el intercambio de fármacos que no están siendo utilizados en el hospital que los tiene a otro centro que los pueda utilizar, evitando así la pérdida económica por caducidad.
Objetivo: Describir los intercambios de medicamentos infrautilizados realizados entre los Servicios de Farmacia (SF) de los hospitales públicos de una Comunidad Autónoma (CCAA), antes y después de la creación de una web destinada a ello.

MEJORAS ESPERADAS

Ampliable a la red sanitaria privada de la CCAA.

DISEÑO

Estudio observacional retrospectivo de la actividad de una red de intercambio de medicamentos entre los SF de la CCAA, antes (fase piloto: Dic 2016-Sept 2020) y tras la creación de una web diseñada para ello (fase web: Octubre 2020-Abril 2021).

CIRCUITO Y ETAPAS

Fase piloto:
a. Creación de una BD Excel®. Variables: medicamentos disponibles en cada centro hospitalario para su intercambio (principio activo, nombre comercial, forma farmacéutica, unidades, lote y caducidad).
b. Recopilación de nombres y mails corporativos de los usuarios de los SF de la CCAA. Restricción de acceso de usuarios a la BD.
c. Actualización y compartimiento de la BD mediante correos electrónicos de los usuarios de SF.
d. Intercambios por contacto entre hospitales.
Fase web:
a. Creación de una web de intercambio de medicación, de financiación privada. Dar acceso a los usuarios interesados en participar en el proyecto.
b. Intercambios a través de la web.

IMPLANTACIÓN

La web fue implantada en Octubre 2020.

RESULTADOS

15 hospitales están participando. El importe total ahorrado al sistema de salud de la CCAA asciende a 337.366,88€ desde el inicio del proyecto; 148.571,57€ de medicamentos que hemos enviados desde nuestro centro a otros para su utilización, 154.368,30€ que hemos recibido de otros hospitales, y 34.427,01€ correspondiente a intercambios entre otros hospitales de la CCAA, sin participar nuestro centro.
Fase piloto: hemos enviado a otros 6 hospitales 111.424,79€ (correspondientes a 6221 unidades de 44 medicamentos diferentes, en 26 intercambios), y hemos recibido, de esos mismos, 112.759,54€ (5130 unidades de 43 medicamentos, en otros 26 intercambios).
Fase web: hemos enviado 78.755,54€ a 7 centros (662 unidades de 19 medicamentos diferentes, en 16 intercambios) a otros hospitales para su uso, sin utilidad en el momento actual en nuestro centro y podían llegar a caducar, y hemos recibido 41.608,76€ de otros centros 6 centros (539 unidades de 14 medicamentos, en 12 intercambios). También, otros 5 hospitales de la CCAA han intercambiado entre sí 34.427,01€ (461 unidades de 9 medicamentos, en 6 intercambios).
La distribución del total de fármacos intercambiados, en ambas fases, es: 23,4% quimioterápicos, 22,0% antirretrovirales, 13,5% fármacos para la hipertensión pulmonar, 8,5% biológicos, 8,5% otros, 4,3% anti-hepatitis C, 4,3% antianémicos,

3,5% fármacos para esclerosis múltiple, 3,5% inmunosupresores, 2,8% medicamentos para fibrosis pulmonar idiopática, 2,8% antibióticos y 2,8% fármacos para la fertilidad.

LIMITACIONES

En fase piloto, no era posible tener registro de los intercambios realizados entre otros hospitales, sin que estuviera involucrado el nuestro.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a SF de la red privada y a otras CCAA.

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

615. ANÁLISIS DE LAS DEVOLUCIONES DE MEDICAMENTOS EN EL SISTEMA DE DOSIS UNITARIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

AUTORES

CASADO MARTIN MDP, GARCIA OTERO C, BORREGO VILLANUEVA C, MIELGO GARCIA C, CORRAL ALAEJOS A, GARZON GAGO MJ, DOMINGUEZ JUAN I, GIL VALIÑO C

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. AVENIDA REQUEJO, 35. ZAMORA

OBJETIVOS

La cantidad de medicación devuelta por el sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria (SDMDU), supone un importante porcentaje de fármacos, que puede acarrear retrasos o errores de medicación. Debido al incremento considerable de devoluciones en el SDMDU, el objetivo del estudio fue analizar los motivos de dichas devoluciones, con la intención de evitar este trasiego de medicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo llevado a cabo en un hospital de segundo nivel por el equipo de Técnicos de Farmacia (TF), farmacéuticos responsables de SDMDU y enfermeras responsables de los servicios observados.
Se seleccionaron dos unidades médicas para realizar un seguimiento de 15 días, en el mes de abril de 2021, de las devoluciones en los cajetines. Durante este periodo, se escogieron 5 pacientes al azar por unidad de manera diaria.
Teniendo en cuenta la medicación enviada por el SDMDU, se revisó la medicación devuelta, intentando dar un motivo para cada devolución.
Para comprobar el motivo de devolución, se revisaba en primer lugar el tratamiento actualizado con el farmacéutico responsable, identificando así gran parte de los mismos. Las devoluciones no justificadas por este medio, se ponían en conocimiento de la enfermera responsable del paciente de cada unidad, intentando asignar el motivo de devolución.
Los datos registrados fueron los siguientes: número total de líneas de medicación enviadas y pacientes revisados, y cantidad de medicamentos devueltos con el motivo de devolución. Además se estimó la media de líneas de medicación enviadas y devueltas por paciente. El registro se llevó a cabo en un documento Excel.

RESULTADOS

Las dos unidades médicas seleccionadas para estudio fueron hematología y digestivo. Durante este periodo, se han revisado un total de 1950 líneas de medicación enviadas a planta, correspondientes a 230 pacientes. La cantidad media de líneas de medicación enviada fue de 10 por paciente. De toda la medicación enviada, se devolvió un total de 381 medicamentos (38%), correspondiente a 1,6 medicamentos devueltos por paciente.
Entre los principales motivos de devolución de medicamentos se encontraron los siguientes:
Medicación pautada si precisa 37%, alta hospitalaria / traslado de cama / éxitus 28,5%, medicación que no procede devolver por el SDMDU 9%, cambio de dosis del medicamento prescrito 7,5%, causa desconocida de devolución 5%, cambio de vía de administración del fármaco 4%, aprovechamiento del vial 3,5%, error de dispensación en la farmacia 3% y finalización del tratamiento 2,5%.

CONCLUSIONES

Conocer los motivos de utilización del medicamento, puede ayudar a disminuir la cantidad de fármacos devueltos por paciente por el SDMDU, entre los que destacan tal y tal, consiguiendo así disminuir el trasiego de medicamentos.

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

623. ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DE UN PROGRAMA DE IMPLANTACIÓN DE NUEVOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

AUTORES

CANTILLANA SUAREZ MDG, PEREZ MARGALLO ME, PEREZ PUENTE P, ALMANCHEL RIVADENEYRA A, CABA HERNANDEZ C, TENA ALEJANDRE P, DUQUE AGUILAR JJ, FERNANDEZ LISON LC

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES. AVENIDA DE LA UNIVERSIDAD, 75. CÁCERES

OBJETIVOS

Conocer el grado de satisfacción de un nuevo software y unos novedosos sistemas automatizados de dispensación de medicamentos (SADME) instalados y empleados por primera vez en todo el territorio nacional. Evaluar su manejo y funcionamiento para mejorar y optimizar su uso desde el Servicio de Farmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y transversal, realizado en hospital de segundo nivel que incluyó resultados de encuestas de satisfacción realizadas por los sanitarios involucrados en el uso de estos SADME durante Abril-Mayo 2021. Los servicios implicados fueron: Farmacia, Urgencias, Quirófanos, Unidad Cuidados Intensivos y Traumatología. La implantación, con

un total de seis SADME, comenzó en Junio-2020 y finalizó en Marzo-2021.
En la encuesta se incluyeron variables demográficas (edad y sexo), categoría profesional (supervisor de enfermería, enfermera, técnico en cuidados auxiliares de enfermería y facultativo médico) y experiencia previa con otros SADME.
Se realizaron un total de 14 preguntas clasificadas en 5 bloques: 1)Disponibilidad de medicamentos: accesibilidad, adecuación de stocks, catálogo de medicamentos incluidos y adecuación horarios de reposición; 2)Funcionamiento: global, fácil e intuitivo y huella dactilar; 3)Incidencias: número y gravedad así como rápida resolución por servicio técnico; 4)Formación: útil y suficiente por parte de proveedores; 5)Seguridad: dispensación de medicamentos y estupefacientes con respecto al método manual. Por último incluía un apartado de valoración global.
Cada pregunta se valoró sobre una escala de 10 puntos con cinco respuestas: muy bueno(10), bueno(7), normal(5), deficiente(3) y muy deficiente(1). La satisfacción global se valoró del 1-10.
La variable principal fue la media de las puntuaciones obtenidas. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables e ítems del cuestionario.

RESULTADOS

Se incluyeron 71 encuestas (51,8% del total enviadas), donde los usuarios presentaban edad media de 43,5±10,3 años, el 88,7% mujeres. La categoría predominante fue la de enfermería (85,9%). Un 54,9% habían tenido experiencia previa.
Las medias de las puntuaciones fueron: 1)Disponibilidad medicamentos: accesibilidad (4,6±2,2), stocks (4,5±2,2), catálogo (4,8±1,8) y horarios (4,7±2,1); 2)Funcionamiento: global (4,3±2,1), fácil (5±1,9) y huella dactilar (4,4±2,6); 3)Incidencias: gravedad (3,6±2,1) y resolución (4,2±2); 4)Formación (4,6±1,8); y 5)Seguridad: medicamentos (5,1±2,6) y estupefacientes (5,5±2,5). La valoración global fue de 4,8±2,5.

CONCLUSIONES

El programa de implantación de nuevos SADME no ha tenido muy buena acogida por los sanitarios (grado satisfacción global bajo). Los ítems peor valorados han sido los de funcionamiento, incidencias generadas y su resolución. En lo referente a seguridad, se obtuvieron mejores valoraciones sobre todo para estupefacientes.
Al tratarse en su mayoría de servicios que requieren disponibilidad de medicación urgente, los usuarios consideran que estos SADME enlentecen la actividad diaria, restando importancia a las mejoras de seguridad en la dispensación que éstos ofrecen. Esto podría explicar las importantes desviaciones en las medias de los ítems valorados. Otro dato a tener en cuenta es que, practicamente la mitad de usuarios, no tenían experiencia previa.
Como se trata de un software novedoso, se requiere mejorar y establecer planes de actuación eficaces para disminuir incidencias ante fallos del sistema y reforzar las actividades de formación para optimizar su funcionamiento, con el fin de mejorar la prestación de servicios que se recibe mediante estos.

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

636. IMPLANTACIÓN DEL CIRCUITO DE TRATAMIENTO CON DARVADSTROCEL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y FISTULAS PERIANALES COMPLEJAS REFRACTARIAS

AUTORES

ALONSO MARTÍNEZ C, ESPIN BASANY E, MARTI GALLOSTRA M, MAYORGA AYALA LF, INIESTA SERRANO E, ALERANY PARDO C, GORGAS TORNER MQ, BORRUEL N
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. PASEO DE LA VALL D'HEBRON, 119-19. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir la implantación de un circuito de tratamiento de enfermos con fístulas perianales complejas en enfermedad de Crohn (EC) con el medicamento de terapia avanzada (MTA) Darvadstrocel sometido a un esquema de pago por resultados (EPR).

MEJORAS ESPERADAS

Con este circuito se espera facilitar el acceso al Darvadstrocel (células madre expandidas alogénicas humanas adultas de origen mesenquimal extraídas de tejido adiposo). Darvadstrocel es un MTA cuyos resultados deben reportarse en la plataforma VALTERMED -Valor Terapéutico Medicamentos- y cuya condición especial de financiación (EPR) implica una gestión específica. Se espera desarrollar una colaboración integral del equipo multidisciplinar en todas las etapas del circuito.

DISEÑO

En diciembre de 2019, se detecta la necesidad de abordar el uso de Darvadstrocel en pacientes que cumplan el protocolo farmacoclínico del grupo de expertos del Sistema Nacional de Salud. Representantes de los servicios de Gastroenterología (Unidad de Atención Crohn-Colitis Ulcerosa-UACC), Cirugía Colorrectal (CCR) y Servicio de Farmacia Hospitalaria (SF) diseñan el circuito de selección y tratamiento de pacientes.

CIRCUITO Y ETAPAS

1.Identificación: Un digestólogo de la UACC o cirujano de CCR considera a un paciente candidato.
2.Dictamen: Se presenta el caso en Comité multidisciplinar (revisión clínica-radiológica) y si cumple criterios se cita en 1-2 semanas en CCR para valoración e información al paciente.
3.Solicitud autorización: mediante un programa propio (Registro de Pacientes y Tratamientos, RPT) CatSalut valida los casos susceptibles según el protocolo farmacoclínico y comunica al SF y facultativo solicitante el dictamen final.
4.Solicitud al SF: mínimo 30 días de antelación según protocolo SF.
5.Recepción SF:recepción (control de temperatura) y dispensación (caducidad y lote asociado a paciente) mediante registro interno y gestión del primer pago (40%).
6.Seguimiento post-administración:seguimiento clínico UACC-CCR a las 2 y 6 semanas, 3 y 6 meses y hasta 2 años post-

tratamiento. El SF asegura el informe del resultado de paciente respondedor (alcanza remisión combinada clínica y radiológica a los 6 meses) o no respondedor para efectuar el segundo pago (60%).
7.Seguridad a largo plazo:el SF realiza seguimiento de aparición de posibles efectos adversos.

IMPLANTACIÓN

A partir de febrero de 2020 el circuito se implanta en la práctica clínica habitual.

RESULTADOS

La autorización mediante RPT es ágil (dictamen en 24-48 horas).
Se han tratado 9 pacientes y se ha llegado a seguimiento de 6 meses en 3 pacientes: 2 respondedores, 1 no respondedor, implicando un segundo pago en 2 pacientes.
Todas las administraciones fueron seguras sin efectos adversos inmediatos ni tardíos.
A raíz de este proceso se ha creado un circuito de derivación de pacientes de toda la comunidad autónoma, en fase de desarrollo informático, con el objetivo de garantizar la equidad de acceso a este MTA.

LIMITACIONES

No se han tratado suficientes pacientes para poder realizar un estudio adecuado de coste-efectividad.
La logística es laboriosa y exhaustiva con varios documentos y controles de temperatura desde su recepción hasta su administración. Tanto el personal de CCR como de SF deben estar acreditados por el laboratorio farmacéutico.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este circuito facilita el acceso al MTA Darvadstrocel, es aplicable a cualquier hospital y permite la integración del farmacéutico dentro del equipo multidisciplinar, asegurando un correcto seguimiento de seguridad, eficacia y cumplimiento del EPR.

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

657. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE PROCEDIMIENTOS DE ENTREGA DE PROXIMIDAD DE MEDICAMENTOS, IMPLEMENTADOS COMO RESPUESTA A LA PANDEMIA DEL SARS-COV-2.

AUTORES

PUIG SOLER R, ROIG IZQUIERDO M, FONDEVILLA SALA E, ZARA YANHI C, PRAT CASANOVA A, RABANAL TORNERO M, CASTELLÀ ROSALES A, PONTES GARCIA C
SERVEI CATALÀ DE LA SALUT. GRAN VIA DE LES CORTS CATALANES, 591, 4A. BARCELONA

OBJETIVOS

Conocer los procedimientos de entrega de proximidad de los medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria (MHDA) implementados desde los servicios de farmacia de los hospitales (SFH) de Catalunya a través de una encuesta, como respuesta a la necesidad de reorganizar la dispensación de estos medicamentos ante la situación sanitaria sobrevenida por la pandemia del SARS-CoV-2.

MEJORAS ESPERADAS

Definición de un marco común de buenas prácticas de los SFH para la implementación y seguimiento de la entrega de proximidad de los MHDA.

DISEÑO

Encuesta online con 56 preguntas dirigida a los SFH. Estructurada en 7 secciones: identificación del hospital, tipos de entrega, SFH, farmacia comunitaria (FC), domicilio del paciente (DP), centro de atención primaria (CAP) y generalidades. Las preguntas se basan en: disponibilidad de protocolos, sistema de envío, solicitud de autorización del paciente, trazabilidad de la entrega y coste.

CIRCUITO Y ETAPAS

Difusión de la encuesta en noviembre 2020, análisis y comunicación de resultados y establecimiento del marco de recomendaciones comunes.

IMPLANTACIÓN

Desde marzo de 2020 hasta el momento de la consulta, se conocía que la mayoría de los centros habían implementado otros circuitos de entrega, además del presencial en el SFH.

RESULTADOS

Información disponible de 55 SFH. Todos mantienen la entrega en el propio SFH: exclusiva en SFH (23,6%), combinada con DP (30,1%), FC (21,8%) y CAP (3,6%). La combinación de tres o más circuitos se da en un 20%.
Disponen de protocolo: 23/28 SFH en el circuito de DP, 5/7 EAP y 19/19 FC. En todos los hospitales se acepta la recogida por delegación. Mayoritariamente se solicita autorización verbal del paciente para realizar la entrega (34/42), y no en todos los hospitales se solicita la firma de recepción de la medicación al paciente (34/55). El envío mediante DP o CAP, se realiza por mensajería convencional en un 51,7%. Un 49% de los circuitos establecidos no tienen atribuido un coste. De los que tenían coste, el 36% va a cargo del hospital y 15% va a cargo del paciente.
El protocolo del circuito de FC se elaboró conjuntamente entre un hospital de referencia, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia y el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma. Éste dispone de un aplicativo de seguimiento del mismo. A fecha de 10 de mayo constan 28.400 entregas a 7.742 pacientes. Se desconoce la situación de los demás circuitos.

LIMITACIONES

No se ha podido valorar el impacto en número de casos de los diferentes circuitos, número de entregas, ni la evolución temporal de la implementación en todos los circuitos (exceptuando el de FC). Se desconoce el grado de satisfacción del usuario.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La encuesta ha permitido detectar heterogeneidad en los circuitos implementados y la conveniencia de establecer un documento marco de buenas prácticas en el circuito, que incluyan de forma homogénea: 1.selección de pacientes y gestión del procedimiento, considerando el desarrollo de la atención farmacéutica, 2. preparación de la medicación y documentación, 3. Definición y requisitos de los intermediarios de proximidad 4. Trazabilidad y registro, 5. Gestión de las ausencias, y 6. Definición de indicadores de procedimiento.

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

736. EXPERIENCIA DE UN AÑO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA TELEMÁTICA Y ENVÍO DE ANTI-NEOPLÁSICOS ORALES A DOMICILIO A PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS

AUTORES

LÓPEZ ASPIROZ E, GARCIA DE SANTIAGO B, GARCIA MARTIN E, LARRUBIA MARFIL Y, GARCIA YUBERO C, PORTILLO HORCAJADA L, LLORENTE GUITIERREZ J, MARTINEZ HERNANDEZ A

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA. PASEO DE EUROPA, 34. SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de un programa de atención farmacéutica (AF) telemática y envío de antineoplásicos orales (ANEOs) a domicilio a pacientes onco-hematológicos tras la experiencia de un año.

MEJORAS ESPERADAS

Debido al SARS-COV-2, surgió la necesidad de adaptar el programa de AF y dispensación de ANEOs. Se aprovechó esta situación para mejorar este servicio, dotándolo de mayor accesibilidad instaurando los envíos a domicilio y la AF telefónica, trazabilidad y seguridad para los pacientes y trabajadores.

DISEÑO

El servicio de farmacia (SF) consensuó con los servicios de oncología, hematología y Dirección Médica un circuito de AF y envío de ANEOs a domicilio, adaptaciones telemáticas y de logística, necesarias para desarrollar este programa.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Adaptación de agendas para citar a los pacientes candidatos a AF telefónica.
- Configuración de una base de datos en Excel para registro de la actividad de envíos domiciliarios.
- Organización con Protección Civil y una empresa de mensajería.
- Adaptación de la actividad del SF al nuevo circuito, dotación de recursos físicos y creación de un protocolo dentro del margo legal.
- Pilotaje del programa, análisis de situación y extensión a la totalidad de pacientes candidatos.
- Análisis de resultados y mejora continua (control de calidad).

IMPLANTACIÓN

El programa se implantó el 25/3/2020 y continúa actualmente. Se citan los pacientes en agendas: primera consulta telefónica de AF (inicios), sucesiva consulta telefónica de AF (seguimiento o cambios) o sucesiva dispensación domiciliaria (técnico, sin AF). Se genera una nota de AF en la historia electrónica. Datos recogidos: nombre, historia clínica, teléfono, dirección, conservación en Tª ambiente/nevera, entidad que realiza el envío y observaciones.

RESULTADOS

Se realizaron 408 envíos de ANEOs a un total de 136 pacientes. En el primer mes y último del periodo estudiado, el programa se aplicó a un 10% del total de pacientes con ANEOs, y en abril de 2020, alcanzó la máxima cobertura con un 43%. Se evitaron 120 visitas de pacientes al SF. Se realizó AF telefónica para inicios o cambios a 86 pacientes y se atendieron telefónicamente 35 llamadas consultando interacciones, efectos adversos, posología y solicitando envíos.
En los 3 primeros meses, los envíos de ANEOs no supusieron coste ya que se realizaron de manera voluntaria por Protección Civil. Posteriormente, la tarifa fue 14 euros/envío, lo que supuso un total de 1.650 euros en el periodo estudiado.
Se realizaron encuestas de satisfacción a 64 pacientes al azar: el 97% valoraron como excelente el servicio recibido y el 3% restante, como bueno. La medicación llegó en óptimas condiciones en el 98% de los envíos. En aquellos casos que necesitaron contactar con el SF, un 91% lo consiguió siempre y el 9% habitualmente. Al 100% de los pacientes les gustaría mantener este servicio en un futuro, tras la pandemia.

LIMITACIONES

En caso de errores de dispensación, se dificulta la resolución. Y en ausencia de persona de contacto en el domicilio, puede no ser posible la entrega.
Al ser una actividad nueva, requiere recursos materiales, humanos y un esfuerzo adicional de trabajo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Es posible adaptando los circuitos existentes en cada SF, siguiendo los pasos descritos y dotándose de los recursos necesarios.

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

756. IMPACTO ECONÓMICO Y ASISTENCIAL DE LA PREPARACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS DE REUMATOLOGÍA DESDEL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

LÓPEZ CABALLERO R, NUEVO GALLOSO AM, CALONGE RAVANTOS M, DOMINGUEZ TORDERA P

FUNDACIÓ SANITÀRIA DE MOLLET. HOSPITAL DE MOLLET. RONDA DEL PINETONS 6-8. BARCELONA

OBJETIVOS
Evaluar el impacto a nivel económico y asistencial que ha supuesto la implantación del circuito de preparación de los tratamientos biológicos del servicio de reumatología desde el servicio de farmacia.

MEJORAS ESPERADAS
Mayor eficiencia, ahorro económico y seguridad para el paciente.

DISEÑO
Se he evaluado durante un periodo de dos meses la implantación del nuevo circuito de dispensación/preparación de los tratamientos para pacientes atendidos en hospital de día médico del servicio de reumatología. Anteriormente se dispensaban los viales y el personal de enfermería del servicio de reumatología preparaba la medicación cuando atendía al paciente.

CIRCUITO Y ETAPAS
Evaluación de la situación actual, análisis del circuito de dispensación de los tratamientos administrados en hospital de día, desde el médico prescriptor a la administración por el personal de enfermería. Se acuerda que los prescriptores confirmaran los tratamientos al día anterior a su administración previa confirmación con el paciente que acudirá a su sesión. El técnico podrá preparar los tratamientos una vez hayan sido validados por el farmacéutico.

IMPLANTACIÓN
Tras la implantación del nuevo circuito, los tratamientos biológicos del servicio de reumatología de hospital de día se preparan en la cabina horizontal del Servicio de Farmacia incorporando además un control de calidad en la preparación al realizar control de pesada de los tratamientos preparados.

RESULTADOS
Durante este periodo de estudio, se ha preparado tratamiento para 32 pacientes; los tratamientos han sido los siguientes: 5 pacientes con abatacept, 4 belimumab, 5 infliximab biosimilar, 9 tocilizumab y 1 con rituximab.
El tiempo medio de preparación de los tratamientos por parte de los técnicos ha sido de 0,25h/paciente, la preparación de los tratamientos desde el servicio de farmacia ha supuesto un ahorro económico diferente según el tratamiento. El ahorro total de estos 2 meses ha sido de 1953€, repartidos de la siguiente manera 20€ en el caso de abatacept, 16€ belimumab, 752€ infliximab biosimilar, 1163€ tocilizumab y 2€ rituximab biosimilar.
En la entrevista realizada enfermería destacó un resultado muy positivo y significativo en relación al tiempo que dispone ahora para centrarse en su atención asistencial.

LIMITACIONES
El principal inconveniente de este sistema es la poca estabilidad que tienen algunos tratamientos biológicos que se utilizan en las patologías reumatológicas lo que supone no poder realizar las preparaciones con mucha antelación.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
La elaboración de las preparaciones estériles en el Servicio de Farmacia puede asumible por todos aquellos servicios que dispongan de una sala estéril con cabina de flujo horizontal y ha supuesto las siguientes mejoras:
- Preparación en condiciones asépticas y mayor control microbiológico
- Mayor control de calidad al incluir control de pesada y trazabilidad de lote y caducidad de las preparaciones vinculadas al paciente.
- Dedicación del personal de enfermería en atender al paciente, en lugar de realizar la preparación de los tratamientos.
- Ahorro económico 1953 € en 2 meses

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

771. CREACIÓN DE LA UNIDAD DE TERAPIAS AVANZADAS DEL SERVICIO DE FARMACIA TRAS ANALIZAR SU INCREMENTO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

AUTORES
ALONSO MARTÍNEZ C, SÁNCHEZ SANCHO P, GARCÍA GARCÍA S, ARÉVALO BERNABÉ Á, RENEDO MIRÓ B, FERNÁNDEZ SOJO J, CARRERAS SOLER MJ, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. PASEO DE LA VALL D'HEBRON, 119-19. BARCELONA

OBJETIVOS
Los medicamentos de terapia avanzada (MTAs) basados en genes, células, tejidos o combinaciones sometidos a legislación específica (RD1345/2007-RD477/2014) constituyen nuevas estrategias terapéuticas. El objetivo es analizar y describir el uso creciente de MTAs en un hospital de tercer nivel que ha llevado a la creación de la Unidad de Terapias Avanzadas del Servicio de Farmacia(UTA-SF).

MEJORAS ESPERADAS
Con la creación de la UTA-SF se espera que el farmacéutico hospitalario(FH),integrado en los equipos multidisciplinares que prescriben MTAs, de soporte en todo el proceso asistencial.

DISEÑO
Debido al incremento de uso de MTAs se elabora un circuito de trabajo para analizar su impacto en cada especialidad médica e identificar las necesidades subyacentes.

CIRCUITO Y ETAPAS
1.Analizar y clasificar los MTAs administrados desde enero 2016-abril 2021.
2.Realizar reuniones con los equipos médicos prescriptores de MTAs.
3.Crear la UTA-SF definiendo las funciones del FH y nuevos circuitos de trabajo.

IMPLANTACIÓN
Se comenzó a trabajar en las diferentes etapas en mayo 2020 y se creó la UTA-SF en enero 2021.

RESULTADOS
A. Clasificación MTAs:
A.1.MTAs-Pediátricos (n=37, 18%):
-OncoHematología: 19 células madre mesenquimales(CMM) –12 enfermedad de injerto contra receptor (EICR), 4 cistitis hemorrágica (CH), 2 citopenias, 1 injerto pobre-, 2 axicabtagene-ciloleucel Leucemia Linfoblástica Aguda (LAL).
-Infecciosas:13 Linfocitos T virus específicos (LTVE): 11 adenovirus, 2 virus Epstein-Barr (VEB)
-Cirugía plástica: 3 piel cultivada autóloga (PCA) epidermiolisis bullosa.
A.2.MTAs-Adultos (n=165, 82%):
-Hematología: 3 CMM -2 para EICR, 1 para CH-; 47 tisagenlecleucel para Linfoma Difuso de Celulas Grandes B (LDCGB), 5 tisagenlecleucel para LAL, 20 axicabtagene-ciloleucel para LDCGB, 4 axicabtagene-ciloleucel para Linfoma B Primario Mediastínico, 4 brexucabtagene-autoleucel para Linfoma de Células del Manto.
-Oftalmología: 66 colirios de plasma procedente de sangre de cordón umbilical (CSCU).
-Gastroenterología: 9 darvadstrocel para fístulas perianales.
-Infecciosas: 5 LTVE: 3 adenovirus, 1 VEB, 1 virus BK.
-Cirugía plástica: 2 piel cultivada autóloga (PCA) quemaduras.
A.3.Fabricación: Industrial (axicabtagene-ciloleucel, tisagenlecleucel, brexucabtagene-autoleucel y darvadstrocel); no industrial (CMM, PCA, LTVE, CSCU).
A.4.Facturación: Banco de Sangre y Tejidos (LTVE, CMM, PCA, CSCU), esquema de Pago por Resultados (darvadstrocel, axicabtagene-ciloleucel y tisagenlecleucel) y acceso gratuito por uso compasivo (brexucabtagene-autoleucel).
A.5.Seguimiento resultados: Interno del SF (brexucabtagene-autoleucel, LTVE, CMM, PCA, CSCU) y VALTERMED - Valor Terapéutico de los Medicamentos - (darvadstrocel, axicabtagene-ciloleucel, tisagenlecleucel).
A.6.Análisis por años:
2016 (21): 5 CMM,5 LTVE,8 CSCU,3 PCA
2017 (16): 5 CMM,3 LTVE,8 CSCU
2018 (10): 3 CMM,1 LTVE,6 CSCU
2019 (50): 2 CSM,1 LTVE,20 CSCU,24 tisagenlecleucel,2 axicabtagene-ciloleucel,1 PCA
2020 (67): 2 CSM,4 LT,17 CSCU,4 darvadstrocel,24 tisagenlecleucel,14 axicabtagene-ciloleucel, 1 brexucabtagene-autoleucel, 1 PCA. Incremento del 219% respecto a 2016.
Hasta abril 2021 (38): 5 CSM,4 LTVE,7 CSCU,5 darvadstrocel,6 tisagenlecleucel,8 axicabtagene-ciloleucel,3 brexucabtagene-autoleucel
B. Reuniones mensuales con equipos médicos de mayo-diciembre 2020. Creación de recursos compartidos, canales de comunicación y distribución de tareas.
C. Definición de las funciones del FH dentro de la UTA-SF (gestión, seguimiento de resultados en salud y seguridad). Incorporación de la UTA-SF como proceso propio dentro de la certificación ISO 9001-2015 del SF.

LIMITACIONES
Es necesaria una formación específica del FH en gestión y seguimiento de MTAs.
El tiempo de funcionamiento de la unidad es limitado.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
La creación de una UTA-SF es aplicable a todos los SF y permite una especialización del FH en MTAs y una integración absoluta en el equipo multidisciplinar.

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

786. CAMINANDO HACIA LA HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA ÚNICA: VISUALIZACIÓN DE TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS EN E-RECETA

AUTORES
PERALES PASCUAL J, GIMENEZ FEBRER MA, BELLORIN ALVAREZ DV, CABIA FERNANDEZ L, BIELSA RODRIGO F, LOPEZ PEREZ A, PEREZ MORENO M, IZUEL RAMI M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS
Describir el procedimiento de actuación para conseguir que los medicamentos dispensados en los servicios de farmacia hospitalaria (SFH) se muestren en el sistema de prescripción de receta electrónica (e-receta) del servicio autonómico de salud (SAS) mostrando además las interacciones y alertas de seguridad más relevantes para conseguir una única historia farmacoterapéutica.

MEJORAS ESPERADAS
Se pretende mejorar la seguridad del paciente evitando posibles errores en la prescripción de nuevos tratamientos facilitando el seguimiento farmacoterapéutico.

DISEÑO
1. Desarrollar un sistema de consulta de tratamientos activos dispensados por los SFH del SAS que se ejecute en cada acceso a e-receta y definir la manera en que se muestra esta información:
Se muestra de forma diferenciada estos tratamientos respecto del resto de tratamientos de e-receta. Dentro del apartado de medicación intrahospitalaria se incorporan los tratamientos de pacientes externos/ambulantes/hospitalizados/

usuarios de centros sociosanitarios. Para cada prescripción se muestra: hospital dispensador, fecha de la última dispensación (sólo para pacientes externos) y los datos del prescriptor.
2. Implementar el procedimiento de priorización de alertas de cada prescripción activa o que va a adicionarse a la prescripción activa mediante un icono "semáforo".
En función de la relevancia del problema (interacciones/otros problemas de seguridad incorporados en e-receta) la luz del semáforo será roja (desabastecimientos que obligan a cambiar la prescripción/interacciones muy graves), naranja (Problemas de Seguridad comunicados por la AEMPS/Interacciones graves/desabastecimiento con distribución controlada) o amarilla (duplicidades/problemas de suministro sin modificación de la prescripción).
3. Establecer un sistema de actualización de interacciones relevantes (participación de los distintos SFH, Atención Primaria y Unidad Autonómica de Uso Racional del Medicamento del SAS).

CIRCUITO Y ETAPAS

Etapa 1: Desarrollo de los puntos 1 y 2 del apartado anterior en el sistema de e-receta.
Etapa 2. Implementación secuencial de los cambios de la etapa 1 en los centros sanitarios del SAS.
Etapa 3: Incorporación de las nuevas interacciones: se estableció de forma mensual, comenzando con los principios activos de dispensación hospitalaria más frecuentemente utilizados y de mayor impacto en la seguridad del paciente.
Etapa 4: Informar a los profesionales de los cambios realizados y del procedimiento de implementación a través de un campo incluido recientemente en el sistema de prescripción "la novedad".

IMPLANTACIÓN

La implantación comenzó en marzo y finalizó en abril 2021 (se realizó paulatinamente con el fin de monitorizar que los tiempos de acceso no dificultaban el correcto funcionamiento de e-receta).
Se han realizado dos actualizaciones de interacciones la última semana de marzo-abril 2021.

RESULTADOS

Tras finalizar la implementación diariamente se está consultando la prescripción hospitalaria sin degradación del rendimiento del sistema soportando alrededor de 25.000 pacientes/día, llegando a picos de 4.200 pacientes/hora.
Hasta abril 2021 se han incorporado 796 principios activos con un total de 4.128 interacciones entre medicamentos de dispensación hospitalaria y extrahospitalarios (esta revisión todavía no ha finalizado).

LIMITACIONES

En la actualidad no se dispone de un acceso completo/correcto al tratamiento de hospital de día oncohematológico en algunos de los hospitales del SAS pues estos centros no utilizan el programa corporativo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La solución propuesta puede extenderse fácilmente a otros SAS que compartan una arquitectura de prescripciones intra-extrahospitalaria similar.

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

787. TELEFARMACIA Y ENTREGA EN VENTANILLA DE SEGURIDAD: ADAPTACIÓN AL CAMBIO Y A LOS RECURSOS DISPONIBLES

AUTORES

ZAYAS SORIANO M, BERNABEU MARTINEZ MA, HERNANDEZ GUIO A, PLANELLES DE CASTRO M, GONZALEZ LOPEZ A, PONS MARTINEZ L, CAMPILLO LOPEZ J, AZNAR SALIENTE T
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE. CTRA. NACIONAL 332, S/N. ALICANTE

OBJETIVOS

Describir un nuevo modelo de atención farmacéutica (AF) telemática y entrega en ventanilla de seguridad (VS) y analizar su alcance y grado de implementación en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo realizado desde el 01/julio/2020 al 30/abril/2021 en un hospital de tercer nivel. Tras finalización del estado de alarma en junio/2020 y cese del presupuesto destinado al envío de medicación al domicilio del paciente, se estableció un nuevo modelo de dispensación, que consistía en la realización de AF telemática y entrega de la medicación a través de una VS instalada en la fachada exterior de la UFPE, definido como telefarmacia.
Diariamente, mediante revisión de las agendas de citación el día previo a la visita programada del paciente, se preseleccionaban los pacientes candidatos a telefarmacia y se les realizaba entrevista telefónica semiestructurada. A continuación, se preparaba la medicación en un paquete correctamente identificado. La entrega del paquete se realizaba a través de la VS, tras identificación del paciente, sin necesidad de acceder al interior del hospital.
Se incluyeron pacientes cuyo tratamiento fuera estable y aceptasen participar. Se excluyeron los que llevaban menos de 3 meses de tratamiento y/o tuvieran consulta presencial con el médico prescriptor el mismo día de la cita en UFPE.
Se midió el grado de satisfacción de los pacientes con el nuevo modelo mediante una escala numérica del 1-10 (encuesta anónima que se les proporcionó junto con la medicación).
Para medir el alcance del nuevo modelo se calculó el porcentaje de pacientes adscritos al programa de telefarmacia (PTF) respecto al total de pacientes atendidos en la UFPE en el período, así como el porcentaje de pacientes candidatos a telefarmacia a los que se les realizó finalmente dispensación presencial (pacientes candidatos a telefarmacia perdidos (PTFp)). Se registraron los motivos por los que se perdió la oportunidad de realizar telefarmacia, así como el número de pacientes que no acudieron a la VS para recoger la medicación previamente preparada (PnA).
Para la medición del éxito de implantación del programa se tuvieron en cuenta el grado de satisfacción del paciente, el PTFp y el PnA. Se establecieron tres niveles de implementación: ideal (satisfacción≥9,5, PTFp=0% y PnA < 5%), óptimo (satisfacción=8,5-9,5, PTFp≤25% y PnA=5-10%) y pobre (satisfacción < 8,5, PTFp > 25% y PnA > 10%).

RESULTADOS
Se atendieron 10.757 pacientes en total, de los cuales 5.573 (51,8%) fueron candidatos a telefarmacia, adscribiéndose finalmente 4.380 (PTF=40,8%; PTFp=21,41%). Los principales motivos para la no realización de telefarmacia en pacientes a priori candidatos fueron la imposibilidad de localizar al paciente en el teléfono indicado y problemas en la receta que requerían intervención del médico. 204 pacientes (PnA=4,6%) no acudieron el día de su cita a recoger la medicación.
El grado de satisfacción medio de los pacientes fue de 9,6±1,0(n=385). El grado de implementación del nuevo modelo asistencial fue óptimo.

CONCLUSIONES
La situación de pandemia ha demostrado la capacidad del Servicio de Farmacia de adaptación de los procesos a las necesidades de los pacientes y a los recursos disponibles, consiguiendo un grado óptimo de desarrollo y satisfacción.

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

802. ACONDICIONAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA EN EL SERVICIO DE FARMACIA. ¿CUÁL ES LA MEJOR OPCIÓN?

AUTORES
JUAREZ DIAZ D, MARONG KINTECH F, PEREZ RELUCIO D, VELASCO MUÑOZ S, MARIN DORADO C, MOLERA FARRE S, SEIJO LOPEZ A, TEYS MUSACHS D
HOSPITAL ST JAUME DE CALELLA. ST JAUME, 209. BARCELONA

OBJETIVOS
Analizar el acondicionamiento de medicamentos en dosis unitarias en el Servicio de Farmacia
Comparar dos métodos de acondicionamiento de medicamentos: reenvasado y reetiquetado

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio realizado en dos hospitales pertenecientes a una corporación sanitaria, con compra centralizada por concurso público. Se analizan datos de compra y actividad de 2019.
Se contabilizan los medicamentos vía oral utilizados en el sistema de dosificación de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU) en pacientes ingresados que deben ser reenvasados o reetiquetados en el Servicio de Farmacia (SF) por no disponer del acondicionamiento adecuado por la industria farmacéutica (IF) y de los que no existían alternativas terapéuticas con acondicionamiento adecuado.
Desde 2018, debido a una disminución de presentación en envase clínico de algunas especialidades, se empezó a priorizar siempre que era posible el reetiquetado respecto al reenvasado, por motivos de espacio y de optimización del tiempo. Se reenvasaban sólo aquellas especialidades farmacéuticas (EF) que no podían ser reetiquetadas debido a la presentación en frasco multidosis o al tamaño muy reducido del blíster.
Se editaron 89 plantillas para el reetiquetado de medicamentos en formato blíster entero. Para medicamentos en los que no se puede realizar la plantilla blíster, se reetiqueta cada comprimido de forma individual.
El reenvasado se realiza con la máquina reenvasadora.
Se contabiliza el coste invertido en material de acondicionamiento para cada uno de los procedimientos de reenvasado y reetiquetado, así como el tiempo invertido en personal técnico del SF en 2019.

RESULTADOS
De un total de 422 especialidades farmacéuticas (EF) vía oral para SDMDU, correspondientes a 1.271.192 unidades, sólo 165 EF (39,09%) disponían de acondicionamiento adecuado por la IF.
Del 60,9% restante que debía ser acondicionado por el personal técnico SF, se reetiquetaron 222 EF (86,3%) correspondientes a 307.616 unidades y se reenvasaron 35 EF (13,6%) correspondientes a 72.952 unidades.
El coste empleado en material de acondicionamiento fue 2.022,91 € para reenvasado (0,02 €/unidad), y 259,05 € para el reetiquetado (0,0008 €/unidad).
El tiempo medio invertido por el técnico fue de 6,6 minutos para 100 unidades reetiquetadas y 13,3 minutos para 100 unidades reenvasadas.
El tiempo total invertido en reetiquetar y reenvasar medicamentos en 2019 fue de 500,09 horas, equivalentes a 71,4 jornadas laborales técnico de SF.
El incremento de coste debido al material para los medicamentos que precisaron acondicionamiento en el SF fue de 4,25%.

CONCLUSIONES
Se confirma que un elevado número de EF tienen acondicionamiento subóptimo para su utilización en el sistema SDMDU en pacientes ingresados en los hospitales, lo que implica una gran inversión de tiempo por parte de los técnicos del SF en esta actividad, así como de un incremento de coste debido al tiempo empleado por el personal y al uso de material de acondicionamiento.
El reetiquetado permite ahorrar costes respecto al reenvasado, debido a una menor inversión de tiempo de personal por unidad acondicionada y a la utilización de menos material no reciclable, contribuyendo a mejorar la sostenibilidad medioambiental
Adicionalmente el reetiquetado permite optimizar el espacio de almacenamiento de medicamentos en el SF y mantener la misma caducidad de la especialidad farmacéutica, a diferencia del reenvasado.

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

920. PLATAFORMA DE INTERCAMBIO DE MEDICAMENTOS: MEJORANDO LA EFICIENCIA

AUTORES
LÓPEZ CENTENO B, ALONSO CASTRO V, ALIOTO D, GIL MARTÍN A, MORALES IRALA D, MARTÍN CASASEMPERE I, 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
Dentro de la estrategia de Optimización de Costes Operativos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH), el Servicio de Salud desarrolló una Plataforma de Intercambio de Medicamentos (PIM) que permite compartir información de medicamentos próximos a caducar y desabastecimientos para su intercambio entre hospitales.
Objetivo: Describir el funcionamiento de la PIM, evaluar el grado de utilización y eficiencia.

MATERIALES Y MÉTODOS
La PIM es una aplicación web que permite a los SFH registrar y consultar medicamentos susceptibles de intercambio: 1) medicamentos de alto impacto económico próximos a caducar, 2) medicamentos en situaciones de desabastecimiento y 3) medicamentos en situaciones de urgencia para solicitud de préstamos.
La aplicación permite la cumplimentación de determinados campos por el hospital interesado en adquirir un medicamento y crea documentos de cesión y devolución facilitando aspectos logísticos. La PIM registra los movimientos de los medicamentos de forma automática, gestionando los stocks según los intercambios realizados, eliminando los medicamentos ofertados que alcanzan su caducidad y calculando el coste evitado de cada intercambio. Además, se han programado alertas quincenales de los medicamentos disponibles y los medicamentos que están próximos a caducar para su envío por correo electrónico a los SFH y que puedan tener conocimiento de ello sin tener que realizar una búsqueda activa.
Indicadores de utilización de la PIM: 1) número de intercambios, 2) medicamentos registrados y 3) costes evitados.

RESULTADOS
La PIM se desarrolló a finales del año 2014 en un grupo de trabajo formado por farmacéuticos e informáticos de servicios centrales del Servicio de Salud y farmacéuticos de SFH. En el primer trimestre del año 2015 fue aprobada y validada, estando a disposición de todos los SFH a partir de abril de 2015.
La evolución en la utilización de la PIM mantiene una tendencia ascendente desde el año 2018. En el año 2019, aumenta considerablemente el número de intercambios de medicamentos (252 vs 88) y casi se cuadruplican los costes evitados (621.746€ vs 174.796€) respecto al año anterior, gracias principalmente a la programación de alertas quincenales. Dicha mejora en el uso de la PIM se mantiene durante el año 2020.
En el año 2020, se han realizado 99 registros de medicamentos, correspondientes a 78 principios activos distintos. Dichos registros corresponden a 17 SFH, con 148 intercambios realizados, ninguno de ellos por desabastecimiento, que han supuesto un coste evitado de 501.153€.
Desde la entrada en funcionamiento de la PIM hasta 2020, se han realizado 387 intercambios de medicamentos entre hospitales que han supuesto unos costes evitados totales de 1.112.740€.
En el primer trimestre del año 2021, se han realizado 42 registros de medicamentos, correspondientes a 24 principios activos distintos. Dichos registros corresponden a 11 SFH, con 55 intercambios realizados, ninguno de ellos por desabastecimiento, que han supuesto un coste evitado de 148.202€.

CONCLUSIONES
La PIM resulta ser una herramienta ágil y sencilla que permite compartir información de medicamentos próximos a caducar para su intercambio entre hospitales permitiendo una gestión más eficiente de recursos. También permite mostrar información del stock disponible de medicamentos en situaciones de desabastecimiento en los hospitales.

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

930. PROYECTO DE SINERGIA EN LA DISPENSACIÓN ESPECIAL DE ESTUPEFACIENTES EN EL ÁREA QUIRÚRGICA.

AUTORES
GÓMEZ ROMÁN M, FUENTES VALERO G, CALDERÓN BERGASA L, SÁNCHEZ GUIJO E, CASTRO GONZÁLEZ S, RUIZ GARCÍA S, ATIENZA TOMEO MDR, MORELL BALADRÓN A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA. C/ DIEGO DE LEÓN 62. MADRID

OBJETIVOS
Describir la aportación del técnico de farmacia en la dispensación controlada de estupefacientes en el área quirúrgica.

MATERIALES Y MÉTODOS
La dispensación de estupefacientes es una tarea de especial relevancia, que requiere un control exhaustivo de la utilización de los fármacos así como su registro documental.
• El 5 de Febrero de 2019, se inicia un circuito de dispensación controlada de estupefacientes y psicótropos, a través de un stock estándar de medicación, mediante protocolo consensuado entre los servicios de farmacia y anestesia, en dos de las tres unidades quirúrgicas. Se establece un sistema de reposición a las 8:00 a.m y de retirada a las 21:00 p.m, permitiendo definir de forma controlada la dispensación, mediante un vale por quirófano con la composición del maletín. La supervisión de la medicación se realizará en turno de mañana por un técnico, quien intervendrá activamente de forma colaborativa y conjunta con el farmacéutico, realizándose una labor compartida.
• La labor del técnico en el circuito se inicia con el registro diario de las unidades reales consumidas por cada quirófano y

turno, de la medicación definida en el protocolo.
• Cotejará y verificará la adecuada cumplimentación de los vales múltiples (fecha,número de historia clínica, unidades consumidas, prescriptor) de cada maletín.
• Identificará y detectará la existencia de posibles incidencias para su posterior reclamación y subsanación.
• Realizará la reposición de los fármacos utilizados por cada maletín (quirófano y turno).
• La última fase de este circuito de dispensación controlada de estupefacientes y psicotrópicos, es su registro electrónico, mediante la integración e interacción de diversos programas informáticos. El técnico registrará cada dispensación por planta de quirófano, número de receta oficial, estupefaciente, paciente, unidades.

RESULTADOS
• Se contabilizan un total de 16 quirófanos repartidos entre el bloque quirúrgico de la planta 5ª y 8ª.
• Las unidades dispensadas de estupefacientes y psicótropos, en el intervalo que abarca desde el 5 de Febrero de 2019 hasta el 30 de Abril de 2021 fueron:
⎪ Fentanilo : 127.068 ampollas.
⎪ Remifentanilo 1mg: 790 viales.
⎪ Remifentanilo 5mg: 3943 viales.
⎪ Ketamina: 156 viales
⎪ Midazolam 5mg: 44.637 ampollas.
Existiendo un mayor consumo de fármacos en el quirófano 8, a excepción del remifentanilo de 1mg y 5mg cuyo consumo es mayor en el quirófano 5.
• El número de incidencias registradas oscila entre 200-250 al año, produciéndose alrededor de 4 incidencias semanales.
• La distribución realizada diariamente en días laborables en el área quirúrgica de estupefacientes y psicótropos fue de 559.

CONCLUSIONES
La dispensación de estupefacientes, es una actividad compleja que requiere una adaptación en los procesos de trabajo y una organización mayor y más exhaustiva. Atendiendo a los protocolos y estándares de obligado cumplimiento, se asegura que la dispensación se presta con las adecuadas garantías de seguridad. La incorporación del técnico al proceso, busca y genera un cambio en la forma de trabajar, optimizándose las cargas de trabajo y mejorando el control de estos fármacos, pasando de dispensación por stock semanal a dispensación por paciente y aportando su experiencia en colaboración estrecha con el farmacéutico. Se habla de trabajo conjunto.

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

932. DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDIACO

AUTORES
TOLEDO NODA N, SANTAMARÍA RODRÍGUEZ S, QUESADA MARQUÉS V, DÍAZ PESTANO MM, HERRERA ORTEGA GM, MARRERO PENICHET SM, PÉREZ MARTÍN CY, MORALES LEÓN MV
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR NEGRÍN. BARRANCO DE LA BALLENA. LAS PALMAS

OBJETIVOS
Desarrollo e implantación de un programa de trasplante cardíaco (TC) en un hospital insular.

MEJORAS ESPERADAS
Mejorar la satisfacción de pacientes y familiares que precisan de TC, cuya calidad socio-sanitaria se ve mermada al tener que permanecer largos periodos en centros de fuera de la Comunidad Autónoma.
Reducir la morbilidad y la necesidad de hospitalización de pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada (ICA).
Evitar la pérdida de órganos viables que durante su traslado puedan sufrir altos tiempos de isquemia.
Autoabastecimiento de órganos y receptores en la Comunidad Autónoma, minimizando los traslados a península.

DISEÑO
De manera conjunta con la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), se identificó la necesidad de instaurar un programa de TC en el archipiélago, de manera que se evitase la pérdida de órganos funcionales durante su traslado a península y los pacientes no tuviesen que trasladar su residencia en espera de un TC.

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Creación de un equipo multidisciplinar formado por cirujanos cardíacos, cardiólogos, intensivistas, anestesistas, farmacéuticos, enfermeros, anatomopatólogos, inmunólogos, microbiólogos, internistas, nefrólogos, neumólogos, médicos preventivos, fisioterapeutas, trabajadores sociales y coordinadores autonómicos de trasplante, entre otros.
2. Identificar las necesidades de formación y recursos materiales para su desarrollo. Establecimiento de alianzas intrerhospitalarias.
3. Formalización de la petición y aprobación de la ONT y del servicio de salud autonómico.
4. Adaptación de la unidad de ICA del hospital, permitiendo evaluar a los pacientes para su entrada en la lista de espera y realizar el seguimiento posoperatorio.
5. Preparación y adecuación de los servicios implicados para recibir el aviso de TC en cualquier momento (guardias de 24 horas y 365 días al año). Farmacia pacta el tratamiento tanto inmediato (día del trasplante) como tardío (estancia en medicina intensiva y planta) junto a cirujanos, intensivistas, anestesistas y cardiólogos. Se adquieren fármacos como basiliximab e idarucizumab y se protocoliza su preparación en las cabinas de flujo laminar junto con otros fármacos como micofenolato de mofetilo o tacrólimus.
6. Creaciones de protocolos interhospitalarios para la derivación, transporte y estudio de pacientes para TC en otros centros.

IMPLANTACIÓN
En junio de 2019 y tras más de un año de reuniones el director del servicio de salud autonómico da el visto bueno al centro para la realización de TC. Para comenzar se contrató un cirujano cardiaco de referencia en España en este tipo de operaciones.

RESULTADOS
Tras 24 meses de instauración del programa (junio 2019 – mayo 2021) se han realizado 16 TC, de los cuales 15 siguen en activo. El primero se realizó en diciembre de 2019 por lo que los objetivos de realizar 10 TC anuales se cumplen con creces.

LIMITACIONES
Necesidad de implementación de estudios diagnósticos y tratamientos, y por tanto aumento del consumo de recursos.
Carácter multidisciplinar del proceso de TC.
Lista de espera para la realización de pruebas complementarias.
Formación específica.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Este protocolo es aplicable a todos aquellos hospitales que se encuentren acreditados como centros extractores de órganos, dispongan de la aprobación de la ONT y el aprobado de la comunidad autónoma para realizar este tipo de intervención.

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

936. LA SALUD MÓVIL AL SERVICIO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2: VISIÓN Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRASPLANTADO CARDÍACO.

AUTORES
GOMIS PASTOR M, DE DIOS LÓPEZ A, SOCIAS CAÑELLAS CM, MARTÍNEZ MOLINA C, MAESTRO BENEDICTO A, MIRABET PÉREZ S, ROS ABARCA S, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. C/ SANT QUINTÍ, 89. BARCELONA

OBJETIVOS
Analizar la experiencia percibida por los pacientes trasplantados cardíacos (PTC) con un programa integral de telemedicina y su afectación emocional durante la cuarentena y el confinamiento debido a la pandemia por SARS-CoV-2.
Conocer su opinión respecto a la vacunación contra la COVID-19 y su estado vacunacional.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se diseñó una encuesta electrónica para PTC por parte de un equipo multidisciplinar compuesto por farmacéuticos, cardiólogos y psicólogos. La encuesta fue validada posteriormente por un equipo de 10 profesionales de diferentes categorías. Se incluyeron datos demográficos (sexo y edad) y de percepción del paciente como: principales motivos de consulta a través de la aplicación móvil (App) durante el confinamiento, mensajes valorados cómo más útiles enviados por el equipo, estado emocional y situación respecto la vacuna contra la COVID-19. Se incluyeron preguntas tanto de respuesta única como de múltiple elección.
La encuesta fue enviada el 26/02/2021 a través de un mensaje masivo a todos los PTC que eran usuarios de una plataforma de salud móvil (implementada en 2018). El mensaje contenía un enlace a la encuesta que debían responder de forma voluntaria y anónima.

RESULTADOS
Ciento cuarenta-y-cinco pacientes están dados de alta en la App para PTC del centro. De ellos, 109 (75%) la utilizan de forma regular y 60 (41%) respondieron la encuesta. Respecto al principal uso de la aplicación: 38 (63%) pacientes la usaron para hacer consultas en el equipo de trasplante, 31 (52%) para consultar su medicación o visitas y 11 (18%) para otros motivos.
Los pacientes valoraron positivamente los mensajes enviados por su equipo asistencial referentes a: medidas de prevención(77%), vacunación(63%), recordatorio de visitas(25%) y otros(27%).
En cuanto al seguimiento durante el confinamiento, a 24 (40%) pacientes se les anuló alguna visita médica (media de 2 visitas anuladas/paciente y 1 prueba anulada/paciente); y 49 (82%) realizaron alguna visita telemática con algún miembro del equipo asistencial, con una satisfacción media con la atención de 8 sobre 10. Cuarenta-y-tres (71%) pacientes refirieron preferir el modelo tradicional de visitas presenciales.
Durante la cuarentena, 18(30%) se sintieron tristes, 20(33%) ansiosos, 41(68%) preocupados y 16(27%) tuvieron dificultad para dormir.
En el momento de la encuesta: 1(1,7%) paciente no quería vacunarse, 4(6,7%) tenían miedo o dudas respecto a la vacunación, 11(18%) estaban pendientes y 44(73%) estaban vacunados.

CONCLUSIONES
- El módulo de comunicación mediante mensajería ha sido el recurso más utilizado de la App durante la pandemia por SARS-CoV-2.
- La información sobre las medidas de prevención de la COVID-19 así como sobre la vacunación ha sido la más útil, según los pacientes, durante la pandemia.
- La mayoría de pacientes estaban a favor de la vacunación y recibieron la vacuna contra la COVID-19.
- La satisfacción global con el seguimiento telemático durante la cuarentena fue de 8 sobre 10 y un tercio de los pacientes encuestados (29%) preferiría seguir con el modelo de seguimiento remoto.
- El confinamiento supuso una alteración del estado emocional de los pacientes. El uso de la salud digital ha permitido humanizar la atención sanitaria y acercar a pacientes y profesionales sanitarios.

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

953. MEJORA DE GESTIÓN DE STOCKS DE MEDICAMENTOS EN UN CENTRO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS MEDIANTE IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE DOBLE CAJÓN

AUTORES
ACIN GERICO MT, GOÑI ZAMARBIDE O, ALZUETA ISTÚRIZ N, GARCÍA GONZÁLEZ P, ECHEVERRÍA GORRITI A, GARJÓN PARRA J, BIURRUN CÍA J, SOLA SARA MP
SUBDIRECCIÓN DE FARMACIA. SERVICIO NAVARRO DE SALUD - OSASUNBIDEA. PLAZA DE LA PAZ S/N, PLANTA 4ª. NAVARRA

OBJETIVOS
Describir las mejoras obtenidas tras la implantación de un sistema de gestión de stocks y pedidos en doble cajón en un centro con Servicio de Urgencias Extrahospitalarias (SUE).

MEJORAS ESPERADAS
La sustitución del botiquín tradicional por el sistema de doble cajón posibilita mejoras en la logística de la gestión de existencias de medicamentos, agiliza la tramitación de los pedidos, y aumenta la seguridad y eficacia al realizarlos.

DISEÑO
Se creó un equipo multidisciplinar de dos profesionales de enfermería del centro y un farmacéutico de atención primaria con objeto de mejorar la gestión de stocks en un servicio de urgencias extrahospitalarias (SUE).
Se instaló en el centro un sistema de doble cajón para almacenar los medicamentos, formado por un armario de doble cubeta, con una herramienta que permite imprimir etiquetas, con los códigos de barras de los medicamentos, código de referencia interna (código P) y cantidad máxima de suministro pactada.
Cada medicamento está ordenado por orden alfabético, una única ubicación y cantidad máxima pactada, repartida mitad y mitad en doble compartimento.
El consumo de los medicamentos se realiza mediante la extracción del primer compartimento. Cuando queda vacío se trasladan las unidades del segundo compartimento al primero, se genera un pedido de reposición equivalente a la mitad de la cantidad máxima, mediante la lectura de la etiqueta con lector de código de barras.
En el programa de gestión (SAP®) se definieron el código numérico identificativo ó Centro de Coste (CeCo) del centro, los medicamentos, la cantidad de reposición y ubicación.

CIRCUITO Y ETAPAS
El pedido se realiza desde el software de gestión de pedidos MMSAP, previo registro del lector, incluyendo el centro de coste, código P, denominación y cantidad de reposición.
Ese pedido se exporta a SAP® del centro suministrador para proceder a su preparación.
La reposición se realiza cotejando el albarán de pedido con los productos recepcionados y rellenando el compartimento vacío y el ciclo vuelve a empezar de nuevo.

IMPLANTACIÓN
Etapas:
1. Julio 2018. Se delimitaron en SAP® los productos y cantidades máximas autorizadas asignándose al CeCo del SUE y se etiquetaron las cubetas del sistema con el nombre del principio activo, dosis, forma farmacéutica, código P y código de barras EAN.
2. Agosto 2018. Se estableció el circuito de pedidos semanal.
3. Septiembre 2018. Se evaluó su funcionamiento tras la implantación.

RESULTADOS
El proceso facilita conocer y ajustar las existencias de consumo propias del CeCo mediante registro en SAP®, se agiliza la rotación de stock, se reduce la posibilidad de error de lectura, de duplicidad de pedidos, de las unidades de medicamentos caducados, y se evita la rotura de stock.
En dos años de evolución del sistema (agosto 2018-2020) se observa, comparándolo dos años antes de su implantación (agosto 2016-2018), un ahorro económico del 21% (13529,93 euros) y reducción del número de medicamentos pactados del 3,78%. (7 medicamentos).

LIMITACIONES
Precisa un paso previo de lectura de la extensión de los archivos del lector para que sea codificable en el software de gestión de pedidos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Aplicable a todos los centros de atención primaria y botiquines de plantas de hospital que puedan disponer de este sistema.

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

960. DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DIGITAL DE AYUDA A LA PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE FÓRMULAS DE NUTRICIÓN ENTERAL.

AUTORES
VARELA REY I, BANDÍN VILAR E, GARCÍA CRISTINA M, GAYOSO GONZÁLEZ D, AMOEDO FARIÑA B, GONZÁLEZ BARCIA M, ZARRA FERRO I, FERNÁNDEZ FERREIRO A
C.H. UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS
El mercado actual de fórmulas de Nutrición Enteral en España es muy amplio y no existe en la actualidad ninguna herramienta que permita la comparativa global de las fórmulas disponibles.
El objetivo de este trabajo es desarrollar una herramienta digital de búsqueda cualitativa y cuantitativa de ayuda a la prescripción y dispensación personalizada de fórmulas de Nutrición Enteral.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se desarrolla la estructura de una base de datos única que engloba todas las fórmulas de nutrición enteral comercializadas en España. Las nutriciones se clasifican en fórmulas para adultos, pediatría, metabolopatías o módulos. En los dos primeros grupos se clasifican las fórmulas en función de la cantidad de calorías (hipercalóricas, normocalóricas o hipocalóricas) y proteínas (hiperproteicas, normoproteicas o hipoproteicas), todas ellas con o sin fibra. Se incluye también información sobre la indicación, clasificándolas en estándar o con indicación específica. En el grupo de metabolopatías se clasifican las fórmulas por la enfermedad metabólica a la que van dirigidas y en el grupo de módulos por indicación o por el tipo de nutriente que aportan. En todos los casos se incluye información sobre la presentación comercializada, la vía de administración, el sabor, el laboratorio que las comercializa, el estado de financiación por el Sistema Nacional de Salud, la composición cuantitativa de macronutrientes, la osmolaridad, la presencia de alérgenos de declaración obligatoria, la composición cualitativa de la fórmula e imagen de la presentación. Con toda esta información, se desarrolla un portal web de acceso público -previo registro- que permite realizar las búsquedas con los parámetros y filtros indicados.

RESULTADOS
Se obtiene una herramienta de búsqueda cualitativa y cuantitativa con más de 800 formulaciones diferentes de 9 laboratorios distintos.
En lo referente al buscador cualitativo, el grupo de adultos y pediatría permite filtrar por 7 categorías que incluyen: calorías, proteínas, fibra, tipo de indicación (incluyendo 11 indicaciones específicas), alérgenos no permitidos, sabor y vía de administración. En el grupo de metabolopatías, permite buscar por 15 enfermedades distintas, alérgenos no permitidos, sabor y vía de administración. Por último, en el grupo de módulos, el buscador permite filtrar por 12 tipos de módulos distintos en función de la indicación o el tipo de nutriente que aportan. En todas las búsquedas, es posible descartar hasta 14 alérgenos y seleccionar entre 11 sabores diferentes.
El buscador cuantitativo permite seleccionar aquellas fórmulas que contengan una cantidad específica de macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono, azúcares, lípidos, fibra) calorías u osmolaridad, permitiendo delimitar más la búsqueda realizada. El software permite también asociar las nutriciones disponibles en un determinado centro sanitario con respecto al total, permitiendo así búsquedas acotadas.

CONCLUSIONES
El software desarrollado es la primera herramienta digital de búsqueda guiada de todas las fórmulas de nutrición enteral comercializadas en España. Por ello, aportará una notable mejora en la búsqueda comparativa y la prescripción personalizada de estas fórmulas.

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

994. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS DE DOS MODELOS DE REPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES EN SISTEMAS DE DISPENSACIÓN AUTOMATIZADA

AUTORES
RICOY SANZ I, SAEZ BELLÓ M, MARTINEZ ALBALADEJO P, CORTES SANCHEZ CJ, BRAVO CRESPO C, POLO DURAN J, ORDOVÁS BAINES JP, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL DOCTOR PESET. AVD. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS
Describir y comparar los riesgos de dos procedimientos (manual vs automatizado integrado) de reposición de medicamentos estupefacientes (ME) en los Sistemas Automatizados de Dispensación (SAD) aplicando la metodología Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional prospectivo de cuatro meses de duración realizado en un hospital general terciario, con una dispensación anual de 18.329 ME mediante 8 SAD periféricos ubicados en las Unidades de Hospitalización (SAD-UH).
Se compara la reposición de ME mediante un proceso manual (01-02/2021) guiado por el usuario que revisaba y calculaba las necesidades de reposición de cada ME para cada SAD-UH desde el almacén del Servicio de Farmacia (SF) (carrusel horizontal) y un proceso automatizado integrado (03-04/2021) mediante una integración informática entre los SAD-UH y un SAD central del SF (SAD-SF), ambos procesos realizados en base a una planificación de mínimos y máximos.
Se diferenciaron tres subprocesos en el proceso manual (revisión de necesidades, salida/acondicionamiento y reposición) y dos subprocesos en el proceso automatizado integrado (salida/acondicionamiento y reposición).
Se aplicó la metodología AMFE siguiendo los pasos: a) creación de un Grupo Nominal con experiencia en gestión de ME (cuatro farmacéuticos del SF); b) definición de las fases de los procesos de reposición; c) identificación de modos de fallo (MF), sus efectos y causas; d) cálculo del Número de Prioridad de Riesgo (NPR=incidencia(1-5) x evitabilidad(1-5) x gravedad(1-5)) para cada MF y subproceso, calculándose la mediana y rango intercuartílico (RIQ) de los valores aportados por el Grupo Nominal.
A fin de estimar las diferencias entre ambos procesos, se calculó el porcentaje de reducción de subprocesos, de MF y del NPR total. Las medianas de los NPR se compararon estadísticamente mediante U de Mann-Whitney.

RESULTADOS
El proceso manual constaba de 3 subprocesos: revisión de las necesidades (NPR 28,6 [3]), salida/acondicionamiento (NPR 106,0 [6,5]) y reposición (NPR 100,0 [21,5]) en el que se identificaron 12 MF (NPR 15,0 [7,6]) con 14 causas asociadas. El proceso automatizado integrado constaba de 2 subprocesos: salida/acondicionamiento (NPR 34,5 [18]) y reposición (NPR 17,5 [2,5]), con 7 MF (NPR 7,5 [4,0]) y 7 causas asociadas. El NPR total del proceso manual fue de 235,5 [25,3] y el del proceso automatizado integrado fue de 71,5 [8,5] ($p < 0,05$).
El MF con mayor NPR fue en ambos procesos: "disposición errónea del ME en el cajetín" (Manual: NPR 46,5 [8,3] y automatizado integrado: NPR 27,0 [4,0]).
El porcentaje de reducción de subprocesos fue del 66,6% y de los MF del 41,7%, mientras que el porcentaje de reducción del NPR total fue del 69,6%.

CONCLUSIONES
En el proceso manual los riesgos evitados son fundamentalmente en el subproceso de salida/acondicionamiento y, aunque haya una simplificación en el proceso automatizado integrado, este incorpora nuevos riesgos relacionados con la integración informática. La implantación de un proceso de reposición automatizada e integrada entre los SAD-UH y el SAD-SF permite reducir los MF en un 41,7% así como el NPR en un 69,6%, reduciendo el riesgo de reposición errónea y proporcionando un circuito seguro y con trazabilidad en la gestión de ME.

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

1005. IMPACTO DE LA CENTRALIZACIÓN DEL PROCESO DE REENVASADO

AUTORES
MUÑOZ LÓPEZ MA, GARCÍA PRIETO EM, SÁNCHEZ MARTÍNEZ R, OLMO RIVERA R, LUZÓN PÉREZ M, ROSARIO RODRÍGUEZ V, GARCÍA PEÑUELAS C, FERNÁNDEZ SALA X
CENTRE ASSISTENCIAL EMILI MIRA. PRAT DE LA RIBA, 171. BARCELONA

OBJETIVOS
Durante el año 2020 se procedió a la centralización en un único hospital del reenvasado de formas farmacéuticas sólidas procedentes de cuatro centros asistenciales. Esta estrategia se pudo llevar a cabo gracias a la adquisición de un robot de cortado y reenvasado en dosis unitarias.
El objetivo del estudio es evaluar el rendimiento de la centralización del proceso de reenvasado.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en el que se compararon dos períodos: previo a la centralización del reenvasado (pre-centralización) (enero-marzo de 2019) y posterior a dicha centralización (post-centralización) (enero-marzo de 2021).
Datos recogidos: diferentes presentaciones farmacéuticas reenvasadas, número de unidades de cada una de ellas, número de veces que se reenvasó una misma presentación, tiempo invertido en esta actividad por parte del técnico de farmacia y ratio ''unidades /número veces reenvasadas''.

RESULTADOS
Periodo pre-centralización: se reenvasaron 414 presentaciones farmacéuticas diferentes y 210.224 unidades.
Periodo post-centralización: se reenvasaron 269 presentaciones farmacéuticas y 204.229 unidades.
El rendimiento del reenvasado en aquellas presentaciones farmacéuticas de mayor volumen de reenvasado fue el siguiente: (Ratio unidades /número veces reenvasadas en 2019 y 2021 respectivamente): clometiazol 192 mg 7.374/25 (295,0); 6.236/19 (328,2), calcio carbonato 1250 mg/vitamina D 3.002/18 (166,8); 2.917/10 (291,7), ácido fólico 5 mg 5.410/16 (338,1); 4.799/10 (479,9), litio carbonato 400 mg 4.300/18 (238,9); 2.096/6 (349,3), levomepromazina 25 mg 3.924/9 (436); 3.076/6 (512,7), folinato cálcico 15 mg 1.820/12 (151,7); 709/4 (177,3), levodopa 25mg/ carbidopa 100 mg retard 320/4 (80,0); 996/4 (249,0), clonidina 0,15 mg 150/3 (50,0); 639/4 (159,8), tacrolimus 1 mg 812/16 (50,8); 1014/6 (169,0), levotiroxina 75 mcg 300/7 (42,9); 702/3 (234).
Tiempo total invertido de 455,5 horas en el periodo pre-centralización frente a 340,4 horas en el periodo post-centralización.

CONCLUSIONES
- La centralización del reenvasado en un único centro ha optimizado la eficiencia del proceso mediante la obtención de una ratio superior del número de unidades reenvasadas de una presentación farmacéutica frente al número de veces que se reenvasa dicha presentación.
- La adopción de esta estrategia también permite optimizar el tiempo invertido en esta tarea.
- La unificación del reenvasado permite asignar la responsabilidad de esta tarea a técnicos concretos de farmacia, lo que reduce la variabilidad introducida en el proceso.

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

1115. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO CIRCUITO DE REENVASADO DE MEDICAMENTOS.

AUTORES
MARCOS FENDIÁN Á, CONDE GINER S, TORRENT POU J, GARCÍA LOPEZ JA, BALDRICH ANDREU MJ, PALOMARES PÉREZ E, REIG R, CANADELL VILARRASA L
PIUS HOSPITAL VALLS. PLAÇA SANT FRANCESC, 1, 43800 VALLS,. TARRAGONA

OBJETIVOS
Mejorar la eficiencia del reenvasado de medicamentos en Dosis Unitarias (DU) en un Hospital Comarcal (HC).

MEJORAS ESPERADAS
1. Mejorar la trazabilidad de los medicamentos en DU incorporando una máquina reenvasadora.
2. Optimizar la gestión de los recursos humanos y materiales.

DISEÑO
El sistema de dispensación en DU utilizado en HC era el re-etiquetado manual de medicamentos.
Se estableció una coordinación asistencial entre los Servicios de Farmacia (SF) del HC y del Hospital de Referencia (HREF) de la región sanitaria, que facilitó los recursos materiales.
Se diseñaron 3 fases: un análisis de la situación inicial; una optimización de la gestión y modificación de circuitos; y una fase final de implementación.
Los resultados cuantitativos se presentan como media (desviación estándar).

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Análisis inicial:
a. DU re-etiquetadas entre 2019 y Agosto 2020.
b. Recuento de unidades re-etiquetadas manualmente por hora de trabajo de técnico (HTT)
c. Clasificación de los medicamentos por frecuencia de re-etiquetado: Lista A (80%) y Lista B (20%).
2. Optimización y modificación de circuitos:
a. Búsqueda de alternativas comercializadas en DU: sustitución de proveedores.
b. Consumos mensuales y cambios de punto de pedido mínimo y máximo.
c. Establecimiento de circuito de transporte entre HC y HREF.
d. Coordinación asistencial con HREF: utilización de la máquina reenvasadora automática de medicamentos en DU.
3. Implementación del circuito

IMPLANTACIÓN
El proyecto se implantó en un HC con DU para 153 camas. Fue iniciado en septiembre 2020 e implantado en enero 2021.

RESULTADOS
1. a) Durante el 2019 se re-etiquetaron 87.844 DU, correspondientes a 59 medicamentos, media de 7.320 (5.412) DU/mes equivalentes a 305 HTT (43 jornadas laborales). Entre enero-agosto 2020, se re-etiquetaron 98.425 DU, correspondientes a 86 medicamentos (aumento anual 46%), media de 12.303 (4.437) DU/mes, estimándose hasta finalizar 2020 147.638 DU (aumento anual 68%), equivalente a 512 HTT (73 jornadas laborales).
b) Se midió la velocidad de re-etiquetado: 288 DU por HTT.
c) Se identificaron 86 medicamentos re-etiquetados: 39 en lista A y 47 en lista B.
2. a) Para la búsqueda de alternativas en DU se utilizó la documentación adjunta a un mensaje de difusión en la lista de la Sociedad Española de Farmacaia Hospitalaria sobre reenvasado de medicamentos
- Lista A: Se sustituyeron 25/39 (64%) medicamentos, correspondientes a un ahorro aproximado de 36.538 DU (41%).
- Lista B: Se sustituyeron 23/47 (49%), reduciéndose en aproximadamente 3.934 DU (21%).
El ahorro total estimado fue 40.472 unidades, correspondientes a 141 HTT (20 jornadas laborales).
b) Se calculó el consumo mensual medio. Se modificaron el mínimo y máximo para 1 y 6 meses, respectivamente, gestionando las especialidades no sustituidas mediante compras semestrales.
c) Se acordó el traslado de medicamentos con la empresa de transporte del HC, sin incremento de coste, asegurando la trazabilidad y condiciones de conservación.
d) Reenvasado de medicamentos en DU para un periodo de 6 meses.
3. Desde la implementación (Enero 2021) hasta abril 2021, se han reenvasado 41.246 unidades a una velocidad de 625 DU/HTT duplicando la eficiencia del proceso.

LIMITACIONES
Aumento del stock inmovilizado en HC y dependencia de HREF para reenvasar la medicación.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
SF con re-etiquetado manual y/o SF que busque la optimización del reenvasado.

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

1124. IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS PRELIMINARES DE UN SERVICIO DE GESTIÓN INTEGRAL DE LA FARMACOTERAPIA PARA PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN CONTEXTO DE PANDEMIA

AUTORES
SANCHEZ-MATAMOROS PIAZZA S, LOPEZ MUÑOZ MJ, VAZQUEZ VELA V, VARAS PEREZ A, BERMUDEZ TAMAYO C, MARTIN CLAVO S
HOSPITAL UNIVERSITARIO JEREZ DE LA FRONTERA. RONDA DE CIRCUNVALACIÓN, S/N. CÁDIZ

OBJETIVOS
Implementar y explorar los resultados de un servicio de Gestión Integral de la Farmacoterapia (GIF) o Medication Therapy Management para atención a pacientes oncohematológicos (POH).
Objetivos específicos:
• Describir la implementación como oportunidad y desafío en contexto pandemia COVID-19.
• Analizar las intervenciones farmacéuticas realizadas con la resolución de problemas farmacoterapéuticos (PFT).

MEJORAS ESPERADAS
La implementación de un Servicio de GIF surge como necesidad de cubrir un número creciente de POH, en un entorno de atención ambulatoria siendo fundamental el desarrollo de una metodología que mejore la calidad asistencial. La

complejidad de los tratamientos hace necesario el acompañamiento y disponibilidad para afrontar los problemas con el tratamiento, resolver dudas y aportar planes de cuidado, mediante esta práctica asistencial. Se espera mejorar la calidad de atención a POH al atender todas sus necesidades farmacoterapéuticas trabajando coordinadamente con otros niveles con visión multidisciplinar. Además, se pretendía reducir la demora en tiempos de atención garantizando la confidencialidad.

DISEÑO

Estudio pre-experimental, piloto de implementación de un servicio de GIF en POH. Periodo de estudio: enero-mayo 2021. Se incluyen POH ambulatorios con algún PFT o que el médico solicite su revisión farmacoterapéutica. Se excluyen pacientes con limitaciones cognitivas y sin cuidador accesible para entrevistar.

CIRCUITO Y ETAPAS

1ª: Estandarización de la información a entregar a los pacientes sobre su enfermedad, medicación y manejo de toxicidades/efectos adversos. Diseño de la herramienta en Access para registrar variables del estudio, inicio de inclusión de pacientes y registro de información.
2ª: Inclusión de pacientes y desarrollo del proceso: 1. Valoración inicial(The assessment); 2.Análisis de la farmacoterapia(Identificación de PFT, según Cipolle, Strand y Morley); 3.Elaboración del plan de cuidados al paciente(Care plan) e informes farmacoterapéuticos para el médico 5.Visitas de evaluación continua-seguimiento(follow-up evaluation).
3ª: Análisis exhaustivo de datos y difusión de resultados.

IMPLANTACIÓN

En el contexto de pandemia se realizó una reorganización de la actividad asistencial creando una consulta de atención a POH, que consistió en una nueva ubicación accesible, programación de citas -agenda y consultas telefónicas, con el fin de poner en marcha el servicio de GIF.

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes, edad media 65 (Desviación estándar±14.5), 55% (11/20) hombres. La implantación de la agenda facilitó las visitas programadas. Se les realizó la evaluación y posterior seguimiento, con buena adherencia a la farmacoterapia. Nº Intervenciones farmacoterapéuticas realizadas:70. PFT resueltos (según clasificación de Cipolle, Strand y Morley):PFT de Indicación: 11; Efectividad: 8; Seguridad: 46 y Adecuación: 5. Finalmente se elaboró un plan de cuidados al paciente con recomendaciones a seguir.

LIMITACIONES

- Pequeño tamaño muestral debido a su desarrollo en un entorno de atención ambulatoria con presión asistencial, recursos y tiempo limitado. Se dio prioridad a aquellos PFT con mayor relevancia clínica, teniendo en cuenta el bienestar/ preferencias de los pacientes.
- Falta de métricas para definir el verdadero “valor” de actuaciones farmacéuticas que podría abordarse mediante otros enfoques en futuros estudios.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

- Los resultados deberán extrapolarse con cautela dadas las limitaciones. Se propone explorar la experiencia farmacoterapéutica e identificar barreras/facilitadores que determinen la calidad del servicio.
- La aplicación del servicio de GIF es extensible a otros pacientes complejos y/o polimedicados.

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

1178. ENVÍO DE MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA A OFICINAS DE FARMACIA

AUTORES

PEÑA ORTIZ M, PARDO PASTOR J, CARIÑENA PASTOR S, RODRIGUEZ LOPEZ A, PICUS I, MORALES ALVAREZ S, LOPEZ TORRES L, NICOLAS PICO J

HOSPITAL UIVERSITARIO MUTUA TERRASSA. PLAZA DOCTOR ROBERT. BARCELONA

OBJETIVOS

- Cuantificar y analizar los pacientes adheridos al circuito de Telefarmacia y de envío de Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria (MHDA) a la oficina de farmacia.
- Estudiar los criterios de inclusión y los servicios médicos implicados.
- Registrar las incidencias logísticas detectadas y las intervenciones de Atención Farmacéuticas realizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado entre noviembre 2020 y abril 2021 en un hospital universitario de 400 camas con un área de influencia de 260.000 habitantes.
Se estudiaron el número de pacientes incluidos analizando las variables demográficas y domiciliarias (localidad). Se registraron el número de dispensaciones realizadas.
Se analizaron los criterios de inclusión, clasificados en: edad avanzada, tratamiento inmunomodulador, comorbilidades asociadas, enfermedad respiratoria y dificultades para desplazarse al hospital (movilidad, problemas laborales y/o familiar). Se registró el servicio médico prescriptor de los MHDA.
Se estudiaron las incidencias logísticas detectadas (preparación, transporte y/o dispensación). Se examinaron todas las intervenciones farmacéuticas realizadas debido a la implantación del check list de Atención Farmacéutica realizado durante la llamada telefónica que constaba de:
a. Seguimiento clínico:
i. Última visita realizada 3-6 meses anteriores y sin ninguna incidencia.

ii. Próxima analítica/visita programada
b. Revisión del tratamiento:
iii. Pauta correcta según historia clínica y programa informático de Farmacia Ambulatoria
iv. Buena adherencia
v. Administración sin incidencias
vi. Buena tolerancia
Las intervenciones farmacéuticas se clasificaron en: indicación, posología, vía de administración, interacciones, efectos adversos u otras intervenciones.
Todas las variables se obtuvieron a partir del documento Excel y un aplicativo específico de este circuito y del programa de historia clínica.
Se realizó un estudio descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión, así como frecuencias absolutas.

RESULTADOS

Se incluyeron 133 pacientes y se realizaron 261 dispensaciones. El 51,9% eran mujeres y la edad media fue 63,9 ± 15,1 años. Las distancias entre los domicilios de los pacientes y el centro hospitalario fueron: de 0 a 9,9 km 67/133 (50,5%), de 10 a 14,9 km 28/133 (21,2%), de 15 a 19,9 km 24/133(18,1%) y más de 20 km 14/133(10,2%).
Los criterios de inclusión mayoritarios fueron: edad avanzada 66/133 (49,6%), comorbilidades asociadas 66/133 (49,6%), enfermedad respiratoria 40/133 (30,1%), tratamiento inmunomodulador 29/133 (21,8%) y dificultad laboral 5/133(3,8%).
Los servicios médicos prescriptores fueron: 52/133 (39,1%) neumología, 17/133(12,8%) reumatología, 16/133 (12,0%) neurología, 14/133 (10,5%) nefrología y 34/133 (25,6%) otros.
En 8/261(3,1%) dispensaciones se detectaron incidencias: 4/8(50,0%) preparación, 3/8(37,5%) problemas en el transporte, 1/8(12,5%) error de registro de datos. Se efectuaron 14 intervenciones farmacéuticas, clasificadas en: 3/14(21,4%) efectos adversos, 3/14 (21,4%) posología, 2/14 (14,3%) interacciones, 1/14 (7,2%) indicación, 5/14 (35,7%) otros.

CONCLUSIONES

El envío de MHDA a las oficinas de farmacia se realizó principalmente a pacientes de edad avanzada y/o con comorbilidades asociadas tratados con medicamentos prescritos por el servicio de neumología.
La detección de incidencias fue mínimo. El check list de Atención Farmacéutica permitió detectar posibles Problemas Relacionados con la Medicación.

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

1199. DISPENSACIÓN A PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN SERVICIOS DE FARMACIA, ¿UN MODELO A CAMBIAR?

AUTORES

GARCÍA ROBLES AA, FERNÁNDEZ SÁNCHEZ M, MONTE BOQUET E, CUÉLLAR MONREAL MJ, TARAZONA CASANY MV, VALLÉS GÓMEZ JM, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIV. Y POLITÉCNICO LA FE. AVDA FERNANDO ABRIL MARTORELL N 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Según la normativa actual, a los pacientes diagnosticados de fibrosis quística (FQ), o también llamada mucoviscidosis, se les dispensa toda su medicación en las Unidades de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE), siempre que esté incluida en la guía farmacoterapéutica del hospital. Esto obliga a disponer en las UFPE de medicamentos no habituales, con impacto en la gestión, así como a que los pacientes acudan con mucha frecuencia al hospital, lo que les ocasiona incomodidad. Además, el elevado número de medicamentos que se dispensan a cada paciente genera cuellos de botella durante el proceso de dispensación, afectando a los tiempos de espera de otros pacientes.
El objetivo de este estudio es evaluar la carga de trabajo que suponen estas dispensaciones en una UPFE y la diferencia que supondría si solo se dispensara la medicación de dispensación hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en un hospital general terciario. Se incluyeron todos los pacientes atendidos en nuestra UFPE entre mayo 2020 y abril 2021, diferenciando aquellos que tenían diagnóstico de FQ.
Se obtuvieron los datos de número de pacientes, visitas a la UFPE, dispensaciones y fármacos distintos dispensados, identificando los de dispensación hospitalaria, para el total de pacientes y para los de FQ. Posteriormente, se realizó una simulación para ver estos mismos datos si se hubiera dispensado a los pacientes de FQ solamente los medicamentos de dispensación hospitalaria.
Los datos se obtuvieron del programa de dispensación de la UFPE y se analizaron con Microsoft Excel 365.

RESULTADOS

El número total de pacientes, visitas, dispensaciones y fármacos distintos dispensados fue: 12.212, 59.973, 100.097 y 2.993, respectivamente. Se identificaron 260 (2,1% del total) pacientes con diagnóstico de FQ, que realizaron 2.064 (3,4%) visitas a nuestra unidad y a los que se les hicieron 21.189 (21,2%) dispensaciones, correspondientes a 379 medicamentos distintos.
Si consideramos las dispensaciones en pacientes de FQ solamente de los fármacos de dispensación hospitalaria, los pacientes de FQ disminuirían a 231, lo que supondría -11,2% de los pacientes de FQ y -0,2% del total, las visitas disminuirían a 1.790 (-13,3% en FQ y -0,5% del total); las dispensaciones disminuirían a 3.324 (-84,3% en FQ y -17,8% del total) y los medicamentos distintos dispensados se reducirían a 89 (-76,5% en FQ y -9,7% del total).

CONCLUSIONES

La dispensación a los pacientes de FQ tiene un elevado impacto en la carga de trabajo de la UFPE, condicionada en gran medida por dispensación de fármacos que no son de dispensación hospitalaria. El objetivo de la normativa aún vigente (Pleno del Consejo Interterritorial, año 1991), era que los pacientes con FQ obtuvieran toda su medicación sin coste, pero en la actualidad se podrían dispensar estos medicamentos en las oficinas de farmacia sin coste para el paciente, lo que supondría comodidad para el paciente y mayor eficiencia de las UFPE, ya de por sí saturadas de pacientes y de gestiones individualizadas de fármacos cada vez más complejas.

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

1225. DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ECONÓMICO Y EFICIENTE PARA LA DETECCIÓN DEL CORONAVIRUS TIPO 2 CAUSANTE DEL SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO

AUTORES

MOURANI PADRÓN I, RAMOS DÍAZ R, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, NAZCO CASARIEGO GJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CARRETERA OFRA S/N, 38320 SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA, SANTA CRUZ DE TENERIFE. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Lejanos parecen los inicios de la pandemia mundial causada por el coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), donde la carencia de material sanitario era una realidad, y entre este déficit se encontraba los reactivos necesarios para el diagnóstico de los pacientes infectados mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Ante este panorama se desarrolló este trabajo, que tenía como objetivo poner a punto un método de diagnóstico de infección SARS-CoV-2 basado en la reacción en PCR con transcripción inversa (RT-PCR) a tiempo real de una forma eficiente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló el siguiente protocolo de diagnóstico:

1. Frotis nasofaríngeo para obtener células epiteliales respiratorias que presenten el virus y su conservación en un medio con fenol.
2. Purificación del ácido-ribonucleico (ARN) por columnas empleando un kit comercial, con modificaciones para aumentar la sensibilidad.
3. Transcripción inversa para sintetizar ácido-desoxirribonucleico (ADN) complementario a partir del ARN viral y humano presentes en la muestra.
4. PCR a tiempo real para detectar los genes E, RpRp y N (validados por la Organización Mundial de Salud), adaptando las condiciones para aumentar la especificidad. Además se ha usado el gen HPRT1 humano, localizado en células epiteliales, como control extra para garantizar la toma correcta de las muestras, así como secuencias artificiales de cada uno de los genes analizados como controles positivos.

Los fondos para el desarrollo y puesta a punto de esta metodología fueron obtenidos del “fondo solidario COVID” de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)

RESULTADOS

El protocolo fue optimizado y validado mediante las secuencias artificiales, obteniendo una especificidad del 100% para el gen RdRp, por lo que se usó como gen diana para la detección del virus. A continuación el método fue testado sobre pacientes tanto negativos como positivos para la infección, y posteriormente se analizaron un total de 80 muestras de voluntarios (5 positivos y 75 con PCR negativa), siendo la correlación con las pruebas estándares del 100%. Donde sí se encontraron diferencias respecto a los kits comerciales fue en relación a la sensibilidad donde, de media, en los casos positivos la señal comenzaba a detectarse 6 ciclos antes. Esto supone que en pacientes donde la carga viral es muy baja, y que podrían pasar desapercibidos por el sistema sanitario, serían detectables por este método. Por otro lado, la estrategia de usar un gen humano como control interno reduce el riesgo de diagnosticar falsos negativos.

El coste final para nuestro método ha sido de 11 euros por muestra analizada.

CONCLUSIONES

Este protocolo se desarrolló en una situación de necesidad, donde tanto la eficiencia, como el coste de la técnica primaban. Actualmente, existen otros sistemas que se emplean en la práctica clínica para la detección y diagnóstico del SARS-CoV-2, pero tienen ciertas limitaciones como la disponibilidad de equipos necesarios, costes de procesamiento de las muestras, etc. Con este trabajo, además, hemos querido mostrar un ejemplo de cómo la farmacia hospitalaria, liderando equipos multidisciplinares, tiene la capacidad no solo de cuantificar resultados en salud sino de contribuir directamente a la mejora de la misma.

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

1226. PROCESO FARMACOCINÉTICO COMO HERRAMIENTA INTERDISCIPLINAR PARA UNA RED DE 19 CENTROS HOSPITALARIOS

AUTORES

AHMAD DIAZ F, MARIÑO FERNÁNDEZ C, GRATACÓS SANTANACH L, LÓPEZ BROSETA P, MARTÍNEZ CASTRO B, MIARONS FONT M, PADULLES ZAMORA N, GARAU GOMILA G

CENTRO DE COMPETENCIA FUNCIONAL. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. GRAN VÍA DE LAS CORTES CATALANAS, 587. BARCELONA

OBJETIVOS
Análisis para la implantación de un proceso farmacocinético en 19 centros hospitalarios que comparten la misma herramienta de prescripción y la misma estación clínica de trabajo con el objetivo de aumentar la calidad asistencial mediante la monitorización del paciente y así optimizar su tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS
La herramienta de procesos está creada para que permita generar una información estructurada y compartida dirigida a facilitar el trabajo de los profesionales. Nuestra estructura corporativa es una red de 19 hospitales representada por un referente del Servicio de Farmacia de cada centro y un centro de competencia funcional (CCF) centralizado.
Con esta red consolidada, se ha creado un grupo de trabajo (GT) para el desarrollo de un proceso farmacocinético compuesto por referentes de 5 centros y el CCF. El CCF recoge la información sobre las herramientas disponibles en la organización, contacta con los referentes implicados en algún punto del proceso farmacocinético y consulta la situación actual de la farmacocinética en cada centro mediante una encuesta. Una vez recopilada la información, se convoca una videoconferencia dirigida a los equipos implicados: sistemas de información, directores de proyectos y miembros del GT. En ella los expertos en procesos comparten su experiencia con una descripción de los puntos claves necesarios para el desarrollo del proceso farmacocinético y se define la hoja de ruta. El GT realiza reuniones periódicas para el desarrollo del proyecto común para los 19 hospitales. Cabe destacar que determinados puntos son parametrizables a las necesidades de cada centro.

RESULTADOS
La estructura de los 19 centros es heterogénea. Si tenemos en cuenta el número de camas: 10 tienen menos de 200 camas, 7 tienen entre 200 - 600 camas y 2 tienen más de 1000 camas.
En las 2 reuniones del GT realizadas, se han concretado 24 fármacos, elaborado el diagrama de flujo del proceso y finalizado la primera fase de parametrización de las variables de cada fármaco, habiéndose recogido 57 posibles variables para moléculas biológicas y 81 variables para el resto de fármacos.
A la encuesta realizada, respondieron 16 centros. El 87,5% realiza la monitorización de algún fármaco.
De los centros que monitorizan, el 100% monitoriza antibióticos clásicos (vancomicina o aminoglucósidos), el 42,9% monitoriza otros antibióticos, el 42,9% monitoriza antifúngicos, el 28,6% monitoriza medicamentos biológicos y el 21,4% monitoriza antirretrovirales. El 100% escribe las recomendaciones en la historia clínica.

CONCLUSIONES
La normalización del proceso farmacocinético pretende conseguir una utilización eficiente de los recursos y un incremento de la colaboración entre los profesionales. De esta forma, los centros similares trabajarían de una manera homogénea y los de menos experiencia podrían beneficiarse del conocimiento de los altamente especializados en el área.
La parametrización de las variables permitirá hacer seguimiento de la actividad, comparar resultados entre centros y proponer acciones de mejora que influyan en un aumento en la calidad asistencial.

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

1227. OPTIMIZACIÓN DEL SOPORTE A LOS PROFESIONALES USUARIOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES
GARAU GOMILA M, AHMAD DÍAZ F, MARIÑO FERNÁNDEZ C, CALATAYUD BASSOLS C, NARANJO FERRO VM, GARCÍA MONCAYO D, DE LAS MORENAS BECERRO V, LEDESMA GALERA I
INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. GRAN VIA DE LES CORTS CATALANES, 587, 3º PLANTA. BARCELONA

OBJETIVOS
Optimizar el soporte a los profesionales sanitarios usuarios del mismo sistema de información de farmacia hospitalaria (farmacéuticos, médicos, enfermeras, administrativos y gestores) ofrecido por el equipo centralizado de gestión del sistema:
- Implantar un sistema de “tiqueting” para la gestión de peticiones, consultas e incidencias (que llamaremos genéricamente “casos”).
- Analizar los tiques gestionados para proponer medidas de mejora del soporte prestado a los usuarios.

MEJORAS ESPERADAS
Con la implantación de la herramienta de tiqueting:
- Proporcionar atención omnicanal (sistema tiques, correo electrónico o teléfono) a los usuarios, registrando todos los casos en un repositorio único.
- Agilizar la velocidad y calidad de resolución de los casos: categorización automática de los casos según gravedad y asignación automática a equipos resolutores específicos.
- Disponer de trazabilidad de las tareas realizadas, en curso y pendientes.
- Permitir a los usuarios estar informados del estado en que se encuentran sus peticiones y seguir su evolución (responsabilidad y transparencia del equipo de soporte).
Con el análisis de los tiques:
- Identificar los casos recurrentes para protocolizar su resolución, detectar los gaps e incidencias del sistema para priorizar su resolución y anticiparnos a las necesidades de los usuarios (creando instrucciones de trabajo).
- Obtener métricas de tiempos de resolución para proponer medidas de optimización del trabajo del equipo de soporte.
- Tener datos objetivos para mejorar el “customer journey” de los usuarios.

DISEÑO
El equipo de soporte centralizado está formado por tres farmacéuticas especialistas, un técnico de gestión y tres ingenieros informáticos.
Se ha implantado la herramienta de tiqueting desplegada en la comunidad autónoma. Se definieron todos los casos posibles agrupándolos en peticiones, consultas e incidencias, se categorizaron según gravedad (urgente, medio, bajo) y a cada categoría se le asignó un equipo resolutor experto con diferente disponibilidad horaria (24 o 7 horas) según gravedad.

CIRCUITO Y ETAPAS
Los usuarios crean los casos en el sistema de tiqueting, y estos se categorizan y asignan automáticamente a equipos resolutores.
Se planifican y realizan todas las tares necesarias para resolver el caso, coordinado cuando es necesario diferentes equipos y/o usuarios.
Cuando se finaliza el caso, se cierra en el sistema y se informa automáticamente al usuario que lo ha creado.

IMPLANTACIÓN
El equipo de soporte utiliza el sistema de tiqueting desde abril 2020 para dar soporte a los usuarios de 21 centros, hospitalarios y sociosanitarios (6.190 camas).

RESULTADOS
Desde la implantación del sistema, 325 usuarios distintos han registrado 1920 incidencias + consultas (28% resueltas en 1 día) y 2018 peticiones (71% resueltas en 1 día). Asignados a 11 categorías diferentes (44% relacionados con la prescripción y administración de medicamentos).
Se han creado 21 instrucciones de trabajo destinadas tanto a los usuarios como a los equipos resolutores para agilizar la resolución de los casos.

LIMITACIONES
Si los tiques no se categorizan correctamente, se retrasa la resolución de los casos urgentes.
La correcta categorización de los casos es complicada cuando interactúan con el sistema muchos usuarios no expertos, esto es un factor limitante para disponer de indicadores fiables.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Cualquier equipo de soporte a usuarios optimizará su gestión implantando un sistema de tiqueting, obteniendo las mejoras descritas anteriormente.

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

1261. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA AUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN INTEGRADO A LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES
SANCHEZ SUAREZ S, BARCIA MARTIN MI, AGUILAR GUISADO C, GARCIA GIMENO M
HOSPITAL DEL ESCORIAL. CTRA. GUADARRAMA KM 6,200. MADRID

OBJETIVOS
Describir la implantación de un sistema automático de dispensación (SAD) integrado a la prescripción electrónica (PE) en el Servicio de Urgencias(SU), el circuito de trabajo y los requisitos necesarios para ello.

MEJORAS ESPERADAS
Facilitar en el SU el acceso seguro a la medicación vinculada a la PE minimizando así los errores de medicación (EM) y permitiendo que éstos puedan ser identificados, documentados y subsanados. Disponer por parte del Servicio de Farmacia (SF) de un mayor control en la dispensación y consumo de la medicación. Promover la integración del farmacéutico en el equipo asistencial, así como la validación farmacéutica. Involucrar a médicos y personal de enfermería para que el proceso de utilización de medicamentos sea seguro, correcto y eficiente.

DISEÑO
Se incorporó un SAD integrado con la PE situado en el Área de Observación del SU. El SAD consta de un armario principal en el que se encuentra la pantalla que permite su manejo y dos armarios auxiliares anexos (uno de ellos refrigerado). La integración del censo de pacientes se obtiene del programa de historia clínica electrónica SELENE y las prescripciones a partir del módulo de Unidosis de Farmatools®. La integración con el módulo de Gestión Económica de Farmatools® permite la gestión del stock de los medicamentos (trazabilidad de consumos por paciente y reposición).
La retirada de la medicación se realizará siempre por paciente y con prescripción médica.
La reposición del SAD es llevada a cabo por el personal técnico del Servicio de Farmacia 3 días a la semana.

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Revisión multidisciplinar (farmacéuticos, médicos y personal de enfermería) para la selección de los medicamentos, calculo y ajustes de las cantidades según consumos anuales.
2. Configuración de la carga según la seguridad y el nivel de acceso:
- Seguridad máxima: acceso a una dosis única: estupefacientes
- Seguridad alta: permite acceso a sólo un producto: medicamentos peligrosos, de alto riesgo, de mayor control farmacéutico (antibióticos, analgésicos.)
- Seguridad media: acceso a todos los medicamentos en un cajón
3. Instalación de aplicaciones, definición, pruebas de integración con los sistemas de Selene y Farmatools.

4. Carga del SAD
5. Formación del personal de farmacia, enfermería
6. Diseño de un Plan de contingencia en caso de avería

IMPLANTACIÓN

La implantación del sistema se llevó a cabo por el personal del SF y SU en diciembre de 2020.

RESULTADOS

La implantación permite garantizar la seguridad en la administración de la medicación en el SU disminuyendo los EM al estar asociada la dispensación con la prescripción así como su seguimiento, control de caducidades y necesidades de reposición .
Se incorporaron 274 especialidades farmacéuticas (EF) con un total de 2874 unidades.
Se seleccionaron 41 EF que por sus características (medicación de urgencias, antisépticos, pomadas) pueden ser retirados sin previa orden médica. La selección se consensuo con el SU y fue aprobado posteriormente por la Comisión de Seguridad.

LIMITACIONES

Funcionamiento correcto de las interfaces entre los sistemas implicados para la correcta integración de la PE, coste de la adquisición y resistencia a la implantación por parte del personal.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable en todos los SU que puedan disponer de los recursos necesario para ello.

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

1270. REDISEÑO DEL ESPACIO DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS PARA CONSEGUIR UNA GESTIÓN MÁS EFICIENTE

AUTORES

CAMPO TROYANO M, FITA RUIZ R, PRENATA TORRES J, MASIÀ GRÀCIA J, GRAS MARTÍN L, DE POURCQ JT, SOCIAS CAÑELLAS C, GÁMEZ LECHUGA M
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. SANT ANTONIO MARIA CLARET, 167. BARCELONA

OBJETIVOS

Rediseñar el almacenamiento de los medicamentos en sistemas semi-automatizados de farmacia correlacionando el análisis del consumo de medicamentos con la capacidad de almacenamiento, para optimizar la gestión del espacio de estos sistemas.

MEJORAS ESPERADAS

La creación e implementación de una base de datos permitirá disponer de información centralizada, informatizada, global y visual del espacio requerido para almacenar medicamentos; eliminar espacios duplicados o almacenar medicamentos fuera del sistema y disminuir el tiempo en la gestión de almacenamiento y dispensación de medicamentos en función de la rotación.

DISEÑO

Se desarrolla un display que permite visualizar la posición de los medicamentos dentro del carrusel horizontal, el stock máximo, la capacidad máxima asignada y el tipo de ubicación.
La información del tipo de cajón, posición y capacidad de los medicamentos se extrae directamente del programa informático que tiene el sistema semi-automatizado. Mientras que el stock máximo que tienen los medicamentos se extrae del consumo de medicamentos del programa de gestión de farmacia. Para calcular el stock máximo se ha tenido en cuenta los siguientes conceptos: el número de entradas o compras generadas en el último año, el tiempo medio entre las compras, consumo anual y mensual, cuál ha sido la partida de medicamentos caducados en este período de tiempo, cuál ha sido la media del índice de rotación y el porcentaje de error en el punto de pedido y en el punto máximo.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Análisis del estado de la capacidad de almacenamiento del carrusel horizontal
2. Creación de bases de datos a partir de herramientas de soporte (calculadora 3D y display del carrusel)
3. Análisis de consumo de medicamentos para calcular el stock máximo
4. Validación de las propuestas del punto de pedido
5. Reasignación de huecos a partir de las nuevas capacidades de almacenamiento
6. Reestructuración del carrusel
7. Validación del proceso

IMPLANTACIÓN

En enero de 2021, se realizó el análisis de consumo de medicamentos del año anterior y consumo del primer trimestre. Un técnico de farmacia ha realizado el análisis de datos en colaboración con los farmacéuticos responsables de la logística/compras. Con esta información se diseñó una nueva estructura, organización de cestas y cajones con un esquema repetitivo que requirió de siete jornadas de dos técnicos en una franja horaria con poca actividad.

RESULTADOS

La nueva configuración del carrusel horizontal ha permitido la creación de nuevos espacios o ubicaciones sin invertir en material. Se ha pasado de disponer 682 ubicaciones a 972, un incremento de capacidad del 29,8%. Se han movilizado 1.580 especialidades farmacéuticas.

LIMITACIONES
La inversión de un técnico de farmacia por un tiempo determinado con conocimiento avanzado de Excel con programación de macro en VBA (Visual Basic for Application).

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
La remodelación del almacenamiento de medicamentos en un Servicio de Farmacia requiere poca inversión económica, tiempo de personal técnico y habilidades informáticas; así como disponer de una base de datos con registros ágiles que integre el análisis de consumo con la posición óptima de almacenamiento de los medicamentos.

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

1285. IMPLANTACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES EXTERNOS

AUTORES
COLLADOS ARROYO V, HENARES LÓPEZ A, MAYO LÓPEZ C, FERNÁNDEZ CABALLERO R
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA. AV. DE LOS REYES CATOLICOS, 21. MADRID

OBJETIVOS
Establecer un sistema de comunicación con el paciente externo de la consulta de atención farmacéutica para detectar de forma prematura problemas de adherencia, problemas relacionados con la medicación (PRM) y/o cambios en la medicación habitual

MEJORAS ESPERADAS
Tras la implantación de la telefarmacia en nuestro proceso asistencial, es necesario mejorar la comunicación farmacéutico-paciente para realizar una adecuada atención farmacéutica ya sea virtual o presencial de una forma estructurada, de forma eficiente. Las nuevas tecnologías permiten tener mayor información de un mayor numero de pacientes sin la necesidad de incrementar los recursos

DISEÑO
Se diseñó una encuesta que se enviaría a través de la plataforma virtual del Portal del Paciente para ser contestado por los usuarios en tratamiento con fármacos de dispensación hospitalaria, obteniendo de esta forma, información con relación a las dimensiones de Adherencia, PRM y medicación concomitante

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Determinar las preguntas que se realizarán a los pacientes: se estableció que deberían ser 6 preguntas.
2. Determinar la frecuencia de envío de la encuesta a los pacientes, estableciendo que se debe generar al mes del inicio de una prescripción, a los 6 meses y al año de iniciarse la prescripción.
3. Establecer de las medidas a realizar en función de las respuestas de los pacientes
4. Explicación del proyecto al departamento de informática para evaluar la viabilidad del proyecto
5. Envío de la encuesta a un grupo piloto
6. Evaluación de la aceptabilidad del proyecto y determinación de las necesidades para extrapolarlo a todos los pacientes que acuden a la consulta de atención farmacéutica.
7. Integración del proyecto en el resto de circuitos del área de Atención Farmacéutica

IMPLANTACIÓN
En Enero de 2021 se envió la encuesta a un grupo piloto formado por los pacientes incluidos en el programa farmacológico “Pacientes con infección VIH (Virus Inmunodeficiencia Humana)” que tuvieran una nueva prescripción desde el inicio del proyecto y a aquellos pacientes que hubieran iniciado el tratamiento en los 60-180 días anteriores a la implantación.

RESULTADOS
Se han enviado 183 encuestas de las que han contestado 70 pacientes, lo que supone una tasa de respuesta de 38,5%. De los pacientes que contestaron, el 79,7% (n=56) no reportaron ningún PRM, cambio de medicación y la adherencia al tratamiento fue correcta. En el 15,7% (n=11) se clasificaron como no cumplidores, el 2,8% (n=2) indicaron un cambio en su medicación habitual y otro 2,8% (n=2) refirieron algún PRM. En aquellos pacientes en los que se detectó algún PRM o falta de adherencia al tratamiento se les citó para una consulta de Atención Farmacéutica y en los casos de cambio de medicación habitual se les envió un informe de interacciones.

LIMITACIONES
Este sistema de comunicación no es adecuado para pacientes no habituados a las nuevas tecnologías y aunque la encuesta se diseñó de forma sencilla y corta para favorecer la tasa de respuesta, aún así, se deben llevar a cabo acciones encaminadas a potenciar el uso por parte de los pacientes.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Es una herramienta sencilla y de fácil aplicación en instituciones que tengan desarrolladas plataformas virtuales para la comunicación con los pacientes

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

1313. TELEFARMACIA EN LA ELIMINACIÓN DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN POBLACIONES DE RIESGO DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS

AUTORES
DÍAZ RUIZ P, DE LA SERNA RAMOS AM, RODRÍGUEZ PÉREZ MA, FERNÁNDEZ MOLINA JC, SANTIAGO GUTIÉRREZ LG, ACOSTA LÓPEZ S, MERINO ALONSO J, PEREZ HERNANDEZ F
. CALLE DE ADELANTADO, 23. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
Describir y analizar los resultados del proceso de telefarmacia instaurado desde un Servicio de farmacia Hospitalaria (SFH) en coordinación con hepatología y las unidades de atención al drogodependiente (UAD) de su área sanitaria, para dar continuidad a la eliminación de la infección por el virus de la Hepatitis C (VHC) en poblaciones de riesgo durante la pandemia por coronavirus (SARS-CoV-2).

MEJORAS ESPERADAS
Continuar con la eliminación del VHC en usuarios de UAD durante el periodo de pandemia usando recursos de telefarmacia

DISEÑO
Se diseñó un circuito de envío informado de medicación donde se coordinan de forma telemática el SFH con el servicio de hepatología hospitalario (HH) y las UADs de su área sanitaria para continuar con la erradicación del VHC en poblaciones de riesgo durante la pandemia por SARS-CoV-2

CIRCUITO Y ETAPAS
La UAD realiza el cribado por gota seca, los positivos son remitidos a HH para completar diagnóstico y prescribir tratamiento en 1 sola cita. En este punto comienza el circuito de telefarmacia:
1. Prescripción electrónica por parte del hepatólogo especificando el tratamiento y la UAD de referencia del paciente, a través de la Historia Clínica Electrónica (HCE)
2. Coordinación entre la farmacéutica del SFH (FH) y farmacéuticas de las UADs (FUAD) para el seguimiento y la atención farmacéutica del paciente.
3. Recepción telemática en el SFH desde la UAD del consentimiento informado del paciente para recibir tratamiento hospitalario en la UAD.
4. Envío de información personalizada y medicación a la UAD para cada paciente por mensajería.
5. Terapia directamente observada en las UADs o dispensada por periodos de 3-7 días, según características del paciente.
6. Recepción en el SFH de información telemática sobre seguimiento por parte del FUAD.
7. Registro en la HCE por parte de FH del envío de medicación y observaciones sobre el desarrollo del tratamiento.

IMPLANTACIÓN
Se comenzó a utilizar este recurso en junio de 2020 y continúa hasta la actualidad.

RESULTADOS
En el periodo junio 2020 - abril 2021 iniciaron tratamiento 47 pacientes, pertenecientes a 4 UADs diferentes situadas entre 2 y 72 km del centro hospitalario. La mediana de edad fue 48(33-64) años, siendo hombres el 83%. El 31,7% presentaba fibrosis en grado F3-F4. Al 100% de los pacientes se les prescribió sofosbuvir/velpatasvir durante 12 semanas. Las características de riesgo de exclusión social de los pacientes tratados fueron: 25,5% consumidores activos de drogas, 7,4% personas sin hogar, 25,5 % patología psiquiátrica diagnosticada. El 42,5% son consumidores de fármacos psicoactivos.
En el momento del estudio habían finalizado tratamiento el 83% (n=39) de los pacientes, y de ellos el 79,5% (n=31) había alcanzado semana 12 post-tratamiento (S12), se confirmó respuesta virológica sostenida en S12 (RVS12) en el 83,87% (n=26). Se ha registrado 1 abandono de tratamiento, 1 reinfección y 3 pacientes están a la espera de la confirmación de RVS12.

LIMITACIONES
1. La financiación del servicio de mensajería que por el momento asume el propio hospital.
2. La ausencia de marco legislativo específico para la entrega informada.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Este circuito puede ser adaptado a cualquier SFH en función de las circunstancias las UADs y su hospital de referencia.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

76. AJUSTE FARMACOCINÉTICO DE ÁCIDO VALPROICO: ANÁLISIS COMPARATIVO DE DOS PROGRAMAS FARMACOCINÉTICOS

AUTORES
PINILLA LEBRERO G, CASO GONZÁLEZ A, SALCEDO MINGOARRANZ ÁL, GUADAÑO NARANJO E, SALAS PÉREZ JM, SAROBE CARRICAS M, GARCÍA DÍAZ B
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. C/ IRUNLARREA, 3. NAVARRA

OBJETIVOS
El ácido valproico (AV) es un fármaco utilizado como antiepiléptico y antimaníaco cuya monitorización resulta de gran importancia debido su estrecho intervalo terapéutico (50-100 mg/L), su elevada unión a proteínas plasmáticas, proceso dosis-dependiente y saturable, y su amplio perfil de interacciones con otros medicamentos como consecuencia de su efecto inhibitorio sobre el citocromo P-450. Se pretende comparar dos programas farmacocinéticos para estimar la

exactitud y la precisión de ambos y determinar cuál estima mejor los niveles de AV en tres cohortes: en la población general, en los pacientes con hipoalbuminemia y en los pacientes con insuficiencia renal (IR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en un hospital de segundo nivel con al menos un nivel de AV entre enero y diciembre de 2020.
Las variables recogidas fueron sexo, edad, albuminemia, creatinina sérica, vía de administración de AV, fecha y concentración plasmática de AV, nivel de AV predicho en dos programas farmacocinéticos y la medicación concomitante del paciente (carbamazepina, fenitoína, fenobarbital y primidona). Para estimar la exactitud se calculó el error medio de predicción (EMP) y para la precisión, el error medio absoluto de predicción (EMAP).

RESULTADOS

Se incluyeron 63 pacientes y 196 concentraciones séricas de AV, de las cuales el 60,2% correspondieron a administraciones orales, el 6,6% fueron dosis intravenosas y en el 33,2% de los casos se utilizaron ambas vías.
El 34,2% de los pacientes presentaba una edad mayor de 65 años y el 2% tenía una edad comprendida entre 4 semanas y 10 años. En cuanto a la medicación concomitante, el 1% de los pacientes recibió fenitoína, 3,1% carbamazepina y 0,5% fenobarbital. Por último, el 3,6% de los niveles estuvieron influenciados por una edad mayor de 65 años y por el tratamiento concomitante con carbamazepina y primidona. El 55,6% de los niveles no estuvo influenciado por ningún factor de disposición.
El programa farmacocinético A tiene en cuenta la creatinina sérica como la única covariable que puede afectar al ajuste farmacocinético del AV, mientras que el programa B considera, además de la creatinina sérica, la edad, la albuminemia y la administración de carbamazepina, fenitoína, fenobarbital y primidona como factores influyentes en la concentración plasmática del AV.
El programa farmacocinético A mostró una mayor exactitud que el programa B (EMP -0,39 vs 1,20), y una mayor precisión (EMAP 6,13 vs 7,24).
Se analizaron 54 niveles de pacientes con hipoalbuminemia en los que el programa A también mostró una mayor exactitud que el programa B (EMP 0,36 vs 5,18) y una mayor precisión (EMAP 8,86 vs 11,77).
Por otro lado, se estudiaron 74 niveles de pacientes con IR, presentando el programa A mayor exactitud y precisión que B: EMP -0,84 vs 1,14 y EMAP 4,94 vs 6,95, respectivamente.

CONCLUSIONES

Aunque el programa farmacocinético B tiene en cuenta más covariables que el programa A, éste último presentó una mayor exactitud, precisión y un mejor ajuste farmacocinético de los niveles de AV en la población general, en los pacientes con hipoalbuminemia y en los pacientes con IR.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

107. MODELO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL DE TIGECICLINA EN PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA E INFECCIÓN GRAVE

AUTORES

BASTIDA FERNÁNDEZ C, CARIQUEO M, HERNÁNDEZ-TEJERO M, AZIZ F, ESPINOSA C, BRUNET M, FERNÁNDEZ J, SOY D
HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. CALLE VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Tigeciclina es el primero de losantibióticos de la clase de las gliciclinas, con una actividad antibacteriana in vitro de amplio espectro. Se emplea en el tratamiento de infecciones graves en pacientes críticos. Su farmacocinética (FC) puede verse alterada en pacientes con cirrosis, especialmente por su alta unión a proteínas plasmáticas y la presencia de un tercer espacio, pudiendo dar lugar tanto a toxicidad como riesgo de infradosificación. El objetivo de este estudio es describir las características FCs de tigeciclina 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 farmacocinética/farmacodinámica (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 tigeciclina. Se desarrolló un modelo FC poblacional con modelos no lineales de efectos mixtos (NONMEM). El modelo final permitió simular la exposición a tigeciclina con el fin de evaluar la probabilidad de alcanzar la diana terapéutica.

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes en el estudio y se obtuvo un total de 99 muestras de concentración sérica de tigecilina. El modelo FC lineal de dos compartimientos es el que mejor describió los datos concentración-tiempo. Los parámetros FC (promedio ± desviación estándar) fueron: 14,8±11 L/h para aclaramiento plasmático (CL), 38,4±24 L/h para aclaramiento intercompartimental (Q) y, 63,7±14 L y 233±30 L para volumen de distribución aparente central (V1) y periférico (V2), respectivamente. Se identificó la puntuación MELD como covariable que influencia de forma significativa el CL de tigeciclina, y las proteínas totales en suero que afectó significativamente el V1. Valores superiores de MELD (indicativos de mayor gravedad de la cirrosis) se relacionan con una disminución del aclaramiento de tigeciclina, y valores inferiores de proteínas séricas (frecuentemente observados en pacientes cirróticos avanzados) se relaciona con un mayor volumen de distribución.

CONCLUSIONES

Identificamos dos nuevas covariables que influencian la FC de tigeciclina en pacientes con cirrosis descompensada: la puntuación MELD que influencia el aclaramiento y, las proteínas séricas que influencian el volumen de distribución. Esto facilitará poder 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

175. RELACIÓN ENTRE CONCENTRACIÓN MÍNIMA DE TACROLIMUS Y ÁREA BAJO LA CURVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS TRASPLANTADOS RENALES

AUTORES

MIARONS FONT M, GÓMEZ ESPINOSA P, GARCÍA GARCÍA S, WOILLARD J, GÓMEZ GANDA L, LARROSA GARCÍA M, FERNÁNDEZ POLO A, MUÑOZ LÓPEZ M

HOSPITAL VALL D'HEBRON. PASSEIG VALL D'HEBRON 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

El área bajo la curva (AUC) del intervalo de dosis (AUC0-12h) de tacrolimus se considera el mejor indicador de su exposición. No obstante, debido a que la medida del AUC0-12h es difícil de obtener en la práctica clínica, muchos centros trasplantadores utilizan la concentración mínima (C0) para ajustar su posología.

Los objetivos del presente estudio son: 1) analizar la exposición de tacrolimus mediante AUC0-12h en pacientes pediátricos trasplantados renales; y 2) obtener una ecuación de la recta de regresión a partir de los datos de C0 observada y AUC0-12h estimada para nuestra población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio piloto prospectivo desde octubre-2020 hasta abril-2021 que incluye pacientes pediátricos (< 18 años) trasplantados renales tratados con tacrolimus de liberación inmediata a los que se les realiza una curva farmacocinética para el cálculo del AUC0-12h (determinaciones a tiempo 0, 60 y 180min).

Se recogieron datos sociodemográficos, fecha de trasplante, fecha de determinación de las muestras, motivo de la monitorización, inmunosupresores concomitantes, posología de tacrolimus, concentraciones de tacrolimus a los tiempos predefinidos y polimorfismos del gen que codifica el citocromo P450 3A5 (CYP3A5) en los pacientes en los que se solicitó. El cálculo del AUC0-12h se realizó mediante el sistema online Immunosupressant Bayesian Dose Adjustment (IBSA) que implementa varios modelos farmacocinéticos poblacionales. Se dividieron los pacientes en dos grupos según el tiempo transcurrido desde el trasplante, tomando como margen los 3 meses. Se determinaron ecuaciones de regresión lineal a partir de los valores de C0 (x) y el AUC0-12h (y) estimados.

RESULTADOS

Se incluyeron 11 pacientes con mediana (rango) de edad 11 (2-18), 8 (72,7%) hombres, 6 (54,5%) caucásicos, 2 (18,2%) latino-americanos, 2 (18,2%) árabes y 1 (9,1%) africano. Seis (54,5%) habían recibido un primer trasplante, cuatro (36,3%) un segundo y 1 (9,1%) un tercero. De ellos, 6 (54,5%) de riesgo inmunológico estándar y 5 (45,5%) alto. En 4 (36,3%) pacientes habían transcurrido menos de 3 meses desde el trasplante hasta la monitorización.

Mediante regresión lineal observamos que el AUC0-12h de tacrolimus aumentó proporcionalmente con la C0. En el grupo de pacientes monitorizados a los 0-3 meses, la mediana (rango) de C0 y de AUC0-12h fue de 8,2 (6,1-9,3) ng/ml y 163,2 (135,3-178,1) ng/ml·h; mientras que en el grupo de pacientes de más de 3 meses fue de 5,30 (2,9-9,9) ng/ml y de 130,0 (62,9-218,0) ng/ml·h, respectivamente.

La relación entre C0 y AUC0-12h en los 2 grupos (0-3 meses y más de 3 meses) se determinó mediante regresión lineal, mostrando coeficientes de determinación(R2) de 0,95 y 0,88, respectivamente, con las respectivas ecuaciones: y=17,76x+26,29, y=18,71x+23,31, similares a las obtenidas por Marquet, et al.2020 pero específicas para nuestra población.

CONCLUSIONES

El análisis de la exposición a tacrolimus en los pacientes pediátricos trasplantados renales de nuestra población ha confirmado la linealidad entre los valores de C0 y AUC0-12h. teniendo en cuenta los coeficientes de determinación de las rectas de regresión calculadas. Ampliando el número de pacientes estudiados se podría conocer si el paciente presenta un AUC0-12h de tacrolimus superior (sobreexpuesto), inferior (infraexpuesto) o si existe una buena correlación con C0, en comparación con una población similar.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

205. AJUSTE FARMACOCINÉTICO DE METOTREXATO: ANÁLISIS COMPARATIVO DE TRES PROGRAMAS FARMACOCINÉTICOS

AUTORES

ALCARAZ LÓPEZ JI, CALVO ARBELOA M, SALCEDO MINGOARRANZ AL, CASELLES GIL JM, SALAS PÉREZ JM, SÁNCHEZ GUERRERO A, SAROBE CARRICAS MT, GARCÍA DÍAZ B

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHOND. CALLE MANUEL DE FALLA, 1. MADRID

OBJETIVOS

El metotrexato (MTX) es un fármaco empleado a altas dosis como citostático en distintos tipos de enfermedades oncohematológicas cuya concentración plasmática supone el mejor valor predictivo de su eficacia y toxicidad. El rescate con ácido folínico depende de los niveles plasmáticos de MTX evitando una demora superior a las 42-48 horas desde el inicio de la infusión, porque la toxicidad puede ser irreversible.

El objetivo del presente trabajo consiste en comparar la exactitud y precisión de tres programas farmacocinéticos y determinar cuál estima mejor los niveles plasmáticos de MTX.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con MTX por vía intravenosa y al menos un nivel plasmático del mismo entre 2011 y 2021.
Variables recogidas: edad, sexo, peso, altura, creatinina sérica, diagnóstico, dosis, niveles plasmáticos de MTX y fecha, enzimas hepáticas y nivel predicho en los tres programas farmacocinéticos: A, B y C.
Se calculó el error medio de predicción (EMP) para estimar la exactitud y el error medio absoluto de predicción (EMAP) para estimar la precisión de los programas farmacocinéticos A, B y C. La edad, sexo, peso y altura son covariables con influencia en los tres programas. El programa A también tiene en cuenta la creatinina sérica, B contempla además la albúmina plasmática y C considera la creatinina, la albúmina y el diagnóstico clínico.

RESULTADOS

Se reclutaron 25 pacientes con 283 niveles plasmáticos de MTX. El 56% fueron mujeres, la mediana de edad 57 años (29 - 77,4), el peso 70 Kg (35,5 – 118) y la altura 160 cm (138 – 188).
Los valores medios clínicos fueron: creatinina sérica 0,93 mg/L (0,24 -2,98), aclaramiento de creatinina 99,69 mL/min (11,93 - 296,61), albúmina plasmática 3,49 g/dL (2 – 4,4), bilirrubina 0,42 mg/dL (0,1-1,2), aspartato aminotransferasa (AST) 26,50 U/L (8 - 156), alanina aminotransferasa (ALT) 34,42 U/L (5 - 263), lactato deshidrogenasa (LDH) 268,68 U/L (39 – 1.398), gamma glutamil transferasa (GGT) 72,88 U/L (10 – 349) y fosfatasa alcalina (FA) 88,97 U/L (12 – 341).
En cuanto al diagnóstico clínico, el 56% de los pacientes presentaba linfoma no Hodgkin (42% linfoma del manto, 42% sin especificar, 8% linfoma de células T y 8% linfoma de Burkitt), 24% leucemia linfocítica aguda, 16% linfoma cerebral y 4% cáncer de mama.
El programa farmacocinético A presento un EMP de 3,80 y un EMAP de 5,09, el programa farmacocinético B un EMP de 1,96 y un EMAP de 3,75 y el programa C un EMP de 0,99 y un EMAP de 2,31.

CONCLUSIONES

El programa farmacocinético más exacto y preciso para estimar los niveles de MTX en nuestra población fue C, seguido de B y por último A.
Por lo tanto, el programa C aúna precisión y exactitud y sería el de elección para estimar los valores de MTX en nuestra población, consiguiendo así mejorar las estimaciones, prever su toxicidad, ajustar la dosis de rescate con folínico y aumentar la seguridad clínica de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

261. UTILIDAD DE UNA PLATAFORMA FARMACOGENÓMICA DE SECUENCIACIÓN MASIVA PARA IDENTIFICAR VARIANTES FARMACOGENÉTICAS DE INTERÉS CLÍNICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

AUTORES

RAMUDO CELA L, SANTANA MARTÍNEZ S, GARCIA RAMOS M, PETERIO DEBEN R, GÓMEZ DÍAZ I, GRANA FERNÁNDEZ A, BLANCO GARCÍA F, ORTIZ M

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

La secuenciación masiva en paralelo (NGS) ha supuesto un nuevo paradigma en el abordaje de los estudios genéticos, pero su aplicación en farmacogenética clínica continúa siendo escasa debido a la necesidad de desarrollo de herramientas bioinformáticas adaptadas y sistemas de interpretación de la información que proporcionan como, por ejemplo, variantes raras.
En este estudio analizamos la capacidad de una plataforma NGS farmacogenética para la detección de variantes farmacogenéticas de interés clínico y los resultados de un proceso de interpretación de nuevas variantes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Pacientes: 391 muestras de la colección “Línea de investigación de enfermedades reumatológicas”; Código de Registro Nacional de Biobancos C.0000424. El estudio fue aprobado por el Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia (CAEIG) con el número de registro 2019/644.
Regiones genómicas de interés: CACNA1S, CALU, CYP1A2, CYP2B6, CYP2C19, CYP2C9, CYP2D6, CYP3A4, CYP3A5, DPYD, F5, G6PD, GGCX, HLA-A, HLA-B, NAT1, NAT2, NUDT15, RYR1, SLCO1B1, TPMT, UGT1A1, VKORC1.
Estudio genético: secuenciación con sondas de captura (SureSelect Target Enrichment Kit, Agilent) utilizando la plataforma HiSeq 1500 (Illumina).
Análisis bioinformático: mediante un algoritmo de desarrollo propio que realiza los procesos de demultiplexado, anotación de variantes y haplotipos farmacogenéticos previamente descritas en bases de datos (PharmVar, PharmGKB). Las variantes candidatas no descritas previamente se identificaron con el siguiente algoritmo: frecuencias poblacionales gnomAD < 0,01, variantes exónicas, missense o nonsense y valores predictor CADD Phred (Combined Annotation-Dependent Depletion “Phred-scaled”) > 20 (que selecciona el 1% de variantes posibles más deletéreo).

RESULTADOS

Más de un 99% de los pacientes eran portadores de variantes y haplotipos previamente descritos que modifican la respuesta farmacológica, (promedio 5.6 genes por paciente, rango 0-10 genes) distribuidas VKORC1 (64,8%), NAT2 (59%), CYP4F2 (57,5%), CYP2C19 (56%), UGT1A1 (55,4%), CYP2B6 (50,5%), CYP2D6 (48,2%), CYP2C9 (39,9%), SLCO1B1 (37,7%), CYP3A5 (20,4%), CYP1A2 (14,1%), HLA-A (11,6%), NAT1 (10,60%), GGCX (10,1%), TPMT (9,5%), CYP3A4 (6,30%), DPYD

(5,8%), HLA-B (5,1%), F5 (2,3%), G6PD (1%), CALU (0,8%), RYR1 (0,5%), NUDT15 (0,3%), CACNA1S (0%).
Se identificaron un total de 24934 variantes o 463 variantes únicas (92, 19,9% descritas en bases de datos frente a 371, 80,1% no descritas). Los criterios de filtrado definidos seleccionaron 44 variantes (9,5% del total) en los genes CYP2D6 (10), DPYD (8), CYP1A2 (7), VKORC1 (4), CYP2B6 (4), CYP2C19 (3), SLCO1B1 (3), CYP2C9 (2), NUDT15 (1), CYP3A5 (1), UGT1A1 (1). El número de pacientes afectados por variantes posiblemente deletéreas fueron 86 (22%) pacientes.

CONCLUSIONES

La plataforma farmacogenética evaluada tiene una alta capacidad de detección de pacientes con variantes farmacogenéticas de interés previamente descritas. El empleo de sistemas de análisis de variantes no descritas en bases de datos, como el que se propone en este resumen, es una primera aproximación para el trabajo con este tipo de información y representa un complemento diagnóstico con alto potencial para la identificación de pacientes que en nuestra población representa un 22% de los individuos.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

336. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VORICONAZOL EN PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS

AUTORES

ESPÍN ITURRALDE C, PONTÓN MARTÍNEZ P, GIMÓ SANTAMARIA A, MARTIN GOMEZ MT, FERNÁNDEZ POLO A, VIMA BOFARULL J, MIARONS FONT M
HOSPITAL VALL D'HEBRON. PASSEIG VALL D'HEBRON 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

El estrecho margen terapéutico de voriconazol (VOR) y su variabilidad interindividual son parámetros que influyen en la relación farmacocinética/farmacodinámica. Los objetivos de este estudio han sido 1) evaluar la variabilidad farmacocinética de VOR en pacientes adultos y pediátricos y, 2) analizar las variables potencialmente asociadas a la presencia de concentraciones plasmáticas (Cp) fuera del margen terapéutico (MT).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo entre marzo 2020 y marzo 2021 que incluye a los pacientes a los que se les administró VOR y en los que se monitorizaron las Cp de VOR en un hospital de tercer nivel. La obtención de la Cp mínima (cmin) se obtuvo en estado estacionario tras el inicio del tratamiento con dosis convencionales por cromatografía líquida de alta presión con detector de fluorescencia (HPLC-Fluo), definiendo el MT de 1 a 5,5 mcg/ml. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y de laboratorio (incluyendo cultivos microbiológicos) de los registros informatizados del hospital. Las variables con distribución normal se muestran como media y desviación estándar (SD), y las no normales como mediana y rango (R). Para comparar variables categóricas se utilizó la prueba Ji cuadrado y para las variables cuantitativas no normales la prueba U de Mann Whitney. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se evaluaron 27 pacientes (19, 70,4% varones), 16 adultos (59,2%; edad media ± SD 63,1±13,4 años y peso medio ± SD 67,5±19,4) y 11 pediátricos (40,7%; edad 13,0±4,32 años y peso 44,1±22,0 kg. Veinte pacientes (74,1%) recibieron tratamiento oral y 7 (25,9%) intravenoso. El motivo del tratamiento fue el aislamiento de al menos 1 de los siguientes hongos como causa de infección probada/probable: Aspergillus fumigatus(11), Candida spp.(3), A. flavus(2), A. terreus(2), Scedosporium apiospermum(2), A. niger(1), Aspergillus calidoustus(1) y Penicillium spp.(1), todos sensibles in vitro a VOR. En 11 (30,7%) pacientes la administración de VOR fue empírica. La mediana (rango) de los parámetros indicadores de alteración de función renal o hepática en la primera monitorización de voriconazol fue creatinina 0,7 (0,4-1,9) mg/dL, ALT 22 (7-221) UI/L; AST 24,0 (6-428) UI/L y GGT 164,5 (16-3325) UI/L.
Se realizaron 94 determinaciones, 52 (55,3%) en pacientes pediátricos y 45 (47,9%) en pacientes adultos (mediana de 2 determinaciones por paciente (1-16)) con Cp media 1,9±1,6 µg/mL y 3,0±2,3 µg/mL, respectivamente. Dieciocho (34,6%) de las Cp pediátricas se encontraron en el rango infraterapéutico y 2 (9,6%) supraterapéutico, mientas que en adultos 7 (15,5%) en el rango infraterapéutico y 7 (13,4%) supraterapéutico. La edad pediátrica se asoció significativamente a la presencia de Cp de VOR infraterapéuticas (p=0,03).
Finalmente, la negativización de los cultivos a las 4-6 semanas se observó en 11 (40,7%) pacientes (8 adultos), 6 con Cp fuera del MT en algun momento, no disponiendo de datos de cultivos post-tratamiento en 2 (7,4%) de los pacientes.

CONCLUSIONES

Con el presente estudio se confirma la elevada variabilidad interindividual de VOR en pacientes adultos y pediátricos, presentando los pacientes pediátricos un mayor número de Cp en el rango infraterapéutico, y sugiriendo la necesidad de una monitorización más estricta de las Cp de VOR en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

347. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA COMO HERRAMIENTA CLAVE EN LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON LINEZOLID EN EL PACIENTE CRÍTICO

AUTORES

BODEGA AZUARA J, BELLÉS MEDALL MD, GARCÍA MUÑOZ S, EDO PEÑARROCHA J, JIMENEZ SIERRA JJ, SOLANA ALTABELLA A, STEVE LÓPEZ V, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN. AVINGUDA DE BENICÀSSIM, 128. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

La pauta posológica habitual de linezolid (600mg c/12h) puede resultar subterapéutica en el paciente crítico. El objetivo del estudio es optimizar el tratamiento con linezolid en pacientes críticos mediante la monitorización proactiva de las concentraciones plasmáticas para conseguir una correcta eficacia y seguridad del tratamiento antimicrobiano.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se trata de un estudio prospectivo de ajuste posológico guiado por monitorización farmacocinética. Los criterios de inclusión fueron pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos en tratamiento con linezolid durante 48 horas. Se excluyeron aquellos pacientes sometidos a técnicas de circulación extracorpórea. Se solicitó la determinación de la concentración valle antes de la cuarta dosis, desde el inicio del tratamiento. La técnica utilizada para la determinación de linezolid fue enzimoinmunoensayo (ARK®). Las concentraciones plasmáticas (Cp) consideradas terapéuticas fueron 2-7mg/L.
A partir de la historia clínica informatizada se obtuvieron las variables necesarias para realizar el informe farmacocinético: edad, sexo, peso, diagnóstico, filtrado glomerular (FG), bilirrubina, transaminasas, índice pronóstico MELD, proteína C reactiva, procalcitonina, plaquetas, hemoglobina, tipo de infección, aislado microbiológico y concentración mínima inhibitoria (CMI).
Las variables cuantitativas se describen con la mediana y el rango intercuartílico.

RESULTADOS
Entre enero y noviembre de 2020 se realizaron 62 monitorizaciones farmacocinéticas de linezolid a 32 pacientes críticos; 26 hombres y 6 mujeres, con una media de 2 Cp/paciente. La mediana de edad fue de 62 años (35-84) y la de duración del tratamiento de 9 días (2-16).
En 22(68,75%) pacientes se utilizó el linezolid como terapia empírica, mientras que en 10(31,25%) fue terapia dirigida frente a Staphylococcus aureus (40%), Enterococcus faecalis (30%), Enterococcus faecium (20%) y Staphylococcus hominis (10%). En todos los aislados la CMI para linezolid fue de 2mg/L excepto en el del Staphylococcus hominis, cuya CMI=1mg/L.
Todos los pacientes iniciaron la terapia con linezolid a dosis de 600 mg c/12h. Tras llevar a cabo la primera monitorización farmacocinética 22(68,75%) pacientes necesitaron ajuste posológico, 19(59,38%) requirieron un incremento de dosis. En 11 pacientes (34,38%) la primera Cp fue indetectable.
De los 19(59,37%) pacientes infradosificados, 6(31,58%) eran obesos (índice de masa corporal > 30) y 12(63,16%) presentaron FG > 100mL/min/1,73 m2.
Por encima del intervalo terapéutico se encontraron 3(9,38%) pacientes, con una mediana de Cp de =9,55mg/L (7,53-14,58), uno presentó un índice MELD > 25 y otro con Cp de =11,69mg/L y FG < 50mL/min/1.73m2 presentó trombocitopenia relacionada con la exposición a linezolid.
En 15(46,88%) pacientes se llevó a cabo una segunda monitorización de los niveles plasmáticos, de los cuales 10(66,67%) alcanzaron Cp terapéuticas tras seguir las recomendaciones farmacocinéticas, 4(26,67%) siguieron infradosificados pese a haber incrementado la pauta a 600 mg c/8h y 1(6,66%) presentó Cp supraterapéuticas tras el incremento de dosis.

CONCLUSIONES
La monitorización proactiva de las concentraciones plasmáticas de linezolid, en paciente crítico, ha permitido realizar ajuste posológico en el 68.75% de los pacientes, siendo en la mayoría de los casos incremento de dosis. Las características predominantes de los pacientes infradosificados fueron hiperfiltradores y obesos.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

381. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VEDOLIZUMAB: ¿MEJORA LA PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

AUTORES
FORTANET GARCÍA M, BELLÉS MEDALL MD, BOSÓ RIBELLES V, EDO PEÑARROCHA J, VICENTE ESCRIG E, PUPLÁ BARTOLL A, BODEGA AZUARA J, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL DE CASTELLON. AVD. BENICASSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS
El vedolizumab es un anticuerpo monoclonal indicado en el tratamiento de colitis ulcerosa(CU) y enfermedad de Crohn(EC) de moderada a grave. El objetivo del estudio es analizar si la monitorización farmacocinética(TDM) del vedolizumab aumenta la persistencia del tratamiento en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal(EII).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes con EC y CU tratados con vedolizumab en un hospital de tercer nivel, desde enero de 2016 hasta abril de 2021. En diciembre de 2019 se implantó en el servicio de farmacia la TDM de vedolizumab en inducción (semana 6) y en mantenimiento (semana 14 y posteriores).
Se recogieron variables demográficas: edad, sexo, peso y diagnóstico. Tratamientos biológicos previos; tratamiento con vedolizumab (dosis y pauta posológica), se determinaron concentraciones valle(Cmin) mediante ELISA (Lisa Tracker®). Estas Cmin, junto con la respuesta clínica, sirvieron para guiar el ajuste posológico del tratamiento. El objetivo terapéutico en semana 6: Cmin > 20mg/L, si valores inferiores dosis extra en semana 10; en mantenimiento Cmin > 15mg/L, si valores inferiores intensificar pauta posológica. Se registró la fecha suspensión de tratamiento y efectos adversos(EA). La información fue obtenida desde la historia clínica electrónica.
Análisis estadístico (programa SPSS versión 19.0): variables cuantitativas: media (IC95%) y las variables cualitativas: en porcentaje (número). Comparación de medias mediante la prueba t-Student y el test de Fisher para cualitativas. La efectividad se analizó en términos de persistencia mediante Kapplan-Meier.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 28 pacientes (50%(14) mujeres) con una media de 47,18(41,72-52,63) años y 71,79(66,72-76,85) Kg. El 50%(14) fueron diagnosticados de CU y el resto EC. El 50%(14) habían sido previamente tratados con infliximab, el

46,43%(13) con adalimumab, el 14,29%(4) con ustekinumab y el 7,14%(2) con golimumab. El 35,71%(10) presentó fallo previo a dos o más biológicos, el 35,71%(10) a un anti-TNF y 28,57%(8) pacientes iniciaron directamente tras fallo a la terapia convencional.
En el 57,1%(16) de los pacientes se realizó TDM, de estos en el 43,8%(7) en inducción y el resto en fase de mantenimiento. En el 68,75%(11) de los pacientes requirieron ajuste de la pauta posológica, intensificando a cada 4 semanas en el 63,64%(7) de los casos y el resto a cada 6 semanas. El ajuste posológico de los pacientes sin TDM se realizó según respuesta clínica, en el 44,44%(4) con intensificación c/4semanas (p=0.397). 3 pacientes tuvieron fallo primario (suspensión de vedolizumab entre semana 8 y 12) previos a la implementación de la TDM. Un paciente con TDM(Cmin 10,46mg/L) se suspendió por toxicidad (aparición de nódulos pulmonares, sospecha de tuberculosis).
La mediana de persistencia no se alcanzó en el grupo de pacientes con TDM y fue de 210 días para el grupo sin monitorizar (p=0.0001).
La media Cmin de los pacientes que suspendieron tratamiento fue 9,78(3,91-15,65)mg/L y los que continúan 15,77(10,84-20,69)mg/L (p=0,119).

CONCLUSIONES

La TDM proactiva de vedolizumab en semana 6 y en mantenimiento beneficia a los pacientes aumentando significativamente la persistencia al tratamiento. Son necesarios estudios con más pacientes para seguir analizando la relación concentración-respuesta.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

406. DESARROLLO DE UN MODELO FARMACINÉTICO POBLACIONAL DE POSACONAZOL ORAL EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE ALOGÉNICO

AUTORES

PEÑA LORENZO D, REBOLLO DÍAZ N, PÉREZ BLANCO JS, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, ZARZUELO CASTAÑEDA A, VÁZQUEZ LÓPEZ ML, OTERO LÓPEZ MJ
COMPLEJO ASISTENCIA UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO SAN VICENTE N-139. SALAMANCA

OBJETIVOS

Desarrollar un modelo farmacocinético poblacional (PopPK) de posaconazol administrado vía oral en comprimidos, en pacientes sometidos a trasplante alogénico, y evaluar posibles factores que afecten a su dosificación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado entre julio de 2020 y abril de 2021. Se incluyeron pacientes adultos sometidos a trasplante alogénico y en tratamiento con comprimidos de 300 mg de posaconazol cada 24 h (tras dosis de carga de 300 mg/12 h, 2 dosis) como profilaxis de infecciones fúngicas invasivas. Se recogieron datos demográficos, de tratamiento, clínicos y bioquímicos [albumina sérica, bilirrubina total, aspartato aminotrasferasa, alanina aminotraferasa, gamma-glutamiltrasferasa, fosfatasa alcalina, aclaramiento de creatinina, proteínas totales (PROT) y presencia de enfermedad injerto contra huésped]. Las concentraciones séricas de posaconazol fueron determinadas principalmente justo antes de la administración (en algunos casos también en la fase de absorción) y analizadas mediante cromatografía líquida de ultra-rendimiento (UPLC) acoplado a un detector ultravioleta.
El análisis PopPK se realizó aplicando una metodología fármaco-estadística basada en modelos de efectos mixtos no lineales utilizando el programa NONMEM v7.4.0 y el método de estimación condicional de primer orden con iteración (FOCEI). Los resultados, análisis estadísticos adicionales y representaciones gráficas fueron procesados mediante el software R v3.3.1. Se realizaron simulaciones estocásticas para evaluar el efecto de los factores identificados sobre la exposición al fármaco y su posible repercusión en la posología de posaconazol.

RESULTADOS

Se incluyeron 36 pacientes (19 mujeres), con un diagnóstico previo al trasplante de leucemia mieloblástica aguda (n= 17), leucemia linfoblástica aguda (n= 7), síndrome mielodisplásico (n= 5) y otros (n=7). La mediana (rango) de edad fue 53 (27-73) años y el peso corporal total de 68,3 (40-103,5) kg. Se analizaron un total de 67 muestras, con una concentración de posaconazol media (desviación estándar) de 1,80 (0,95) µg/mL.
Un modelo de un compartimento con absorción secuencial (orden cero y uno) con eliminación de primer orden describió adecuadamente las concentraciones de posaconazol. Tanto la duración del proceso de absorción de orden cero (2,62 h), como la constante de absorción (0,795 1/h) se fijaron según los valores establecidos por Van Iersel et al. 2017. El volumen aparente de distribución (V/F) fue estimado en 548 L y el aclaramiento aparente (CL/F) según la siguiente ecuación:
CL/F (L/h)=8,02x0,613^(SEX)x(PROT/6,4)^(-1,48)
Donde SEX es 0 si es hombre y 1 si es mujer; PROT se expresa en g/L. Ningún parámetro antropométrico influyó de manera estadísticamente significativa.
La variabilidad interindividual y variabilidad residual del CL/F (coeficiente de variación) fue del 28,9% y 22,9%, respectivamente.
Las simulaciones mostraron que los pacientes de sexo masculino con una hipoproteinemia grave podrían necesitar una dosis mayor de posaconazol para alcanzar concentraciones terapéuticas (> 0,7 µg/mL).

CONCLUSIONES

El modelo PopPK desarrollado en pacientes adultos sometidos a trasplante alogénico describe adecuadamente el comportamiento cinético de posaconazol. El género y las proteínas totales han sido identificados como factores pronóstico del aclaramiento de posaconazol. Los hombres con hipoproteinemia grave podrían necesitar dosis mayores para alcanzar concentraciones terapéuticas.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

412. PROGRAMA DE TERAPIA PERSONALIZADA BASADO EN LA MONITORIZACIÓN DE LAS CONCENTRACIONES DE ISAVUCONAZOL

AUTORES
PEÑA LORENZO D, REBOLLO DÍAZ N, ZARZUELO CASTAÑEDA A, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, PÉREZ BLANCO JS, VÁZQUEZ LÓPEZ ML, GARCÍA HERVALEJO M, OTERO LÓPEZ MJ
COMPLEJO ASISTENCIA UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO SAN VICENTE N-139. SALAMANCA

OBJETIVOS
Aunque los ensayos clínicos con isavuconazol mostraron una baja variabilidad en la exposición al fármaco, posteriormente algunos autores han descrito concentraciones fuera del margen esperado en algunos pacientes.
El objetivo ha sido desarrollar un programa de terapia personalizada basado en la monitorización terapéutica de las concentraciones (TDM) para pacientes que reciben isavuconazol como tratamiento o profilaxis de infecciones fúngicas invasivas (IFI).

MEJORAS ESPERADAS
Aumentar el porcentaje de pacientes con una exposición óptima a isavuconazol, con el fin de mejorar la eficacia y seguridad del tratamiento.

DISEÑO
Programa multidisciplinar, desarrollado entre los Servicios de Farmacia y Hematología del hospital y la Facultad de Farmacia.

CIRCUITO Y ETAPAS
El programa incluye las siguientes fases:
1. Selección, puesta a punto y validación de la técnica analítica.
2. Revisión bibliográfica para la selección de las concentraciones mínimas (Cmin) objetivo y un modelo farmacocinético poblacional inicial.
3. Obtención de muestras y registro de variables clínico-demográficas, farmacoterapéuticas.
4. Análisis farmacocinético.
5. 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 y validó una técnica de UPLC acoplado a un detector ultravioleta. Se estableció una concentración mínima objetivo de isavuconazol > 1 µg/ml, considerando los puntos de corte de sensibilidad del EUCAST 2019, y un límite superior de concentración de 4,6 µg/ml (Kosmidis et al 2020). Se seleccionó el modelo poblacional de Desai et al (2016) y se implementó en NONMEM versión 7.4.0.

RESULTADOS
Hasta el momento se han incluido 16 pacientes en el programa, 12 hematológicos, 3 críticos y 1 pediátrico. Las indicaciones de isavuconazol fueron profilaxis de IFI (n=12) y aspergilosis (n=4). Se han analizado 30 muestras, con una mediana (rango) de determinaciones por paciente de 2(1-5) y Cmin de 2,29(0,17-8,06) µg/ml.
La dosificación de isavuconazol según las recomendaciones de ficha técnica condujo a un 43,75 % de pacientes con concentraciones fuera del margen establecido tras la primera monitorización: 5 pacientes con concentraciones < 1 µg/ml y 2 con concentraciones > 4,6 µg/ml. Todos los pacientes críticos presentaron concentraciones infraterapéuticas, mientras que el paciente pediátrico presentó concentraciones potencialmente tóxicas.
La individualización de dosis basada en la TDM permitió aumentar el número de pacientes que alcanzaron concentraciones terapéuticas. Dos pacientes críticos requirieron dosis 3 veces superiores a las recomendadas en ficha técnica (200 mg/8 horas) y en el paciente pediátrico, tras alargar el intervalo de 24 a 48 horas, se redujo la concentración de 8,08 µg/ml a 1,71 µg/ml.

LIMITACIONES
El modelo de Desai et al fue desarrollado en población adulta y no se ha encontrado en la bibliografía un modelo poblacional específico para el ajuste en la población pediátrica.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
El programa multidisciplinar desarrollado, basado en la TDM, 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 isavuconazol.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

449. ESTUDIO DE POLIMORFISMOS DE TPMT Y NUDT15 EN PACIENTES PEDIATRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CANDIDATOS A SER TRATADOS CON AZATIOPRINA

AUTORES
GONZÁLEZ SUÁREZ S, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, RAMOS DÍAZ R, MOURANI PADRÓN I, MORALES BARRIOS A, VIÑA ROMERO MM, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CARRETERA OFRA S/N, 38320 SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA, SANTA CRUZ DE TENERIFE. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
La azatioprina es un fármaco ampliamente utilizado en el tratamiento de enfermedades autoinmunes como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). En 2018, la CPIC publicó una guía donde se recomienda el ajuste de dosis de inicio de tiopurinas, de acuerdo con el fenotipo metabolizador combinado de las enzimas tiopurina metil transferasa (TPMT) y nudix hidrolasa 15 (NUDT15).
Los polimorfismos en el gen TPMT más relevantes en caucásicos son: TPMT*2 (rs1800462), *3B (rs1800460), *3C (rs1142345) y *4 (rs1800584). El haplotipo TPMT*3A incluye los alelos *3B y *3C. En cuanto a NUDT15, el más frecuente es NUDT15*3 (rs116855232). En función del genotipo, se clasifica al paciente como metabolizador normal (NM) si hay dos alelos funcionales, intermedio (IM) si presenta un alelo funcional y otro de pérdida de función, o len¬to (PM) cuando porta dos alelos de pérdida de función. En el caso del fenotipo IM la guía recomienda iniciar el tratamiento con un 30-80% de la dosis habitual de azatioprina (0,6-2,4 mg/kg/día), u optar por un tratamiento alternativo si el fenotipo es PM. El objetivo es determinar la presencia de estas mutaciones en TPMT y NUDT15 en pacientes pediátricos diagnosticados de EII, y determinar si los mutados tratados con azatioprina a dosis reducidas mantienen enfermedad estable y/o manifiestan efectos adversos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio prospectivo, observacional, realizado entre febrero de 2018 y marzo de 2021, en el que han sido incluidos todos los pacientes menores de 18 años diagnosticados de EII en un hospital de tercer nivel. Los datos clínicos y demográficos se recogieron de las historias clínicas de los pacientes. Tras el diagnóstico, y previo al inicio del tratamiento, se extrajo ADN a partir de una gota de sangre para realizar el genotipado por PCR a tiempo real con sondas fluorescentes HybProbe® en el equipo Light Cycler® 480. El ensayo fue autorizado por el CEIC del centro. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado para su inclusión en el estudio.

RESULTADOS
Se genotiparon 26 pacientes (14 niños y 12 niñas) con una media de edad de 11,6 años, de los cuales 4 eran portadores del alelo TPMT*3A y 2 tenían solo la mutación TPMT*3C. No se encontró ningún paciente mutado en NUDT15. Al revisar las historias clínicas se confirmó que los 6 pacientes mutados estaban tratados con azatioprina con una reducción de dosis del 50%, tal y como se recomendó en el informe farmacogenético. La media de dosis que esta recibiendo este grupo de pacientes es 1,5 mg/kg/día de azatioprina. Ningún paciente mutado ha presentado efectos adversos indeseables y todos mantienen enfermedad estable a pesar de estar tratados con dosis reducidas.

CONCLUSIONES
La incorporación del genotipado de TPMT y NUDT15 para el ajuste de la dosis de azatioprina en base al fenotipo metabolizador en el tratamiento de EII supone un avance en términos de seguridad. Además, los pacientes mutados están bien controlados y no han presentado mielosupresión. Esto permite tratar con azatioprina con más precisión, ya que aumenta la tolerabilidad mientras se mantiene su eficacia.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

496. AJUSTE POSOLÓGICO DE VORICONAZOL DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

AUTORES
PUPLÀ BARTOLL A, BELLÉS MEDALL MD, GARCÍA MUÑOZ S, SANTOS SAN SEGUNDO M, MAIQUES LLACER J, CEBOLLA BELTRAN T, FORTANET GARCÍA M, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN. AVDA BENICÀSSIM 128. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS
Mostrar el incremento de pacientes tratados con voriconazol en nuestro hospital como consecuencia de la infección por SARS-Cov-2 y objetivar la necesidad de la monitorización farmacocinética para ajuste posológico en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se comparan las monitorizaciones farmacocinéticas realizadas durante los meses de abril/2019 - abril/2020 con las realizadas durante la pandemia por COVID (abril/2020 - abril/2021). De los pacientes en época COVID se han analizado las concentraciones plasmáticas valle (Cp) experimentales y el ajuste posológico tras estimación bayesiana en PKS®.
Se analizó el tipo de paciente en función de la unidad clínica (críticos y no críticos), presencia de aspergilosis pulmonar invasiva (API) confirmada o sospecha, enfermedad por SARS-Cov-2 y necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI). La Cp se determinó mediante técnica de enzimoinmunoensayo ARK®. La toma de muestras se realizó tras 48h del inicio de la terapia con dosis de choque. Se consideraron Cp neurotóxicas > 4 mg/L y hepatotóxicas > 6 mg/L. Las variables analizadas en el informe farmacocinético fueron: peso, constante de Michaelis-Menten (Km), función hepática, neurotoxicidad e interacciones farmacocinéticas relevantes. El número de monitorizaciones por paciente se expresa como mediana y se acompaña del rango intercuartílico (Q1-Q3). Los datos analizados hacen referencia a la época COVID y se expresan como porcentaje (número de pacientes).

RESULTADOS
Durante abril/2019 - abril/2020 se monitorizaron en nuestra unidad de farmacocinética 10 pacientes tratados con voriconazol mientras que en el periodo COVID fueron 21, suponiendo un incremento del 110% (11). Durante la pandemia, el 47% (10) fueron diagnosticados de COVID, en el 38% (8) se confirmó API y el 33% (7) fueron pacientes críticos, de los cuales el 57% (4) requirió VMI. La mediana de monitorizaciones por paciente fue de 3 (1-3,25). En el 66% (14) de éstas se sobrepasó el umbral neurotóxico y en el 38% (8) se alcanzó concentración hepatotóxica. No solo se ajustó la posología en los pacientes con concentraciones > 4mg/L, además en un 9,5% (2) la Cp experimental fue mayor que la Km estimada. Tras la primera monitorización, el ajuste posológico fue necesario en el 76% (16) de los pacientes y en todos

los casos se recomendó disminuir la dosis. Una segunda monitorización fue necesaria en el 66% (14) de los pacientes y el 23% (5) necesitaron al menos una tercera. En este último subgrupo, en dos pacientes no se realizó el ajuste posológico recomendado en la segunda monitorización y uno presentó hepatopatía.

CONCLUSIONES

La monitorización farmacocinética de voriconazol ha aportado gran valor en el contexto COVID, debido al incremento de pacientes candidatos a tratamiento. Además, su monitorización farmacocinética requiere de un exhaustivo seguimiento por su cinética no-lineal.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

498. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA PROACTIVA DURANTE EL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN CON FÁRMACOS ANTI-TNF EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

ALAÑÓN PARDO MM, SÁIZ MOLINA JJ, GÓMEZ LLUCH T, NOTARIO DONGIL C, CONDE GARCÍA MC, PEREZ FACILA A
HOSPITAL GENERAL LA MANCHA -CENTRO. AVENIDA DE LA CONSTITUCIÓN, Nº3. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Analizar la monitorización farmacocinética proactiva de terapias anti-TNF durante la fase de inducción en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo (enero 2019 – abril 2021) de las terapias de inducción con fármacos anti-TNF en pacientes con EII atendidos en un hospital general. Se incluyeron pacientes con concentraciones séricas (Cs) de infliximab ó adalimumab monitorizadas entre semanas 2 y 14.
Se consideraron Cs de infliximab adecuadas: ≥20-25 µg/mL (semana 2), ≥10-15 µg/mL (semana 6) y ≥5 (semana 14). En caso de monitorizar entre semanas 6-12, se realizó la predicción bayesiana de Cs en semana 14 (software farmacocinético: MW-Pharm++®). Para adalimumab, las Cs óptimas (a partir de semana 4) fueron ≥ 8-12 µg/mL.
Variables analizadas: sexo, edad, índice masa corporal (IMC), diagnóstico [enfermedad de Crohn (EC) / colitis ulcerosa (CU)], fármacos anti-TNF e inmunomoduladores (IMM) concomitantes, terapia previa anti-TNF, Cs de anti-TNF y semana de Cs, anticuerpos anti-fármaco (AAF), proteína C reactiva (PCR), velocidad sedimentación globular (VSG), calprotectina fecal (CPF) y decisión terapéutica.
Las Cs de anti-TNF fueron cuantificadas mediante inmunocromatografía de flujo lateral. Los AAF se cuantificaron si Cs de anti-TNF indetectables.

RESULTADOS

Se incluyeron 29 pacientes (62,1% varones), con media [rango] de edad de 36,7 [8-60] años e IMC de 25,5 [16,3- 35,8] Kg/m2, diagnosticados de EC (72,4%) ó CU (27,6%) y en tratamiento con infliximab (27,6%) ó adalimumab (72,4%). 55,1% recibía IMM concomitantes. 31,0% recibió terapia previa anti-TNF. Se detectaron AAF en 3 pacientes (10,3%).
En pacientes con infliximab (N=8), la mayoría (62,5%) se monitorizaron en semana 6. Las Cs de infliximab en semana 6 fueron subterapéuticas (< 10 µg/mL) en 60,0% de los casos, precisando la intensificación del tratamiento. El resto de pacientes con infliximab se monitorizaron en semana 2 (12,5%), semana 9 (12,5%) y semana 12 (12,5%).
En pacientes con adalimumab (N=21), la mayoría (66,7%) se monitorizaron en semana 6 y mostraron Cs indetectables (< 1,3 µg/mL), subterapéuticas (< 8 µg/mL) y adecuadas (≥8-12 µg/mL) en 21,4%, 14,3% y 64,3% de los casos, respectivamente. Las demás monitorizaciones se realizaron en semana 4 (9,5%), semana 5 (4,8%), semana 8 (9,5%) y semana 14 (9,5%). Actitud terapéutica tomada en pacientes con Cs indetectables ó subterapéuticas de adalimumab (N=7): intensificar (71,4%), reforzar adherencia (14,3%) y cambiar por otro anti-TNF debido a AAF altos (14,3%).
Frecuencia de Cs de anti-TNF “subterapéuticas/indetectables” vs. “adecuadas” según características de la muestra estudiada: varones (58,3% vs. 64,7%), IMC ≥25 Kg/m2 (36,4% vs. 60,0%), CU (50,0% vs. 11,8%), EC fistulizante (33,3% vs. 17,6%), pancolitis (16,7% vs. 0%), AAF (25,0% vs. 0,0%), PCR ≥0,5 mg/dL (55,6% vs. 6,7%), VSG ≥21 mm/h (44,4% vs. 23,1%), CPF ≥250 mcg/g (60,0% vs. 33,3%), IMM concomitantes (50,0% vs. 58,8%) y terapia previa anti-TNF (33,3% vs. 29,4%).

CONCLUSIONES

En nuestro centro, más de la mitad de los pacientes con infliximab (60,0%) y aproximadamente la tercera parte de pacientes con adalimumab (35,7%) monitorizados en semana 6 presentaron Cs subterapéuticas/indetectables.
Las Cs de anti-TNF subterapéuticas/indetectables en la inducción son más frecuentes en pacientes con CU, AAF y carga inflamatoria elevada.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

508. OPTIMIZACIÓN POSOLÓGICA DE MEROPENEM MEDIANTE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA

AUTORES

PUPLÀ BARTOLL A, BELLÉS MEDALL MD, EDO PEÑARROCHA J, BOSÓ RIBELLES V, SANTOS SAN SEGUNDO M, SOLANA ALTABELLA A, FORTANET GARCÍA M, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN. AVDA BENICÀSSIM 128. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Analizar las monitorizaciones farmacocinéticas de meropenem desde la implementación de la técnica analítica en enero de 2021 e identificar qué tipo de paciente ha necesitado ajuste posológico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo en el que se analizaron las monitorizaciones de meropenem realizadas desde enero/2021 - abril/2021. La cuantificación de meropenem se realizó mediante una cromatografía líquida de alta resolución acoplada a una lámpara de ultravioleta-visible (HPLC-UV), con un método isocrático y se cuantificó la fracción libre. Las concentraciones plasmáticas en valle (Cmin) se obtuvieron después de un tiempo mínimo de 48h tras inicio del tratamiento. El tratamiento óptimo, atendiendo a los criterios PK/PD para β-lactámicos, se define como una Cmin superior a la concentración mínima inhibitoria (CMI). Para el tratamiento empírico se definió una CMI de 2 mg/L. El límite de nefrotoxicidad se estableció en Cmin > 44 mg/L. En la pauta posológica se diferenció el tiempo de administración entre perfusión intermitente (PI, administración en 30 minutos) o perfusión extendida (PE, administración en 3h). Se definió paciente hiperfiltrador si filtrado glomerular (FG) > 110 mL/min/1,73m^2, según la ecuación CKD-EPI. El análisis de los pacientes se expresa en forma de porcentaje (número de pacientes) y la mediana se acompaña del rango intercuartílico (Q1-Q3).

RESULTADOS

En el periodo de estudio se realizaron un total de 65 determinaciones correspondientes a 44 pacientes. Esto supone una mediana de 1 (1-2) determinaciones por paciente. Del total de la población estudiada, la mitad cursó con tratamiento dirigido mientras que la otra lo hizo con tratamiento empírico. Se observaron Cmin óptimas en la primera monitorización en el 68,1% (15) de los tratamientos dirigidos y en el 72,7% (16) de los empíricos. El resto de pacientes, correspondientes a un 30% (13) necesitaron ajuste posológico para alcanzar los criterios PK/PD. Los ajustes posológicos por infradosificación supusieron un 25% (11) del total, de los cuales un 73% (8) de las Cmin resultaron indetectables y un 54% (6) de los pacientes fueron hiperfiltradores. Se recomendó iniciar pauta en PE a un 54% (6) de los pacientes infradosificados. En el 4,5% (2) se superó el límite de nefrotoxicidad, con la característica común de tener la función renal comprometida, ya que uno estaba sometido a hemodiálisis y el otro fue un paciente crítico con FG de 20 ml/min/1,73m^2.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes alcanzan Cmin óptimas con meropenem. No obstante los hiperfiltradores pueden estar infradosificados y los pacientes con la función renal comprometida pueden alcanzar Cmin tóxicas. En este sentido, la monitorización farmacocinética en estos grupos poblacionales garantizará la optimización de su tratamiento.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

512. ¿QUÉ APORTA LA QUIMIOLUMINISCENCIA EN LA MONITORIZACIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS?

AUTORES

PUPLÀ BARTOLL A, BELLÉS MEDALL MD, BODEGA AZUARA J, BOSÓ RIBELLES V, JIMÉNEZ SIERRA JJ, QUINTANA VARGAS I, CEBOLLA BELTRÁN T, FERRANDO PIQUERES R

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN. AVDA BENICÀSSIM 128. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Ante el aumento de la carga de trabajo en la monitorización de fármacos anti-TNF y la urgencia que suponen algunas determinaciones para el seguimiento clínico, se analizaron las ventajas que aporta la quimioluminiscencia de acceso aleatorio contínuo frente a ELISA, para determinar adalimumab (ADA) en suero y conocer la concordancia entre ambas técnicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los autoanalizadores empleados fueron iTrack10® (quimioluminiscencia) y DS2® (ELISA), con reactivos Lisa-Tracker®. Se recopilaron 48 muestras de suero de pacientes tratados con ADA, realizándose la extracción antes de la administración de la dosis subcutánea. Cada muestra se analizó por las dos técnicas y se calculó la media y la diferencia entre las concentraciones experimentales, considerando la técnica ELISA como referencia. Con estos datos se realizó una regresión de Passing-Bablok y una representación de Bland-Altman. Se calculó el error sistemático (ES) y el coeficiente de concordancia de Lin (LCC). Las características comparadas de cada técnica fueron: límites de cuantificación (LQ), caducidad de los reactivos, puntos y estabilidad de la recta de calibración y tiempo de análisis. Se analizó el número de determinaciones necesarias a realizar para evitar restos por caducidad en quimioluminiscencia.

RESULTADOS

El coeficiente de correlación (R^2) en la regresión lineal de Passing-Bablok fue de 0,71. Mediante la representación de Bland-Altman se determinó el ES, que resultó -1,47±4,68 mg/L y el LCC fue de 0,76. El LQ de quimioluminiscencia es de 0.5-50 mg/L, frente al de ELISA que es de 0,3-20 mg/L. La caducidad de los reactivos de quimioluminiscencia es de 2 meses una vez abiertos, mientras que los de ELISA tienen una estabilidad de 12 meses. La recta de calibración en quimioluminiscencia utiliza 2 puntos (0,9-7,4 mg/L) y es estable durante 14 días. Esta técnica dispone de un único control de calidad para concentraciones plasmáticas bajas (2.9-4.9 mg/L). Con la técnica ELISA se realiza una recta de calibración en cada sesión de trabajo que requiere 5 puntos. El tiempo de análisis de la quimioluminiscencia es de 35 minutos por muestra frente a 2h y 45 min por sesión de trabajo para ELISA. Debido a la baja caducidad de los reactivos en la quimioluminiscencia, es necesaria una carga mínima de trabajo de 46 determinaciones mensuales para evitar restos por caducidad.

CONCLUSIONES

La principal ventaja que aporta la quimioluminiscencia es su acceso continuo y rápido tiempo de respuesta. Además, posibilita la monitorización durante la fase de inducción sin necesidad de diluir la muestra. La concordancia entre ambas técnicas ha permitido la implementación de la quimioluminiscencia sin necesidad de aplicar factores de corrección en la interpretación de los resultados.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

538. DESARROLLO DE UN MODELO CINÉTICO POBLACIONAL DE TEICOPLANINA PARA PACIENTES ADULTOS CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS MALIGNAS

AUTORES
GARCÍA HERVALEJO M, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, CONDE GONZÁLEZ I, AVENDAÑO PITA A, OTERO LÓPEZ MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO DE SAN VICENTE, 182, 37007 SALAMANCA. SALAMANCA

OBJETIVOS
Desarrollar un modelo farmacocinético poblacional (PopPK) que describa el comportamiento de teicoplanina en pacientes hematológicos que incorpore los principales factores que puedan afectar a su dosificación, y proponer un régimen posológico optimizado que permita alcanzar concentraciones terapéuticas desde el inicio del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio prospectivo realizado entre febrero de 2021 y abril de 2021. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de neoplasias hematológicas malignas en tratamiento antibiótico, tanto empírico como dirigido, con teicoplanina.
Se recogieron datos demográficos, de tratamiento, clínicos y bioquímicos [albumina sérica (ALB), proteínas totales, creatinina sérica (CR), plaquetas, proteína C reactiva]. Todos los pacientes recibieron dosis iniciales intravenosas de 600 mg cada 12 h, posteriormente se optimizó el tratamiento mediante la monitorización de las concentraciones plasmáticas de teicoplanina (CPT). Las CPT fueron determinadas justo antes de la administración, con un primer control a las 24 h del inicio del antibiótico, y analizadas mediante técnica de inmunoensayo turbidimétrico (QMS® Themofhiser).
El análisis PopPK se realizó aplicando 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). 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 factores identificados sobre la exposición al fármaco y su posible repercusión en la dosificación de teicoplanina.

RESULTADOS
Se incluyeron 60 pacientes (31 mujeres), con un diagnóstico de linfoma no Hodgkin (n=18), leucemia mieloblástica aguda (n=13), mieloma múltiple (n=10), leucemia linfoblástica aguda (n=5) y otras neoplasias hematológicas (n=14). La mediana (rango) de edad fue 61,5 (23-92) años y el peso corporal total de 72,5 (43-130) kg. Se analizaron un total de 113 muestras, con una CPT media (DE) de 14,23 (8,23) µg/mL.
La cinética de teicoplanina se caracterizó mediante un modelo de un compartimento con eliminación de orden uno. El volumen de distribución (Vd) fue estimado en 98,7 L y el aclaramiento (CL) según la siguiente ecuación:
CL(L/h)= (0,03*PESOideal_ajustado – 20,4) * (2,21 -0,3 ALB) * (FGCR /72,4)0.315.
Donde: PESOideal_ajustado (Kg) = PESOideal+(PESOtotal-PESOideal)*0,25; ALB en g/dL y FGcr: filtrado glomerular estimado con la fórmula CKD-EPI en mL/min .
La variabilidad interindividual del CL (coeficiente de variación) fue del 26,5% y la variabilidad residual (aditiva) del modelo fue 2,89 µg/mL.
Las simulaciones mostraron que los pacientes con función renal normal precisan 3 dosis de carga de 12 mg/kg (calculadas con el peso ideal ajustado) cada 12 h, para asegurar concentraciones terapéuticas (> 15 µg/mL) a partir de las 24 h del inicio de tratamiento, que se mantendrían con dosis diarias de mantenimiento de 10 mg/kg.

CONCLUSIONES
Se ha desarrollado un modelo PopPK que permite caracterizar el comportamiento cinético de teicoplanina en pacientes hematológicos e incluye el peso ideal ajustado, la ALB y el FGcr como factores que afectan a su aclaramiento. Los pacientes podrían beneficiarse de 3 dosis de carga de 12 mg/kg cada 12 h, con las que presentarían concentraciones óptimas a las 24 h de iniciar el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

542. FARMACOGENÉTICA DEL GEN DPYD: DESCRIPCIÓN POBLACIONAL Y PAPEL DEL FARMACÉUTICO ONCOLÓGICO

AUTORES
MORALES PORTILLO A, GILABERT SOTOCA M, RIUS PERERA J, FELIP MONTSERRAT P, FONT FONT M, TORRES BONDIA F, MIR CROS M, MANGUES BAFALLUY I
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA. AV. ALCALDE ROVIRA ROURE, 80. LLEIDA

OBJETIVOS
Describir la prevalencia de polimorfimos clínicamente relevantes (CRP) en el gen DPYD en pacientes que iniciaron tratamiento con fluoropirimidinas.
Describir el impacto del Servicio de Farmacia en la toma de decisiones en pacientes con CRP en el gen DPYD.

MATERIALES Y MÉTODOS
Análisis retrospectivo de los datos registrados de pacientes que iniciaron tratamiento con fluoropirimidinas y tenían determinación del gen DPYD. El análisis se llevó a cabo entre junio 2020 y marzo 2021 en un hospital de segundo nivel.
Se extrajeron de programa de historia clínica SAP® las intervenciones farmacéuticas realizadas, los datos demográficos y analíticos de los pacientes. Del programa Farmis Oncofarm® se consultaron los protocolos de tratamiento y las fechas de inicio.
Se analizó la prevalencia y frecuencia alélica en nuestra población de 4 polimorfismos de DPYD relacionados con pérdida total (DPYD*2A (c. 1905*+1G > A), DPYD*13 (c1679T > G), o parcial (C.2846A > T y c.1129-5923C > G) de función de

dihidropirimidina deshidrogenasa. Se compararon ambas con los datos previos para población Europea (Lek M et al; doi:10.1038/nature19057). Se aplicó el Test de Chi cuadrado mediante el programa IBM SPSS®.
También se analizó el porcentaje de pacientes en los que el Servicio de Farmacia jugó un papel activo en la toma de decisiones para la dosificación personalizada en los pacientes que presentaron CRP de DPYD.

RESULTADOS

Se analizaron polimorfismos de DPYD en 236 pacientes, de los cuales 128 eran hombres (54%).
9 de los pacientes (3,8%) presentaron al menos un polimorfismo de los estudiados, siendo dos de ellos portadores de dos polimorfismos.
La frecuencia alélica de los CRP estudiados fue comparable a la descrita en bibliografía para DPYD*2 (n= 1; 0,4%) y c.1129-5923C > G (2,1%), pero significativamente superior para DPYD*13 (n=1; 0,4%, 7,6 veces superior, p < 0,01) y C.2846A > T (1,7%, 4,5 veces superior, p < 0,01)
En el 100% de los pacientes que presentaron polimorfismos se consensuó el ajuste de dosis personalizado entre el Servicio de Farmacia y el Servicio de Oncología, realizándose informe escrito en un 33% de los casos.

CONCLUSIONES

La población atendida en nuestro centro presenta una prevalencia de polimorfismos y una frecuencia alélica para DPYD significativamente superior a la esperada.
El papel del Servicio de Farmacia fue fundamental en las decisiones de ajuste de dosis de los pacientes con CRP, compartiendo la responsabilidad en la toma de decisiones clínicas.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

587. IMPACTO CLÍNICO DE LA MONITORIZACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS DE ADALIMUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

FAGES PÉREZ M, SORIA MARTÍN A, GARCÍA MARÍN J, MATEOS RISSO JC, MORENO HERRERA A
HPE. CARRETERA GETARES, S/N, 11207 ALGECIRAS, CÁDIZ. CÁDIZ

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la monitorización de adalimumab en la decisión clínica de la terapia biológica y en el control de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, en el que se incluyeron los pacientes con EII a los que se les solicitó niveles plasmáticos de adalimumab desde septiembre de 2019 hasta marzo de 2021, ambos inclusive. Los datos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas y analíticas en Diraya. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tipo de patología, pauta de adalimumab, actividad de la enfermedad, e inmunomoduladores concomitantes o fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) (corticoides, mesalazina, metotrexato y azatioprina). Se aplicaron como intervalo terapéutico de referencia niveles entre 7.5-12 mg/l en enfermedad de crohn (EC) y 3-10 mg/l en colitis ulcerosa (CU), y como anticuerpos anti-adalimumab positivos valores > 10 U/ml. En ambos casos, la técnica analítica empleada fue ELISA. Los valores considerados como enfermedad activa fueron: Índice de Harvey Bradshaw (HBI) > 6 en EC, e Índice de actividad de la Clínica Mayo (CDAI) > 9 en CU. El impacto de la monitorización se evaluó mediante el ajuste de la terapia (cambio de diana terapéutica o intensificación), y a través de la respuesta a dicha modificación.

RESULTADOS

Se incluyeron 32 pacientes,16 mujeres y 16 hombres, con una media de edad de 38,6 años, 26 presentaron EC y 6 CU.Un total de 11 pacientes mostraron enfermedad activa en el momento del estudio, de los cuales 10 tenían niveles de fármaco por debajo del intervalo terapéutico (todos ellos con pauta de adalimumab 40 mg cada 14 días), y de ellos, sólo un paciente presentó anticuerpos positivos, lo que motivó un cambio de diana, consiguiéndose una respuesta favorable. Del resto, en 4 no se detectaron anticuerpos (a 2 se les cambió de diana, obteniéndose buena respuesta en uno de ellos, e intolerancia al cambio en el otro; y a 2 se les intensificó la terapia, a lo cual, uno respondió favorablemente y el otro no) y en 5 no se determinaron (4 no recibieron ningún ajuste al no presentar actividad de la enfermedad, mientras que a 1, por mostrar enfermedad activa, se le intensificó la pauta, sin conocerse aún la respuesta al cambio). Por último, de los 22 pacientes en rango terapéutico (sólo a 7 se le determinó valores de anticuerpos y los 7 con resultado negativo), 3 presentaron enfermedad activa y a 2 de ellos se les intensificó con buena respuesta al ajuste. La presencia de inmunomoduladores concomitantes se dio en 26 pacientes, coincidiendo con que el único paciente con anticuerpos positivos no los tenía asociados a su tratamiento.

CONCLUSIONES

La monitorización de adalimumab es un apoyo importante para la decisión terapéutica de pacientes con enfermedad activa, ayudando a que el ajuste a realizar sea el adecuado para una mejor respuesta, sin embargo, sería necesario una correcta interpretación de los resultados, atendiendo no sólo a los niveles plasmáticos sino también a la presencia o no de anticuerpos, comorbilidades, adherencia o uso de FAME de forma concomitante.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

603. ANALISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LAS CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE LEVETIRACETAM Y EL FILTRADO GLOMERULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES NEUROCRÍTICOS

AUTORES

SÁNCHEZ SANCHO P, GARCÍA GARCÍA S, AREVALO BERNABÉ ÁG, VARON GALCERA C, GONZÁLEZ MORENO P, JIMÉNEZ ALFONSO AF, MONTORO RONSANO B, LALUEZA BROTO P
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. Pº VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS
El levetiracetam se usa como profilaxis de las convulsiones postraumáticas en el paciente neurocrítico. Se considera que la monitorización del levetiracetam no es necesaria por la linealidad entre dosis y concentraciones plasmáticas (CP), un amplio rango terapéutico y ausencia de interacciones farmacológicas. Sin embargo hay evidencia que muestra alteraciones en el perfil farmacocinético en ciertas poblaciones (pacientes neurocríticos y politraumáticos) debido a un aclaramiento renal del fármaco aumentado.
El objetivo del presente estudio consiste en evaluar la relación de la CP de levetiracetam con la dosis normalizada por peso (DNP) y la tasa de filtrado glomerular estimado (FGE).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio ambispectivo observacional que incluye pacientes neurocríticos, entre 10/2019 y 05/2021, en tratamiento profiláctico anticomicial con levetiracetam según protocolo de la unidad, en una UCI de neurocríticos de un hospital de tercer nivel.
Se recogieron de la historia clínica y del programa de prescripción electrónica: diagnóstico de ingreso, datos demográficos, clínicos, analíticos (FGE por CKD-EPI) y variables referentes al tratamiento anticomicial. Se analizaron CP de levetiracetam en estado estacionario (rango terapéutico considerado según protocolo del hospital: 10-40µg/ml).
Las variables continuas se expresan como medianas (rango intercuartílico) y las categóricas en porcentaje.
Análisis estadístico: Regresión lineal para analizar asociaciones CP-DNP y CP-FGE, y regresión logística para evaluar asociación entre riesgo de infradosificación (< 10µg/ml) - FGE. El análisis estadístico se realizó con Stata® versión 13.

RESULTADOS
Se incluyeron 28 pacientes (80% varones, edad mediana 57 (41-75) años, Índice de masa corporal=28 (23-32) que ingresaron en UCI (14 traumatismos craneoencefálicos graves, 5 hemorragias subaracnoideas, 3 hemorragias subdurales, 2 hemorragias intraparenquimatosas y 4 otras) durante una mediana de 15 (7-32) días.
Tratamiento profiláctico anticomicial: levetiracetam a una DNP de 11,5 mg/Kg (8,1-15,8) con duración mediana de 18,5 (10,5-25) días. La tasa mediana de FGE fue de 102 (79-116) ml/min/1,73m2.
La CP mediana de levetiracetam fue de 12,7 (8,5-16,1) µg/ml. 13 (46%) pacientes presentaban CP fuera de rango (2 supra (7%) y 11 infraterapéuticas (39%)). Se objetivó una linealidad entre CP-DNP administrada (p=0,006) y entre CP normalizada por la dosis/peso-FGE (p=0,001).
La TGE mediana en el grupo de pacientes con niveles infraterapéuticos fue de 116 (106-129) ml/min/1,73m2 (vs. 96 (77-106) ml/min/1,73m2 del grupo de pacientes en rango). Se objetivó una asociación entre riesgo de niveles infraterapéuticos (normalizados por la dosis/peso) y la tasa de FGE (p=0,028). 70% de pacientes con FGE > 110ml/min/1,73m2 presentaba niveles infraterapéuticos y el 100% de los pacientes con FGE > 122ml/min/1,73m2.

CONCLUSIONES
Se constata, en nuestra población, una relación lineal entre CP-DNP y CP-FGE.
Según las recomendaciones de nuestro hospital, 13 (43%) pacientes estarían fuera de rango, mayoritariamente con niveles infraterapéuticos (37%). Dado el riesgo de niveles infraterapéuticos en pacientes con FGE > 110ml/min/1,73m2 se establece por rutina una monitorización sistemática de leveritacetam en este grupo de pacientes.
A partir de estos resultados se ha diseñado un estudio observacional prospectivo para determinar qué otros parámetros (creatinina en orina, diuresis) podrían condicionar esta variabilidad de CP y qué variables clínicas podrían verse afectadas por los niveles infraterapéuticos (EEG contínuo).

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

617. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES
MORENO GARCÍA M, MARIN VENTURA L, TOLOSA MARTINEZ C, PÉREZ ROBRES Y, GARCIA LOPEZ L, RUIZ MOLINA F, HERNANDEZ LOPEZ A
HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA. C/ LUIS ERIK CLAVERÍA NEURÓLOGO S/N, 40002. SEGOVIA

OBJETIVOS
Describir el uso en la práctica clínica habitual de ustekinumab (UST) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y analizar la monitorización de niveles plasmáticos de UST en mantenimiento de los pacientes con pérdida de respuesta como ayuda a la toma de decisiones clínicas.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo de enero de 2019 a abril de 2021 de los pacientes con EII en tratamiento con UST. La pauta inicial utilizada fue una dosis de inducción intravenosa en función del peso, seguida de una dosis subcutánea de 90 mg en la semana 8 y posteriormente cada 8 ó 12 semanas. Se recogieron las siguientes variables de la historia clínica: edad, sexo, diagnóstico, fecha de inicio y fecha fin de tratamiento, tratamiento biológico previo, dosis y frecuencia de administración de UST, concentración plasmática valle en mantenimiento de UST (CVU). Se considera un nivel valle < 4,5 mcg/ml -publicado por Battat et al.(2017)- para decidir acortar intervalo o pasar a vía intravenosa.

RESULTADOS
Durante el periodo de estudio un total de 36 pacientes (30 con enfermedad de Crohn, 6 con colitis ulcerosa) recibieron UST (67% hombres) con una edad media de 51 años (SD=12,8). La media de duración de tratamiento fue de 24,4 meses (SD=21,7). Todos los pacientes excepto uno recibieron terapia biológica previa: 27,8% (10/36) adalimumab, 16,7% (6/36) infliximab, y 52,8% (19/36) ambos. El 27,8% (10/36) recibió vedolizumab tras recibir tratamiento anti-TNF. El 86,1%

(31/36) de los pacientes llevaba pauta de 90 mg/8 semanas y el 13,9% (5/36) 90 mg/6 semanas.
Se realizaron niveles plasmáticos de UST por pérdida de respuesta en el 61,1% (22/36) de los pacientes, de estos, el 81,8% (18/22) llevaban pauta de 90 mg/8 semanas. El nivel valle fue < 4,5 mcg/ml en el 72,7% (16/22) de los pacientes y > 4,5 mcg/ml en el 27,3% (6/22). La mediana de CVU en mantenimiento fue de 2,1 (0,35 – 6,32).
En el 95,4% (21/22) de los pacientes se pasó el tratamiento a vía intravenosa con una pauta de 130 mg/6 semanas el 71,4% (15/21) y 130 mg/4 semanas el 28,6% (6/21). En 1/22 se mantuvo la administración subcutánea acortando el intervalo de cada 8 semanas a cada 6 semanas.
Tras la intensificación, el 86,4% (19/22) de los pacientes continuaron en tratamiento con UST con la pauta propuesta y el 13,6% (3/22) de los pacientes cambiaron de tratamiento por falta de respuesta.

CONCLUSIONES

La monitorización farmacocinética de UST en la fase de mantenimiento puede ser una herramienta útil para realizar una correcta dosificación y guiar al clínico en el proceso de toma de decisiones. La mayor parte de los pacientes monitorizados tenían niveles subóptimos y necesitaron un régimen personalizado que evitó el cambio de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Battat R, Kopylov U, Bessissow T, et al. Association between ustekinumab trough concentrations and clinical, biomarker, and endoscopic outcomes in patients with Crohn's disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2017;15:1427–34.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

784. COMPARACIÓN DE PARÁMETROS FARMACOCINÉTICOS Y DE LA DOSIFICACIÓN DE VANCOMICINA EN PACIENTES CRÍTICOS OBESOS SEGÚN SU ÍNDICE DE MASA CORPORAL

AUTORES

LOPEZ NOGUERA Q, GRATACÓS SANTANACH L, VILA CURRIUS M, TORO BLANCH C, PÉREZ PLASENCIA A, DORDÀ BENITO A, ORTÍ JUAN C, SACREST GÜELL R
HOSPITAL UNIVERSITARI DOCTOR JOSEP TRUETA. AVINGUDA DE FRANÇA S/N. GIRONA

OBJETIVOS

Conocer si existen diferencias entre los parámetros farmacocinéticos de vancomicina en pacientes críticos obesos en función del índice de masa corporal (IMC).
Determinar la dosificación óptima de vancomicina en función del IMC en esta población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en pacientes adultos críticos tratados con vancomicina intravenosa e incluidos en el programa de monitorización farmacocinética (PMF) entre enero 2020 y abril 2021. Se excluyeron aquellos pacientes con valor de creatinina sérica (Crs) > 1,4mg/dL.
Los datos recogidos fueron: demográficos (edad, sexo, talla y peso), analíticos (Crs y filtrado glomerular (FG) según Cockroft-Gault) y farmacocinéticos (aclaramiento (Cl) y volumen de distribución (Vd)). Los parámetros farmacocinéticos se obtuvieron con el programa PKS® utilizando un modelo bicompartimental.
Los pacientes se clasificaron según su IMC: 18-30Kg/m2 (no obeso), 30-34,9kg/m2 (obesidad grado I), 35-39,9kg/m2 (obesidad grado II) y > 40Kg/m2 (obesidad grado III). Se compararon la edad, el FG el Vd y el Cl de los tres grupos de obesos respecto a los pacientes no obesos con una t de Student. Para el análisis descriptivo de las variables continuas se utilizó la media y la desviación estándar. Se calculó la dosis teórica por paciente necesaria para alcanzar un área bajo la curva (AUC) de 500mg•h/L utilizando el Cl estimado por el programa PKS®.

RESULTADOS

Se incluyeron 72 pacientes con una edad media de 60±13 años y el 74% fueron hombres. La distribución de pacientes según IMC fue: 30,5% no obesos (72,53±9,95 kg), 26,4% grado I (95,2±9,71 Kg), 26,4% grado II (108,3±13,64 Kg) y 16,7% grado III (128,1±32,73 kg). Los valores de edad y FG de los pacientes no obesos fueron 62±15 años y 0,53±0,22 ml/min, los de los obesos de grado I 63±11 años y 0,63±0,25 ml/min, los de grado II 59±11 años y 0,67±0,30 ml/min y los de grado III 52±16 años y 0,48±0,31 ml/min y solo se observaron diferencias significativas en el FG de los de grado III. El Vd y Cl del grupo de no obesos (0,7±0,19 L/kg y 5,03±2,02 L/h) se compararon con los de los distintos grupos: 0,68±0,07 L/kg y 4,89±1,83 L/h (grupo I), 0,71±0,06 L/kg y 5,6±2,57 L/h (grupo II) y 0,75±0,16 L/kg y 6,65±2,34 L/h (grupo III) y solo se observaron diferencias estadísticamente significativas con el Cl de los pacientes obesos de grado III. La dosis diaria para alcanzar un AUC de 500mg•h/L de vancomicina fue de 35mg/Kg/día por peso real en la población no obesa y de 26mg/Kg/día por peso real en todos los otros grupos.

CONCLUSIONES

No se observaron diferencias entre los parámetros farmacocinéticos de vancomicina de los pacientes obesos y los no obesos. Sólo en los de grado III se observó un Cl significativamente aumentado respeto a los no obesos, dato que sería necesario corroborar aumentando la muestra de pacientes en este grupo.
La dosis diaria por Kg de peso para conseguir una AUC de 500mg•h/L en pacientes obesos, independientemente de su IMC, es inferior a la de los no obesos. Estos pacientes podrían necesitar dosis inferiores de vancomicina por Kg e incluirlos en el PMF.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

809. EXPERIENCIA EN MONITORIZACIÓN CLÍNICA DE LINEZOLID: COMPORTAMIENTO FARMACOCINÉTICO Y PARÁMETROS DE ANÁLISIS.

AUTORES
MARTÍNEZ IBÁÑEZ MÁ, PAREJA RODRÍGUEZ DE VERA A, HERNÁNDEZ TORRES A, TORRÓ GARCÍA L, GIL ALMELA J, GOLNABI DOWLATSHAHI F, DÍAZ RAMÓN M, LAORDEN CARRASCO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS
Determinar el comportamiento farmacocinético de linezolid, mediante el análisis de los niveles plasmáticos de antibiótico y las variables que más afectan a su monitorización en la muestra a estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, que incluyó a pacientes en los que se realizaron determinaciones de concentraciones plasmáticas predosis de linezolid tras su administración intravenosa a dosis estándar de 600 mg cada 12 horas en el primer trimestre de 2021. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, peso, aclaramiento de creatinina (CrCl) según la fórmula de Cockroft-Gault, glutamato-oxalacetato transaminasa (GOT) plasmática, glutamato-piruvato transaminasa (GPT), concentraciones mínimas plasmáticas de linezolid (Cmin) y días de tratamiento hasta la determinación analítica (a partir de tres días, cuando se alcanza el estado estacionario de concentraciones). El rango terapéutico de linezolid es 2-7 mcg/dl (Cmin). Para el análisis estadístico se utilizó el programa informático SPSS®.

RESULTADOS
Se analizaron 30 pacientes, 21 hombres y 9 mujeres, con una mediana de edad de 67 años (35-84). De los 30 pacientes, 19 (63,33%) obtuvieron un nivel de linezolid fuera del rango terapéutico, 7 inferior al mismo (media: 1,05 mcg/dl) y 12 superior (media: 11,7 mcg/dl). La media de los 11 pacientes (36,67%) con niveles en rango fue de 4,29 mcg/dl. El nivel más bajo fue de 0,6 mcg/dl y el más alto de 17,7 mcg/dl. La mediana de días de tratamiento hasta la determinación analítica fue de 5 días (3-28). La mediana de peso fue de 79,5 kg (42-114 kg), mientras que la de CrCl fue de 73 ml/min (12-176). Se realizó un análisis estadístico mediante el test T de Student para diferentes subgrupos de muestra con respecto a concentraciones plasmáticas de fármaco:
• No existen diferencias estadísticamente significativas según CrCl (≤ 30 vs > 30 ml/min): P = 0,875
• No existen diferencias estadísticamente significativas según edad (≤ 65 vs > 65 años): P=0,714
• No existen diferencias estadísticamente significativas según Peso (≤ 80 vs > 80 kg): P=0,297
• Existen diferencias estadísticamente significativas según concentración de GOT plasmática (GOT ≤ 35 UI vs GOT > 35 UI): P=0,049
• Existen diferencias estadísticamente significativas según concentración de GPT plasmática (GPT ≤ 41 UI vs GOT > 41 UI): P=0,003
En el grupo con niveles en rango de GOT Y GPT la media de concentraciones de linezolid es de 5,84 mcg/dl ± 4,37 mientras que en el grupo con valores superiores de GOT es de 10,45 mcg/dl ± 6,44 y en el de GPT 12,58 ± 6,44. La D de Cohen es igual a 0,953 y 1,59, respectivamente (el tamaño del efecto es grande).

CONCLUSIONES
1. Para una posología estándar de linezolid (600 mg cada 12 horas, intravenoso) un 63,33 % de los pacientes se encontraban fuera del rango terapéutico.
2. De las variables analizadas (peso, edad, CrCl y concentración plasmática de GOT y GPT) solamente existe correlación estadísticamente significativa entre concentración de GOT y GPT (y, por tanto, función hepática) y concentraciones plasmáticas de linezolid, siendo estas mayores en el grupo de pacientes con GOT y GPT alteradas.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

831. EXPERIENCIA EN MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA E INDIVIDUALIZACIÓN POSOLÓGICA DE DAPTOMICINA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES
LLOPIS I ALEMANY A, GIMÉNEZ GINER S, MORATALLA MARTÍNEZ A, MARTÍNEZ GÓMEZ MA, LIÑAN HEREDIA T, ORTÍZ FERNÁNDEZ P, PORTA OLTRA B, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVENIDA GASPAR AGUILAR 90. VALENCIA

OBJETIVOS
Describir la monitorización farmacocinética en pacientes tratados con daptomicina para infección por microrganismo multirresistente documentada, así como analizar el grado de aceptación de la recomendación de individualización posológica.

MATERIALES Y MÉTODOS
Diseño: estudio observacional retrospectivo en un hospital terciario. Periodo de estudio: 04/noviembre/2019 – 28/abril/2021. Criterios de inclusión: pacientes en tratamiento con daptomicina que cumplen criterios de monitorización (≥6mg/kg/día; crítico; insuficiencia renal; hipoalbuminemia; obesidad; evolución clínica subóptima). Criterio de exclusión: toma de muestras inadecuada. Variables: datos demográficos (edad; sexo; peso; servicio clínico), farmacoterapéuticos (dosis por kg; intervalo) y clínicos (tipo de infección; microorganismo; concentración mínima inhibitoria (CMI); creatinina plasmática). La monitorización farmacocinética se realizó tras la 3ª dosis y a partir de 2 muestras: pre-dosis y 30 minutos post-infusión y se analizaron las concentraciones plasmáticas por HPLC. Análisis farmacocinético: el área bajo la curva (AUC) y la constante de eliminación (Kel) se calcularon a partir del método de Sawchuk-Zaske. Se consideró como

objetivo de efectividad una relación AUC0-24h/CMI (y AUC24-48h/CMI) estimada entre 600-800 mg·h/L, limitando las CMI < 1 a 1 y como objetivo de seguridad una concentración pre-dosis < 24,3 mg/L. Se calculó el porcentaje de pacientes que cumplían los objetivos de efectividad y seguridad el grado de aceptación de recomendación de individualización posológica.

RESULTADOS

De una muestra total de 18 pacientes, 4(22%) fueron excluidos. La mediana de edad fue 73,5(RIQ:59,5-76,75) años, 6(43%) mujeres. Se realizaron un total de 28 monitorizaciones solicitadas por los siguientes servicios clínicos: Reanimación (13;46,4%) Medicina Interna (11;39,3%), Neumología (2;7,1%), Cirugía Ortopédica y Traumatología (1;3,6%) y Nefrología (1;3,6%). Las pautas posológicas utilizadas se situaban entre 6-10 mg/kg cada 24 horas (19 monitorizaciones) y 6-8 mg/kg cada 48 horas (9 monitorizaciones). El diagnóstico más prevalente fue bacteriemia (13 pacientes), seguido de infección de la herida quirúrgica (2 pacientes) y endocarditis (1 paciente). El microorganismo más prevalente fue S.epidermidis (5 pacientes, mediana CMI=0,5) junto con S.haemolyticus (5 pacientes, mediana CMI=0,25), seguido de S.hominis spp hominis (4 pacientes, mediana CMI=0,625), S.aureus (2 pacientes, mediana CMI=0,1875) y E.faecium (1 paciente, CMI=4). La mediana de concentración plasmática fue: pre-dosis de 10,5(RIQ:8,1-12,9) mg/L, y post-dosis de 56(RIQ:54,2-67,5) mg/L. La mediana de AUC0-24h/CMI fue de 799(RIQ:562,5-1135,7) con 8 (28,6%) monitorizaciones por debajo y 14 (50%) por encima del objetivo de efectividad. La mediana de AUC24-48h/CMI fue de 265(RIQ:162,3-312,7) con 8 (88,9%) monitorizaciones por debajo del objetivo de efectividad. Un total de 21 (75%) monitorizaciones pre-dosis se encontraban en el objetivo de seguridad establecido. En el 60,7% (17) de las monitorizaciones se realizó una recomendación de modificación de pauta posológica: reducción (9; 5 aceptadas) o aumento (8; 3 aceptadas) de dosis. El grado de aceptación fue del 100% en la recomendación de mantenimiento de posología y del 47% en las modificaciones (aceptación global del 67,8%).

CONCLUSIONES

La monitorización farmacocinética de daptomicina ha permitido identificar pacientes que no alcanzan los objetivos de efectividad y seguridad establecidos. Como consecuencia, en el 60,7% de las monitorizaciones se ha recomendado una modificación de la pauta posológica. En global, se ha observado un elevado porcentaje de aceptación de las recomendaciones de individualización terapéutica (67,8%).

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

842. MODELO PARA LA INDIVIDUALIZACIÓN TERAPÉUTICA EN ONCOLOGÍA BASADO EN LA DETERMINACIÓN DE POLIMORFISMOS DE DIHIDROPIRIMIDINA-DESHIDROGENASA Y MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE 5-FLUOROURACILO

AUTORES

LLOPIS I ALEMANY A, PORTA OLTRA B, MORATALLA MARTÍNEZ A, GIMÉNEZ GINER S, SÁNCHEZ GONZÁLEZ JL, CORTÉS SÁNCHEZ CJ, MARTÍNEZ GÓMEZ MA, CLIMENTE MARTÍ M

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVENIDA GASPAR AGUILAR 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Describir el modelo implantado para la individualización terapéutica en pacientes oncológicos basado en 1) determinación de polimorfismos en el gen que codifica para la enzima dihidropirimidina-deshidrogenasa (DPYD) en tratamientos con fluoropirimidinas (5-fluorouracilo y capecitabina) y 2) monitorización farmacocinética de 5-fluorouracilo.

MEJORAS ESPERADAS

Mayor efectividad y seguridad en la utilización de fluoropirimidinas en diferentes tipos de cáncer y de 5-fluorouracilo en cáncer colorectal.

DISEÑO

Observacional retrospectivo de resultados en la práctica asistencial. Periodo: octubre 2019-mayo 2021. Ámbito: hospital terciario. 329 pacientes en tratamiento con fluoropirimidinas en el año 2020.

CIRCUITO Y ETAPAS

1) Determinación de polimorfismos en el gen DPYD. Indicaciones: paciente oncológico que va a iniciar tratamiento con fluoropirimidinas. Circuito: previo al inicio del tratamiento se solicita muestra de sangre (tubo EDTA) para extracción de ADN con posterior amplificación Real Time PCR en equipo CFX96-BIORAD (software v. 3.1) y discriminación alélica con el kit Easy® DPYD (DPYD*2A, DPYD*13, DPYD-D949V; DPYD-IVS10). En base a los resultados se realiza una recomendación posológica inicial según establece el Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC). 2) Monitorización farmacocinética de 5-fluorouracilo. Indicaciones: paciente con cáncer colorectal que inicia tratamiento con 5-fluorouracilo en perfusión continua de 48 horas. Circuito: muestra de sangre extraída el día 2 (4 horas pre-finalización ± 1 hora; tubo EDTA con estabilizador gimeracil) del ciclo1-2, para determinación analítica con inmunoensayo de aglutinación de nanopartículas (Saladax Biomedical; Architect c4000). El intervalo terapéutico considerado fue AUC 20–30 mg·h/L. Los resultados procedentes de 1) y 2) se integran en la historia clínica electrónica.

IMPLANTACIÓN

Octubre 2019

RESULTADOS

1) 26 determinaciones de polimorfismos DPYD. Se identificaron 3 pacientes heterocigotos para una deficiencia parcial (2 DPYD-D949V; 1 DPYD-IVS10) con una prevalencia total del 11,5%. Presentaron toxicidad grado 3-4 2/3 (67%) de los pacientes heterocigotos y 3/18 (17%) de los pacientes nativos (sin seguimiento en 5 pacientes). 2) Se ha monitorizado

5-fluorouracilo en un total de 7 pacientes con una dosis total media de 5-fluorouracilo de 4353 (min: 3360; max: 6600) mg. El valor medio de AUC ha sido de 23 (min: 12; max: 31) mg·h/L. En 4/7 pacientes el AUC se encontraba dentro del intervalo terapéutico y en un paciente en el límite superior. En 2/7 pacientes el AUC se encontraba por debajo y se realizó recomendación de incremento de dosis en base a la exposición, evolución clínica y tolerancia al tratamiento. En ningún paciente se observó toxicidad de grado 3 o superior.

LIMITACIONES

1) Prevalencia superior a los estudios publicados (7-8%) como consecuencia de un sesgo inicial en la inclusión de pacientes que presentaban toxicidad. Bajo porcentaje de solicitudes con respecto al número total de pacientes candidatos por necesidad de protocolización de la 1ª visita. 2) Dificultad en la adherencia al protocolo de extracción de la muestra (pre-finalización; estabilizador). Bajo porcentaje de solicitudes con respecto al número total de pacientes candidatos que hace necesario mejorar la fase de selección de pacientes y la coordinación entre servicio de oncología y farmacia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Si.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

955. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA Y DIGOXINA.

AUTORES

CASAS FERNANDEZ X, GARCÍA GONZALEZ D, SÁEZ VILLAFAÑE M, GONZÁLEZ PÉREZ P, VÉLEZ BLANCO A, RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Z, SÁEZ HORTELANO JC, DE CASTRO AVEDILLO C

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON. ALTOS DE NAVA S/N LEON. LEÓN

OBJETIVOS

La monitorización farmacocinética es una herramienta utilizada en la optimización terapéutica para alcanzar los mejores resultados clínicos con mínima incidencia de efectos adversos. Es particularmente útil en fármacos con una relación respuesta clínica y toxicidad dosis-dependiente y con estrecho margen terapéutico.

El objetivo es comprobar si está justificada la participación del Servicio de Farmacia en la monitorización de vancomicina y digoxina tras un periodo de 2 meses desde la implantación de la farmacocinética clínica en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo intervencionista, en el que se incluyeron todos los pacientes en los que se determinaron las concentraciones plasmáticas de digoxina durante 1 mes y de vancomicina durante 2 meses en un hospital de tercer nivel. Los datos recogidos fueron género, edad, peso, talla, tratamiento, posología, concentraciones mínimas de fármaco en estado de equilibro, respuesta clínica y efectos adversos.

El programa de estimación bayesiana PKS® ayudó en la elaboración del informe de farmacocinética. Se analizó que porcentaje de pacientes estaban dentro del margen terapéutico en la primera monitorización y se comparó con las determinaciones posteriores tras una recomendación posológica.

Se consideraron concentraciones dentro del margen terapéutico para digoxina entre 0,6-1,1 ng/mL y para vancomicina un área bajo la curva / concentración mínima inhibitoria de 400-525 mcg/mL/h además de concentraciones de 10-15 mcg/mL y de 15-20 mcg/mL en infecciones severas (meningitis, neumonía, endocarditis, osteomelitis y sepsis). Se consideraron concentraciones toxicas para digoxina las superiores a 2ng/mL y para vancomicina a 30 mcg/mL.

RESULTADOS

Vancomicina: se realizaron 62 informes de farmacocinética en 30 pacientes. En la primera monitorización (30 informes) solamente 3 de ellos (10%) estaban dentro del margen terapéutico; 21 (70%) estaban infradosificados, 6 (20%) por encima del margen terapéutico estando uno de ellos intoxicado. Tras la recomendación de farmacia se volvieron a realizar 32 monitorizaciones posteriores estando 23 (71.9%) dentro del margen terapéutico, 5 infradosificados (15.6%), 4 (12.5%) sobredosificados, estado uno intoxicado. En 2 de los casos de sobredosificación no se aceptaron las recomendaciones posológicas.

Digoxina: se realizaron 40 informes de farmacocinética en 20 pacientes. En la primera monitorización solamente 3 de ellos (15%) estaban dentro del margen terapéutico; 5 (25%) estaban infradosificados, 12 (60%) por encima del margen terapéutico estando 5 de ellos intoxicados. Tras la recomendación de farmacia se volvieron a realizar 20 monitorizaciones estando 14 (70%) dentro del margen terapéutico, 6 (30%) sobredosificados, estado uno intoxicado. En 4 de los casos de sobredosificación no se aceptaron las recomendaciones posológicas estando uno de ellos intoxicado.

CONCLUSIONES

Con una posología empírica muy pocos pacientes consiguen estar en concentraciones dentro del margen terapéutico, siendo este porcentaje mucho mayor si está guiada por un informe farmacocinético.

Con la dosificación de forma empírica de vancomicina la tendencia es a infradosificar y con digoxina a sobredosificar.

La participación del servicio de farmacia consigue optimizar la dosificación de medicamentos susceptibles de monitorización.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

968. FRECUENCIA ALÉLICA DE MUTACIONES EN EL GEN DPYD EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL, ESTUDIO PHOTODPYD

AUTORES
GONZÁLEZ SUÁREZ S, MORALES BARRIOS A, MIARONS FONT M, MANZANEQUE GORDON A, RIERA ARMENGOL P, CASTELLOTE BELLES L, BERNAL NOGUER S, GUTIERREZ NICOLAS F
COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO. AV. DE BARBER, 30. TOLEDO

OBJETIVOS
Las fluoropirimidinas (FU) (capecitabina y 5-fluorouracilo) son fármacos antimetabolitos ampliamente utilizadas en el tratamiento de diversos tipos de cáncer. Aunque la tolerancia de las FU es generalmente aceptable, se ha descrito toxicidad severa hasta en un 30% de los pacientes, llegando a ser fatal hasta en un 1% (Henricks et al., 2018). Esta toxicidad está relacionada con una deficiencia en la actividad de la enzima responsable de su metabolización, la dihidropirimidina deshidrogenasa (DPD), que ocurre en el 7% de la población europea (3-5% a nivel mundial). Se han descrito cuatro variantes clínicamente relevantes en el gen que codifica la DPD (DPYD): DPYD*2A (c.1905+1G > A, rs3918290), DPYD*13 (c.1679T > G, rs55886062), DPYD D949V (c.2846A > T, rs67376798) y HapB3 (c.1263G > A, rs56038477). En este sentido, la European Society for Medical Oncology (ESMO) y la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) recomiendan el estudio de los polimorfismos en el gen DPYD y el ajuste de dosis de las FU en el tratamiento del cáncer colorrectal (CCR) en función de las mismas.
El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de estas mutaciones en los pacientes con CCR candidatos a tratamiento con FU en el ámbito nacional.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio de prevalencia transversal y multicéntrico de los polimorfismos del gen DPYD en pacientes con CCR candidatos a tratamiento con FU. El resultado de los diferentes polimorfismos fue obtenido de la historia clínica del paciente de los respectivos hospitales. El cálculo de las frecuencias alélicas se obtuvo dividiendo el número de copias de cada alelo (wild type y mutante) entre el número total de copias de todos los alelos en la población para el locus considerado. La prescripción de la terapia antineoplásica, así como las dosis, pauta y duración, se realizó previa e independientemente a la participación del paciente en el estudio, según práctica clínica habitual de cada hospital. El estudio (estudio PhotoDPyD) ha sido autorizado y clasificado como estudio observacional por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEim) de referencia.

RESULTADOS
Desde la implementación del genotipado en los distintos hospitales (entre 2013-2020, según el centro) hasta la fecha, han sido incluidos 1.347 pacientes correspondientes a 5 hospitales de 3 comunidades autónomas diferentes.
Las frecuencias alélicas observadas han sido las siguientes:
DPYD*2A (c.1905+1G > A, rs3918290): 0,37%
DPYD*13 (c.1679T > G, rs55886062): 0,00%
DPYD D949V (c.2846A > T, rs67376798): 1,04%
HapB3 (c.1263G > A, rs56038477): 0,89

CONCLUSIONES
El presente trabajo ha permitido describir la prevalencia de los polimorfismos de DPYD*2A (rs3918290); DPYD*13 (rs55886062); c.2846A > T (rs67376798); c.1236G > A/HapB3 (rs56038477) en el gen DPYD en un amplio número de pacientes diagnosticados de CCR de distintos hospitales del territorio nacional. Se trata de un trabajo preliminar del estudio que pretenderá determinar la incidencia de estas mutaciones en un mayor número de pacientes. Esta información puede permitir conocer los marcadores de mayor utilidad en nuestra población.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1014. ANÁLISIS DEL PERFIL FARMACOCINÉTICO DE ISAVUCONAZOL EN PACIENTES CRÍTICOS

AUTORES
MARTÍN CEREZUELA M, MARQUES MIÑANA MR, RUIZ RAMOS J, POLO MONTANERO P, CRUZ SANCHEZ A, CIVERA SANCHIS M, POVEDA ANDRES JL, RAMIREZ GALLEYMORE P
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÉCNIC LA FE. BULEVAR SUR, S/N. VALENCIA

OBJETIVOS
Analizar el impacto de las concentraciones plasmáticas (Cp) de isavuconazol en respuesta clínica, microbiológica y mortalidad de pacientes críticos y establecer un modelo farmacocinético poblacional en este grupo de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron pacientes en tratamiento con isavuconazol intravenoso (IV) durante > 48h en una unidad de cuidados intensivos (UCI) en 2018-2020. Se recogieron muestras plasmáticas previo a la administración de la dosis (Cmin), al final de la infusión de 1h (Cmax) y a mitad del intervalo de dosificación (C50). Se determinó la Cp mediante cromatografía líquida de alta eficacia (HPLC). La estimación de los parámetros farmacocinéticos se realizó por ajuste bayesiano mediante PKS® (Abbot Pharmacokinetics System) asumiendo un modelo bicompartimental descrito en la literatura, con índice de masa corporal (IMC) como covariable (Wu X. Antimicrob Agents Chemother, 2020). Se recogieron las variables demográficas (edad, sexo, peso, talla, IMC) clínicas (SAPS3, antecedentes médicos, requerimiento de ventilación mecánica invasiva, técnicas de reemplazo renal continuo (TRRC) o extracorpórea (ECMO) y terapéuticas (indicación, posología, duración y tratamiento concomitante). Las variables cuantitativas se expresaron como

mediana (IRQ) y las cualitativas como frecuencia absoluta y relativa. Se compararon las medias de Cmin, Cmax y C50 para las variables respuesta clínica (si había mejoría clínica al final del tratamiento), respuesta microbiológica (si se alcanzó la erradicación microbiológica) y mortalidad mediante la prueba de t Student con Stata v14.2.

RESULTADOS

Se incluyeron 10 pacientes, 50% mujeres, de mediana de edad 53 (41-58) años, peso 68,5 (60-80)kg, talla 1,65 (1,65-1,71)m, IMC 25,34 (21,77-26,67)kg/m2 y SAPS3 69 (59-78). Todos recibieron isavuconazol IV a dosis estándar durante 10,5 (8-18)días. En el 50% de los casos la indicación fue candidemia por Candida auris, en 20% tratamiento empírico previa colonización por Candida auris, 20% infección fúngica invasiva por Aspergillus fumigatus y 10% ventriculitis por Candida parapsilosis. En 5 pacientes se administró en tratamiento combinado con anidulafungina (30%), anfotericinaB (20%) o caspofungina (20%). El 30% de los pacientes requirieron TRR y 30% ECMO. La mediana de las concentraciones estimadas fueron: Cmin 1,2 (0,7-1,8)µg/mL, Cmax 2,8 (1,5-4)µg/mL, C50 1,9 (1-2,5)µg/mL. Los parámetros farmacocinéticos estimados mediante regresión bayesiana fueron Vc=103±29,5L, Cl=3,03±1,44L/h; k12= 0,592±0,141L/h; k21=0,093±0,021L/h, Q=0,53L/h. No se encontraron diferencias significativas entre las Cmin, Cmax, C50 de los pacientes para las variables respuesta clínica (1,34±0,82vs0,98±068,p=0,498; 3,82±1,88vs1,88±1,17,p=0,132; 2,38±1,25vs1,25±0,94, p=0,137) y mortalidad (1,06±0,63vs1,33±0,94,p=0,625; 2,08±1,12vs4±2,26,p=0,128; 1,36±0.85vs2,5±1,21,p=0,125).
No se encontraron diferencias para Cmin con respuesta microbiológica (1,4±0,93vs1±069,p=0,456) pero sí para Cmax (4,34±1,82vs1,74±1,06,p=0,025) y C50 (2,66±1,01±1,2±0,83,p=0,036). No se identificaron interacciones entre el tratamiento concomitante e isavuconazol, ni reacciones adversas clínicamente relevantes, excepto en un paciente en el que se produjo hepatotoxicidad (Cmin: 1,1µg/mL; Cmax: 1,2µg/mL; C50: 1µg/mL).

CONCLUSIONES

Se puede considerar que isavuconazol presenta farmacocinética lineal, incluso en pacientes críticos en los que existen alteraciones farmacocinéticas, con requerimiento de TRRC o ECMO. A pesar de alcanzar erradicación microbiológica con Cp más elevadas, no se encontraron diferencias para respuesta clínica y mortalidad, por tanto, la dosis estándar de isavuconazol podría ser suficiente para el tratamiento de infecciones por patógenos emergentes como Candida auris o Aspergillus fumigatus en pacientes críticos.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1030. GENOTIPADO DEL GEN DPYD PARA EL TRATAMIENTO CON FLUOROPIRIMIDINAS

AUTORES

HERNÁNDEZ GUÍO A, RAMOS DÍAZ R, GONZÁLEZ RODRÍGUEZ D, PÉREZ RAMÍREZ C, MOURANI PADRÓN I, YANES SÁNCHEZ P, GONZÁLEZ SUÁREZ S, MIARONS FONT M

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE. CTRA. NACIONAL 332, S/N. ALICANTE

OBJETIVOS

Cada vez son más los estudios farmacogenéticos que evidencian la relación entre la presencia de mutaciones en el gen de la dihidropirimidina deshidrogenasa (DPYD) y la toxicidad a las fluoropirimidinas. Una de las estrategias para diagnosticar la deficiencia de esta proteína es la caracterización genética del paciente previa a la administración del fármaco. Recientemente, la AEMPS ha emitido unas recomendaciones para el ajuste de las dosis de fluoropirimidinas en el tratamiento del cáncer colorrectal (CCR) en función de cuatro mutaciones germinales: DPYD*2A (c.1905+1G > A, rs3918290), DPYD*13 (c.1679T > G, rs55886062), DPYD D949V (c.2846A > T, rs67376798) y HapB3 (c.1263G > A, rs56038477). Con el presente trabajo hemos querido exponer las diferentes técnicas que habitualmente se emplean en los centros hospitalarios para la determinación de las mutaciones del gen DPYD.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tras un Webinar-SEFH sobre el genotipado del gen DPYD, se realizó una encuesta entre los asistentes para identificar cuál era el método de cribado empleado en los distintos centros hospitalarios. También se ha comparado la versatilidad de los protocolos de extracción de ADN, así como la idoneidad de las técnicas de genotipado utilizadas.

RESULTADOS

Sobre 12 hospitales que respondieron a la encuesta se identificaron las siguientes metodologías para el genotipado:
Muestra para la obtención de ADN genómico:
Sangre periférica por venopunción: recolección en tubo EDTA. Invasivo, conservación en frío. Apto para protocolos manuales basados en precipitación, esferas magnéticas o columnas. Automatizable.
Gota de sangre seca (DBS): punción en el dedo sobre una tarjeta colectora. Poco invasivo, almacenaje a temperatura ambiente. Técnica de extracción de ADN por lisis alcalina, manual, rápida y de bajo coste.
Frotis bucal: raspado de la cavidad oral con un hisopo. Poco invasivo, conservación en frío. Apto para protocolos manuales basados en precipitación, esferas magnéticas o columnas. Automatizable.
Técnica de genotipado:
PCR a tiempo real: uso de sondas fluorescentes. Destacan las Taqman® y las SimpleProbe® por disponer de kits comerciales para DPYD validados. Las sondas Hybprobe® requieren diseño personalizado de reactivos y optimización por personal cualificado, pero se reducen los costes de material.
Secuenciación Sanger: amplificación del fragmento de ADN por PCR convencional y envío a un servicio externo. Recomendable cuando no se disponen de equipos y/o reactivos para PCR a tiempo real y poco presupuesto. Estrategia ideal para empezar.
LAMP: amplificación isotérmica, no requiere termociclador ni purificación de ADN. Relativamente costosa.

CONCLUSIONES

La incorporación del genotipado de DPYD para el ajuste de las dosis de fluoropirimidinas en el tratamiento del CCR permite la personalización del tratamiento desde un punto de vista de seguridad. Aunque su implementación con frecuencia se encuentra con limitaciones de tipo económico y/o logístico, la identificación de pacientes mutados de forma rutinaria es relativamente sencilla de llevar a cabo en la mayoría de los hospitales, con una equipación básica de laboratorio. En este trabajo hemos nombrado algunas de las técnicas más habituales empleadas en nuestros hospitales para la extracción del ADN genómico y genotipado del gen DPYD, para que sirva como guía para aquellos que quieran iniciar esta determinación.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1031. VARIABILIDAD INTRAPACIENTE DE TACROLIMUS Y COMORBILIDADES EN TRASPLANTE DE PULMON

AUTORES

SANGRADOR RASERO A, AÑEZ CASTAÑO R, FERNANDEZ CABERO J, GOMEZ GOMEZ D, RAMIS BARCELO M, RIOJA CARRERA M, VALERO DOMINGUEZ M

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA. AVENIDA DE VALDECILLA S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

En los pacientes trasplantados de órgano sólido, la variabilidad intrapaciente de los niveles de tacrolimus > 30% está relacionada con la aparición de anticuerpos de novo donante específicos (dn-DSA) y rechazo. Queremos determinar si en una cohorte de 36 pacientes trasplantados de pulmón en 2018, esa variabilidad está también relacionada con la aparición de complicaciones post-trasplante: diabetes, osteoporosis insuficiencia renal, dislipemia y si influyen el sexo de los pacientes y su diagnóstico pre-trasplante.

MATERIALES Y MÉTODOS

A través del programa propio de gestión de pacientes trasplantados de pulmón y de la prescripción electrónica asistida del hospital se analizaron retrospectivamente los siguientes datos:
Niveles de tacrolimus desde el segundo mes post-trasplante y su porcentaje de coeficiente de variación (%CV) hasta diciembre de 2020 (%CV: (desviación estándar/media)*100)
Dosis de tacrolimus, prednisona y micofenolato de mofetilo
Aparición de diabetes y el medicamento en tratamiento
Filtrado glomerular (FG) < 60 ml/minuto/1,73 m2
Aparición de Osteoporosis y su tratamiento
Aparición de Dislipemia y su tratamiento
Sexo
Edad
Diagnóstico pre-trasplante
Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.22

RESULTADOS

De los 36 pacientes trasplantados de pulmón en 2018, 4 fueron éxitus, 13 (36%) eran mujeres 15 (41%) presentaron un %CV de tacrolimus > 30%, 16 (44%) tenía FG < 60 ml/min/1,73 m2, 15 (41%) osteoporosis, 25 (69%) dislipemia y 9 (25 %) diabetes.
Los medicamentos utilizados en el tratamiento de la osteoporosis fueron: Ácido Zoledrónico, Denosumab y Teriparatida; la dislipemia: Atorvastatina y la diabetes: Metformina e Insulina.
Tras el análisis estadístico realizado mediante la prueba de CHI2, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el %CV de tacrolimus y el resto de variables. Siendo la significación estadística en cada caso:
FG < 60 ml/min (p=0,194), Osteoporosis (p=0,230), Dislipemia (p=0,298), Diabetes (p=0,558), Diagnóstico pre-trasplante (p=0,455), Edad (p=0,720) y Sexo (p=0,812)

CONCLUSIONES

El %CV de tacrolimus > 30% no está relacionada con la aparición de complicaciones post-trasplante de manera estadísticamente significativa en esta cohorte de 36 pacientes trasplantados de pulmón.
Se observa una tendencia positiva a la aparición de insuficiencia renal.
Se necesitan más estudios y con mayor número de pacientes para poder extraer conclusiones más precisas.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1036. DISEÑO DE UNA APLICACIÓN DE SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA.

AUTORES

MARAY MATEOS I, ALAGUERO CALERO M, ALVAREZ ASTEINZA C, DE LA FUENTE VILLAVERDE I, FERNANDEZ LASTRAS S, FERNANDEZ LAGUNA CL, MACIA RIVAS L, LOZANO BLAZQUEZ A

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVENIDA DE ROMA SN. ASTURIAS

OBJETIVOS

Crear una herramienta interconectada con la historia clínica electrónica (HCE) que permita de manera ágil la identificación de pacientes en tratamiento con vancomicina candidatos a monitorización farmacocinética.

MEJORAS ESPERADAS

Permitir la detección automática de pacientes tratados con vancomicina con una pauta considerada a priori subóptima, ya sea por ser potencialmente tóxica o infraterapéutica, en base a parámetros farmacocinéticos poblacionales.

DISEÑO
La aplicación selecciona de la HCE los pacientes en tratamiento activo con vancomicina y en función de la dosis, frecuencia, creatinina, edad, sexo, peso y talla del paciente, calcula el aclaramiento renal, el volumen aparente de distribución, la constante de eliminación y la semivida de vancomicina.
A partir de estos parámetros estima el nivel valle, el pico y el área bajo la curva (AUC). Los valores fueran de rango son resaltados en color azul cuando están por debajo del rango terapéutico y en color rojo si están por encima. También propone un intervalo posológico, así como las dosis de choque y mantenimiento.

CIRCUITO Y ETAPAS
Circuito: el farmacéutico responsable del Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA) revisa todos los días las estimaciones farmacocinéticas calculadas por la aplicación, y realiza una intervención para sugerir la monitorización farmacocinética de los pacientes con algún parámetro (pico, valle, AUC) fuera de rango.
Etapas:
1. Selección de ecuaciones farmacocinéticas.
2. Validación de la aplicación: selección de 25 pacientes aleatorios y comparación de niveles valle estimados frente a los reales.
3. Incorporación a la base de datos del PROA.
4. Evaluación de resultados.

IMPLANTACIÓN
En septiembre de 2019 se incorporó a la base de datos Access conectada a la HCE utilizada a diario por el PROA.

RESULTADOS
La herramienta se validó con los niveles valle reales obtenidos frente a los calculados por la aplicación de 25 pacientes. Mediante regresión por mínimos cuadrados se obtuvo una correlación de 0,41. La media de las diferencias entre lo esperado versus observado fue de 4,4 mcg/mL.
De los 25 pacientes, 6 tuvieron niveles por encima de 20 mcg/mL de los que la aplicación predijo 4 de ellos y otros 6 pacientes tuvieron niveles por debajo de 10 mcg/mL de los que se habían predicho 4 de ellos.
Desde septiembre de 2019 hasta abril de 2021 se han realizado 270 recomendaciones de monitorización en pacientes con parámetros fuera de rango de las cuales 119 se aceptaron.

LIMITACIONES
La vancomicina presenta una variabilidad farmacocinética interindividual elevada que justifica su monitorización. Esta aplicación no pretende ser un sustituto de esta pues no es capaz de detectar todos los pacientes fuera de rango y la correlación no es excelente, sin embargo, sí que permite predecir los pacientes más susceptibles de presentar niveles subóptimos, y así realizar monitorización farmacocinética de aquellas que se van a beneficiar más de ella.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Esta aplicación puede incorporarse a la práctica diaria de otros Servicios de Farmacia con el fin de identificar los pacientes que más se pueden beneficiar de la monitorización farmacocinética, evitando errores de medicación y optimizando tiempos de trabajo.
La herramienta se diseñó mediante Microsoft Access, programa de ofimática de uso extendido, por lo que no se requiere ningún gasto extra.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1040. OPTIMIZACIÓN POSOLÓGICA DE INFLIXIMAB SUBCUTÁNEO GUIADA POR MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA E IMPACTO ECONÓMICO

AUTORES
CASTILLO MARTÍN C, CASTILLEJO GARCIA R, MARTINEZ SUÁREZ A, ARGÜELLES ARIAS F, FERNANDEZ ÁLVAREZ P, MERINO BOHORQUEZ V
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. AVDA DOCTOR FEDRIANI. SEVILLA

OBJETIVOS
La comercialización de infliximab biosimilar en forma subcutánea es una innovación galénica que puede originar una mejora en la adherencia y tener un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, la diferencia de precio que presenta en comparación con el infliximab biosimilar intravenoso ha dificultado su introducción en el mercado. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la optimización posológica de infliximab subcutáneo guiada por niveles séricos de fármaco sobre su eficiencia con respecto al infliximab intravenoso.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo, realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron aquellos pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal a los que, dada la estabilidad clínica, analítica, y radiológica de su enfermedad, se les ofreció el paso de infliximab intravenoso a infliximab subcutáneo entre mayo de 2020 y abril de 2021. La recogida y procesamiento de los datos se realizó mediante SPSS v26.0, aplicando la t de Student para muestras apareadas o el test no paramétrico de Wilcoxon según la distribución presentada por las variables.
Las determinaciones de niveles séricos de infliximab fueron realizadas mediante un ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA) (Promonitor®IFXv2, Progenika Biopharma, Derio, Spain) en un aparato automatizado de análisis (Triturus®). Las optimizaciones de la pauta posológica fueron realizadas conforme a las recomendaciones de las distintas sociedades científicas publicadas hasta la fecha.

RESULTADOS

Se incluyeron 13 pacientes, con una edad media 42,3 años [intervalo de confianza al 95% (IC95%) 33,1-51,5], una proporción similar de hombres que de mujeres (54,4% de hombres), y en su mayoría diagnosticados de enfermedad de Crohn (69,2%). El tiempo de tratamiento con infliximab intravenoso previo paso al subcutáneo fue de 54,3 meses (IC95% 31,6-77,0), estando todos los pacientes con dosis de 5mg/kg/8 semanas antes del cambio, y con un precio por paciente/año de 4114,8 euros (IC95% 3891,4-4338,1), teniendo en cuenta tanto el coste directo del fármaco como los costes indirectos asociados a su preparación y administración.
Con el paso a infliximab subcutáneo 120mg cada 2 semanas, se observó un aumento en los niveles plasmáticos de infliximab de 5,86 mcg/mL (IC95% 3,47-8,24) a 19,60 mcg/mL [Rango Intercuartílico (RIC) 17,45-21,60] (p=0,002), manteniéndose la significación estadística tras el espaciamiento en la administración del fármaco, obteniéndose unos valores de 13,06 mcg/mL (IC95% 10,30-15,82) (p=0,002). Se ha realizado optimización posológica en un 69,2% de los pacientes, espaciándose la administración debido a niveles supraterapéuticos a cada 3 semanas en un 46,1% de los pacientes y a cada 4 semanas en un 23,1%. Tras la optimización de la pauta posológica, el coste anual de tratamiento por paciente ha pasado de 7320,3 a 4880,2 euros (RIC 4270,2-7320,3), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p=0,006), pero manteniendo un coste mayor al intravenoso.

CONCLUSIONES

El cambio de infliximab intravenoso a infliximab subcutáneo permite alcanzar unos niveles séricos de fármaco más altos de los obtenidos con el fármaco intravenoso, y permite espaciar la administración del mismo, optimizando la terapia. Sin embargo, es necesario un estudio con mayor número de pacientes y durante un mayor tiempo de seguimiento para saber si estas estrategias serán coste-efectivas.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1060. CORRELACIÓN ENTRE NIVELES PLASMÁTICOS DE USTEKINUMAB Y EFECTIVIDAD TERAPÉUTICA EN PSORIASIS.

AUTORES

LÓPEZ BROSETA PA, DEL ESTAL JIMÉNEZ J, SANJUÁN BELDA A, SACANELLA ANGLÉS I, ESTEVE PITARCH E, MARTÍN MARQUÉS M, BOADA HERNÁNEZ J, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Ustekinumab es un fármaco biológico utilizado para el tratamiento de la psoriasis activa moderada a grave. La determinación de niveles plasmáticos de fármacos biológicos ha demostrado ser una herramienta que mejora los resultados clínicos del tratamiento. En aquellos fármacos que han manifestado una correlación entre niveles plasmáticos y efectividad, podemos conocer si un fallo terapéutico puede ser debido a una baja concentración del fármaco. En el caso de ustekinumab la información es escasa sobre la correlación entre niveles plasmáticos de fármaco y eficacia clínica. El objetivo es demostrar si existe una correlación entre niveles plasmáticos de ustekinumab y eficacia clínica en pacientes psoriásicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional realizado en pacientes con psoriasis grave en tratamiento con ustekinumab. Los pacientes estaban en tratamiento con dosis de 45mg o 90mg cada 12 semanas en mantenimiento. Se determinaron las concentraciones plasmáticas de ustekinumab en semana 6 y semana 12 post-administración. La determinación de los niveles de ustekinumab se realizó mediante técnica ELISA en el Servicio de Análisis Clínicos.
Los niveles plasmáticos obtenidos se correlacionaron con eficacia clínica medida mediante el índice de severidad del área de psoriasis (PASI) en el momento de las determinaciones analíticas, así como también su correlación con el PASI del paciente al inicio del tratamiento con ustekinumab.
Los datos clínicos de los pacientes fueron extraídos de la historia clínica y el análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS® v15.

RESULTADOS

Se determinaron niveles plasmáticos de ustekinumab en 42 pacientes de 57±13 años y 78±19 Kg de media. El 50%(21) fueron hombres. La duración media de tratamiento fue de 3,2±2 años. El 66%(28) de los pacientes estaba en tratamiento con ustekinumab 45mg cada 12 semanas y el 33%(14) con 90mg cada 12 semanas. Las concentraciones plasmáticas (Cp) media en semana 6 post-administración fueron de 1,958 mg/L y Cp medias en semana 12 fueron de 0,752mg/L. El PASI medio inicial de los pacientes fue de 15,5±9,01 y el PASI medido en el momento de la determinación analítica fue de 1±3,18 en semana 12.
Se realizó una correlación de Pearson de los niveles de fármaco extraídos en semana 6 y 12 frente al PASI medido al inicio del tratamiento y el PASI medido en el momento de las determinaciones plasmática de ustekinumab. No se obtuvo una asociación para ninguna de las variables analizadas (semana 6 y PASI inicial: 0,004; semana 6 y PASI en semana 6: 0,004; semana 12 y PASI inicial: -0,316; semana 12 y PASI en semana 12: -0,116), además, ninguna de ellas fue estadísticamente significativa (p > 0,05).

CONCLUSIONES

Algunos fármacos como adalimumab o infliximab presentan una relación entre niveles plasmáticos y PASI. Sin embargo, en nuestro estudio no se ha podido encontrar esta relación con ustekinumab. Podría explicarse porque la mayoría de pacientes presentaban un PASI disminuido tras el tratamiento, lo que indica una buena respuesta al tratamiento. Se necesitan más estudios que puedan dar mayor información sobre si existe esta relación como por ejemplo variando la escala de medida de eficacia o extrayendo los niveles plasmáticos en otros momentos.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1175. UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN DE ADALIMUMAB EN INDUCCIÓN EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

AUTORES
PASTOR MONDÉJAR C, INIESTA NAVALÓN C, SALAR VALVERDE I, MARTÍNEZ SOTO AM, ORTIZ FERNÁNDEZ P, GIL CANDEL M, RENTERO REDONDO L, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVENIDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS
Analizar el porcentaje de pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal (EEII) que alcanzan concentraciones séricas de adalimumab (ADA) en rango terapéutico en fase de inducción y evaluar su relación con diferentes variables.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizó un estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes con EEII y concentraciones séricas de fármaco en semana 4 de inducción. Las extracciones se realizan en la consulta de dispensación de enfermedades inmunomediadas de farmacia y se analizan mediante enzimoinmunoanálisis de absorción (ELISA). Se incluyeron pacientes desde enero 2019 a enero 2021. Se consideró una concentración sérica como punto de corte en fase de inducción para ADA de 10mcg/ml. Se recogieron datos demográficos de los pacientes (sexo, edad, peso), diagnóstico, fecha de inicio de tratamiento, fecha de extracción, concentración sérica, fármacos biológicos previos, valor de albúmina, calprotectina fecal, patrón de enfermedad perianal (EPA) y tratamiento inmunosupresor concomitante. Además se recogieron datos de la siguiente concentración sérica tras inducción. Los datos se analizaron con el programa SPSS, considerando un valor de $p < 0,05$ como significativo. Se utilizó la prueba de chi cuadrado para analizar las diferencias entre la obtención de concentraciones séricas en rango terapéutico y las diferentes variables a estudio.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 30 pacientes con concentraciones séricas de ADA en fase de inducción, de las cuales un 80% presentaba de enfermedad de Crohn y un 20% colitis ulcerosa. El 63.3 % fueron hombres, con una mediana de edad 42.50 ± 15.61 años y un peso de 80.0 ± 11.3 kilos. El 83.3% de los pacientes estaba en tratamiento inumnosupresor en el momento de la extracción (19 con azatioprina, 5 con metotrexato y un paciente con mercaptopurina), el 73.3% era naive a fármacos biológicos, y el 23.3% presentaban EPA. Se obtuvo una mediana de albúmina de 4,40 ±0,28 g/dL y calprotectina fecal de 340 (rango intercuartílico (IQR) 142-647)ug/g heces. La concentración sérica en inducción fue de 10,35mcg/ml (IQR 7,16-12,02). El 53.3% de los pacientes presentaba concentraciones en rango terapéutico (> 10mcg/ml) en semana 4 y un 13.3% concentraciones inferiores a 5mcg/ml. En ningún paciente se desarrolló inmunogenicidad. Se intensificó a un total de 9 pacientes (30%), correspondiendo a todos los pacientes con < 5mcg/ml (n=4) y a 5 con concentraciones entre 5-10mcg/ml. Tras las intensificaciones realizadas ningún paciente desarrolló fracaso primario al tratamiento, alcanzando concentraciones en rango terapéutico en el siguiente nivel (mediana de 4.5 ± 2 meses), con una mediana de concentración de 8.94 (IQR 7.57). Cuando se comparó el alcanzar rango terapéutico en fase de inducción con diversas variables mediante tablas de contingencia no se encontraron diferencias significativas con el sexo (p=0.389), con el diagnóstico (p=0.272), con estar en tratamiento concomitante con inmnuosupresor (p=0.743) y con presentar EPA (p=0.914) en el momento del diagnóstico.

CONCLUSIONES
Alrededor del 50% de los pacientes presenta concentraciones séricas en fase de inducción inferiores a rango terapéutico objetivo, sin observarse relación con diferentes variables en nuestra población. Todos los pacientes intensificados alcanzaron concentraciones en rango terapéutico tras la intensificación, poniendo de manifiesto la importancia en la optimización del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1193. CONCENTRACIONES SERICAS DE INFLIXIMAB Y ADALIMUMAB EN INDUCCIÓN EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, ¿ES NECESARIO MONITORIZAR?

AUTORES
PASTOR MONDÉJAR C, INIESTA NAVALÓN C, SALAR VALVERDE I, MARTÍNEZ SOTO AM, ORTIZ FERNÁNDEZ P, GIL CANDEL M, RENTERO REDONDO L, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVENIDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS
Determinar el porcentaje de pacientes que presentan concentraciones séricas de infliximab (IFX) y adalimumab (ADA) en rango terapéutico objetivo en fase de inducción con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal (EEII).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con EEII y concentraciones séricas de fármaco en inducción (extraídas en semana 6 para IFX y en semana 4 para ADA). En nuestro hospital se comenzó a analizar concentraciones en inducción en 2017, monitorizándose en todos los pacientes con EEII desde 2018, por lo que se incluyeron pacientes desde 2017-2020. Se consideró una concentración como punto de corte en fase de inducción para IFX de 15mcg/ml y de 10mcg/ml para ADA. Se recogieron datos demográficos de los pacientes (sexo, edad, peso), diagnóstico, fecha de inicio de tratamiento, fecha de extracción, concentración sérica, fármacos biológicos previos y tratamiento inmunosupresor concomitante. Los datos se analizaron con el programa SPSS, considerando un valor de $p < 0,05$ como significativo. Se utilizó la prueba de chi cuadrado para analizar las diferencias entre las concentraciones séricas en rango de ADA e IFX.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 80 concentraciones séricas en inducción que corresponden a 76 pacientes (n=50 con IFX, 38% con colitis ulcerosa (CU) y 62% con enfermedad de Crohn (EC); n=30 con ADA, 20% con CU y 80% con EC), con una mediana de edad 42.8 ± 16.7 y 43.9 ± 13.3 y peso de 76.6 ± 14.2 y 77.7 ± 11.3 para IFX y ADA respectivamente. Menos de la mitad de los pacientes (42%) presentaba concentraciones séricas en rango terapéutico en fase de inducción (36% con IFX y 53.3% con ADA). Aunque se observa que un mayor porcentaje de los pacientes con ADA se encuentra en rango terapéutico, las diferencias no fueron significativas (p=0.129). En el caso de IFX un 20% presentaba concentraciones < 5mcg/ ml, y un 64% entre 5 -15mcg/ml. Entre los pacientes con ADA, un 13.3% tuvo concentraciones < 5mg/ml y un 33.3% entre 5-10mcg/ml.
Se intensificó a un total de 36 pacientes (45% del total), 27 con IFX (54%) y 9 con ADA (30%). Todos los pacientes con concentración < 5mcg/ml (n=10 para IFX y n=4 para ADA) fueron intensificados, excepto 2 pacientes con IFX que presentaron anticuerpos anti-IFX en inducción. En los pacientes con IFX, en el rango de 5-15mcg/ml (n=22) se intensificó a 16 (72.7%) y un paciente interrumpió tratamiento por reacción adversa. En el rango de > 15mcg/ml (n=18) se intensificó a 3 pacientes. Para ADA, en el rango de 5-10mcg/ml (n=10) se intensificó a 5, y a ninguno con concentraciones superiores a 10mcg/ml. De los pacientes intensificados, 5 suspendieron tratamiento con IFX por fallo primario (2 de ellos con anticuerpos positivos) y ninguno en tratamiento con ADA.

CONCLUSIONES

Más de la mitad de los pacientes presentan concentraciones séricas en inducción por debajo de rango terapéutico, lo que aumenta el riesgo de desarrollo de fallo primario. Es por ello, que la monitorización en fase de inducción resulta de gran importancia para la optimización del tratamiento y mejorar la respuesta clínica.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1212. MONITORIZACION DE CONCENTRACIONES SÉRICAS DE USTEKINUMAB EN SEMANA 8 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN.

AUTORES

PASTOR MONDÉJAR C, INIESTA NAVALÓN C, SALAR VALVERDE I, MARTÍNEZ SOTO AM, ORTIZ FERNÁNDEZ P, GIL CANDEL M, CABALLERO REQUEJO C, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVENIDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS

Ustekinumab (UTK) está indicado en el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (UC) activa, de moderada a grave, en pacientes que hayan fracasado previamente a los inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF). Nuestro objetivo fue analizar las concentraciones séricas en semana 8 de inducción tras recibir la primera dosis intravenosa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con EC en tratamiento con UTK y con niveles en fase de inducción en semana 8 en nuestro hospital (enero 2019-febrero 2021). Se recogieron datos demográficos de los pacientes (sexo, edad, peso), diagnóstico, fecha de inicio de tratamiento, fecha de extracción, concentración sérica, concentración sérica en semana 8, fármacos biológicos previos, patrón de enfermedad perianal (EPA), tratamiento inmunosupresor concomitante, valor de albúmina y calprotectina fecal. Se consideró un punto de corte de la concentración sérica de UTK en inducción de 3.3 mcg/ml. Todos los pacientes recibieron una dosis intravenosa de UTK (260,390 o 520mg) y continuaron con la pauta subcutánea de 90mg cada 8 semanas, en la cual se extrajeron concentraciones séricas. Los datos se analizaron con el programa SPSS.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 18 pacientes (67% mujeres) con concentraciones séricas de UTK en semana 8, con una mediana de edad de 41.50 ± 11.25 años y 70.50 ± 15.36 kilos de peso. El 27.8% (5/18) de los pacientes estaba en tratamiento con inmunosupresores en el momento de la extracción (4 con azatioprina y 1 con metotrexato), y el 33.3% (6/18) presentaban EPA. Todos los pacientes habían recibido tratamientos biológicos previos, con una mediana de 2 fármacos (rango 1-3).
Se obtuvieron unas concentraciones séricas de UTK en semana 8 de 8.65mcg/ml (rango intercuartílico (IQR) 5.9-11.12), un valor de albúmina de 4.2g/dL (IQR 4.1-4.4) y calprotectina fecal de 228ug/gheces (IQR 41.7-489.0). Ningún paciente desarrolló inmunogenicidad. El 88.8% de los pacientes mostró concentraciones séricas de UTK en inducción en rango terapéutico (> 3.3mcg/ml), intensificándose a un total de 4 pacientes (22,2%) a una pauta de 90mg cada 6 semanas.

CONCLUSIONES

Al ser UTK un fármaco utilizado en segunda línea, es de gran importancia alcanzar un rango terapéutico objetivo adecuado para optimizar el tratamiento, ya que las opciones terapéuticas posteriores son escasas. En nuestra población de estudio, la mayoría de los pacientes alcanzan concentraciones objetivas en semana 8, aun así, fue necesario intensificar al 20% de los mismos, poniendo de manifiesto la importancia de la monitorización desde la fase de inducción.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1214. INFLUENCIA DE LA NEUTROPENIA EN LA FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA EN PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS

AUTORES

DORDÀ BENITO A, LÓPEZ BRUNSÓ M, DÍEZ VALLEJO C, GRATACÓS SANTANACH L, LARREA URTARAN X, LÓPEZ NOGUERA Q, ARTIME RODRÍGUEZ-HERMIDA F, SACREST GÜELL R
HOSPITAL JOSEP TRUETA. AVDA. FRANÇA, S/N. GIRONA

OBJETIVOS
Algunos estudios apuntan que la neutropenia podría ser la causa de un aumento del aclaramiento en los pacientes hematológicos y que por este motivo estos pacientes podrían requerir dosis más altas de vancomicina que la población general. Los objetivos de este estudio son: a) valorar la influencia de la neutropenia sobre el aclaramiento de los pacientes onco-hematológicos y b) establecer si este grupo de pacientes requiere dosis superiores de vancomicina.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo observacional en pacientes oncológicos y hematológicos a los que se les realizó monitorización farmacocinética (MF) de vancomicina en el período de enero de 2019 hasta marzo de 2021. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), creatinina sérica, filtrado glomerular (FG) y recuento de neutrófilos (RN)) y parámetros farmacocinéticos (volumen (Vd) y aclaramiento (Cl) de vancomicina) obtenidos a partir de las estimaciones realizadas con el programa Abbotbase-Pharmacokinetic System® (PKS®) utilizando un modelo bicompartimental. Se dividió la muestra en dos grupos según el RN: neutropénicos (< 1500/mm3) y no neutropénicos (NN) (> 1500/mm3). Se calculó una dosis teórica necesaria para obtener una área bajo la curva (AUC) de 500 mg*h/L a partir del Cl individual de cada paciente. Para el análisis estadístico descriptivo de las variables continuas se utilizó la media y la desviación estándar (SD). Los análisis comparativos entre los dos grupos del Vd, Cl, dosis teóricas y variables descriptivas se realizaron con una prueba t-student.

RESULTADOS
Se incluyeron 80 determinaciones correspondientes a 35 pacientes. Un 53,8% (43) de las determinaciones eran de pacientes neutropénicos, con una edad de 39±21 años, peso de 75±14 kg, FG 180±80 ml/min y Vd 0,65±0,13 L/kg. En el grupo de los NN los valores medios fueron: edad 53±19 años, peso 76±15 kg, FG 127±66 ml/min y Vd 0,69±0,09 L/kg. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en los parámetros de Vd, peso e IMC. En cambio, para los valores de edad y FG sí que se encontraron diferencias estadísticamente significativas.
El Cl de los pacientes neutropénicos fue de 6,87±2,99 L/h, y el de los NN fue de 4,64±2,16 L/h, siendo la diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa.
La dosis teórica calculada en el grupo de pacientes neutropénicos para obtener una AUC= 500 mg*h/L fue de 47,13 mg/kg/día, mientras que en el grupo de NN fue de 31,26 mg/kg/día. Siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES
En nuestra población de pacientes se confirma que el Cl de vancomicina está influenciado por la neutropenia, siendo superior en los pacientes neutropénicos con menos de 1500 neutrófilos/mm3.
Con el objetivo de conseguir una AUC entre 400-600 mg*h/L estos pacientes deberían recibir dosis superiores de vancomicina al inicio y posteriormente incluirlos en el programa de MF para ajustar la pauta de manera individual.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1256. EVALUACIÓN DE LA FARMACOCINÉTICA-EXPOSICIÓN INICIAL DE TACROLIMUS DE DOS FORMAS FARMACÉUTICAS ADMINISTRADAS UNA VEZ AL DÍA EN TRASPLANTADOS RENALES

AUTORES
BELTRÁ PICÓ I, COLOMER AGUILAR C, DÍAZ GONZÁLEZ M, NALDA MOLINA R, BOQUERA FERRER ML, PASCUAL CARRASCO Á, FRANCO ESTEVE A, MÁS SERRANO P
HOSPITAL GRAL. UNIV. ALICANTE. PINTOR BAEZA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS
Tacrolimus es un fármaco anticalcineurínico utilizado dentro del esquema inmunosupresor para la profilaxis de rechazo del injerto renal. Actualmente, en el protocolo de nuestro centro se utilizan dosis de inicio distintas en función de la forma farmacéutica (FF): liberación sostenida (LS; tecnología Melt-dose) (0,1 mg/kg/día) y liberación prolongada (LP; cápsulas duras) (0,15 mg/kg/día). El objetivo es evaluar la exposición y los parámetros farmacocinéticos de las dos FF administradas una vez al día durante el postrasplante inmediato.

MATERIALES Y MÉTODOS
Diseño: Estudio observacional retrospectivo (mayo 2020 – abril 2021).
Criterios de inclusión: 1) pacientes > 18 años trasplantados renales de cadáver de raza caucásica; 2) inmunosupresión durante la inducción: timoglobulina, sirolimus, corticoides y tacrolimus; y 3) curva de concentraciones plasmáticas (10 puntos) a las 72 horas del inicio con tacrolimus. Se establecieron dos grupos: Grupo LS (0,1 mg/kg/24h) y Grupo LP (0,15 mg/kg/24h).
Las variables recogidas fueron: sexo, edad, peso, dosis de tacrolimus y concentraciones plasmáticas a las 72h de iniciar tratamiento. Se calculó mediante análisis no compartimental el área bajo la curva (ABC) y los parámetros farmacocinéticos (volumen de distribución (Vd), aclaramiento (Cl), tiempo hasta alcanzar concentración máxima (Tmáx) y concentración máxima alcanzada (Cmáx)) (Monolix(R)). Las determinaciones se llevaron a cabo mediante enzimoinmunoensayo (Dimension®) y el análisis estadístico mediante el software estadístico R.

RESULTADOS
Se incluyeron 56 pacientes (28 Grupo LP y 28 Grupo LS; 58,9% varones). La edad y peso medio en los Grupo LS y LP fueron similares, 55,1 años y 71.0 kg versus 58,4 años y 71,9 kg, respectivamente (p > 0,05). La dosis media total administrada fue de 7.1 mg (intervalo de confianza (IC95%): 6.7 – 7.4) y 10.4 mg (IC95%: 9.7 – 11.0), en los grupos LS versus LP (p < 0,001).

A las 72 horas del inicio de tacrolimus, el ABC y la concentración valle fueron similares en ambos grupos: 301.7 versus 308.9 ng·h/L y 8.3 versus 7.2 ng/L (Grupo LS vs LP; p > 0.05). Los parámetros farmacocinéticos calculados fueron (Grupo LS versus LP): Vd: 720 versus 629,6 (p > 0.05); Cl: 36.75 versus 22.8 L/h (p: 0,02), Tmáx 1.7 versus 5.8 h (p < 0.01) y Cmáx 27.7 versus 21.7 (p: 0.01).

CONCLUSIONES

El ABC y la concentración valle (Cvalle) de ambas FF son similares con una disminución de la dosis inicial de tacrolimus LS respecto a tacrolimus LP de 33%. Esto es debido a que poseen un comportamiento farmacocinético distinto. Tacrolimus LS exhibe un aclaramiento y un Tmáx superior y una Cmáx inferior comparado con tacrolimus LP. Además, a las dosis iniciales estudiadas, el ABC y la Cvalle media a las 72h del inicio se encuentran dentro del intervalo terapéutico objetivo (ABC 300 mg·h/L y 6-8 ng/mL). Si bien, esto se ha conseguido utilizando una dosis inicial un 40% y un 25% inferior a las establecidas en ficha técnica (0,17 mg/kg/día y 0,2 mg/kg/día) en los grupos LS y LP, respectivamente. Es necesario ratificar estos resultados con un tamaña muestral más amplio.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

1259. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA EN PACIENTES OBESOS.

AUTORES

VALDAZO MARTÍN C, GOITIA RUBIO V, RAMON RIGAU N, ROSADO ANCÍN M, SANTAOLALLA SÁNCHEZ A, ARENALES CÁCERES P, NOGALES GARCÍA M, MARTÍNEZ MARTÍNEZ C

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA. C/ JOSÉ ATXOTEGI, S/N. ÁLAVA

OBJETIVOS

Los pacientes obesos con creatinina sérica normal tienen incrementado el aclaramiento renal, secundario a una hipertrofia renal y aumento en la filtración glomerular. La bibliografía sugiere que la vancomicina podría dosificarse mejor cuando se utiliza el peso total (PT) del paciente para calcular el aclaramiento de creatinina respecto al peso ideal (PI).
El objetivo de este estudio es analizar en pacientes obesos si el cálculo del aclaramiento de creatinina utilizando el PT frente al PI del paciente, proporciona una mejor predicción de las concentraciones séricas de vancomicina (CSVs) y del área bajo la curva de 24 horas (AUC24h).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional. Criterios de inclusión: pacientes adultos obesos cuyo PT era ≥ 120% su PI, tratados con vancomicina en infusión intermitente y que tuvieron al menos dos monitorizaciones farmacocinéticas entre febrero de 2019 y mayo de 2021, teniendo función renal estable (variación en la creatinina sérica < 10%) durante la monitorización.
Con las CSVs de la primera monitorización farmacocinética, se calcularon los parámetros farmacocinéticos mediante ajuste bayesiano utilizando un modelo bicompartimental implementado en el programa Abbott-PKS®. Para cada paciente se calculó el aclaramiento de creatinina mediante la fórmula de Cockroft-Gault utilizando su PT (CLcrPT) y su PI (CLcrPI) y se realizó una estimación farmacocinética de la concertación mínima (Cmin), la concentración máxima (Cmax) y del área bajo la curva de 24h (AUC24h) con el CLcrPT y con CLcrPI.
Los parámetros estimados se compararon con las CSVs y el AUC24h obtenidos en la segunda monitorización farmacocinética, y se calculó para cada uno de ellos la exactitud mediante el error predictivo medio (ME) y la precisión mediante la raíz cuadrada del error predictivo cuadrático medio (RECM). Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS®-v23.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 23 pacientes (13 mujeres, 10 hombres), con una edad media de 66,5±12,9 años, un peso total de 79±12,3Kg, altura 160±11,0cm, Índice de Masa Corporal de 30,9±2,9Kg/m2. El PT medio fue 143,1±16,2% del PI medio.
Al inicio del seguimiento farmacocinético los valores medios de creatinina sérica fueron 0,74±0,14mg/dL y urea sérica 30,5±9,1 mg/dL, el CLcrPT fue 89,7±24,3 ml/min y el CLcrPI 68,8±19,7 ml/min.
Los valores medios de los parámetros estimados y reales fueron: Cmin-CLcrPT=15,77±1,93mg/L; Cmin-CLcrPI=16,54±2,21mg/L; Cmin-Real=14,4±2,71mg/L; Cmax-CLcrPT=25,27±3,07mg/L; Cmax-CLcrPI=26,35±3,38mg/L; Cmax-Real=25,03±4,20mg/L; AUC24h-PT=583,33±55,08mg•h/L; AUC24h-PI=616,50±66,08mg•h/L; AUC24h-Real=572,28±89,38mg•h/L.
La exactitud de las estimaciones realizadas con CLcrPT fueron: ME-Cmin-CLcrPT= -1,33±2,11; ME-Cmax-CLcrPT= -0,24±3,70; ME-AUC24h-CLcrPT= -20.60±82,81; y para las estimaciones realizadas con CLcrPI: ME-Cmin-CLcrPI= -2.10±1,85; ME-Cmax-CLcrPI= -1,32±3,64; ME-AUC24h-CLcrPI= -34,67±102,33.
La precisión de las estimaciones realizadas con CLcrPT fueron: RECM-Cmin-CLcrPT=2,45; RECM-Cmax-CLcrPT=3,63; RECM-AUC24h-CLcrPT=83,57; y para las estimaciones realizadas con CLcrPI: RECM-Cmin-CLcrPI=2,77; RECM-Cmax-CLcrPI=3,80; RECM-AUC24h-CLcrPI=105,91.

CONCLUSIONES

Existe una relación inversa entre el aclaramiento de creatinina y las CSVs así como el AUC24h. En nuestros pacientes, el uso de CLcrPI tiende a supraestimar en mayor medida las CSVs y el AUC24h respecto a CLcrPT. El uso de CLcrPT mostró una mayor exactitud y precisión, en términos de ME y RECM respectivamente, para la estimación de Cmin, Cmax y AUC24h de vancomicina, respecto al uso de CLcrPI, por lo que resulta más apropiado su uso para la monitorización farmacocinética en este grupo poblacional.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

23. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE TIROSINA QUINASA

AUTORES
PALANQUES PASTOR T, MONTE BOQUET E, CUÉLLAR MONREAL MJ, TARAZONA CASANY MV, GARCÍA ROBLES A, FERNÁNDEZ SÁNCHEZ M, GUERRERO HURTADO E, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVINGUDA DE FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS
Analizar el perfil de utilización de los fármacos antineoplásicos cuyo mecanismo de acción es la inhibición de tirosina quinasas (ITK) en relación a los fármacos empleados y a los diagnósticos en los que han sido usados.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital terciario en los pacientes oncológicos y hematológicos tratados con ITK durante el periodo de tiempo de un año. Por un lado, se analizó la distribución porcentual de cada fármaco en relación al número de pacientes y a las enfermedades diagnosticadas. Por otro lado, se estudió la distribución porcentual de cada diagnóstico en relación al número de pacientes y a los ITK prescritos. Los datos relativos a los fármacos utilizados fueron obtenidos del programa de dispensación de la Unidad de Atención Farmacéutica de Pacientes Externos y la información acerca del diagnóstico de las historias clínicas de los pacientes.

RESULTADOS
Se identificaron 383 pacientes en tratamiento con ITK, de un total de 909 pacientes con terapia antineoplásica oral (42%), 29 principios activos y 36 diagnósticos. Los servicios clínicos responsables del seguimiento de los pacientes fueron oncología (62,7%), hematología (34,7%) y oncohematología pediátrica (2,6%). El 11,6% de los fármacos se emplearon en indicaciones no contempladas en la ficha técnica y el 18,3% de los pacientes habían fallecido al final del período de estudio. Los ITK más utilizados (> 5%) fueron imatinib (23,2%), sorafenib (9,9%), ibrutinib (7,6%), pazopanib (6,3%), dasatinib (6,0%), osimertinib (5,7%) y regorafenib (5,5%). Imatinib se empleó mayoritariamente en leucemia mieloide crónica (50,5%), sarcoma de partes blandas (36,9%) y leucemia mieloide aguda (6,5%). El 65,2% de los pacientes fue seguido por hematología y en el 22,5% de los casos imatinib se utilizó fuera de indicación, sobre todo en sarcoma de partes blandas (80,0%). En el momento del análisis había fallecido el 2,2% de los pacientes tratados con imatinib. Sorafenib se utilizó principalmente en hepatocarcinoma (65,0%), ibrutinib en leucemia linfoide crónica (73,3%), pazopanib en sarcoma de partes blandas (54,1%), dasatinib en leucemia mieloide crónica (73,9%), osimertinib en cáncer de pulmón (100%) y regorafenib en cáncer colorrectal (71,5%).
Las indicaciones predominantes tratadas con ITK (> 5%) fueron leucemia mieloide crónica (20,9%), cáncer de pulmón (19,1%), sarcoma de partes blandas (12,3%), hepatocarcinoma (8,3%), carcinoma renal (6,0%) y leucemia linfoide crónica (5,8%). La leucemia mieloide crónica fue tratada mayormente con imatinib (56,3%), dasatinib (21,2%) y nilotinib (15,0%). El 97,6% de los pacientes fue seguido por hematología y en el 100% de los casos los fármacos utilizados tenían indicación en leucemia mieloide crónica. En el momento del análisis había fallecido el 1,0% de estos pacientes. En cáncer de pulmón se utilizó principalmente osimertinib (29,7%), en sarcoma de partes blandas imatinib (51,0%), en hepatocarcinoma sorafenib (78,8%), en carcinoma renal pazopanib (37,5%) y en leucemia linfoide crónica ibrutinib (100%).

CONCLUSIONES
Se constata la fuerte penetración de los ITK en el tratamiento de los pacientes oncohematológicos, con una elevada variedad de fármacos utilizados y de indicaciones tratadas. Ello pone de manifiesto la necesidad de farmacéuticos especializados en oncohematología en el seguimiento de estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

24. STUDY OF BREAST CANCER PATIENTS UNDER TRASTUZUMAB TREATMENT USING BIG DATA

AUTORES
PALANQUES PASTOR T, SANTABALLA BELTRÁN A, LLORENTE DOMÉNECH RM, DE LA CUEVA SAPIÑA H, CAÑABATE ARIAS M, LÓPEZ BRIZ E, IGLESIAS GÓMEZ R, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVINGUDA DE FERNANDO ABRIL MARTORELL. VALENCIA

OBJETIVOS
To analyze the population of patients with early and metastatic breast cancer with HER2 overexpression receiving trastuzumab.

MATERIALES Y MÉTODOS
Retrospective longitudinal and multidisciplinary study carried out in a tertiary general hospital. An analytical tool was used to transform the information contained in electronic medical records into Big Data, examining approximately 15,000 documents that encompassed the terms “trastuzumab” and “breast cancer”. The study period was from October 2012 to September 2018 (6 years).
The baseline and pathophysiological characteristics of the patients and the therapeutic procedures were analyzed, focusing about the antineoplastics used and the associated adverse reactions. Continuous variables were expressed as mean and 95%CI and discrete variables as percentage and total value.

RESULTADOS
A total of 396 patients were treated with trastuzumab corresponding to 4.6% of breast carcinoma diagnoses (n=8557). The mean age was 55 (53.6-56.4) years and 22.5% (n = 89) were menopausal. The main presentation was infiltrating ductal carcinoma (68.7%, n=272). The cardiovascular risk factors presented were dyslipidemia (35.6%, n=141), arterial

hypertension (29.8%, n=118), diabetes mellitus (22.2%, n=88) and smoking habit (16.4%, n=65).
The systemic therapeutic procedures applied, further to chemotherapy, were radiotherapy (75.3%, n=298) followed by surgery (48.5%, n=192). In addition to trastuzumab, patients received paclitaxel (52.0%, n=206), docetaxel (30.3%, n=120), pertuzumab (19.7%, n=78), vinorelbine (8.8%, n=35) and lapatinib (8.3%, n=33). Regarding hormonal therapy, tamoxifen (34.1%, n=135), letrozole (30.8%, n=122), exemestane (13.4%, n=53) and anastrozole (9.8%, n=39) were used.
The mainly manifested signs and symptoms were nausea (35.1%, n=139), diarrhea (26.3%, n=104), fever (25.5%, n=101) and vomiting (22.7%, n=90).

CONCLUSIONES

The main use of trastuzumab is in infiltrating ductal breast carcinoma, the most common type of breast tumor. The principal chemotherapeutic agents used in combination are docetaxel and paclitaxel because trastuzumab is indicated together with taxanes. The leading adverse reactions are diarrhea and nausea, described as very frequent in the technical specifications of this drugs.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

42. PREMEDICACIÓN DE HOSPITAL DE DIA MEDICO CENTRALIZADA EN EL SERVICIO DE FARMACIA.

AUTORES

FRUCTUOSO GONZÁLEZ L, MANRESA RAMÓN N, TORRANO BELMONTE P, PACHECO LOPEZ P, CARVAJAL SANCHEZ M, FERNANDEZ ZAMORA C, IBAÑEZ CATURLA J, CLAVIJOS BAUTISTA S
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MARQUÉS DE LOS VÉLEZ, S/N / MURCIA. MURCIA

OBJETIVOS

Elaboración de las premedicaciones con dexametasona y/u ondansetrón intravenosa de los pacientes tratados en hospital de día médico (HDM) oncológico por parte del Servicio de Farmacia (SF).
Los objetivos fundamentales de dicha centralización son: disminución de errores en la preparación, evitar la contaminación microbiológica de dichas mezclas estériles en ambiente no controlado (posible contaminación COVID-19) y agilizar los tiempos.

MATERIALES Y MÉTODOS

En noviembre del 2020, diseñamos el circuito entre ambos servicios, arrancando con la elaboración de la premedicación estéril en sala blanca dos días a la semana y una vez validada por el farmacéutico/a, dispensado a través de un sistema de doble cajón a HDM. Estudiamos la estabilidad y compatibilidad fisicoquímica de ondansetrón hidrocloruro y dexametasona fosfato mediante aplicaciones informáticas (IBM-Micromedex® y Stabilis®). Se consensuaron seis mezclas estériles de stock elaboradas en suero fisiológico 0.9% (SF) otorgando una caducidad de 7 días en nevera (2-8ºC) protegidas de la luz (1),(2),(3),(4),(5). Las mezclas seleccionadas fueron: en volumen de 50 ml (ondansetrón 12 mg [O12], ondansetrón 8 mg [O8], dexametasona 8 mg [D8], dexametasona 12 mg [D12]) y en 100 ml (ondansetrón 8 mg más dexametasona 8 mg ([O8+D8] y ondansetrón 12 mg más dexametasona 12 mg [O12+O12]).
Tras tres meses, enviamos un cuestionario anónimo de satisfacción del proyecto al personal de enfermería de HDM. Dicho cuestionario constó de dos partes con un total de 9 preguntas. La primera parte recogió: sexo, experiencia laboral en HDM y valoración en la reducción del tiempo destinado en preparar dichas premedicaciones; y la segunda parte, valoración en la reducción de errores y/o distracciones, mejora en la seguridad laboral, cantidades pactadas, valoración global y observaciones. Evaluamos mediante baremo tipo Likert del 1 al 5 (siendo: 1-totalmente en desacuerdo; 2-en desacuerdo; 3-ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4-de acuerdo y 5-totalmente de acuerdo) expresado mediante media y desviación estándar. La encuesta fue difundida con el aplicativo Google Docs® vía electrónica través de la supervisora.

RESULTADOS

Durante el periodo 01/11/2021-17/04/2021 se realizaron un total de 2501 mezclas estériles. Desglosándose de la siguiente forma: 224 unidades de O12, 198 de O8, 420 de D8, 508 de D12; 106 de O8+D8 y 1045 de O12+O12.
Respecto al cuestionario, participaron 16 enfermeros (siendo el 87.5% mujeres) con una media de 9 años de experiencia laboral en HDM. El 37.5% afirma ahorrar entre 20-30 minutos/día, el 31.3% entre 15-20, el 6.3% entre 15-10 y el 25% entre 10-5. La reducción de distracciones y/o errores en el control y mejoría en la seguridad laboral fueron valoradas con un 4.32±1.01 y 3.69±1.10, respectivamente. El punto peor valorado fueron las cantidades pactadas (valoración de 3.5±1.03) reflejando la necesidad de aumentar las unidades. La puntuación en el grado de satisfacción general fue 4.6±0.50. En observaciones, solicitaron que todas las premedicaciones fueran elaboradas por el SF.

CONCLUSIONES

La centralización de dichas premedicaciones agiliza el trabajo en HDM (reduciendo la espera de los pacientes), minimiza el riesgo de errores en la elaboración y posible contaminación microbiológica en superficies no estériles. Destacando una gran satisfacción por parte de los enfermeros de dicha unidad.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

50. INFLUENCIA DEL DEFICIT DE DIHIDROPIRIMIDINA DESHIDROGENSASA EN TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS: APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

TEJEDOR TEJADA E, RUBIO CALVO D, GARCIA ANDREO A, SIERRA GARCIA F
COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS. CALLE HERMANDAD DE DONANTES DE SANGRE, S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS
Análisis de los niveles de uracilo plasmático como predictor de la deficiencia de dihidropirimidina deshidrogenasa (DPD) y su impacto en la prescripción del tratamiento oncológico. Evaluación de la seguridad en los pacientes con déficit de DPD que reciben un régimen basado en fluoropirimidinas

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo observacional realizado en un hospital de tercer nivel. Periodo de estudio junio-diciembre 2020. Pacientesdiagnosticados de tumores digestivos con estado "Eastern CooperativeOncologyGroup" (ECOG) 0-1 que iniciaron un esquema basado en fluoropirimidinas. Datos analizados: demográficos, niveles de uracilo plasmático. Porcentaje de fluoropirimidinas administrado al inicio del régimen, efectos adversos (EA) derivados defluoropirimidinasy grado según "CommonTerminologyCriteriafor Adverse Events" (CTCAE). El déficit enzimático de DPD se estableció: normalidad < 16 ng/ml uracilo, déficit parcial > 16 ng/ml uracilo, déficit total > 150 ng/ml uracilo. Las herramientas utilizadas fueron historia clínica digital (Diraya®) historia analítica (modulab®), prescripción oncológica electrónica (farmis-oncofar®) y análisis estadístico (IBM SPPS statistic V.26®).

RESULTADOS
119 pacientes estudiados. 65% varones,edad media 64 años. 92 (77%) pacientes carecían de déficit DPD. Concentración media uracilo 9.66 ng/ml, desviación estándar (DE) ±2.77 ng/ml. 27 (23%) pacientes presentaban déficit parcial DPD. Concentración media uracilo 22,54ng/ml DE ±8.015. Un paciente presento déficit DPD totaly no inicio ningún régimen con fluoropirimidinas. Todos los pacientes deficitariosparciales DPD iniciaron el régimen con una reducción de dosis de fluoropirimidinas. Rango de reducción 15%-50%, promedio 35%. 26 (28%) pacientes sin déficits iniciaron el régimen con dosis reducidas de fluoropirimidinas, rango de reducción 10%-25%, promedio 17,4%.El grupo deficitario DPD 12 (44%) pacientes sufrieron algún EA.43 (46%) pacientes sin déficits DPD sufrieron efectos adversos. De los cuales 14 habían recibido una reducción de dosis inicial. El grupo de pacientes deficitarios DPD los EA fueron grado 1: 50%, grado 2: 40% y grado 3: 10%. El grupo de pacientes sin déficitsDPD los EA fueron grado 1: 35%, grado 2: 35%, grado 3: 25% grado 4: 5%. Se analizaron las concentraciones de uracilo plasmático frente al porcentaje de reducción de dosis llevado a cabo, mediante el método de regresión lineal por mínimos cuadrados. Línea de ajuste R2: 0,324. R2 corregida: 0,318. Correlación de Pearson: -0.569

CONCLUSIONES
La detección del nivel de uracilo plasmático es una práctica habitual previo comienzo de un esquema con fluoropirimidinas, pese no ser tan especifica como los test genéticos. El déficit de DPD implica ajustarla dosis o cambiar el esquema terapéutico. No hay correlación lineal exacta en la dosis de fluoropirimidinas administrada en función de los niveles de uraciloplasmático, pero si dependencia en ambas variables. A pesar del ajuste llevado a cabo los EA se presentaron aproximadamente en la misma proporción tanto en pacientes deficitarios como no deficitarios. Si bien los EA en el grupo deficitario obtuvieron grados CTCAE más favorables esto puede deberse al reducido número de muestra. Es necesario esclarecer aún más la correlación entre los niveles de uracilo en plasma y los déficits de DPD para conseguir un balance optimo entre beneficio clínico y toxicidad en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

56. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON ABIRATERONA VERSUS ENZALUTAMIDA SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO

AUTORES
DEL ROSARIO GARCÍA B, GARCÍA GIL S, CANTARELLI L, PEREZ REYES S, NAZCO CASARIEGO GJ, GUTIÉRREZ NICOLÁS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
Diversos estudios han mostrado como la enzalutamida (ENZ) y la abiraterona (AA) mejoran la supervivencia de los pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración metastásico (CPRCm). Sin embargo, su uso no está exento de efectos adversos, como el desarrollo de hipertensión arterial (HTA).
El objetivo de este trabajo consistirá en analizar el perfil de seguridad, según la HTA, en los pacientes diagnosticados de CPCRm tratados con ENZ o AA.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo de 5 años de duración (2015-2020), en el que se incluyeron todos los pacientes que han recibido AA o ENZ como tratamientos de primera línea para el CPRCm. Se excluyeron a los pacientes con un tiempo de tratamiento inferior a 3 meses.
Para evaluar la seguridad de cada fármaco, se realizó un análisis del uso de fármacos antihipertensivos (FAHT) antes y después de iniciar el tratamiento con ENZ y AA.
Las diferencias entre las características basales de ambos grupos de pacientes se evaluaron mediante una prueba estadística t de Student. Se llevó a cabo un análisis de tipo Chi-cuadrado para la evaluación estadística del aumento de prescripciones de FAHT tras inicio de AA y ENZ.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 120 pacientes. El 55% (n=66) de los pacientes recibió tratamiento con AA y el 45% (n=54) fue tratado con ENZ.
En cuanto a las características basales de ambos grupos (AA versus ENZ), no se observaron diferencias respecto a la edad media (75,4 años [60-90] versus 78,2 años [67-92] (p=0,06)), pero sí respecto al tiempo medio de tratamiento (14,1 [3,3-38,5] versus 18,7 meses [3,7-47,8] (p=0,047)).

El 37,9% (n=25) de los pacientes con AA tenía tratamiento previo con FAHT, mientras que en el grupo de AA fue el 46,3% (n=25) de los individuos (p=0,35).
En cuanto a los pacientes sin tratamiento antihipertensivo previo: en el grupo de ENZ el 27,6% (n=8) requirió iniciar tratamiento con un FAHT mientras que en el grupo de AA fue del 46'3% (n=19) de los pacientes (p=0,11).

CONCLUSIONES

Nuestros resultados indican que, en condiciones de práctica clínica habitual, ambos fármacos tienen un perfil seguridad similar en relación a la HTA. Sin embargo, parece que existe una tendencia desfavorable hacia la abiraterona, que en parte puede estar influenciado por el uso concomitante de corticoide. Si tras un aumento del tamaño muestral se confirma, de manera significativa, esta tendencia, podría ser unos de los aspectos a tener en cuenta por parte de los prescriptores para estratificar a los pacientes en grupos de tratamiento con ambos fármacos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

57. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PALBOCICLIB VERSUS RIBOCICLIB EN PRIMERA LÍNEA METASTÁSICA

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, CANTARELLI L, PÉREZ REYES S, RAMOS SANTANA E, NAZCO CASARIEGO GJ

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. Análisis indirectos reflejan que, a pesar de que ambos fármacos han mostrado una eficacia similar, difieren en su perfil de seguridad.
El objetivo del presente trabajo ha consistido en comparar, en condiciones de práctica clínica habitual, la efectividad y seguridad de palbociclib frente a ribociclib como terapias de primera línea en pacientes con este tipo de neoplasia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes tratados con palbociclib o ribociclib como fármacos de primera línea metastásica, entre 2017-2019.
Para el análisis de la efectividad se llevó a cabo una evaluación de la mediana de la PFS mediante un análisis de tipo Kaplan-Meier. Para estudiar la significancia estadística entre las curvas de supervivencia se empleó un análisis de tipo log-rank, mediante el programa SPSS®v22.
Para evaluar la seguridad, se analizó la tasa de efectos adversos (EA) grado≥1 (TEA), la tasa de neutropenia (TN), la proporción de individuos que precisaron una reducción de dosis (TRD) y la tasa de suspensión del tratamiento por EA (TST). Se realizó un análisis de tipo Chi-cuadrado para la evaluación estadística entre estos datos.
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 31 pacientes. El 61,3%(n=19) de los pacientes recibió tratamiento con palbociclib y el 38,7%(n=12) 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: 63[33-81] versus 59,7[39-77] años (p=0,48).
La mediana de supervivencia libre de progresión (PFS) fue de 18,0 meses para palbociclib y no ha sido alcanzada para ribociclib (p=0,174)
La TEA para palbociclib fue del 26,3%(n=5), siendo los EA observados: neutropenia (31,6%), anemia (5,3%), rash (5,3%).
Para ribociclib, la TEA fue del 58,3%(n=7): neutropenia (33,3%), rash (25%), transaminitis (8,3%).
Los resultados que se obtuvieron de los parámetros estudiados para palbociclib versus ribociclib, fueron:

- TEA: 26,3% versus 58,3%;p=0,07
- TN: 21,0%(n=4) versus 33,3%(n=4);p=0,45
- TRD: 21,0%(n=4) versus 58,3%(n=7);p=0,03
- TST: 5,3%(n=1) versus 8,3%(n=1);p=0,73

CONCLUSIONES

Tal y como ha sido descrito en la literatura científica, no se encontraron diferencias entre ambos fármacos en relación a su efectividad. Sin embargo, sí parece apreciarse una tendencia que indica un peor perfil de seguridad para el ribociclib (que será confirmada con un aumento del tamaño muestral), pero que se traduce, de manera significativa, en una mayor tasa de reducciones de dosis (TRD).

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

58. EFECTIVIDAD DE PERTUZUMAB EN COMBINACIÓN CON TRASTUZUMAB-TAXOL EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA HER2+ METASTÁSICO

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, CANTARELLI L, PÉREZ REYES S, RAMOS SANTANA E, NAZCO CASARIEGO GJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
El estudio CLEOPATRA demostró que la combinación de pertuzumab junto con trastuzumab+docetaxel, como tratamiento de primera línea en el cáncer de mama HER2+ metastásico (CMH2m), permitía mejorar tanto la supervivencia global (OS) (56'5 versus 40'8 meses; HR=0.68; IC95% [0.56-0.84]; P < 0.001) como la supervivencia libre de progresión (PFS) (18'7 versus 12'4 meses; HR=0.68 (IC95% [0.58–0.80]; P < 0.001), en comparación con los pacientes que recibían trastuzumab+docetaxel.
El objetivo del presente trabajo ha consistido en describir la efectividad del esquema pertuzumab+trastuzumab+taxol (PTT) en pacientes con CMH2m en condiciones de práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional-retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes CMH2m que recibieron PTT como tratamiento de primera línea para la enfermedad metastásica desde enero de 2018 hasta abril de 2020.
Las características de los pacientes y los datos clínicos necesarios fueron obtenidos a partir de la historia clínica electrónica almacenada en SAP®.
Para estudiar la efectividad se llevó a cabo un evaluación de la mediana de la OS y de la PFS mediante un análisis de tipo Kaplan-Meier empleando el programa SPSS®v22.

RESULTADOS
Durante el periodo de estudio, fueron incluidas 10 pacientes (edad media 50'7 años [43-64]) con cáncer de mama ductal infiltrante metastásico HER2+. Todas ellas con un ECOG entre 0-1. El 80% (n=8) de los casos presentaba expresión de receptores hormonales.
El número medio de ciclos recibidos de fármacos antiHER2 fue de 26'6 (4-45). El 10% (n=1) de los sujetos discontinuó el tratamiento antes de la progresión de la enfermedad debido a la disminución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI: 44%).
Tras un periodo medio de seguimiento de 28 meses, la mediana de OS resultó ser de 44'0 meses para este grupo de pacientes, siendo la tasa de individuos vivos al concluir el estudio del 90%. En el momento del análisis, había progresado el 70% (n=3) de las pacientes, lo que se tradujo en una mediana de PFS de 29'0 meses (IC95%: 24'9-33´0).

CONCLUSIONES
En este estudio, la PFS resultó ser superior a la obtenida en el ensayo CLEOPATRA (29'0 meses versus 18'7 meses, respectivamente), lo que puede deberse, en parte, al menor tiempo de seguimiento de nuestros pacientes (28 versus 50 meses, respectivamente). Por otro lado, la mediana de OS fue inferior en nuestra población (44'0 versus 56'5 meses).
Las diferencias entre estos resultados puede deberse también a nuestro menor tamaño muestral y a las diferentes características basales de los individuos incluidos.
Una ampliación de nuestra población en futuros estudios, permitirá determinar la verdadera efectividad de la terapia con pertuzumab en combinación con taxol+trastuzumab en pacientes con CMH2m.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

60. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PAZOPANIB VERSUS SUNITINIB EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO

AUTORES
DEL ROSARIO GARCÍA B, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, PÉREZ REYES S, CANTARELLI L, NAVARRO DÁVILA MA, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
El ensayo COMPARZ demostró la no inferioridad del pazopanib frente al sunitinib como tratamiento de primera línea en aquellos pacientes con carcinoma de células renales metastásico (CCRm), respecto a la supervivencia libre de progresión (PFS) (HR: 1,05; IC95% [0,90-1,22]). En relación al perfil de seguridad, los resultados del estudio se posicionan a favor del pazopanib.
El objetivo del presente trabajo ha consistido en comparar la efectividad y seguridad del pazopanib frente al sunitinib en pacientes con CCRm, en condiciones de práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional-retrospectivo de 5 años de duración (2015-2020), en el que se incluyeron todos los pacientes con CCRm que han recibido pazopanib o sunitinib como tratamiento de primera línea.
Las características de los pacientes y los datos clínicos necesarios fueron obtenidos a partir de la historia clínica electrónica.
Para el análisis de la efectividad se llevó a cabo una evaluación de la mediana de la PFS mediante un análisis de tipo Kaplan-Meier. Para estudiar la significancia estadística entre las curvas de supervivencia se empleó un análisis de tipo log-rank, mediante el programa SPSS®v22.
Para evaluar la seguridad de cada fármaco se analizó: la tasa de pacientes con toxicidad (TT) > grado 1, la proporción de individuos que precisaron suspender el tratamiento (TST) por toxicidad y la tasa de sujetos que requirieron una reducción de dosis (TRD) para cada grupo. Se realizó un análisis de tipo Chi-cuadrado para la evaluación estadística entre estos datos.
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

Durante el periodo de estudio, fueron incluidos 28 pacientes (edad media 65'6 años (42-87); el 78'6%(n=22) varones). El 53,6%(n=15) recibió sunitinib y el 46,4%(n=13) pazopanib.
Se observaron diferencias entre pazopanib y sunitinib en relación a la edad media: 73,6 años versus 58,6 años (p < 0'001), respectivamente.
La supervivencia libre de progresión fue de 14 meses para los pacientes con pazopanib y de 7 meses para los tratados con sunitinib (p=0'257).
La TT para pazopanib fue del 84,6%(n=11), siendo los efectos adversos observados: hipertensión arterial (54,5%), diarrea (27,3%), transaminitis (9,1%), toxicidad cutánea (9,1%).
Para sunitinib, la TT fue del 80%(n=12): astenia (41,7%), toxicidad cutánea (33,3%), hipertensión arterial (33,3%), diarrea (33'3%), transaminitis (25%), mucositis (25%).
Los resultados que se obtuvieron de los parámetros estudiados para pazopanib versus sunitinib, fueron:
• TT: 84,6% versus 80%;p=0,75
• TRD: 30,8%(n=4) versus 26,7%(n=4);p=0,81
• TST: 15,4%(n=2) versus 26,7%(n=4);p=0,47

CONCLUSIONES

Nuestros resultados muestran como pazopanib y sunitinib presentan una PFS similar, lo que coincide con lo descrito en el COMPARZ. Por otra parte, el perfil de seguridad también fue similar entre ambos fármacos, en contraposición a lo publicado en la literatura científica. Los resultados desfavorables para el pazopanib en nuestra población, pueden deberse a que los pacientes de este grupo eran significativamente mayores, lo cual podría ser un factor de riesgo para la aparición de efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

77. USO DE RUXOLITINIB FUERA DE FICHA TÉCNICA EN ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED REFRACTARIA

AUTORES

GONZÁLEZ LOZANO E, GARCÍA SOLER JI, RUIZ GÓMEZ A, LAORDEN CARRASCO A, SAEZ GARRIDO M, DIAZ RAMON M, CANO MOLINA JA, GOLNABI DOWLATSHAHI F

H. C. U. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Más de la mitad de los pacientes con enfermedad de injerto contra huésped (EICH) son refractarios al tratamiento de primera y segunda línea con corticoides e inmunosupresores y actualmente no existe un tratamiento estandarizado tras progresión a estos.
El objetivo es describir y evaluar el perfil de utilización, la efectividad y la seguridad de ruxolitinib fuera de ficha técnica en EICH aguda y crónica refractaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y longitudinal. Se incluyeron todos los pacientes que recibieron ruxolitinib para la EICH refractaria a corticoides e inmunosupresores entre enero de 2015 y febrero de 2021.
Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico, tipo de EICH, órgano afectado, línea de tratamiento, duración de tratamiento, tipo de respuesta, tipo de trasplante, tiempo hasta respuesta, reducción de corticoides y efectos adversos.
El análisis estadístico se realizará con el programa estadístico SPSS versión 23.

RESULTADOS

Se analizaron 19 pacientes; 70% hombres; mediana de edad 46 años (Rango Intercuartílico [RIC]: 38,5 años). La distribución de diagnósticos fue: 42% (8 pacientes) leucemia mieloide aguda (LMA), 16% (3 pacientes) síndrome mielodisplásico (SMD), 2 pacientes leucemia linfocítica aguda (LLA), 2 pacientes Linfoma de Hodgkin, 2 pacientes leucemia monomielocítica (LMM), 1 paciente leucemia linfocítica crónica (LLC), 1 paciente linfoma difuso de células B. El tipo de trasplante en todos ellos fue haploidéntico y mieloablativo.
El 57,9% (11 pacientes) presentaron EICH crónico y el 42,1% (8 pacientes) EICH agudo. Los órganos afectados fueron: 68% (13 pacientes) en la piel, 47% (9 pacientes) en el tracto digestivo, 21% (4 pacientes) en los ojos, 21% (4 pacientes) en los pulmones, 2 pacientes en el hígado y 1 EICH vaginal y otro en el sistema nervioso periférico.
Ruxolitinib se usó en el 37% (7 pacientes) de los pacientes como tratamiento de tercera línea, en el 32% (6 pacientes) como tratamiento de cuarta línea, en el 26% (5 pacientes) como tratamiento de quinta línea y en un paciente como tratamiento de segunda línea. La mediana de duración de tratamiento fue de 15 meses (RIC: 29,5 meses). En el 63% (12 pacientes) se consiguió una respuesta parcial y en el 26% (5 pacientes) respuesta completa, con reducción de corticoides en el 79% de los pacientes. Sólo 2 pacientes permanecieron sin respuesta. La mediana de tiempo hasta respuesta fue de 40 días (RIC: 20 días).
Los efectos adversos más frecuentes fueron: anemia (6 pacientes, de los cuales 3 requirieron descenso de dosis), neutropenia (5 pacientes, de los cuales 1 requirió suspensión del tratamiento y 2 reducción de dosis), reactivación de citomegalovirus (3 pacientes), trombopenia (1) y elevación de transaminasas (1). En 8 pacientes (42%) no se produjo ningún efecto adverso relevante.

CONCLUSIONES

El uso de ruxolitinib como alternativa terapéutica en EICH refractaria a primeras líneas de tratamiento consiguió una tasa de respuesta completa en el 26% de los pacientes y una tasa de respuesta parcial en el 63% de los mismos, con un perfil de efectos adversos principalmente hematológicos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

99. IMPLANTACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE VARIANTES DEL GEN QUE CODIFICA LA DIHIDROPIRIMIDINA DESHIDROGENASA PREVIO AL TRATAMIENTO CON FLUOROPIRIMIDINAS

AUTORES
MARTINEZ MARTÍNEZ BAUTISTA MJ, BARRERA LEDESMA M, GÓMEZ REINA MJ, GANFORNINA ANDRADES A, JIMÉNEZ JUAN C, CORRALES PAZ M, RODRÍGUEZ PÉREZ L, SÁEZ-BENITO GODINO A
HOSPITAL PUERTA DEL MAR. ANA DE VIYA 21. CÁDIZ

OBJETIVOS
La actividad de la dihidropirimidina deshidrogenada (DPD) determina la tasa del catabolismo del 5-fluorouracilo y capecitabina, por lo que pacientes con deficiencia de DPD presentan un mayor riesgo de toxicidad. Nos planteamos implantar en el hospital la caracterización genotípica de la deficiencia de DPD, para detectar pacientes con mutaciones y ajustar las pautas posológicas en función de las mismas.

MEJORAS ESPERADAS
Prevenir toxicidades relacionadas con el tratamiento con fluoropirimidinas en pacientes portadores de mutaciones en el gen que codifica la DPD (DPYD), como por ejemplo diarrea, mucositis y neutropenia.
Establecer la posología en función de las características farmacogenéticas.

DISEÑO
Se constituyó un comité multidisciplinar formado por facultativos de Farmacia Hospitalaria, Laboratorio y Oncología Médica para establecer las necesidades de esta determinación y el circuito a seguir. Se hizo una estimación en base a datos de años anteriores y se realizó un informe justificando las necesidades, solicitando la inclusión en la cartera de servicios de nuestro hospital.

CIRCUITO Y ETAPAS
Cuando se realiza la anamnesis de un paciente candidato a recibir fluoropirimidinas, el oncólogo, previo a iniciar el tratamiento, realiza la solicitud de la determinación de DPYD al Laboratorio. Las muestras de estos pacientes se analizan los miércoles, con objeto de que la técnica sea más eficiente. Una vez realizadas las determinaciones, el Laboratorio cuelga el informe farmacogenético en la aplicación del hospital (intralab) y simultáneamente se envía mail al farmacéutico. Se revisan estos informes y en los pacientes que no se ha encontrado ninguna mutación, en el mismo informe se indica que no necesitan ajuste posológico. En los pacientes con alguna alteración, además de en el informe de farmacogenética, el farmacéutico indica la recomendación posológica en el evolutivo de la Historia Clínica de Oncología Médica, para que esté disponible en la siguiente consulta, donde se realizará la primera prescripción de fluoropirimidinas.
ETAPAS
1.Estudio de las necesidades de disponer de la determinación analítica de DPYD
2.Solicitud para aprobación en el hospital
3.Puesta en marcha de la técnica
4.Validación
5.Estudio del circuito a seguir
6.Implantación

IMPLANTACIÓN
Se ha puesto en marcha la determinación de las variantes del gen DPYD c.1905+1G > A, c.1679T > G, c.2846A > T y c.1236G/A(HapB3), mediante el estudio por PCR a tiempo real usando sondas fluorescentes específicas. Estas 4 variantes pueden provocar una ausencia total o una reducción de la actividad enzimática de la DPD, aumentando el riesgo de toxicidad grave o potencialmente mortal.

RESULTADOS
Desde 25 de febrero hasta el 31 de abril, se han realizado 28 determinaciones, encontrándose 4 pacientes con mutaciones en alguna de las variantes estudiadas. 2 pacientes con cáncer colorrectal, 1 con cáncer de mama y 1 con cáncer gástrico. En 2 de ellos se ha reducido la dosis y en 2 se ha propuesto otro tratamiento.

LIMITACIONES
Al determinar solamente 4 variantes, aunque son las más relevantes, puede que haya pacientes con otras variantes raras que pudieran desencadenar una reacción adversa a pesar de la determinación de DPYD.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Es una técnica sencilla y poco costosa, aunque mucho más rentable si se consigue agrupar pacientes de varios hospitales. Actualmente se ha puesto a disposición de todos los hospitales de la provincia, centralizada en nuestro hospital.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

101. TRIFLURIDINA/TIPIRACIL EN CA COLORRECTAL METASTÁSICO ¿UNA LÍNEA MÁS?

AUTORES
BRAVO GARCÍA - CUEVAS LM, FERRIS VILLANUEVA M, REDONDO GALÁN C, RIVAS RODRIGUEZ MD, ROJAS ALBARRAN A, GIL GARCÍA A, RANGEL MAYORAL JF
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. AVENIDA DE ELVAS S/N. BADAJOZ

OBJETIVOS
Evaluar eficacia y seguridad de Trifluridina/Tipiracil en pacientes con Cáncer colorrectal metastásico (CCRm).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo.
Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de CCRm tratados con Trifluridina/Tipiracil en nuestro hospital.
Variables recogidas de la historia clínica: Sexo, edad, ECOG Performance Status (ECOG - PS) al inicio del tratamiento con Trifluridina/Tipiracil, histología, mutación del gen KRAS, estadio del tumor, tratamientos previos, fechas de inicio y de fin del tratamiento con Trifluridina/Tipiracil.
En el análisis de eficacia sólo se incluyeron aquellos pacientes en los que se había evaluado la respuesta al tratamiento.
La eficacia se evaluó mediante la supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión (SLP) y la mejor respuesta obtenida al tratamiento, según criterios RECIST v1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors), respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP), enfermedad estable (EE) o no respuesta (NR).
La seguridad se evaluó mediante las reacciones adversas (RA) registradas por el clínico para Trifluridina/Tipiracil, en todos los pacientes tratados.
El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS 26®. La SG y la SLP se determinaron por el método de Kaplan-Meyer.

RESULTADOS

Se incluyeron 32 pacientes, 56,3% hombres, con una edad media (±DE) de 62,8±7,8 años. El 100% tenían un PS 0-1. El 72% de los pacientes tenían metástasis hepáticas y el 28% pulmonares, como primera localización.
Un 34,4 % eran KRAS nativo.
Todos los pacientes tuvieron al menos dos líneas previas de tratamiento, Oxaliplatino e Irinotecán con AntiVEGF y/o Anti EGFR en los KRAS nativos. Además, un 22% tuvieron también tratamiento previo con Regorafenib. El 50% de los pacientes se trataron con Trifluridina/Tipiracil en 3ª línea y el resto en 4ª línea o posterior.
La duración media del tratamiento fue de 2,8±1,6 meses.
En el análisis de eficacia se incluyeron 30 pacientes.
Ningún paciente obtuvo respuesta al tratamiento por criterios RECIST.
La mediana de la SLP fue de 2,7 meses (IC 95%, 2,5 a 2,9) y la mediana de la SG fue de 4,6 meses (IC 95%, 3,8 a 5,4). El porcentaje de censurados fue de 6,3% en ambos casos.
Un 66% de los pacientes tuvieron alguna RA al tratamiento. Las mas comunes fueron: Neutropenia el 34% (requirió retrasos en el tratamiento en el 18%), astenia en el 31% y anemia en el 28% (requirió retrasos en el 10%). Tres pacientes (9%) suspendieron el tratamiento debido a RA.

CONCLUSIONES

La población de nuestro estudio podría asimilarse a la del estudio RECOURSE, estudio pivotal de Trifluridina/Tipiracil, pues son pacientes ya tratados con las terapias estándar para el CCRm. Como podría esperarse, a la vista de los resultados de este estudio, trifluridina/tipiracil no produjo beneficio clínico, en variables importantes para los pacientes. Entre nuestros pacientes, ninguno obtuvo respuesta al tratamiento, y las medianas de SLP y SG fueron muy modestas. Esta carencia de beneficio clínico con el tratamiento, no está exenta de EA pues el 66% de los pacientes tuvieron alguno, lo que nos hace pensar si podríamos seguir considerándolo un tratamiento útil, aunque sea en últimas líneas de tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

113. COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS EN TRATAMIENTO CON IBRUTINIB

AUTORES

MECA CASASNOVAS N, MANZANEQUE GORDÓN A, CASTELLS LAO G, SEBASTIÁN CARRASCO C, IGLESIAS RODRIGO M, GARRETA FONTELLES G, NICOLÁS PICÓ J
HOSPITAL UNIVERSITARI MUTUA TERRASSA. PLAÇA DEL DOCTOR ROBERT 5º. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir y analizar las complicaciones infecciosas en pacientes hematológicos tratados con ibrutinib.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de cohortes. Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con ibrutinib en nuestro centro desde enero 2016 a diciembre 2020.
Se recogieron variables: demográficas/clínicas/de prevención, y otros posibles factores de riesgo asociados a infección.
Se diferenciaron pacientes con episodio de infección (EI) durante el tratamiento y hasta tres meses post-discontinuación (cohorte estudio), y aquellos que no (cohorte control).
Adicionalmente, se analizó la cohorte estudio, recogiendo variables relacionadas con las características de infección y evolución clínica.
Se realizó un análisis estadístico de tipo descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas para las variables categóricas.

RESULTADOS

Se incluyeron 49 pacientes (69,3% hombres) con una mediana de 72 años (rango intercuartílico (RIC):12) y 6 puntos para el índice Charlson (RIC:2).
La indicación para ibrutinib fue: 59,2% leucemia linfocítica crónica y 20,4% para linfoma de células del manto y macroglobulinemia de Waldenstrom respectivamente.
Se utilizó como terapia de primera línea en el 36,7%, en 51,1% como segunda línea y en 12,2% como tercera línea o posterior. Previamente a ibrutinib, el 65,3% de estos habían recibido tratamiento anti-CD20.
Al inicio del tratamiento, el 40,8% fueron vacunados para gripe, y el 22,4% para neumococo. En el 44,9% se realizó cribado de infección específica y en ningún caso se inició profilaxis antiinfecciosa.

El 79,6% de pacientes presentaron infección (110 EI/39 pacientes), con una mediana de 2,3 EI/paciente (RIC:2). Los EI fueron motivo de visita a urgencias en el 57,3%, con una mediana de aparición de 66 días (RIC:187) hasta el primer EI.
Se identificó el agente microbiológico en el 37,3% de los casos (41/110 EI). De estas, el 67,4% fueron bacterianas, 18,4% víricas, 12,2% fúngicas y 2,0% parasitarias. Se consideraron prevenibles el 5,5% de los EI (Neumococo, gripe y hepatitis B) y se identificaron un 3,6% de infecciones oportunistas (2/4 Aspergillus sp.).
El principal foco de infección fue respiratorio (44,6%; y 9% neumonías) seguido de genitourinario (23,6%).
Se instauró tratamiento antibiótico en 107/110 casos (37,3% dirigido). El 60,0% requirieron ingreso con una mediana de 6 días (RIC:9).
El 10,2% de los pacientes presentaron mortalidad a los 90 días relacionada con la infección, comportando en el 23,6% discontinuación del tratamiento (16,3% definitivamente).
A fecha fin del estudio, el 55,1% habían discontinuado tratamiento por: toxicidad (13/27), progresión (7/27), exitus (3/27), y otros (4/27); con una mediana de 397 días de tratamiento con ibrutinib (RIC:664).
Se observó diferencia estadísticamente significativa de EI entre los pacientes tratados con corticoides y los no tratados (46,2% vs. 10%; p=0,04), así como con la realización de cribado especifico previo al inicio del tratamiento y los que no (38,5% vs. 70%; p=0,05).

CONCLUSIONES

El 79,6% de los pacientes presentaron un EI, predominando las infecciones respiratorias (44,6%), condicionando hospitalización en el 60% y asociándose a mortalidad a 90 días en 5/49 pacientes.
La determinación de factores de riesgo, la implantación de guías y protocolos asistenciales son necesarios para la optimización del abordaje de las complicaciones infecciosas en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

115. EVALUACIÓN DEL USO Y SEGURIDAD DE INHIBIDORES DE PARP EN CÁNCER DE OVARIO

AUTORES

LLORENTE ROMEO A, MOLINA CASABÁN C, MASVIDAL HERNANDEZ M, GOMEZ GENER A, BOJ BORBONES M, SALVADOR COLLADO P
HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN. AVINGUDA DEL DOCTOR JOSEP LAPORTE, 2. TARRAGONA

OBJETIVOS

En tumores epiteliales de origen ovárico recurrente sensible al platino, y con una respuesta parcial o completa al re-tratamiento, los inhibidores de la enzima polimerasa poli(ADP-ribosa) (iPARP) aportan beneficio como terapia de mantenimiento. El objetivo es revisar el uso y la seguridad de los iPARP en cáncer de ovario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con cáncer de ovario que iniciaron tratamiento con iPARP desde julio de 2018 hasta marzo de 2021. Se recogieron las siguientes características basales: sexo, edad, estadio FIGO, estado funcional según escala de Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), presencia de mutación somática y germinal en BRCA (BRCAg), tiempo hasta progresión del penúltimo tratamiento basado en platino, respuesta al último tratamiento con platino y uso de bevacizumab en primera línea de enfermedad avanzada. Se registró la frecuencia de efectos adversos (EA) en cada grupo de IPARP. Se calculó la efectividad de niraparib expresada en la mediana de supervivencia libre de enfermedad (mSLP).

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes: niraparib (n=12) y olaparib (n=8). La mediana de edad era de 61,5 años (rango 39-76).
Al inicio de mantenimiento, el 40% de las pacientes se encontraba en estadio IV. El 85% presentaba ECOG 0 y el 15% ECOG 1. El 66,7% habían progresado a > 12 meses del penúltimo tratamiento con platino, el 55% habían obtenido una respuesta completa al último tratamiento y el 15% había recibido bevacizumab.
El grupo de niraparib era BRCAg no mutado a excepción de una paciente con mutación somática. El 83,3% recibió una dosis inicial de 200mg por tener peso ≤70 kg y/o toxicidad hematológica previa con quimioterapia. Al cierre del estudio el 66,7% ha finalizado tratamiento obteniendo una mSLP = 7,4 meses (IC95%: 3,9 a 10,9). En el grupo tratado con olaparib, 2 pacientes habían completado una sola línea de quimioterapia basada en platino. El grupo era BRCAg mutado a excepción de una paciente con mutación somática. Hasta el cierre 2 pacientes han progresado.
Los EA relacionados con niraparib fueron: nauseas (33,3%), anemia (41,7%), trombocitopenia (33,3%), neutropenia (16,6%). En el 83,3% los EA se observaron en los ciclos 1 y 2, en el 33,3% (n=4) hubo que reducir dosis y un paciente abandonó por mala tolerancia gastrointestinal. Todos los EA relacionados con olaparib se observaron en los ciclos 1 y 2: nauseas (50%), anemia (37,5%), siendo necesario reducir dosis en el 37,5% (n=3). Como EA grado 3 se registró anemia y precisó interrupción en ambos grupos: niraparib (n=1) y olaparib (n=2), mientras que no se produjo toxicidad grado 4.

CONCLUSIONES

Los IPARP son bien tolerados, con EA fácilmente manejables, pero es necesario un control estrecho durante los primeros ciclos debido a la toxicidad hematológica. El inicio de tratamiento con dosis reducidas de niraparib podría estar relacionado con el menor porcentaje de interrupciones registradas que en los ensayos clínicos pivotales. No se ha podido realizar una comparación entre los iPARP debido al insuficiente tiempo de seguimiento y a la diferencia en la selección de poblaciones, donde predomina BRCAg mutado con Olaparib frente a no mutado con niraparib.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

128. CAMBIO DE BEVACIZUMAB DE REFERENCIA A BIOSIMILAR: DESCRIPCIÓN DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y EFICIENCIA

AUTORES
COMPANY ALBIR MJ, VALCUENDE ROSIQUE A, SARRIÓ MONTÉS G, CEBRIÁN LARA L, MONTEAGUDO SANTOLAYA E, COLOM MORENO R, PELUFO PELLICER A, SÁNCHEZ ALCARAZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. CTRA. CORBERA, KM1. VALENCIA

OBJETIVOS
Describir la efectividad, eficiencia y seguridad del cambio de bevacizumab original al biosimilar

MATERIALES Y MÉTODOS
Ámbito: Hospital General Universitario de 364 camas. Diseño: estudio observacional y retrospectivo. Periodo: enero 2020 a marzo de 2021. Población: pacientes adultos que han cambiado de bevacizumab original al biosimilar ABP215 tras la introducción del biosimilar en el hospital (aprobado en Comisión de Farmacia y Terapéutica en julio de 2020 y consensuado el intercambio con oncología en el comité de biológicos).
Variables clínicas y demográficas: edad, sexo, diagnóstico, medicamentos asociados, número de ciclos recibidos de bevacizumab, fecha de suspensión de bevacizumab y el motivo. Variables de efectividad: número de pacientes que presentan progresión en el periodo estudiado, como grupo control se estudiaron los pacientes en tratamiento con bevacizumab en los 8 meses previos a la introducción del biosimilar. Variables de seguridad: tasa de reacciones adversas (RA). Variables económicas: coste total por paciente y coste total (teniendo en cuenta el PVL+IVA).
Como fuentes de datos se utilizaron la historia clínica electrónica y el aplicativo Farmis- Oncofarm®. Los datos se analizaron con STATAv14.

RESULTADOS
Se incluyeron 25 pacientes,la mediana de edad fue 68,4 años (rango:64,0-72,8), 60% mujeres. La distribución por diagnósticos fue: 68% para cáncer colón-rectal, 26% cáncer de mama, 12%(N=3) cáncer de cérvix y 4% (N=1) cáncer de ovario. Bevacizumab biosimilar se ha empleado asociado a capecitabina (39,3%), irinotecan (14,3%), 5-FU (10,7%), XELOX (7,1%), FOLFIRI (7,1%), FOLFOX (3,6%) y en monoterapia (17,9%). En el periodo estudiado la mediana de ciclos recibidos fue de 5 (rango:1-13). A la fecha de fin del estudio 15 pacientes (60%) habían suspendido el tratamiento con bevacizumab biosimilar y el 40% presentó progresión de la enfermedad. Los motivos de suspensión fueron: progresión (66,7%), descanso terapéutico con enfermedad estable (26,7%) y respuesta completa con sospecha de efecto adverso (6,7%). En el grupo control un total de 30 pacientes recibían tratamiento con bevacizumab, el 50 % (N=15) suspendió el tratamiento con bevacizumab original. De los 30 pacientes, el 26,7% presentó progresión. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en la suspensión ni en la progresión respecto a los 8 meses estudiados de tratamiento con biosimilar (50%vs 60%; p=0,46 y 26,7%vs 40%; P=0,294).
Un total de 18 pacientes (72%) presentaron RA y se recogieron un total de 50 eventos, el 90% grado 1-2. Las más frecuentes fueron hipertensión arterial y trombocitopenia. Excepto en un evento, los pacientes recibían otro fármaco asociado. Respecto a las RA grado 3-4, los 5 eventos registrados fueron hipertensión arterial. Económicamente, el cambio al biosimilar supuso en los 8 meses estudiados una disminución del coste de 119.654,04€, con una mediana por paciente de 3.387,6 euros (rango: 663,4-14.609,2).

CONCLUSIONES
La principal RA observada es la plaquetopenia y la hipertensión, ambas definidas como muy frecuentes tanto en la ficha técnica del bevacizumab original como el biosimilar.
Bevacizumab biosimilar supuso un ahorro directo de más de 100. 000 euros, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario público.
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de efectividad, pero son necesarios estudios a largo plazo que incluyan más variables de efectividad.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

155. ABORDAJE DEL PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO DE EDAD AVANZADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES
ANGUITA MONTENEGRO B, LUQUE JIMÉNEZ M, VICENTE SÁNCHEZ MP, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. C/ DEL OBISPO RAFAEL TORIJA, S/N. CIUDAD REAL

OBJETIVOS
El envejecimiento de la población es una realidad también visible desde nuestra consulta de Atención Farmacéutica Onco-hematológica. El objetivo de este trabajo es analizar las características de la población anciana que inicia tratamiento onco-hematológico (TOH), describir la efectividad y seguridad y detectar oportunidades de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo, incluye todos los pacientes de edad igual o mayor a 85 años que iniciaron TOH entre abril 2019-2021.
Se recogieron variables demográficas, comorbilidades (cardíaca, hipertensión arterial (HTA), renal, pulmonar y deterioro cognitivo), polifarmacia (uso concomitante de cinco o más fármacos), valoración geriátrica previa al inicio (VGP), servicio, enfermedad onco-hematológica, metástasis al diagnóstico, esquema de inicio, reducción de dosis y/o retraso durante el tratamiento, líneas totales de tratamiento, tiempo en tratamiento (TT), supervivencia global (SG) (tiempo desde el inicio del tratamiento hasta muerte), toxicidad (hematológica, emesis no controlada (ENC), diarrea, toxicidad cardíaca y

cutánea). Esta información fue obtenida a través de la historia clínica informatizada Mambrino XXI® y los programas de prescripción y gestión farmacoterapéutica Farmis®, APD® y Farmatools®.

RESULTADOS

Se incluyeron 35 pacientes, mediana de edad 87 años (85-97), 77.1% hombres, 97.1% no institucionalizados en residencias, 3.7% de los pacientes onco-hematológicos totales. Pertenecientes a los Servicios: Oncología (54,3%), Urología (28,6%) y Hematología (17,1%). El 85.7% presentaban comorbilidades: HTA (71,4%), deterioro cognitivo (17.1%), pulmonar (17.1%) cardíacas (14.3%) y renales (14.3%). El 88.6% estaban polimedicados. Se realizó VGP al 11.4% (escalas Barthel, Lawton, Risk of chemotherapy toxicity, VES-13 (Vulnerable Elders Survey) y G-8 (Geriatric-8)). La localización mayoritaria de los tumores fue: próstata (34.3%), digestivo (14.3%), pulmón (8.6%), ginecológicos (8.6%) y leucemias (8,6%), siendo metastásicos el 54.3%.
El tratamiento administrado fue oral (51.4%), intravenoso (42.9%), mixto (2.9%) o subcutáneo (2.9%), siendo necesario reducir la dosis en el 42.9% y retrasar los tratamientos en el 11.4%. Fue suspendido en el 51.4%, recibiendo una segunda línea el 16.7%. La mediana del TT fue 4 meses (0-23.8). Con el 22.9% de los eventos alcanzados, la mediana de SG fue 7.3 meses (0.1-23.8).
Se describió toxicidad en el 45.7%: anemia (40%), neutropenia (17.1%), trombopenia (14.3%), ENC (8.6%), toxicidad cutánea (8.6%), cardíaca (5.7%) y diarrea (5.7%).

CONCLUSIONES

Los pacientes de nuestro estudio representan un porcentaje pequeño frente al total. En futuros estudios se debería abarcar un mayor rango de edad.
Se observa una alta prescripción de antineoplásicos orales. Especialmente en cáncer de próstata, convirtiéndose en la primera opción en edad avanzada.
En nuestro hospital se realiza VGP a un porcentaje pequeño de pacientes, a pesar de que distintas sociedades médicas lo recomiendan.
Una alta proporción de pacientes padecen concomitantemente otras enfermedades, están polimedicados, requieren reducción de dosis y han presentado toxicidad, principalmente hematológica.
Los datos de efectividad de tratamientos oncológicos en términos de SG son modestos, sin embargo, suponen un problema de seguridad, de aquí la importancia de fomentar la utilización de escalas geriátricas en los servicios de Oncología, Hematología y Urología con el objetivo de seleccionar aquellos pacientes que se puedan beneficiar de estos tratamientos garantizando los mejores resultados de salud en términos de eficacia y seguridad, así como en calidad de vida.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

157. ESPACIAMIENTO DE LA INMUNOTERAPIA EN PANDEMIA COVID-19. ¿MAYOR TOXICIDAD?

AUTORES

SOMOZA FERNÁNDEZ B, GONZÁLEZ-HABA PEÑA E, REVUELTA HERRERO JL, MARZAL ALFARO B, COLLADO BORRELL R, VILLANUEVA BUENO C, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ DR. ESQUERDO,46. MADRID

OBJETIVOS

Los pacientes con cáncer activo se encuentran entre los grupos de riesgo de desarrollo de enfermedad grave y complicaciones por infección por el virus SARS-CoV-2. Por este motivo, han sido múltiples las recomendaciones de diferentes sociedades médicas sobre el espaciamiento de los ciclos de tratamiento con inmunoterapia para reducir el número de visitas hospitalarias. En el caso de pembrolizumab y nivolumab, dichas recomendaciones consisten, respectivamente, en la administración de 400mg cada 6 semanas y 480mg cada 4 semanas (en lugar de 200mg cada 3 semanas y 240mg cada 2 semanas), siendo todos ellos regímenes aprobados en Ficha Técnica. Aunque es conocido que la toxicidad de la inmunoterapia puede resultar fatal, existen pocos estudios que analicen los efectos adversos de la pauta espaciada, con la que los pacientes reciben dosis dobles en una administración. El objetivo de este estudio fue comparar la toxicidad de ambos regímenes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico en pacientes tratados con pautas espaciadas de pembrolizumab y nivolumab entre marzo y agosto de 2020. Se recogieron las toxicidades a partir de las historias clínicas desde el inicio de la inmunoterapia, de forma que el grupo control fue constituido por los mismos pacientes antes del espaciamiento en la pandemia. La variable principal fue el porcentaje de pacientes que presentó toxicidad con la pauta espaciada y no espaciada. Las variables secundarias fueron el grado de las toxicidades de ambos grupos. Se estudiaron también como variables descriptivas del grupo de espaciamiento el porcentaje de pacientes en los que se interrumpió momentáneamente el espaciamiento (reintroducción temporal de la pauta no espaciada para volver posteriormente a espaciar), el porcentaje de pacientes que abandonó el espaciamiento (reintroducción definitiva de la pauta no espaciada), y el porcentaje de pacientes que suspendió la inmunoterapia, todos ellos por motivos de toxicidad grave.

RESULTADOS

El 38,2% (47/123) del total de pacientes tratados con pembrolizumab o nivolumab recibieron pautas espaciadas. Los porcentajes de pacientes que presentaron algún tipo de toxicidad con las pautas no espaciadas y espaciadas fueron, respectivamente, el 57,8% y el 66,0% (p=0,42). Las medias de los grados de las toxicidades registradas fueron similares entre la pauta sin espaciar y la pauta espaciada (1,06 y 1,13 respectivamente; p=0,52). Tras el espaciamiento, el 2,13% de los pacientes interrumpió momentáneamente el mismo por toxicidad, mientras que el 6,38% abandonó definitivamente la pauta espaciada, y el 4,26% suspendió la inmunoterapia. Las toxicidades que provocaron una interrupción o suspensión definitiva del espaciamiento y/o del tratamiento con inmunoterapia fueron de origen hepático, cutáneo, pulmonar y tiroideo. Ningún paciente presentó toxicidad con desenlace fatal.

CONCLUSIONES

El espaciamiento de los ciclos de inmunoterapia ante la pandemia de COVID-19 está justificado debido a la similitud cuantitativa y cualitativa de las toxicidades de las pautas espaciadas y no espaciadas. Sin embargo, dada la posible y conocida fatalidad de las reacciones adversas de la inmunoterapia, y que los porcentajes de interrupción momentánea o definitiva del espaciamiento por toxicidad grave no son despreciable, se debe continuar monitorizando estrechamente los efectos adversos que puedan aparecer tras el espaciamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

178. PARTICIPACIÓN DEL FARMACÉUTICO ONCOLÓGICO EN EL COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DE TUMORES DE UROLOGÍA.

AUTORES

LOPEZ SANDOMINGO L, FRAGA BUENO E, RODRÍGUEZ PENÍN I, VALCARCE PARDEIRO N

COMPLEJO HOSPITALARIO ARQUITECTO MARCIDE. SAN PEDRO DE LEIXA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

En el año 2020, el farmacéutico de oncología se incorporó al equipo multidisciplinar del Comité de Tumores de Urología (CTURO: Oncología, Urología, Anatomía Patológica, Radiología y Farmacia), para la valoración de pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado o metastásico, participando en la selección del tratamiento más adecuado (criterios de eficacia, seguridad, eficiencia, comorbilidades y potenciales interacciones con el tratamiento domiciliario) y en la adecuación de la prescripción a los Dictámenes del Comité Autonómico Central de Farmacia y Terapéutica (CACFT).
Objetivos: Describir la participación del farmacéutico como miembro de CTURO en la selección del tratamiento, adecuación de la prescripción y de la medicación concomitante. Grado de aceptación (GA) de las recomendaciones aportadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de los pacientes con cáncer de próstata revisados en CTURO entre septiembre 2020 y marzo 2021.
De la historia clínica electrónica se recogieron: variables demográficas (edad), estado funcional (ECOG), Gleason, comorbilidades, terapias urológicas previas, diagnóstico, tratamiento propuesto en CTURO, tratamiento domiciliario e interconsultas a otras especialidades para adecuación del tratamiento crónico según perfil de interacciones.
Las interacciones se analizaron utilizando tres bases de datos online (Lexicomp®, Cancer Drug Interactions® y Drug Interactions®), fichas técnicas de los medicamentos y entrevista con el paciente. Registro en el programa de dispensación a pacientes externos.
Las variables continuas se expresaron como mediana [(Rango Intercuartílico (RIQ)].

RESULTADOS

Se revisaron 28 inicios de tratamiento (n=26). Mediana de edad: 74,5 años (RIQ:68,75-78). 14 solicitudes ECOG-0, 6 ECOG 1, 5 ECOG 2 y 1 ECOG 3 (n=26). Mediana de Gleason: 8 (RIQ:7-9), mediana de comorbilidades: 3 (RIQ:1,75-4), destacando: hipertensión arterial (n=21), dislipemia (n=14), patologías cardíacas (n=11) y diabetes mellitus (n=10). Mediana de medicamentos prescritos: 9,5 (RIQ:6-11,25; 25 polimedicados≥5, 14 grandes polimedicados ≥10).
Tratamientos previos: terapia de deprivación androgénica (n=18), radioterapia (n=13), cirugía (n=12), quimioterapia (n=5) y antiandrógenos de segunda generación (n=4).
Se valoraron diez solicitudes de inicio con apalutamida [(siete cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSm), tres cáncer de próstata resistente a castración no metastásico (CPRCM0)], ocho con abiraterona (siete cáncer de próstata resistente a castración metastásico (CPRCm), una CPHSm), seis con enzalutamida (cuatro CPRCm, dos CPRCM0), tres con docetaxel (dos CPRCm, una CPHSm) y una con cabazitaxel (CPRCm).
Se realizó asesoramiento e informe farmacoterapéutico en 12 solicitudes por no disponer de dictamen CACFT (diez tratamientos con apalutamida y dos con enzalutamida en CPRCM0). Solicitud de autorización de utilización a la Subdirección de Farmacia.
Se analizaron las potenciales interacciones de 264 medicamentos, realizando 37 intervenciones [(selección de la opción óptima de tratamiento según comorbilidades/perfil de interacciones (n=5, GA:80%) y monitorización/modificación de la medicación concomitante (n=32, GA: 81,25%)]. Se realizaron tres interconsultas: Cardiología (n=2: sustitución de anticoagulación y terapia antianginosa) y Unidad de Hipertensión (n=1: ajuste del tratamiento antihipertensivo).

CONCLUSIONES

-La integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar de CTURO, en la valoración del inicio de tratamiento en pacientes oncológicos mayores, incrementa la seguridad del paciente desde un punto de vista farmacoterapéutico promoviendo además un uso racional de los medicamentos y una mejora integral de su cuidado.
-Se observa un alto grado de aceptación de las recomendaciones propuestas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

187. DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN DE MODIFICACIONES POSOLÓGICAS Y TOXICIDADES ASOCIADAS A LENALIDOMIDA EN MANTENIMIENTO TRAS AUTOTRASPLANTE EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE

AUTORES

FORT CASAMARTINA E, SANCHO ARTES A, ESTEBAN GONZALEZ JA, MUÑOZ SANCHEZ C, BLEDA PEREZ C, PRATS JIMENEZ J, SUREDA BALARI AM, FONTANALS MARTINEZ S

INSTITUT CATALÁ D'ONCOLOGIA. AVDA. GRAN VÍA DE LAS CORTES CATALANES 199-203. BARCELONA

OBJETIVOS
El objetivo principal fue evaluar las causas de suspensión/modificación del tratamiento de mantenimiento con lenalidomida post-trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos en pacientes diagnosticados de mieloma múltiple. El objetivo secundario es evaluar el impacto de estas reducciones en la intensidad de dosis recibida

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo observacional en un hospital monográfico oncohematológico junio 2018 - octubre2020. Mediante el aplicativo informático de prescripción-validación de quimioterapia se identificaron los pacientes que iniciaban mantenimiento con lenalidomida y se registraron las siguientes variables referentes al tratamiento: fecha de inicio y finalización, dispensaciones, dosis, esquema de tratamiento, reducciones de dosis, motivo de reducción, retrasos en los ciclos e intensidad de dosis administrada. Las variables demográficas y clínicas se obtuvieron mediante revisión de la historia clínica electrónica

RESULTADOS
Se identificaron 29 pacientes. La mediana de edad fue de 61,7 años (rango 29,6–71,8), siendo 15 hombres (51,7%) y 14 mujeres (48,3%). La mayoría de ellos eran pacientes diagnosticados de Mieloma múltiple kappa (58,6%) y lambda, (37,9%). El tratamiento de inducción utilizado en el 79,3% de los pacientes fue el esquema bortezomib/talidomida/dexametasona x 6 ciclos, alcanzando en un 55,6% una respuesta completa. El número medio de células infundidas fue de 4,12 x106(2,39 – 6,74) El tratamiento de mantenimiento se inició después de una media de 126,4 días post-trasplante (rango 92-181), siendo el principal esquema de tratamiento (89,7%) lenalidomida 10mg/día de forma continuada.
La duración media del tratamiento con lenalidomida fue de 15,47 meses (rango 0,1–33,2). En 14 pacientes se produjo como mínimo un retraso a la hora de iniciar un nuevo ciclo. Como consecuencia de la toxicidad observada, tras una media de 187,8 días (rango 30–595), se redujo la dosis de lenalidomida a 13 de los 29 pacientes (44,8%) y posteriormente 5 de estos 13 necesitaron una segunda reducción.
Los principales motivos de la primera reducción fueron neuropatía 31%, toxicidad hematológica y cutánea 23%, diarreas/astenia 15%. Las diarreas y neuropatía fueron los principales motivos para una segunda reducción
La intensidad de dosis media recibida fue del 78,3% (rango 34%–101%), detectándose diferencias estadísticamente significativas en aquellos pacientes a los que se había modificado el tratamiento inicial 62,23% versus 91,27% ($p < 0.005$)
En 14 de los 29 pacientes el tratamiento se tuvo que suspender definitivamente tras una media de 10,13 meses (rango 0,1–30,77), 9 por toxicidad y 5 por progresión de la enfermedad. Finalmente, 2 de los pacientes fueron éxitus, uno por insuficiencia respiratoria y el segundo por insuficiencia hepática, no atribuibles a lenalidomida.
Actualmente, diez de los quince pacientes que seguían en tratamiento en la fecha del corte del estudio mantienen el esquema inicial (66,7%).

CONCLUSIONES
Las principales toxicidades detectadas que obligaron a reducir o suspender el tratamiento con lenalidomida fueron sobretodo a nivel neurológico, hematológico y cutáneo. Estas modificaciones en el tratamiento condicionan la intensidad de dosis recibida. Harían falta más estudios para analizar si la intensidad de dosis administrada podría ser un factor pronóstico independiente relacionado con la respuesta al tratamiento con lenalidomida.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

196. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

AUTORES
MORENO RAMOS C, MARTÍNEZ DÍAZ C, BARREIRO FERNÁNDEZ EM, SALMERÓN NAVAS FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CARRETERA NACIONAL IV, KM. 665. SEVILLA

OBJETIVOS
Analizar la efectividad y seguridad de nivolumab en cáncer de cabeza y cuello comparándolas con los resultados de ensayo pivotal, así como las condiciones de uso según el informe de posicionamiento terapéutico (IPT).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo que incluyó a los pacientes diagnosticados de cáncer de cabeza-cuello localmente avanzado o metastásico que habían recibido nivolumab entre el 01/01/2018 y 30/04/2021. Los datos registrados se obtuvieron a partir de la historia clínica digital única (Diraya®) y el programa de prescripción de antineoplásicos (Farmis®). Las variables recogidas fueron: sexo, edad, peso, hábitos tóxicos, estado funcional según Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), líneas previas, duración del tratamiento con nivolumab y número de ciclos recibidos. Como variable de efectividad se determinó la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) utilizando la aplicación estadística SPSS. Para evaluar la seguridad se registraron los efectos adversos, retrasos, reducciones e ingresos asociados a los ciclos. Los resultados obtenidos se compararon con los datos del ensayo CHECKMATE-141. Según el IPT, nivolumab en monoterapia está indicado en adultos que progresen durante o después del tratamiento basado en platino en los 6 meses posteriores.

RESULTADOS
Se incluyeron 10 pacientes (9 varones y 1 mujer), con una media de edad de 61 años (50 – 85) y peso medio de 62kg (46 – 114). El 90% de los pacientes presentaba hábitos tóxicos (9 eran fumadores y 5 consumían alcohol habitualmente). Al inicio del tratamiento los pacientes presentaban un ECOG entre 0 (N=6) y 1 (N=4). Todos los pacientes habían recibido al menos una línea previa con platino en monoterapia o asociada a 5-fluorouracilo, utilizando nivolumab en segunda (N=6) y tercera línea (N=4). Como segunda línea, previa a nivolumab, se usó paclitaxel (N=2) o paclitaxel + cetuximab (N=2).
Se administró nivolumab a dosis de 3 mg/kg cada 2 semanas. La mediana del tiempo de tratamiento con nivolumab

fue de 3,5 meses, alcanzándose una media de 5 ciclos (1 – 17). Al término de este estudio 2 pacientes continuaban en tratamiento con nivolumab y 8 lo habían suspendido por progresión. La mediana de SLP observada fue de 3 meses (IC95%: 1,45 – 4,55) frente a los 2,04 meses del ensayo y la mediana de SG fue de 4 meses (IC95%: 2,69 – 5,32) frente a 7,72 meses. El 60% de los pacientes presentaron reacciones adversas: cuadro respiratorio vías superiores (N=2), lesiones cutáneas (N=2) y reacciones gastrointestinales (N=2) no suponiendo retrasos, reducciones o ingresos asociados al tratamiento. Según el ensayo pivotal las reacciones adversas más frecuentes fueron fatiga, nauseas y diarrea, ocurriendo en un 61,9% de los pacientes. El 100% de los pacientes cumplieron las condiciones de uso del IPT.

CONCLUSIONES

-La SLP observada fue superior y la SG inferior a los del ensayo, si bien no pueden sacarse conclusiones al respecto debido al pequeño tamaño muestral.
- En relación a la seguridad, nivolumab presenta un perfil de reacciones adversas similares a las descritas en el ensayo.
- Las condiciones del IPT se cumplieron en la totalidad de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

211. EFECTIVIDAD DE NIVOLUMAB Y PEMBROLIZUMAB EN PRIMERA LÍNEA DE MELANOMA SEGÚN LA APARICIÓN DE TOXICIDAD GRAVE

AUTORES

GARCÍA SOLER JI, DÍAZ CARRASCO MS, ALONSO ROMERO JL, LAORDEN CARRASCO A, ESPUNY MIRÓ A
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID- CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar la efectividad en términos de supervivencia global (SG) de los pacientes diagnosticados de melanoma metastásico, tratados con anticuerpos frente al receptor de muerte programada 1 (anti-PD-1) en primera línea de tratamiento, en función de la aparición de reacciones adversas (RRAA) graves.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes diagnosticados de melanoma metastásico que iniciaron un anticuerpo antiPD-1 (nivolumab o pembrolizumab), como primera línea de tratamiento, entre 2015 y 2018. Fueron recogidas las variables sexo, edad, presencia de enfermedad autoinmune, fármaco y duración de tratamiento, subtipo histológico, presencia de mutación BRAF V600 y valor de lactato deshidrogenasa (LDH). En cuanto a toxicidad, se seleccionaron las RRAA graves (grado ≥3) por sistema según la clasificación Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5. La SG fue calculada aplicando Kaplan Meier y el estadístico log-Rank.

RESULTADOS

Veinticuatro pacientes iniciaron tratamiento durante este periodo del estudio; quince nivolumab (62,5%) y catorce pembrolizumab (37,5%). La mediana de edad fue de 67,0 años (p25:59,3; p75:74,0) el 66,7% de ellos eran hombres (n=16), presentando tres pacientes una enfermedad autoinmune (12,5%). Todos presentaron estadio IV de la enfermedad (95,8%) a excepción de un paciente con estadio IIIC. En cuanto al subtipo histológico; en siete fue superficial, seis nodular, dos lentiginoso acral, uno desmoplásico, uno de mucosas y en siete de ellos desconocido. El 25% de los pacientes presentaba la mutación BRAFV600 y la mediana de LDH fue de 202,5 (U/l) (p25:148,8; p75:285,3). La mediana de duración del tratamiento fue de 35,4 semanas (p25:11,9; p75:102,2).
En relación a la toxicidad, se registraron un total de 29 RRAA graves en 12 pacientes siendo 26 de grado 3, una de grado 4 (aumento de creatinina) y una de grado 5 (evento cardiovascular). Atendiendo al sistema afectado, estas RRAA se correspondieron con las siguientes alteraciones: seis exploraciones complementarias (20,7%), cuatro infecciones (13,8%) y alteraciones del sistema nervioso (13,8%), tres generales y en el lugar de la administración (10,3%), dos renales y genitourinarias (6,9%), respiratorias torácicas y mediastínicas (6,9%) y neoplasias (6,9%) y una musculoesquelética (3,5%), endocrina (3,5%), sangre y sistema linfático (3,5%), vascular (3,5%), cardiaca (3,5%) y del aparato reproductor y de la mama (3,5%).
Mientras que los pacientes sin RRAA graves presentaron una mediana de SG de 20,7 meses, en el grupo con estas RRAA no se alcanzó este valor (logRank 0,239). La SG a los 12 y 24 meses fue del 83,3% y 41,7% en los pacientes que no tuvieron RRAA graves y del 75,0% y 58,3% en los pacientes que sí las presentaron.

CONCLUSIONES

Un porcentaje elevado de pacientes presentó RRAA graves al tratamiento con anti-PD-1. La aparición de estas RRAA no se ha relacionado de forma estadísticamente significativa con diferencias en la SG, a diferencia de lo descrito por otros autores, que observaron asociación con mayor efectividad.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

233. BEVACIZUMAB EN GLIOBLASTOMA

AUTORES

CORDERO GUIJARRO A, CASTILLO BAZAN E, ARRANZ COZAR JL, ARDIZONE JIMENEZ B, BARRERAS RUIZ N, BÉCARES MARTINEZ J
FUNDACIÓN JIMENEZ DÍAZ. REYES CATÓLICOS. MADRID

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio fue analizar la eficacia y seguridad del bevacizumab en pacientes con glioblastoma en recaída.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal y unicéntrico en un hospital de tercer nivel, con datos desde junio de 2014 y abril del 2021. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con glioblastoma de alto grado que hayan recibido tratamiento con bevacizumab.
Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tratamiento previo, duración del tratamiento, supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y efectos adversos.
Los programas empleados fueron Farmis-Oncofarm ® (prescripción de mezclas intravenosas), Casiopea ® (historia clínica electrónica) y Excel ® (cuaderno de recogida de datos). Se realizó un análisis de estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se incluyeron 10 pacientes, siendo un 40 % mujeres, con una mediana de edad de 52 años (intervalo intercuartílico (IQT) 44-54). El 70% de los pacientes no tenían metilación de MGMT y ninguno de los 4 pacientes a los que se les había analizado el EGFR estaba mutado. Todos los pacientes habían recibido tratamiento previo con temozolomida y radioterapia, y 2 de ellos además habían recibido una línea más (1 con fotemustina y 1 un ensayo clínico).
El 50% de los pacientes fueron tratados con bevacizumab (10mg/kg); al 40% se le añadió irinotecán (125mg/m2), ambos cada 14 días; y al 10% además un tercer fármaco (temozolomida), siendo este esquema de 21 días. El 70% de los pacientes finalizaron el tratamiento, todos ellos por progresión, con una mediana de SLP de 1,6 meses (IQT 0,7-2,8) y una SG de 2,4 meses (IQT 1,8-6,1). Los pacientes que no recibieron irinotecán y finalizaron el tratamiento (4) obtuvieron una SLP de 2,1 meses y una SG de 5,2 meses. La media del número de ciclos fue de 4 (IQT 1,5-6), y hubo retrasos en la administración en el 20% de los pacientes. En cuanto a los 3 pacientes en tratamiento activo, actualmente han superado la mediana de SLP obtenida en este estudio.
Con respecto a datos de seguridad, el 20% de los pacientes presentaron hipertensión arterial leve que fue controlada. No hubo suspensión de tratamientos por toxicidad.

CONCLUSIONES

A pesar de que los resultados obtenidos con este estudio no son muy alentadores, hay que tener en cuenta que esta enfermedad tiene una evolución muy rápida y agresiva, deteriorando en gran medida la calidad de vida de los pacientes. Por tanto, el bevacizumab se presenta como una opción terapéutica en pacientes con glioblastoma recurrente candidatos a tratamiento activo, con el principal objetivo de controlar la enfermedad y sus síntomas, además su tolerancia es bastante buena. También hay que tener en cuenta que es un fármaco de alto impacto económico, por lo que deben seleccionarse a los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

234. EVALUACIÓN DE LA INFLUENCIA DEL AJUSTE DE DOSIS E INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO CON PALBOCICLIB EN SU EFICACIA

AUTORES

MARTÍNEZ DE LA TORRE F, RODRIGUEZ QUESADA PP, GONZALEZ SEVILLA M, CANALES SIGUERO MD, HERNANDEZ RAMOS JA, CASTRO FRONTIÑAN A, BRUNI MONTERO MA, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVDA. CÓRDAOBA SN. MADRID

OBJETIVOS

Analizar si la reducción de dosis o interrupción del tratamiento con palbociclib influyen en su eficacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y observacional, en el que se incluyeron pacientes con cáncer de mama avanzado o metastásico con receptores hormonales positivos y negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano en tratamiento con palbociclib, al menos, durante tres ciclos consecutivos, desde mayo 2016 hasta marzo del 2020.
Las variables analizadas fueron: demográficas (edad y sexo), clínicas (Escala de la Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), supervivencia libre de progresión (SLP)) y farmacológicas (número de líneas previas, necesidad de reducción de dosis e interrupción de tratamiento). Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron a través de la historia clínica electrónica y los farmacológicos del programa de dispensación a pacientes externos.
Para las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas, y para las cuantitativas la mediana y el rango intercuartílico (RIC). Para obtener la SLP y su intervalo de confianza al 95% (IC95%) se utilizó el método de Kaplan-Meier, el test log-rank para comparar las curvas y se realizó un análisis multidimensional utilizando el modelo de regresión de Cox. Se utilizó el programa SPSSv24.

RESULTADOS

Se analizaron 131 pacientes de las cuales se incluyeron 115. Los motivos de exclusión fueron: no superar 3 ciclos de tratamiento consecutivos (n=7), indicación distinta a la propuesta (n=6), patología hematológica concomitante activa (n=2) e iniciar tratamiento en otro centro (n=1). La mediana de edad fue 66,7 años (RIC:54,7-75,4) y 114 fueron mujeres. El 48,8% (n=61) tuvo un ECOG=1 y el 9,6% (n=12) un ECOG=2. La mediana de líneas previas fue 1 (RIC:0-3).
Se realizó ajuste de dosis de palbociclib en 47 pacientes (40,9%): un 57,4% (n=27) requirió reducción a 100 mg y un 42,6% (n=20) a 75 mg. En 66 pacientes (57,4%) se interrumpió temporalmente el tratamiento. La neutropenia fue el motivo principal de reducción de dosis (n=36;76,6%) y de interrupción temporal del tratamiento (n=55;83,3%).
La mediana de SLP en pacientes que mantuvieron dosis plenas de palbociclib fue de 0,78 años (IC95%:0,52-1,03); en pacientes que requirieron reducción de dosis fue de 1,44 años (IC95%:0,98-1,90) (HR=1,60;IC95%:0,98-2,64;p=0,062). Los subgrupos en función del nivel de reducción presentaron una mediana de SLP de 1,44 años (IC95%:0,66-2,22) con la dosis de 100mg con un HR respecto a la dosis de 125mg de 0,53 (IC95%:0,28-1,00;p=0,58) y de 1,17 años (IC95%:0,59-1,75) con 75mg con un HR respecto a la dosis de 125mg de 0,75 (IC95%:0,40-1,39;p=0,36).

La mediana de SLP en pacientes que tuvieron que interrumpir temporalmente el tratamiento fue de 0,98 años (IC95%:0,58-1,38) y en las que no lo hicieron fue de 0,99 años (IC95%:0,55-1,43) (HR=1,1;IC95%:0,68-1,78;p=0,69).

CONCLUSIONES

La neutropenia es el principal motivo para la reducción de dosis o interrupción temporal del tratamiento con palbociclib. Los resultados en nuestra población muestran que en pacientes con reducción de dosis de palbociclib no se obtiene peores resultados, sino una tendencia a mayor SLP que cuando se recibe dosis plenas, aunque no significativa. La interrupción de tratamiento tampoco tiene impacto en los resultados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

243. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE DURVALUMAB PARA CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

AUTORES

ZAYAS SORIANO M, BONETE SANCHEZ M, HERNANDEZ GUIO A, PLANELLES DE CASTRO M, GONZALEZ LOPEZ A, CAMPILLO LOPEZ J, PONS MARTINEZ L, AZNAR SALIENTE T

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE. CTRA. NACIONAL 332, S/N. ALICANTE

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad de durvalumab en la práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todos los pacientes adultos diagnosticados de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) que recibieron al menos una dosis de durvalumab entre junio/2018 y febrero/2021 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables demográficas, clínicas (Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), estadio, determinación y valor de expresión de ligando 1 de muerte programada (PD-L1)), de tratamiento (días de tratamiento, línea de tratamiento, número de ciclos) y de toxicidad. También se recogieron variables de efectividad medidas como supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP). La variable principal fue la seguridad medida mediante la frecuencia de efectos adversos (EA), porcentaje de retrasos, de hospitalizaciones y de abandonos del tratamiento por EA. La información se obtuvo de la historia clínica (Orion Clinic®) y la prescripción electrónica onco-hematológica (Oncofarm®). Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva con el programa informático Stata®.

RESULTADOS

Se analizaron 11 pacientes en tratamiento con durvalumab a dosis estándar. El 72,7% fueron hombres, con edad media de 65±2 años. De los cuales, 5 pacientes presentaban estadio IIIA, 5 presentaban estadio IIIB y tan solo un paciente estadio IV. Todos ellos presentaban estado funcional de la ECOG entre 0-1. Todos eran fumadores activos o exfumadores. El 54,5% presentaba histología no escamosa.

Durvalumab se utilizó como segunda línea de tratamiento en el 45,5% de los pacientes; en el resto, se utilizó como la tercera línea. Todos ellos habían sido previamente tratados con cisplatino. Se determinó la expresión de PD-L1 en el 90,9% de los casos, el 45,5% de éstos, presentaban expresión≥50%. La media±[IC95%] de ciclos recibidos fue de 12,9±[6,4;19,5] ciclos y 182,2[86,6±277;7] días de tratamiento.

El 72,7% de los pacientes presentó toxicidad independientemente del grado según los criterios Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). Disnea(54,4%), astenia(36,4%), toxicidad endocrina(18,2%), hepatitis autoinmune(18,2%), edema cervical(9%), diarrea(9%), vómitos(9%), nefritis inmunomediada(9%), artromialgias(9%) y neuropatía periférica(9%). Todas ellas de grado 1 a excepción de nefritis y hepatitis inmunomediadas que fueron consideradas grado 2-3.

Se observó retraso en el tratamiento debido a EA en un 18,2% de los pacientes. Uno de estos pacientes, finalmente debió suspender el tratamiento debido a nefritis tóxica grave. Otros dos pacientes abandonaron el tratamiento por hepatitis autoinmune; uno de ellos, requirió ingreso hospitalario.

Aun no siendo objeto de estudio se observó una tasa de SG del 90%(47,3%;98,5%) desde el mes uno hasta el fin de seguimiento (mes 13). El único exitus que se objetivó, corresponde a un paciente en el cual no se determinó la expresión de PD-L1. La mediana de SLP fue de 12 meses(3;no determinado).

CONCLUSIONES

Se ha observado una mayor frecuencia de hepatitis y nefritis inmunomediada que en los estudios pivotales, clasificados como poco frecuentes. En nuestro estudio, dichos EA se han observado en proporción elevada(18,2% y 9% respectivamente). El tratamiento con durvalumab requiere una vigilancia estrecha de los EA inmunomediados, ya que la aparición de estos causa retrasos, hospitalizaciones y abandonos de tratamiento. Se requiere un mayor número de pacientes para corroborar la alta frecuencia de dichos EA.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

260. EFECTOS ADVERSOS CARDIOLÓGICOS DE IBRUTINIB

AUTORES

BRAVO GARCÍA - CUEVAS LM, GIMENO MONTES JM, FERRIS VILLANUEVA M, REDONDO GALÁN C, RIBAS DOMINGUEZ MD, GIL GARCÍA A, ROJAS ALBARRAN A, RANGEL MAYORAL JF

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. AVENIDA DE ELVAS S/N. BADAJOZ

OBJETIVOS

Aunque Ibrutinib se considera un fármaco bien tolerado, se ha objetivado un incremento en el riesgo de eventos cardiovasculares (ECV) asociados a su administración, en particular una mayor incidencia de fibrilación auricular (FA)

aunque también se han descrito casos de arritmias ventriculares o muerte súbita. Nuestro objetivo fue analizar la incidencia de ECV en pacientes bajo tratamiento con Ibrutinib y su repercusión pronóstica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo sobre todos los pacientes que han recibido tratamiento con ibrutinib desde junio de 2014 hasta enero de 2021 en nuestra área de salud. De la historia clínica se recogieron los siguientes datos: Sexo, edad, patologías de base, hábitos tabáquicos, fechas de inicio y de fin del tratamiento con Ibrutinib.
La seguridad se evaluó mediante los ECV registrados por el hematólogo o cualquier clínico en la historia electrónica, urgencias, Medico de atención primaria, etc.
El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS 26®. La supervivencia global (SG) se determinó por el método de Kaplan-Meier, desde el inicio del tratamiento con Ibrutinib hasta la fecha de exitus.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 41 pacientes que recibieron Ibrutinib, 61% hombres con una edad media de 67,5±17,9 años. Con respecto a los factores de riesgo, un 49% tenían hipertensión arterial (HTA), 24% diabetes, el 34% dislipémia y el 17%, tenían alguna cardiopatía de base.
Registramos un total de ocho ECV (19,51%), de los cuales, cuatro (9,75%) fueron episodios de FA que aparecieron en una media de 4,99 meses tras el inicio de ibrutinib, tres casos (7,32%) de aparición o empeoramiento de HTA en 9,44 meses de media; y un caso (2,4%) de muerte súbita tras 17 días de tratamiento.
Se observa que de los pacientes que sufrieron ECV el 75% presentaban factores de riesgo cardiovascular y mayor edad (medias de 72,3 vs 66,4 años), aunque sin llegar a obtener diferencias estadísticamente significativas.
Un 34% de los pacientes presentaron hemorragias menores con el tratamiento, sólo uno de ellos había desarrollado una FA y estaba anticoagulado.
La mediana de SG de la población general fue de 15,2 meses, para los pacientes que recibieron Ibrutinib y tuvieron algún ECV fue de 5,6 meses, mientras la de que aquellos que no presentaron ECV fue de 16 meses (p=0,125).

CONCLUSIONES

La aparición de ECV no fue infrecuente en la población de pacientes que recibieron tratamiento con Ibrutinib en nuestra área de salud, siendo el más frecuente la presencia de FA, el fármaco en general es bien tolerado, pero hay que vigilar estos eventos.
El reducido tamaño muestral es la principal debilidad del estudio que hace difícil llegar a conclusiones relevantes.
Se observa una reducción numérica de la supervivencia en este subgrupo de pacientes sin observarse diferencia estadísticamente significativa respecto a aquellos que no presentaron ECV, probablemente por el pequeño tamaño muestral, dada la mayor tasa de aparición de ECV en pacientes con factores de riesgo, debería sopesarse invidualmente el balance beneficio riesgo. Más estudios son necesarios en este sentido para esclarecer estas incógnitas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

268. VALORACIÓN DEL CAMBIO DE PROFILAXIS ANTIEMÉTICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON QUIMIOTERAPIA BASADA EN CARBOPLATINO A DOSIS ALTAS

AUTORES

ALBANELL FERNÁNDEZ M, RIU VILADOMS G, MONGE ESCARTÍN I, RODRÍGUEZ MUES MC, PÉREZ SÁNCHEZ Á, COROMINAS BOSCH ML, ARRANZ PASQUAL N, CARCELERO SAN MARTIN E
HOSPITAL CLINIC. CALLE VILLAROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Conocer la efectividad del régimen antiemético basado en una triple combinación (TC)(un antagonista del receptor de neurocinina 1(NK1), un inhibidor del receptor 5-HT3 y un corticoide) en pacientes que reciben esquemas con carboplatino a dosis AUC ≥ 4, midiendo náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia con una escala validada (cuestionario MAT). Siguiendo las recomendaciones de las guías antieméticas de MASCC, ESMO, ASCO y NCCN, se ha cambiado el régimen antiemético de una doble combinación (DC) (dexametasona con ondansetrón), a una TC (netupitant con palonosetrón [NEPA] y dexametasona). La hipótesis es que el nuevo régimen será más efectivo y mejorará la calidad de vida de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, nacional, abierto, realizado a 81 pacientes desde febrero a mayo de 2021. El grupo experimental incluía pacientes ambulatorios que iniciaban quimioterapia con la nueva TC antiemética: prequimioterapia NEPA (300/0,5 mg) y dexametasona (8 mg IV) y sin antieméticos postquimioterapia. En el grupo control se incluyeron pacientes que ya habían iniciado quimioterapia, con régimen antiemético de DC: prequimioterapia dexametasona (20 mg IV) y ondansetrón (8 mg IV), y postquimioterapia ondansetrón (8 mg/12h VO días 2, 3 y 4) y dexametasona (4 mg/12h VO días 2, 3 y 4). Los pacientes completaban el cuestionario MAT a las 24h y a los 4 días de la sesión de quimioterapia, para medir náuseas y vómitos tempranos y tardíos, respectivamente, y entregaban el cuestionario cumplimentado en la siguiente sesión.

RESULTADOS

En el estudio participaron 81 pacientes, 34 (42%) fueron hombres con una media de edad 65,1 años, y 47 (58%) mujeres. 44 pacientes recibieron DC y 37 TC. El diagnóstico más frecuente fue neoplasias ginecológicas (38(46,9%)) seguido de cáncer de pulmón (33(40,7%)), la gran mayoría de ellos en estadio avanzado III o IV (70(86,4%)). Veintinueve (35,8%) se encontraba en el ciclo 2 de tratamiento. En la fase temprana (24h), el porcentaje de pacientes sin vómitos fue mayor en la TC: 100% versus 90,9% (P=0,1198), con una media de un vómito en la DC. El porcentaje de pacientes sin episodios de

náuseas fue 97,3% en TC versus 65,9% con DC (P=0,0004). La media de episodios de náuseas fue 2 en la TC y 2,7 en la DC. En la fase tardía los resultados también mostraron beneficio a favor del nuevo régimen. Los pacientes sin presentar vómitos en la TC fueron del 100% versus 90,7% (P=0,2482), con una media de 5 vómitos en la DC; mientras que los que no presentaron náuseas fueron del 75,0% versus 62,8% (P=0,4904). La media de episodios de náuseas fue de 4 en la DC y 2,7 en la TC.

CONCLUSIONES

La TC ha demostrado mejores resultados que la DC para controlar la sintomatología tanto temprana como tardía, en especial náuseas tempranas, donde fue superior. Ningún paciente con el nuevo régimen tuvo vómitos tempranos ni tardíos. La combinación NEPA en una sola dosis oral prequimioterapia facilita la administración y su efecto de 120 horas logra disminuir las altas dosis de corticoides que toman estos pacientes, con los posibles efectos adversos que pueden desencadenar, especialmente con inmunoterapia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

269. ADHERENCIA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DABRAFENIB/TRAMETINIB EN MELANOMA IRRESECABLE O METASTÁSICO BRAF V600+

AUTORES

PERALTA ALVAREZ , MASSÓ CROS , TENA MESTRE , BOILLOS FERNÁNDEZ , GÓMEZ PÉREZ , AMORÓS REBOREDO , SOY MUNER

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. CARRER DE VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

El melanoma representa el 1% de los canceres de piel, es poco frecuente pero causa la gran mayoría de las muertes por este tipo de cáncer. El objetivo de este estudio fue evaluar la adherencia, efectividad y seguridad presentes en tratamiento con Dabrafenib/Trametinib en pacientes con melanoma irresecable o metastásico con presencia de la mutación BRAF V600 en el ámbito de la práctica clínica asistencial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional con seguimiento retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de melanoma irresecable o metastásico con mutación BRAF V600 que entre 2018 y 2020 iniciaron tratamiento con la combinación Dabrafenib 150 mg cada 12h y Trametinib 2mg cada 24h, en un hospital universitario de tercer nivel. Se calculó el porcentaje de adherencia para el tratamiento, la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG), también se registraron los efectos adversos y gravedad de los mismos. Para evaluar la adherencia se calculó el porcentaje de adherencia para cada fármaco, para analizar la SLP y SG se aplicó el método de Kaplan-Meier y los efectos adversos se recogieron siguiendo los Criterios de Terminología Común para Acontecimientos Adversos del National Cancer Institute (NCI-CTCAE v.5).

Se recogieron las variables de seguimiento: fecha de inicio del tratamiento, fecha de progresión, fecha y motivo de suspensión y respuesta al tratamiento. La respuesta al tratamiento se evaluó siguiendo criterios RECIST.

RESULTADOS

Se incluyeron 34 pacientes. La adherencia media observada fue del 98,2% (IC95% 96,0 – 100,3). La mediana estimada mediante el método de Kaplan-Meier para la SLP fue de 8,2 (IC95% 4,9 - 11,5) meses y para la SG a los 33 meses fue de 8,8 (IC95% 5,6 - 12,0). Se registraron efectos adversos en el 61,8% de los pacientes (21/34), los más frecuentes fueron fiebre (50,0%), astenia (32,4%) y toxicidad cutánea (23,5%).

CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento con dabrafenib/trametinib en nuestro centro ha sido elevada y la toxicidad ha sido por lo general bien tolerada. La mediana de la supervivencia libre de progresión como en la supervivencia global ha sido inferior a la esperada en comparación a los estudios realizados a partir de los ensayos clínicos de referencia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

280. ASOCIACIÓN DE LAS REACCIONES INMUNOMEDIADAS CON LA EFECTIVIDAD DE INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIOS EN MELANOMA AVANZADO

AUTORES

HERNANDEZ RAMOS JA, CORTIJO CASCAJARES S, CARO TELLER JM, BRUNI MONTERO MA, ORTIZ PEREZ S, GOYACHE GOÑI MP, CASTRO FRONTIÑAN A, FERRARI PIQUERO JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AV. CORDOBA S/N. MADRID

OBJETIVOS

El desarrollo de reacciones adversas inmunomediadas (IRAE, del inglés immuno-related adverse events) podría estar asociado a una mayor efectividad de la inmunoterapia en pacientes oncológicos.

El objetivo principal es estudiar la asociación entre la incidencia de IRAE y la efectividad del tratamiento con nivolumab y pembrolizumab en monoterapia en pacientes con melanoma localmente avanzado o metastásico. Los objetivos secundarios son describir y analizar la incidencia de IRAE.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y longitudinal en un hospital de grupo 5 que incluyó los pacientes diagnosticados de melanoma avanzado que iniciaron tratamiento con nivolumab o pembrolizumab en monoterapia entre febrero de 2015 y diciembre de 2020. Se realizó seguimiento de aquellos pacientes que recibieron dos o más ciclos hasta marzo de 2021 o exitus.

Las variables a estudio incluyeron: sexo, edad, antecedentes patológicos, localización e histología del tumor primario, estadiaje, valoración funcional (mediante la escala de la Eastern Cooperative Oncology Group o ECOG), presencia de metástasis, estado mutacional del gen BRAF, duración del tratamiento, motivo de suspensión del tratamiento y aparición de IRAE así como su clasificación según la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) versión 5.0.
Se utilizó la historia clínica electrónica de atención hospitalaria para la recogida de datos y estos se registraron en una base de datos pseudoanonimizada. El análisis estadístico se realizó con Stata versión 16.
La efectividad del tratamiento se midió como supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). Ambas se calcularon mediante la estimación de Kaplan-Meier y las curvas de supervivencia se compararon mediante la prueba log-rank.

RESULTADOS

Se incluyeron 68 pacientes, la mayoría varones (60,3%) y con una mediana de edad de 62,5 años (50-72). El 97,1% tenía un ECOG entre 0-1. El 47% de los pacientes sufrió al menos una IRAE durante el periodo de seguimiento, predominando las cutáneas (40,1%), seguidas de gastrointestinales (21,8%), hepatobiliares (10,9%) y musculoesqueléticas (9,1%). El 92,7% se clasificaron con grado 1-2 de gravedad.
Las medianas de SLP y SG para los pacientes sin IRAE resultaron respectivamente de 6,2 y 23,3 meses. En el grupo que sí sufrió IRAE no se alcanzaron las medianas de SLP ni de SG durante el periodo de seguimiento dada la buena evolución de los pacientes.
La comparación de las curvas de supervivencia en función de la aparición o ausencia de IRAE se mostró estadísticamente significativa tanto para SLP (p=0,0006) como para SG (p=0,0075). Se obtuvo un hazard ratio de 0,325 para SLP (IC95%: 0,165 – 0,641) mientras que para SG resultó de 0,327 (IC95%: 0,138 – 0,774).
Se estratificaron los pacientes en tres grupos según el número de IRAE que desarrollaron: ninguna, una, dos o más. La comparación de sus correspondientes curvas de supervivencia asoció de forma estadísticamente significativa un mayor número de IRAE a mayor supervivencia tanto en términos de SLP (p=0,0005) como de SG (p=0,0079).

CONCLUSIONES

En nuestros pacientes con melanoma avanzado tratados con nivolumab y pembrolizumab, la aparición de IRAE se asoció con una mayor SLP y SG. Se ha observado mayor beneficio en los pacientes que experimentan mayor número de IRAE.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

296. ASOCIACIÓN DE REACCIONES INMUNOMEDIADAS CON LA EFECTIVIDAD DE INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIOS EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO.

AUTORES

BRUNI MONTERO MA, CORTIJO CASCAJARES S, ORTIZ PEREZ S, HERNANDEZ RAMOS JA, CARO TELLER JM, GOYACHE GOÑI MP, CASTRO FRONTIÑAN A, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AV. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

El objetivo primario del presente estudio es analizar, en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM), la correlación entre la aparición de reacciones inmunomediadas (IRAE – immune-related adverse events) con la efectividad del tratamiento con inhibidores de puntos de control inmunitarios (pembrolizumab, nivolumab y atezolizumab) medida como supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). El objetivo secundario es analizar la incidencia de IRAE producidas en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y longitudinal, en un hospital de grupo 5, de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de CPNM y que iniciaron tratamiento con pembrolizumab, nivolumab o atezolizumab entre febrero de 2015 y diciembre de 2020. Se realizó seguimiento a aquellos pacientes que recibieron 2 o más ciclos de tratamiento hasta marzo de 2021 o exitus.
Las variables analizadas incluyen: sexo y edad, antecedentes patológicos, estadiaje e histología del cáncer, valoración funcional (ECOG), presencia de metástasis, línea de tratamiento, combinación con quimioterapia, duración de tratamiento, motivo de suspensión del tratamiento, aparición de IRAE y su clasificación según la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) versión 5.0.
La información necesaria se obtuvo de la historia clínica electrónica, registrándose en una base de datos pseudoanonimizada para su posterior exportación al programa estadístico Stata 16. La SLP y SG se calcularon mediante la estimación de Kaplan-Meier y se compararon las curvas de supervivencia, en base a presencia o ausencia de IRAE, mediante la prueba de log-rank y la regresión de cox.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 250 pacientes, la mayoría (75,6%) varones, con media de edad 66,9 ± 11 años. Un 81,6% presentaban un ECOG de 0 ó 1 al inicio del seguimiento. Un 39,2% de los pacientes desarrollaron una IRAE durante el periodo de seguimiento siendo las principales las cutáneas (36%), seguidas de gastrointestinales (20%), hepatobiliares (12%) y respiratorias y endocrinas (10% ambas). Las IRAE de grado 1 fueron mayoritarias (65%) seguidas de grado 2 (23%) y grado 3 (12%).
La mediana de la SLP fue de 2,69 meses en el grupo sin IRAE frente a 17,74 en el grupo con IRAE ($p < 0,001$), hazard ratio (HR) de 0,27 (IC 95% 0,19 – 0,39). La mediana de la SG fue de 8,2 meses en pacientes sin IRAE frente a 23,41 en pacientes con IRAE ($p < 0,001$), HR de 0,29 (IC 95% 0,20 – 0,41). En el análisis por número de IRAE (0 vs 1 vs 2 o más) se observó una mediana de SLP de 2,69 meses frente a 11,57 (HR 0,34 IC 95% 0,23 – 0,51) frente a 21,8 (HR 0,17 IC 95% 0,1 – 0,32)

respectivamente (p < 0,001), en el caso de la SG se observó una mediana de 8,2 meses frente a 17,9 (HR 0,34 IC 95% 0,23 – 0,52) frente a 38,0 (HR 0,21 IC 95% 0,12 – 0,37) respectivamente (p < 0,001).

CONCLUSIONES

En nuestros pacientes con CPNM tratados con pembrolizumab, nivolumab o atezolizumab, el desarrollo de IRAE se asoció con mayor SLP y SG. En los pacientes que sufren mayor número de IRAE se observó un beneficio superior.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

298. EXPERIENCIA DE USO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ALPELISIB EN CÁNCER DE MAMA AVANZADO O METASTÁSICO.

AUTORES

BRUNI MONTERO MÁ, GONZALEZ SEVILLA M, HERNANDEZ RAMOS JA, MARTINEZ DE LA TORRE F, CANALES SIGUERO D, CASTRO FRONTIÑAN A, FERRARI PIQUERO JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AV. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Alpelisib es un nuevo antineoplásico oral para tratamiento del cáncer de mama avanzado o metastásico en mujeres postmenopáusicas y hombres, con receptores hormonales (RH) positivos y receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo. Se trata del primer tratamiento dirigido frente a la mutación PIK3CA.

El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad y la seguridad de alpelisib en los pacientes tratados en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y longitudinal, en un hospital de grupo 5. Se incluyeron todos los pacientes con cáncer de mama metastásico que recibieron al menos un ciclo de tratamiento con alpelisib.

Las variables demográficas y clínicas se obtuvieron de la historia clínica electrónica y las variables farmacológicas de la aplicación de dispensación de pacientes externos FARHOS®, recogiéndose: sexo, edad, datos antropométricos, antecedentes patológicos, valoración funcional según el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), tratamiento previo, duración de tratamiento y motivo de suspensión del tratamiento.

Para la evaluación de la efectividad se ha empleado el cálculo de la supervivencia libre de progresión (SLP) por ser la variable principal del ensayo pivotal. Para evaluar la seguridad se revisó la tolerancia al tratamiento registrando tipo y grado (según la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) versión 5.0) de eventos adversos, así como el manejo de estos.

RESULTADOS

Se incluyeron 11 pacientes (100% mujeres) cuya mediana de edad fue 66,12 años (rango intercuartílico 60,1 – 72,4) y que recibieron una media de 5 líneas previas al tratamiento con alpelisib (todas ellas recibieron un inhibidor de CDK4/6 previamente). El 91% presentó un ECOG comprendido entre 0-1 al inicio del tratamiento.

El 18,2% de las pacientes presentaban al inicio diabetes mellitus tipo 2 y el 27,3% eran obesas (índice de masa corporal superior a 30 kg/m2).

El 55% de las pacientes progresó durante el tratamiento con alpelisib, obteniéndose una mediana de SLP de 2,91 meses.

El 91% de las pacientes desarrolló reacciones adversas al tratamiento siendo las más frecuentes: hiperglucemia (64%), seguida de rash cutáneo (36%), astenia (18%) y náuseas y vómitos (18%). Las hiperglucemias desarrolladas fueron mayoritariamente (57%) grado 3. Una paciente desarrolló hiperglucemia grado 4 que requirió suspensión inmediata del tratamiento. En el caso de rash cutáneo, 75% fueron grado 3 y 25% de grado 2.

El 45% tuvo que suspender el tratamiento debido al desarrollo de toxicidad, la cual apareció incluso tras inicio de terapia específica con metformina (64%) y dexclorfeniramina (27%) llegando a ser necesarias también interrupciones temporales (73%) y ajustes de dosis durante el tratamiento: 64% requirió reducción a 250mg/día y un 43% tuvo que reducir un nivel más (200mg/día).

CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones tanto de muestra de pacientes como duración, la SLP obtenida en nuestro estudio es menor a la reportada en el ensayo pivotal de alpelisib (2,91 meses frente a 11).

La incidencia de eventos adversos fue parecida a la registrada en el estudio, si bien, se observó una mayor gravedad de estos. Serían necesarios más estudios para poder evaluar estos datos en la práctica clínica habitual.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

303. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CABAZITAXEL EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN

AUTORES

CORRALES PAZ M, GANFORNINA ANDRADES A, RODRÍGUEZ MORETA C, TUDELA TOMAS J, PLA PASÁN R, MARTÍNEZ BAUTISTA MJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. AVENIDA ANA DE VIYA 44 DPDO 3ºD. CÁDIZ

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la efectividad y seguridad de cabazitaxel en pacientes adultos con cáncer de próstata metastático resistente a la castración (CPRCm).

MATERIALES Y MÉTODOS

Cabazitaxel es un taxano que actúa mediante la interrupción de la red microtubular en las células dando lugar a la estabilización de los microtúbulos y posterior inhibición de las funciones celulares mitóticas. Cabazitaxel en combinación con prednisona o prednisolona está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con CPRCm, tratados previamente con docetaxel.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a los pacientes con CPRCm tratados con cabazitaxel entre noviembre 2013 y abril 2021. Cabazitaxel se administró a dosis de 25 mg/m2 durante 1 hora en perfusión intravenosa cada 3 semanas, en combinación con prednisona oral. Los datos se obtuvieron de la historia clínica (HC) digital Diraya® y del programa de prescripción electrónica de quimioterapia Oncowin®. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, estado funcional al inicio del tratamiento (ECOG), número de ciclos y líneas previas y posteriores. La efectividad se evaluó mediante la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG). La seguridad se midió por las reacciones adversas (RA) de las HC según CTCAE v.5.

RESULTADOS

Se incluyeron 18 pacientes (edad media:69 ± 9 años, sexo:100% hombres) con CPRCm, presentando 15 pacientes ECOG=0-1, dos pacientes ECOG=2 y solo un paciente ECOG=3. En cuanto a las líneas recibidas: 55,5% (10) pacientes recibieron cabazitaxel en cuarta línea tras abiraterona, enzalutamida y docetaxel; 22,2% (4) en tercera línea tras abiraterona/enzalutamida y docetaxel; 11,1% (2) en segunda línea tras docetaxel y 11,1% (2) en quinta línea (1 con docetaxel/abiraterona/enzalutamida/docetaxel y otro con docetaxel/abiraterona/enzalutamida/Radio223). El 66,6% (12) de los pacientes fueron tratados, tras cabazitaxel, con otras líneas de tratamiento por progresión de la enfermedad (principalmente mitoxantrona o carboplatino+paclitaxel). Los pacientes recibieron una mediana de 4 ciclos (rango:2-10). Con una mediana de seguimiento de 10,7 meses, el 88,8% (16) pacientes habían fallecido debido a la enfermedad y solo dos continuaban con tratamiento. La mediana de SLP fue de 3,1 meses (1,4-7,2) y la mediana de SG fue 11,5 meses (0,9-22). El 77,8% (14) de los pacientes sufrieron RA, siendo la mayoría de grado 1-2: astenia (38,8%), diarreas (33,3%), náuseas/vómitos (27,8%), neuropatía (5,6%) y alopecia (5,6%); dos pacientes sufrieron neutropenia grado 4 y tuvieron que suspender el tratamiento.

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia con cabazitaxel muestra unos resultados de SLP parecidos a los ensayos clínicos (EECC) a pesar de que en la práctica habitual su uso sea tras varias líneas de tratamiento. Respecto a la SG, en nuestro estudio fue ligeramente inferior que la de los EECC. Cabazitaxel muestra un perfil de RA manejables similar a los estudios publicados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

350. EFICACIA Y SEGURIDAD EN VIDA REAL DE SUNITINIB Y PAZOPANIB EN CARCINOMA DE CELULAS RENALES AVANZADO O METASTASICO.

AUTORES

SANTOS SAN SEGUNDO M, BELLES MEDALL MD, CEBOLLA BELTRAN T, VICENTE ESCRIG E, FORTANET GARCIA M, QUINTANA VARGAS I, JIMENEZ SIERRA JJ, FERRANDO PIQUERES R

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON. AVENIDAD DE BENICÀSSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad, en vida real, del tratamiento con sunitinib y pazopanib en primera línea, en pacientes con carcinoma de células renales localmente avanzado o metastásico (CCRm).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de CCRm que iniciaron tratamiento en primera línea con sunitinib y pazopanib entre enero-2015 y junio-2020. A través de la historia clínica y el registro de dispensaciones se obtuvieron variables demográficas (edad, sexo, mortalidad), clínicas (escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) basal, riesgo pronóstico, localización metástasis) y terapéuticas (duración de tratamiento, motivo suspensión, líneas posteriores tras progresión). Las variables principales de eficacia fueron: supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG); variables secundarias: mejor respuesta global (MRG), tiempo hasta respuesta (TR) y duración de esta. La seguridad se evaluó mediante la aparición de efectos adversos (EA) y su grado de toxicidad. Las variables cuantitativas se expresaron como media (Intervalo confianza 95%) o mediana (rango intercuartílico) según la distribución de los datos, las variables categóricas mediante frecuencias absolutas y relativas. El análisis de supervivencia se realizó mediante Kaplan-Meier y las diferencias en seguridad mediante $\chi 2$ (SPPS®).

RESULTADOS

Se incluyeron 27 pacientes, 18 con sunitinib y 9 con pazopanib, edad media 65,15 años (60,62-69,69), el 74,10% hombres y el 48,10% exitus al cierre del estudio. El 62,96% de pacientes presentaban metástasis únicas siendo las pulmonares las más comunes. El 92,60% presentaba ECOG basal 0-1 y el 44,40% riesgo pronóstico intermedio. La duración de tratamiento fue una mediana de 4,25 (3,18–10,20) meses y el 51,90% de pacientes suspendió el tratamiento por progresión radiológica. El 48,10%, llevó una única línea de tratamiento y en aquellos que cambiaron a una segunda, fue Nivolumab en el 50,00% de los casos. La mediana SLP fue 7,95 (3,56–13,48) y 4,43 (3,60–11,45) meses y la SG 12,60 (7,44–22,77) y 9,90 (6,18–17,16) meses, para sunitinib y pazopanib respectivamente. Al compararlos entre sí, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p=0,731 y p=0,986 respectivamente). La MRG fue progresión radiológica en ambos fármacos, alcanzando respuesta completa el 22,20% de pacientes con sunitinib y 11,10% con pazopanib. En pacientes respondedores, la mediana TR fue 3,47 (3,20–6,97) y 3,10 (2,40–7,36) meses respectivamente y la duración de esta 7,54 (5,02–10,07*) meses para sunitinib (*7 pacientes mantenían respuesta al finalizar el estudio),

y para pazopanib, sin datos suficientes para calcularla. El 92,59% de pacientes sufrió algún EA, destacando disgeusia y astenia para sunitinib y astenia y anorexia para pazopanib. La reducción de dosis o suspensión temporal fue necesaria en un 33,33% y 66,67% de los casos respectivamente sin diferencias estadísticamente significativas (p=0,166). El 33,33% y el 55,55% de pacientes en cada grupo, presentaron al menos un EA grado 3-4 retirando definitivamente el tratamiento únicamente en dos pacientes.

CONCLUSIONES

Los datos preliminares de este estudio en vida real, sugieren una mayor eficacia y seguridad para sunitinib que para pazopanib sin alcanzar significación estadística. Por otro lado, los resultados obtenidos son similares a otros estudios en vida real posicionando a ambos fármacos como buenas opciones terapéuticas en el CCRm en primera línea.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

391. POMALIDOMIDA EN PACIENTES REFRACTARIOS CON MIELOMA MÚLTIPLE

AUTORES

JUEZ SANTAMARÍA C, SANCHEZ CATALICIO MDM, LLORET LLORCA A, MONTOYA EGEA JM, FERNANDEZ MARTINEZ IM, MIRA SIRVENT MC

C.H.UNIVERSITARIO STA. Mª DEL ROSELL - STA. LUCÍA. MEZQUITA, S/N. PARAJE LOS ARCOS. SANTA LUCIA. MURCIA

OBJETIVOS

En los últimos años la introducción de nuevos fármacos y combinaciones en el tratamiento del Mieloma Múltiple (MM) ha aumentado la supervivencia de los pacientes. Sin embargo, sigue existiendo un alto porcentaje de recaídas, por lo que la nueva generación de agentes inmomoduladores tiene un papel importante.

El objetivo del estudio es determinar la efectividad y seguridad de pomalidomida cuando se administra junto con ciclofosfamida y dexametasona en pacientes con MM refractarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo llevado a cabo desde Enero 2018 - Marzo 2021. Mediante el programa Savac® se recogieron todos los pacientes con MM tratados con pomalidomida en tercera o sucesivas líneas que hubiesen sido refractarios a esquemas de tratamiento con lenalidomida y bortezomib. El esquema del tratamiento fue el siguiente:

- Pomalidomida 4mg cada 24 horas vía oral (vo) junto con Ciclofosfamida 50mg cada 24 horas vo días 1 a 21 de cada ciclo de 28 días.
- Dexametasona 20mg vo cada 7 días.

Se recogieron las siguientes variables mediante la historia clínica de Selene®: edad al inicio del tratamiento, sexo, número de ciclos administrados y líneas previas.

Para medir la efectividad se calculó la mediana de Supervivencia Libre de Progresión (SLP) y Supervivencia Global (SG) mediante el análisis de Kaplan Meier utilizando el programa SPSS Statistics®21.

Para medir la seguridad se recogieron los efectos adversos según la Common Terminology Criteria for Adverse Events y se identificaron los retrasos o reducciones de dosis.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 8 pacientes con una mediana de edad de 66,5 años (41-77). El 75% fueron hombres y el 25% mujeres y se administró una mediana de 5 ciclos (2-16). El 62,5% de los pacientes fueron tratados en un contexto de una tercera línea, el 25% de una cuarta y el 12,5% de una sexta.

Se obtuvo una SLP de 15,37 meses (IC 95% 9,66-20,28) y una SG de 23,26 meses (IC 95% 11,73- 50,32).

Se produjo anemia en todos los pacientes siendo mayoritariamente (62,5%) de Grado (G) 1. El 62,5% presentó Trombocitopenia de algún G (25% G1, 12,5% G2 y 25% G3). Todos los pacientes tuvieron neutropenia (desde G1-4) presentándose fundamentalmente como G1 y G3 (37,5% cada uno). El 25% presentaron diarrea G1 y el 37,5% astenia G1-2.

Se produjeron retrasos en el 37,5% de los pacientes y reducciones de dosis en el 25%.

CONCLUSIONES

El tratamiento con pomalidomida, ciclofosfamida y dexametasona parece ofrecer buenos resultados. Los pacientes de nuestro estudio presentaron SLP mayores que las descritas en el estudio de Baz et al (15,37 versus 9,5 meses), no pudiéndose comparar las SG ya que en el estudio comparador no se alcanzó.

Las principales toxicidades encontradas fueron hematológicas manejándose correctamente mediante retrasos y reducciones de dosis.

Sería recomendable realizar un estudio con una muestra mayor y comparar dicho esquema frente a la doble terapia con Pomalidomida y Dexametasona.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

419. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON DARATUMUMAB SUBCUTÁNEO.

AUTORES

PACHECO LÓPEZ P, CARVAJAL SÁNCHEZ MÁ, IBAÑEZ CATURLA J, CLAVIJOS BAUTISTA S, TORRANO BELMONTE P, FRUCTUOSO GONZÁLEZ L, FERNÁNDEZ ZAMORA C, TITOS ARCOS JC

HOSPITAL MORALES MESEGUER. C/MARQUEZ DE LOS VÉLEZ. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con mieloma múltiple en tratamiento con daratumumab subcutáneo tras el cambio de vía intravenosa (iv) a subcutánea (sc).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de los pacientes en tratamiento con daratumumab sc. Las encuestas se realizaron en Hospital de Día Médico entre enero y marzo de 2021 (ambos inclusive) mediante un cuestionario que el farmacéutico ofrece al paciente antes de recibir el fármaco. Se incluyeron los pacientes previamente tratados con daratumumab iv y que habían recibido 2 o más dosis de la formulación sc en el momento de la encuesta, la cual era anónima y voluntaria. Los datos fueron recogidos del programa de prescripción electrónica Farmis-Oncofarm®.
El cuestionario consta de 12 preguntas divididas en 4 bloques: comodidad y calidad de vida (2), tiempo de administración (2), efectos adversos, dolor y nerviosismo (4) y satisfacción y confianza en el tratamiento (4). Todas las preguntas tienen 5 opciones de respuesta (ordenadas de menor a mayor grado de satisfacción), excepto dos preguntas con 3 opciones de respuesta; el tiempo de administración (demasiado, poco o adecuado) y la preferencia de vía de administración (sc, iv o sin preferencia)

RESULTADOS

Se encuestaron 19 pacientes, 10 mujeres (52.6%) y 9 hombres (47.4%) con una mediana de edad de 72,5 años (45-83). La mediana de ciclos recibidos de daratumumab sc fue 4 (3-7). Los resultados de las variables analizadas fueron:
- Comodidad de la administración y calidad de vida: el 70,5% considera “múy cómoda” la administración sc y el 29,4% “cómoda”, valorando que esta no interfiere “en absoluto” en sus actividades diarias en un 47%, “un poco” en un 35.3% y “algo” en un 17.6% de los pacientes.
- Tiempo de administración: el 74,7% lo considera “adecuado”. Ningún paciente consideró “demasiado” o “poco” el tiempo de administración. El 100% refiere que no le molesta en absoluto este tiempo.
- Efectos adversos, dolor y nerviosismo: el 100% opina que los efectos adversos de daratumumab sc son “tal y como esperaban”. El 17,6% califica el dolor que siente como “ninguno”, el 47% “leve” y el 35,4% “moderado”. El 70,6% no siente “en absoluto” nerviosismo ante la administración del fármaco, el 23,5% se siente “algo nervioso” y el 5,9% “muy nervioso”.
- Grado de satisfacción y confianza: el 70,6% se encuentra “muy satisfecho”. El 82,3% tiene “bastante” confianza en la efectividad de daratumumab sc y el 17,6% tiene “mucha” confianza. El 100% de los pacientes encuestados prefiere la administración sc del fármaco respecto a la iv y el 70,6% la recomendaría sin ninguna duda a otro paciente.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes encuestados (> 70%) considera la administración sc de daratumumab cómoda y adecuada en el tiempo, interfiriendo poco o en absoluto con sus actividades de la vida diaria.
Ninguno paciente ha presentado efectos adversos en relación con la administración sc, calificando el dolor como leve en la mitad de los casos, aproximadamente.
Respecto al grado global de satisfacción, más del 70% de los pacientes se encuentran muy satisfechos y recomendarían el sc frente al iv. Ningún paciente prefiere la administración vía iv.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

421. EFECTIVIDAD Y TOLERANCIA DE TEMOZOLAMIDA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS RECURRENTES METASTÁSICOS

AUTORES

VARELA GONZÁLEZ-ALLER J, VARON GALCERA C, LARROSA GARCÍA M, VALVERDE MORALES C, FARRIOLS DANÉS A, VALDIVIA VADELL C, RIVERA SÁNCHEZ L, CARRERAS SOLER MJ
HOSPITAL UNIVERSITARI 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 afectos 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 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%) leiomiosarcomas, 3(25%) sarcoma estroma endometrial, y 5(41,7%) otras histologías.
Los pacientes habían recibido 3,5(1-6) líneas de tratamiento previos, 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 recibieron 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 6,1(1,5-19,8) 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 éxitus, con una mediana de SG para este grupo de 7,4(2,3-13,2) meses.
Se detectaron 4(33,3%) casos de linfopenia que requirieron profilaxis 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

437. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ATEZOLIZUMAB EN CARCINOMA UROTELIAL EN SEGUNDA LÍNEA

AUTORES
MARTINEZ PUIG P, MANCILLA MONTERO E, HERNANDEZ PARADA J, RUIZ LARA LM, GAGO SANCHEZ AI
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. AVDA. MENENDEZ PIDAL, S/N. CORDOBA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de atezolizumab en pacientes con carcinoma urotelial metastásico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en un Hospital de tercer nivel de 4 años de duración (Mayo de 2018 hasta Mayo de 2021) de pacientes con carcinoma urotelial en tratamiento con atezolizumab.
Los datos demográficos recogidos fueron: edad, sexo, estado de calidad de vida según la escala “Eastern Cooperative Oncology Group” (ECOG), estadio de la enfermedad, localización de las metástasis, líneas de tratamiento previas, duración del tratamiento, motivo del fin de tratamiento y efectos adversos.
Las variables utilizadas para medir la efectividad fueron la mediana de Supervivencia Global (SG) y de Supervivencia Libre de Progresión (SLP). La seguridad fue evaluada según criterios “Common Terminology Criteria for Adverse Events” (CTCAE), del Instituto Nacional del Cáncer v 5.0. NCI-CTCAE-v3.
Todos los pacientes recibieron Atezolizumab 1200mg dosis fijas cada tres semanas hasta progresión, toxicidad inaceptable o éxitus.
La información fue recogida de la historia clínica electrónica digital(Diraya®) y del programa de prescripción y gestión de tratamientos antineoplásicos (Farmis Oncofarm®). El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico PASWSTadistic18.e y se llevó a cabo en entorno R.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 33 pacientes (25 hombres y 8 mujeres) con mediana de edad 67 años (35-84), ECOG 0-1, diagnosticados de carcinoma urotelial, estadio IV de la enfermedad (n=25) y con metástasis en pulmón principalmente.
Todos los pacientes recibieron Atezolizumab como segunda línea tras progresión a tratamiento con platino y gemcitabina.
La mediana de ciclos administrados fue 4 (1-31).
La mediana de SLP fue de 5,27 meses, IC 95% (3,03-13,63) y la mediana de SG fue de 6 meses, IC 95% (4,47-21,77). En el momento del corte del estudio, 20 pacientes habían fallecido
El fármaco fue bien tolerado, el evento adverso más frecuente fue astenia: grado I (n=3), grado II (n=1) y grado III (n=1). También se detectaron 5 casos de rash cutáneo grado I. Otras reacciones adversas menos frecuentes fueron: diarrea grado I (n=1), estreñimiento grado I (n=1) y neutropenia febril grado I (n=1). A un paciente se le retiró el tratamiento por toxicidad tiroidea grado II.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados de SLP han sido superiores a los ya publicados (5,27 meses vs 2,1 meses), mientras que la SG resultó ligeramente inferior (6 meses vs 8,6 meses). Además, se observó una toxicidad mínima, por lo que podemos afirmar que atezolizumab es un fármaco eficaz y seguro en carcinoma urotelial.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

440. QUIMIOTERAPIA Y TRASTUZUMAB EN ADENOCARCINOMA GASTROESOFÁGICO HER2+: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL AGAMENON-SEOM

AUTORES
PIERAS LÓPEZ Á, MARTÍNEZ TORRÓN AM, ARIAS MARTÍNEZ A, ÁLVAREZ MANCEÑIDO FJ, MIHIC GÓNGORA L, CASTILLO TRUJILLO OA, CARBAJALES ÁLVAREZ M, LOZANO BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVDA. ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Trastuzumab combinado con platino y fluoropirimidina (XP/FP) es el tratamiento estándar del cáncer gástrico avanzado HER2-positivo basándose en el estudio ToGA. A pesar de la ausencia de ensayos fase III, muchos clínicos administran

trastuzumab con esquemas alternativos. Un meta-análisis sugiere que sustituir cisplatino por oxaliplatino podría conllevar mayor eficacia y menos toxicidad.
El objetivo fue evaluar la validez externa de ensayos clínicos con quimioterapia + trastuzumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron 594 pacientes con adenocarcinoma gastroesofágico HER2-positivo procedentes del registro nacional multicéntrico AGAMENON-SEOM, que fueron tratados entre 2008 y 2020.

RESULTADOS

Los regímenes usados en al menos el 5% de los pacientes fueron capecitabina y cisplatino, esquema XP (27%); capecitabina y oxaliplatino, CAPOX (26%); 5-fluorouracilo (5FU) y oxaliplatino, FOLFOX (14%); 5FU y cisplatino, FP (14%); triplete con antraciclina/docetaxel (7%) y carboplatino-5FU (5%). La mediana de exposición a trastuzumab fue más prolongada con FOLFOX (11.4 meses, intervalo de confianza al 95% (IC 95%), 9.1-21.0) vs los regímenes del ensayo ToGA, XP y FP (7.5, IC 95%, 6.4-8.5), p < 0.001. Los pacientes con cánceres HER2-positivo inmunohistoquímica (IHC) 3+ tuvieron mayor tasa de respuesta que los IHC 2+/ hibridación fluorescente in situ (FISH)+, odds-ratio 1.97 (95% CI, 1.25-3.09).
Los resultados con CAPOX-trastuzumab fueron equiparables a los regímenes del ensayo ToGA. FOLFOX-trastuzumab fue superior a XP y FP en supervivencia global (SG) (Hazard ratio [HR] 0.63; IC 95%, 0.47-0.85), con mayor magnitud de efecto en tumores IHC 2+/FISH+ (HR 0.47, IC 95%, 0.24-0.92), frente a IHC 3+ (HR 0.69, IC 95%, 0.49-0.96), y en difusos (HR 0.37, IC 95%, 0.20-0.69) frente a intestinales (HR 0.76, IC 95%, 0.54-1.06), p(int)=0.047. Los esquemas con capecitabina se asociaron con más ingresos y muertes, frente a regímenes con fluorouracilo. Los esquemas con cisplatino tuvieron menos diarrea grado 3-4, pero más trombosis que los basados en oxaliplatino.

CONCLUSIONES

Nuestros datos confirman los resultados equiparables de los regímenes XP/FP-trastuzumab y CAPOX-trastuzumab en práctica clínica, y sugieren un posible beneficio de FOLFOX-trastuzumab, asociado a su patrón de uso, y condicionado a los subtipos habitualmente menos sensibles a trastuzumab, el IHC2+ y el subtipo difuso de Lauren, ya que es en estos subgrupos en los que las diferencias en la quimioterapia de base adquieren mayor relevancia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

450. EXPERIENCIA DE USO DE PEMBROLIZUMAB COMBINADO CON QUIMIOTERAPIA EN TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO

AUTORES

RECAREY GERPE V, BEUNZA SOLA M, OLIVARES HERNÁNDEZ A, FIGUERO PÉREZ L, CRUZ HERNÁNDEZ JJ, OTERO MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº DE SAN VICENTE, 58. SALAMANCA

OBJETIVOS

Conocer la efectividad y seguridad de pembrolizumab en combinación con quimioterapia en el tratamiento de primera línea del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) metastásico en vida real y comparar los resultados con los del ensayo pivotal KEYNOTE-189.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en pacientes con CPNM no escamoso metastásico tratados con pembrolizumab combinado con pemetrexed y quimioterapia basada en platino en primera línea entre agosto 2019 y abril 2021. Las variables registradas fueron: sexo, edad, histología, expresión PD-L1, presencia de mutaciones, ECOG, localización de las metástasis, número de ciclos administrados, retrasos y duración de tratamiento. La efectividad se evaluó mediante la mejor respuesta objetiva al tratamiento (criterios RECIST), la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG). Para evaluar la seguridad, se registraron los efectos adversos y su gravedad (criterios NCI-CTCAE v4.03). Los datos se analizaron con el programa estadístico R v3.5.1.

RESULTADOS

Se incluyeron 30 pacientes (24 varones) con una mediana (rango) de edad de 65 (43-76) años. La histología de adenocarcinoma fue la más prevalente (27 pacientes), la expresión de PD-L1 fue menor del 50% en todos los casos y ningún paciente presentó mutaciones de ALK o EGFR. Al inicio del tratamiento, todos presentaban ECOG 0-1. La mediana (rango) del número de órganos afectados por metástasis fue de 2 (1-5), siendo hueso y glándulas suprarrenales las localizaciones más frecuentes.
Los pacientes recibieron una mediana (rango) de 4 (1-6) ciclos de pembrolizumab más quimioterapia y de 3 (0-15) ciclos de pembrolizumab y pemetrexed de mantenimiento. Durante el tratamiento se produjeron retrasos en 14 pacientes, siendo las causas: reacciones inmunomediadas (n=9), toxicidad hematológica (n=7), infección (n=3), reacción cutánea (n=2), descompensación de enfermedad basal (n=1) y tromboembolismo pulmonar (n=1). En el momento de finalizar la revisión, 14 pacientes (47%) continuaban en tratamiento, 12 pacientes (40%) habían cambiado de línea por progresión y 4 habían fallecido.
Se pudo evaluar la respuesta en 22 pacientes, observándose en 7 (32%) respuesta parcial, en 3 (14%) enfermedad estable y en 12 (54%) progresión de la enfermedad. La mediana de SLP fue de 6,8 meses (IC95%= 5,8- NA). La mediana de SG no se alcanzó, aunque la SG a los 12 meses fue del 69,2%. A nivel de seguridad, se observaron eventos adversos grado 1-2 en 12 pacientes: astenia (n=3), reacción cutánea (n=3), tiroiditis (n=2), hepatitis (n=2), trombopenia (n=2), hipertransaminasemia (n=2), diarrea (n= 2), y otros (n=3). Se notificaron también eventos adversos grado 3-4 en 6 pacientes: neutropenia (n=4), trombopenia (n=1), anemia (n=1), hipotiroidismo (n=1) y miositis (n=1).

CONCLUSIONES

El uso de pembrolizumab en combinación con quimioterapia en el tratamiento de primera línea del CPNM metastásico mostró conseguir un número de respuestas objetivas limitado, y se encontró una SLP inferior y una SG similar a la descrita en el ensayo pivotal. La mayoría de los eventos adversos recogidos fueron leves, acordes a los descritos en ficha técnica, pero menos frecuentes y de menor gravedad que los registrados en el ensayo KEYNOTE-189.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

455. RESULTADOS EN VIDA REAL DE LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL

AUTORES

RECAREY GERPE V, BEUNZA SOLA M, ALCÁZAR MONTERO JA, GARCÍA CASANUEVA JC, JIMÉNEZ CABRERA S, OTERO MJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº DE SAN VICENTE, 58. SALAMANCA

OBJETIVOS

El empleo de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) junto con cirugía citorreductora es un opción terapéutica todavía controvertida en el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal (CP). El objetivo del estudio ha sido analizar los resultados obtenidos de la HIPEC en vida real en un hospital de cuarto nivel y compararlos con los descritos en la bibliografía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo realizado entre enero 2019 y abril 2021 que incluyó a pacientes con CP sometidos a cirugía citorreductora combinada con HIPEC. Las variables registradas fueron: sexo, edad, tipo de tumor y estadio, ECOG, índice de carcinomatosis peritoneal (ICP), empleo de quimioterapia neoadyuvante y adyuvante, evolución de los marcadores tumorales, grado de resección tumoral conseguido, efectos adversos y complicaciones relacionados con HIPEC, recidiva de la enfermedad, actitud terapéutica tras recidiva y situación actual. Para evaluar la efectividad se determinó la supervivencia libre de recaída (SLR) y la supervivencia global (SG). Los datos se analizaron con el programa estadístico R v3.5.1.

RESULTADOS

Se incluyeron 15 pacientes (9 mujeres) con una mediana (rango) de edad de 60 (34-75) años. Diez pacientes tenían diagnóstico de adenocarcinoma colorrectal, 4 de carcinoma epitelial seroso de ovario y 1 de pseudomixoma peritoneal de origen apendicular, todos ellos en estadio localmente avanzado (n=5) o metastásico (n=10). Todos los pacientes tenían un ECOG de 0-1 al diagnóstico, 13 pacientes presentaron un ICP menor de 20 antes de la HIPEC y 3 recibieron quimioterapia neoadyuvante.

Antes de someterse a HIPEC, 10 pacientes presentaban marcadores tumorales elevados, pero en 9 de ellos se normalizaron tras la misma. En 13 pacientes se consiguió una resección tumoral completa, sin presencia de enfermedad residual. Trece pacientes sufrieron efectos adversos derivados de la cirugía, pero ninguno relacionado con la HIPEC. Trece pacientes recibieron tratamiento adyuvante.

A fecha de corte del estudio, 7 pacientes (5 de ellos con adenocarcinoma colorrectal) habían recaído, siendo la mediana de SLR de 15,2 (IC95%= 9,4- NA) meses. Las localizaciones más frecuentes de recaída fueron pulmón (n=4) e hígado (n=2). Dos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente tras la recaída. Todos recibieron una primera línea de tratamiento quimioterápico para la enfermedad metastásica y uno de ellos dos. Los 8 pacientes sin signos de recidiva continuaban en seguimiento médico y 3 de ellos seguían todavía recibiendo tratamiento adyuvante o de mantenimiento. La mediana de SG no se alcanzó y la SG a los 16,2 (6,9-27,2) meses de seguimiento fue del 100%.

CONCLUSIONES

El uso de HIPEC junto con cirugía citorreductora en el tratamiento de la CP es una opción terapéutica empleada en pacientes concretos, con un buen perfil de seguridad. La HIPEC parece mostrar eficacia en la prevención de recaídas a nivel del peritoneo, que es el objetivo principal del tratamiento. Sin embargo, un porcentaje importante de pacientes presenta recidiva de la enfermedad con afectación en otras localizaciones al año de recibir la HIPEC, tiempo similar al descrito en la bibliografía, aunque la SG es prolongada. Debido al número limitado de pacientes del estudio, los resultados deben ser interpretados con precaución.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

458. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA INMUNOTERAPIA ANTI-PD-1 EN PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS METASTÁSICOS E INESTABILIDAD DE MICROSATÉLITES

AUTORES

APARICIO PEÑACOBA R, MORENO GÓMEZ Á, FIGUERO PÉREZ L, GARCÍA CASANUEVA JC, MARTÍN GIL M, JIMÉNEZ CABRERA S, CRUZ HERNÁNDEZ JJ, OTERO LÓPEZ MJ

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO DE SAN VICENTE, 182. ALMERÍA

OBJETIVOS

La inmunoterapia con agentes inhibidores de PD-1/PD-L1 ha supuesto una revolución en el tratamiento de tumores sólidos, incrementando la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. En particular, parece ser una terapia eficaz en pacientes con cáncer metastásico tras progresión a una primera línea de quimioterapia estándar que presenten deficiencias en el sistema de reparación del DNA (dMMR). La alteración de este mecanismo impide que la célula reconozca y repare mutaciones espontáneas, dando lugar a tumores con elevada inestabilidad de microsatélites.

Objetivo
Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con inmunoterapia anti-PD-1 en pacientes con cáncer metastásico con dMMR en un hospital de cuarto nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que incluyó a los pacientes con tumores de órgano sólido metastásico que presentaban dMMR, tratados con anticuerpos monoclonales anti-PD-1 (pembrolizumab o nivolumab) entre el 01/01/2015 y el 30/04/2021.
Se registraron y analizaron variables relacionadas con el paciente (sexo, edad, estado funcional ECOG y diagnóstico), el tumor (estadio al diagnóstico y genotipado de los genes implicados en el dMMR) y el tratamiento recibido (número y esquemas previos empleados en enfermedad metastásica, fecha de inicio y progresión del tratamiento anti-PD-1, fecha de exitus, máxima respuesta alcanzada, y tipo y grado de las reacciones adversas observadas). Para estimar la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global se empleó el método de análisis de Kaplan-Meier mediante el softwareR v3.5.1.

RESULTADOS
Se incluyeron 11 pacientes, 6 con cáncer colorrectal, 1 de íleon, 2 gástrico y 2 de endometrio. El 55% eran hombres y la mediana de edad fue 58 (21-82) años. Al diagnóstico, 2 (18,2%) pacientes presentaban enfermedad metastásica y en todos los casos se identificaron alteraciones en los genes implicados en el sistema dMMR. En el momento de iniciar tratamiento con inmunoterapia anti-PD-1, todos los pacientes presentaban un ECOG de 0-1; en 4 (36,4%) pacientes la inmunoterapia se empleó como primera línea de tratamiento de enfermedad metastásica, mientras que en el resto se inició tras progresión a al menos 1 tratamiento previo.
En relación a la efectividad del tratamiento, en 5 (45,5%) pacientes se observó respuesta global definida como respuesta completa (n=3), parcial (n=1) o enfermedad estable (n=1). Tres pacientes (27,3%) no habían sido evaluados en el momento del análisis. La mediana de SLP fue 24,8 meses (IC 95%, 2,86-NA). En la fecha del análisis, la mediana de supervivencia global no se había alcanzado.
Nueve (81,8%) pacientes presentaron reacciones adversas posiblemente relacionadas con el tratamiento: neumonitis, alteraciones de las pruebas de función hepática y hepatitis, alteraciones cutáneas, hipotiroidismo, mialgias o astenia. En 2 de ellos (18,2%) fueron de grado 3-4 y obligaron a la suspensión definitiva del tratamiento.

CONCLUSIONES
En nuestra limitada experiencia, la inmunoterapia resultó ser una opción efectiva para el tratamiento de tumores metastásicos con dMMR y puede ser una alternativa a la quimioterapia convencional. Aunque la aparición de toxicidad inmunorrelacionada fue frecuente, una elevada proporción de pacientes presentaron reacciones adversas de grado 1-2 que no impidieron continuar el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

460. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON NIRAPARIB SEGÚN LOS CRITERIOS RADAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO

AUTORES
RODRÍGUEZ SAGRADO MÁ, PARRO MARTÍN MÁ, MONTERO LLORENTE B, GRAMAGE CARO T, VÉLEZ DÍAZ-PALLARÉS M, GÓMEZ DE SALAZAR LÓPEZ DE SILANES E, ESTEBAN CARTELLE B, ÁLVAREZ DÍAZ AM
HOSPITAL UNIV. RAMON Y CAJAL. CALLE SAN MODESTO. MADRID

OBJETIVOS
Niraparib está indicado como tratamiento de mantenimiento en monoterapia de pacientes adultas con cáncer de ovario epitelial avanzado de alto grado, trompas de Falopio o peritoneal primario que están en respuesta (completa o parcial) tras completar una primera línea de quimioterapia basada en platino.
El objetivo principal de este estudio es analizar la adecuación del tratamiento con Niraparib en pacientes con cáncer de ovario según los criterios RADAR de la ESMO (reducción de dosis de inicio en función del peso (< 77kg) y recuento < 150.000 plaquetas/mcL). Como objetivo secundario, analizar el ahorro económico obtenido con la adecuación a dichos criterios.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel en el que se incluyeron a todas las pacientes en tratamiento con niraparib entre junio de 2018 y marzo de 2021. Todas las pacientes tuvieron un diagnóstico de carcinoma de ovario previamente tratado con quimioterapia basada en platinos y que habían respondido a la misma.
Se recogieron las siguientes variables de la historia clínica electrónica y del programa de dispensación de pacientes externos: edad, peso, dosis de inicio, reducciones de dosis y causa que las ha producido, duración del tratamiento, reacciones adversas y coste por paciente.
Se utilizaron los criterios RADAR (dosis de inicio y reducciones por toxicidad) para analizar la correcta adecuación del tratamiento según las características de cada paciente.

RESULTADOS
Se incluyeron 32 pacientes, con una mediana de edad de 64 años (46-88).
Un 87,5% (28) de las pacientes iniciaron tratamiento con Niraparib a dosis de 200mg según los criterios RADAR. El resto de pacientes iniciaron a dosis de 300mg, debido a un peso superior a 77kg y cifras de plaquetas normales.
Un 43,7% (14) de pacientes sufrieron reducción de dosis según los criterios RADAR, de las cuales el 78,6% (8) fue debido a efectos adversos hematológicos, siendo el más frecuente la trombocitopenia con un 62,5% (5). La mediana de meses

en tratamiento hasta reducción fue 2,3 (0,6-13,1). El 80% de las reducciones tuvieron lugar durante los 3 primeros meses, siendo el 43% en el primer mes.
El manejo del 100% de las pacientes se adecuaron a los criterios RADAR de utilización de Niraparib.
El coste del tratamiento con Niraparib a dosis de 3 comp/24h al año fue de 57.096€. Tras la adecuación de las dosis según los criterios RADAR, el coste medio por paciente/año es de 31.022€. Lo que supone un ahorro de 834.368€ en nuestro grupo de pacientes.
Actualmente están en tratamiento el 62,5% (20) de las pacientes, el resto progresaron. La mediana de meses en tratamiento fue de 6,0 (0,9-33), llevando más de 1 año en tratamiento el 35% (7) de pacientes y más de 2 años el 10% (2).

CONCLUSIONES

Todos los casos analizados se adecuaron a los criterios RADAR de utilización de Niraparib en pacientes con cáncer de ovario. Además, esta adecuación supuso un elevado ahorro económico en el tratamiento de este grupo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

482. EFECTIVIDAD DE NIVOLUMAB EN PRIMERA LINEA DE TRATAMIENTO DE MELANOMA METASTÁSICO SEGÚN NIVELES DE LACTATO DESHIDROGENASA Y RATIO NEUTROFILOS/LINFOCITOS

AUTORES

MARTÍNEZ IBÁÑEZ MÁ, GOLNABI DOWLATSHAHI F, DÍAZ RAMÓN M, CANO MOLINA JÁ, LAORDEN CARRASCO A, GIL ALMELA J, TORRO GARCÍA L, DÍAZ CARRASCO MS
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad del tratamiento con nivolumab, en primera línea de melanoma metastásico, en función de los niveles elevados o no de lactato deshidrogenasa (LDH) y del cociente neutrófilos/linfocitos (NLR), al inicio del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos de todos los pacientes con melanoma metastásico tratados con nivolumab, en primera línea, desde enero de 2016 hasta marzo de 2021. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, posología, número de ciclos administrados, nivel de LDH y NLR al inicio del tratamiento y supervivencia libre de progresión (SLP). Para el tratamiento de datos se utilizó el software estadístico IBM-SPSS-Statistics®v25.0, mediante el cual se realizaron curvas de Kaplan-Meier, calculando el log rank entre las mismas.

RESULTADOS

Se incluyeron 23 pacientes, 13 hombres y 10 mujeres. La mediana de edad fue de 68 años (18-85). La media de LDH al inicio del tratamiento fue de 372,29 UI (±754,80, 95% IC). Once pacientes tenían niveles de LDH elevados (> 214 UI) al iniciar el tratamiento mientras que 12 pacientes mantenían niveles normales. La media de NLR al inicio del tratamiento fue de 2,64 (±1,42, 95% IC), presentando 8 pacientes niveles elevados (> 2,7) al inicio del tratamiento y 15 pacientes niveles inferiores. Nivolumab fue dosificado a 3 mg/kg en todos los pacientes. La mediana de ciclos administrados fue de 15 ciclos (2-62). La mediana de SLP fue de 6,00 meses (± 4,79, 95% IC) para el grupo completo de pacientes, siendo de 4,00 meses (± 3,30, 95% IC) para el grupo de pacientes con LDH elevada y de 10,00 meses (± 4,04, 95% IC) para el grupo con valores dentro de rango de la enzima. La mediana de SLP para el grupo de pacientes con NLR alto fue de 2,00 meses (± 0,49, 95% IC), mientras que para los pacientes con NLR bajo la mediana fue de 13,00 meses (± 3,86, 95% IC). La mediana de SLP para los pacientes con ambos índices elevados fue de 1,50 meses (± 0.00, 95% IC). Al realizar el test “log rank”, encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a SLP en función de NLR (2 vs 13 meses; p=0,000), en función de LDH y NLR elevados (1,5 vs 13 meses; p=0,000) y comparando ambos elevados con solo uno de ellos (1,6 vs 11 meses; p=0,000). En función únicamente de LDH las diferencias no fueron estadísticamente significativas (4 vs 10 meses; p=0,412).

CONCLUSIONES

La efectividad, en términos de SLP, en la muestra total de pacientes fue similar a la descrita en el ensayo clínico fase III CA209066, donde la mediana de SLP fue de 5,1 meses. Al estratificar según niveles de LDH o NLR, se evidencia menor mediana de SLP en los pacientes con un perfil alterado de NLR, siendo aún más baja cuando ambos indicadores están alterados. Por tanto, los niveles elevados de LDH y NLR al inicio del tratamiento con nivolumab se comportan como factores predictivos en los pacientes con melanoma metastásico.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

487. TOXICIDAD HEMATOLÓGICA Y RENAL ASOCIADA A LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EN CIRUGÍA CITORREDUCTORA PARA EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL

AUTORES

FORTANET GARCÍA M, BOSÓ RIBELLES V, EDO PEÑARROCHA J, BELLÉS MEDALL MD, CEBOLLA BELTRÁN T, GARCÍA MUÑOZ S, ESTEVE LÓPEZ V, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL DE CASTELLON. AVD. BENICASSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

La carcinomatosis peritoneal (CP) es una diseminación intraabdominal de diversos tumores malignos gastrointestinales y ginecológicos, se asocia con mal pronóstico. El tratamiento consiste en cirugía citorreductora (CC) y la administración intraperitoneal de quimioterapia hipertérmica (HIPEC). En la administración vía intraperitoneal se alcanzan concentraciones tisulares superiores a la administración por vía sistémica y los efectos adversos (EA) esperados serían menores.
El objetivo de este estudio es describir la toxicidad hematológica y renal de los pacientes con CP sometidos a esta técnica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes con CP tratados con CC con HIPEC en un hospital de tercer nivel, desde enero de 2016 hasta marzo de 2021. Los esquemas de HIPEC utilizados en nuestro centro en el periodo de estudio fueron: mitomicina 35mg/m2, cisplatino 75–100mg/m2 u oxaliplatino 360mg/m2 más 5-fluorouracilo 400mg/m2. La administración de esta quimioterapia se realizó vía intraperitoneal en quirófano a 42ºC y durante 60 minutos en un volumen de 2 litros/m2.

Se recogieron las siguientes variables clínicas: edad, sexo, peso, diagnóstico, tumor primario, tratamiento recibido y EA. Para evaluar la nefrotoxicidad se recogieron datos de creatinina, para la toxicidad hematológica: hemoglobina, neutrófilos y plaquetas (previa cirugía y post-intervención). Las reacciones adversas se clasificaron según los common terminology criteria for adverse events (CTCAE) versión 5.0 del National Institutes of Health (NIH).

Las variables cuantitativas se describieron como media (intervalo de confianza del 95% (IC95%)) y las cualitativas como frecuencias.

RESULTADOS

Se incluyeron 57 pacientes (64,9% mujeres), con una edad media de 63,12 (IC95%: 60,24-66,00) años y 71,1 (IC95%: 66,87-75,33) Kg. El tumor primario fue identificado como cáncer colorrectal en el 54,4% de los casos, de ovario en el 36,8%, estómago en el 5,3% y peritoneo en el 3,5%.

El tratamiento recibido en el 38,6% de los pacientes fue de mitomicina 35mg/m2, el 33,3% de cisplatino 75–100mg/m2 y el 28% fue oxaliplatino 360mg/m2 más 5-fluorouracilo 400mg/m2. Las dosis media de cisplatino 163,26 (IC95%: 157,05-169,47) mg, de mitomicina 63,10 (IC95%: 59,48-66,71) mg y oxaliplatino 668,03 (IC95%: 630,96-705,01) mg más fluorouracilo 742,25 (IC95%: 701,07-783,43) mg.

Se registraron EA en 56 pacientes (98,25%), siendo de grado 3-4 (graves) en el 38,6% de los casos. La frecuencia de reacciones adversas graves fue de: 26,4% anemia, 7,2% neutropenia, 3,6% nefrotoxicidad y 1,8% trombopenia. Estos EA se registraron en el promedio de 7,33 (IC95%: 6,85-7,82) días post-intervención.

La frecuencia de los EA graves en función del protocolo utilizado fue la siguiente, en el cisplatino 75–100mg/m2: 36,9% anemia y 10,6% nefrotoxicidad; en la mitomicina 35mg/m2: 19,1% neutropenia y 18,1% anemia; en el oxaliplatino 360mg/m2 más 5-fluorouracilo 400mg/m2: 25,1% anemia y 12,6% de trombopenia.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio el 38% de los pacientes padecieron EA graves relacionados con la administración de la HIPEC. La anemia es el EA grave común para todos los protocolos, cabe destacar que solo se produjo nefrotoxicidad grave con cisplatino, neutropenia grave con mitomicina y trombopenia grave con oxaliplatino más 5-fluorouracilo.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

507. SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD DE CABOZANTINIB EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES

FRAGA BUENO E, GONZÁLEZ FURELOS T, LÓPEZ SANDOMINGO L, VALCARCE PARDEIRO N, RODRÍGUEZ PENÍN I

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. AVDA. DE RESIDENCIA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Describir la seguridad y tolerabilidad de cabozantinib en la práctica clínica habitual en un hospital de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo en el que se incluyeron los pacientes tratados con cabozantinib en un hospital de segundo nivel del 01/03/18 al 30/04/21.

Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), oncológicos [diagnóstico, estadío, estado funcional (PS) al inicio de tratamiento con cabozantinib, líneas de tratamiento previas], tratamiento con cabozantinib [duración y tolerancia (reducción de dosis, tiempo hasta reducción, retrasos, efectos adversos (EA), ingresos/urgencias, suspensión de tratamiento)].

Los datos se recabaron de la historia clínica electrónica. Se evaluó el grado de toxicidad según criterios NCI-CTCAE v.5. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana [rango intercuartílico (RIQ)].

RESULTADOS

Se incluyeron 17 pacientes [mediana de edad 66 años (RIQ: 56-71), 14 hombres (82%)], el 77% diagnosticados de cáncer renal y el 23% de hepatocarcinoma. Al inicio todos los pacientes se encontraban en estadíos avanzados de la enfermedad, 11 presentaban PS 1, 4 PS 2 y 2 PS desconocido.

Todos los pacientes habían recibido alguna línea previa: 1 (n=9), 2 (n=5), 3 (n=2), 4 (n=1); 9 pacientes recibieron sunitinib, 5 sorafenib, 7 nivolumab, 2 pazopanib, 2 everolimus y 3 nivolumab+ipilimumab.

La mediana de duración de tratamiento con cabozantinib fue de 235 días (RIQ: 79- 443).

El 100% de los pacientes presentaron efectos adversos. Los EA más frecuentes de cualquier grado fueron: astenia (64%), toxicidad cutánea (53%), diarrea (41%), hipertransaminemia (35%), hipomagnesemia (35%), náuseas/vómitos (29%), hipotiroidismo (23%), mucositis (23%). Un 41% (n=7) de los pacientes presentaron EA grado 3 [hipertransaminemia (n=2), astenia (n=2), hipomagnesemia (n=2) y trombopenia (n=1) y diarrea (n=1)].

El 94% de los pacientes precisaron una primera reducción de dosis a 40 mg por mala tolerancia y EA [astenia (n=5), toxicidad cutánea (n=5), hipertransaminemia (n=3), diarrea (n=2), hipomagnesemia (n=1), agudización insuficiencia renal (IRA) (n=1)]. En 3 de ellos fue necesario reducir la dosis hasta 20 mg. La mediana de tiempo hasta la primera reducción fue de 89,5 días (RIQ: 26,5- 257,0).

Se realizaron 18 interrupciones de tratamiento (59% pacientes). Motivos principales: hipertransaminasemia (n=4), alteraciones hidroelectroliticas (n=3), toxicidad cutánea (n=3), astenia (n=2), diarrea (n=2) y trombopenia (n=2). Mediana

de tiempo de interrupción 6 días (RIQ: 0-20).
Cabozantinib fue suspendido por toxicidad en 4 pacientes [IRA (n=1), síncope (n=1) y toxicidad cutánea (n=2)] y 6 pacientes requirieron ingreso o acudieron a urgencias [astenia (n=2), hipomagnesemia (n=2), hipertransaminasemia (n=1), vómitos (n=1)].

CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra una alta frecuencia de EA a cabozantinib, con un importante porcentaje de reducciones de dosis, interrupciones temporales del tratamiento y suspensiones por toxicidad. En nuestra serie de casos, cabozantinib ha mostrado ser un fármaco con mala tolerabilidad.
Los EA más frecuentes en nuestra población fueron: astenia, toxicidad cutánea, diarrea, hipertransaminemia e hipomagnesemia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

513. FACTORES PREDICTIVOS DE LA SUPERVIVENCIA GLOBAL EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO CON ATEZOLIZUMAB.

AUTORES

GONZÁLEZ GARCÍA I, FERRER MACHÍN A, GONZÁLEZ PERERA I, VIÑA ROMERO MM, DÍAZ DÍAZ CL, MARTÍN LÓPEZ A, JOY CARMONA P, MERINO ALONSO FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO N. S DE LA CANDELARIA. CALLE GENERAL DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Fijar los factores predictivos de la supervivencia global (SG) en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) en tratamiento con atezolizumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con CPNM tratados con atezolizumab durante el periodo comprendido entre mayo de 2018 y marzo de 2020.
Se realizó un análisis descriptivo inicial a través de la media ± 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 utilizó el método de regresión de Cox multivariante ajustado por nivel basal de LDH, tipo de tumor, edad, sexo y expresión de PDL-1. Se estimó el Hazard Ratio (HR) y el IC95% a través de los coeficientes 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 incluyó un total de 65 pacientes en tratamiento con atezolizumab con diagnóstico de CPNM, de los cuales el 71% presentaba histología de tipo adenocarcinoma. La media de edad fue de 65±8 años, el 66% varones. El 72% presentaba un estado funcional ECOG 0.
Los pacientes incluidos en el estudio recibieron una media de 4 ciclos(2-10) de atezolizumab. El 50% de los pacientes a los que se les determinó la expresión de PDL-1 (n=46) tenía un valor > 1%.
La SG es menor en pacientes con tumor escamoso (HR= 3.394, IC95=1,133-10,164) y con niveles basales de LDH elevados (HR= 2.593, IC95=1,065-6,253).

CONCLUSIONES

Tanto el nivel basal de LDH así como la histología del tumor tienen utilidad como factor predictivo en la SG de pacientes con CPNM en tratamiento con atezolizumab, estimándose la histología escamosa y el nivel basal elevado de LDH como factores predictivos negativos.
Por lo tanto, en la práctica clínica diaria, el seguimiento de estos factores puede aportar información de interés de cara a la evolución clínica y eficacia del tratamiento en este tipo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

518. IBRUTINIB EN LA LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA: REVISIÓN DE INTERACCIONES

AUTORES

SERNA SERRANO B, RUIZ SÁNCHEZ S, DEL POZO CARLAVILLA C, COLLADO SANZ JM, ALABORT AYLLÓN H, TÉBAR MARTÍNEZ E, ALDAZ FRANCÉS R, ANDRES PRETEL F
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE. C/ HERMANOS FALCÓ, 37. ALBACETE

OBJETIVOS

El ibrutinib es un inhibidor tirosin-quinasa de Burton que se metaboliza principalmente en el hígado por la vía enzimática del citocromo P450-3A4 (CYP3A4), por ello, se debe evitar el uso concomitante de ibrutinib con fármacos que se metabolicen por esta vía. El objetivo del estudio es describir y analizar las interacciones farmacológicas (IF) detectadas entre el ibrutinib y la medicación domiciliaria (MD) de la población a estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional-retrospectivo que incluye a todos los pacientes con leucemia linfática crónica de un hospital de tercer nivel, tratados con ibrutinib hasta diciembre-2020. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas electrónicas de Mambrino XXI® y se revisaron las IF entre ibrutinib-MD con la base de datos Lexicomp® de UpToDate®. Para el análisis descriptivo-comparativo de las IF encontradas (omeprazol, amiodarona, consumo crónico de etanol (CCE) y anticoagulantes orales (ACO)) se utilizó el software estadístico R® v4.0.2:

- Test Wilcoxon-Mann-Whitney: diferencias detectadas en el número de efectos adversos (EA) grado ≥ 3, entre los pacientes tratados con ibrutinib e inhibidor/inductor del CYP3A4 (Omeprazol; Amiodarona; CCE) y los que sólo tomaron ibrutinib. Los grados de EA se establecieron según la terminología común de clasificación de efectos adversos del National Cancer Institute v4.03.
- Test exacto de Fisher: diferencias detectadas en el número de EA tipo cardiotoxicidad o hemorragia, entre los pacientes tratados con ibrutinib y ACO (Acenocumarol; Anticoagulantes de acción directa (ACOD); Acenocumarol y cambio a ACOD previo a iniciar ibrutinib (Ace-ACOD)) y los que no precisaron tratamiento con ACO.

RESULTADOS

En la muestra estudiada (n=54 pacientes) se detectaron 149 posibles EA y en el 61,1% de ellos (n=33), se observaron IF entre el ibrutinib y algún inhibidor/inductor del CYP3A4 o ACO:
- Wilcoxon-Mann-Whitney: con omeprazol (mediana=1; rango intercuartílico (RIQ)=3) sin omeprazol (mediana=1; RIQ=2; p=0,25); con amiodarona (mediana=2,5; RIQ=0,5) sin amiodarona (mediana=1; RIQ=2; p=0,19); con CCE (mediana=0; RIQ=0) sin CCE (mediana=1; RIQ=2,5; p=0,06). No se detectan diferencias estadísticamente significativas.
- Test exacto de Fisher: Cardiotoxicidad-Acenocumarol (n=2 (20%); p=0,15); Cardiotoxicidad-ACOD (n=3 (21,4%); p=0,05); Cardiotoxicidad-Ace-ACOD (n=1 (16,7%); p=0,38); Hemorragias-Acenocumarol (n=2 (20%); p=0,6); Hemorragias-ACOD (n=3 (21,4%); p=0,36); Hemorragias-Ace-ACOD (n=1 (16,7%); p=1). Se detectan diferencias estadísticamente significativas en los pacientes tratados con ACOD y EA tipo cardiotoxicidad.

CONCLUSIONES

- Los inhibidores del metabolismo del ibrutinib (omeprazol; amiodarona) podrían incrementar su biodisponibilidad y, por tanto, su toxicidad.
- Los inductores (etanol), podrían disminuirla y mermar su efectividad.
- La cardiotoxicidad y los acontecimientos hemorrágicos pueden agravarse con el ibrutinib si los pacientes están tratados con acenocumarol, por ello, previo a iniciar ibrutinib, se recomienda: valorar beneficio/riesgo de iniciar ibrutinib, cambiar a ACOD (bajo control exhaustivo) y realizar controles periódicos (hemogramas y electrocardiogramas).

La única variable estadísticamente significativa es la presencia de cardiotoxicidad en pacientes tratados con ibrutinib-ACOD (p=0.05). La falta de significación estadística en el resto de las variables analizadas posiblemente se deba al pequeño tamaño muestral del estudio, sin embargo, los resultados obtenidos nos alertan de la importancia de evaluar la farmacoterapia de los pacientes en su conjunto y no de forma aislada.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

522. SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE BELANTAMAB EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE

AUTORES

JULIÁ LUNA FJ, BRICEÑO CASADO MDP, DE LA CALLE RIAGUAS B, GÓMEZ ESPINOSA P, CRIADO RUBIO B
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. CTRA. DE MADRID, KM. 114. TOLEDO

OBJETIVOS

Belantamab está indicado en monoterapia para el tratamiento del mieloma múltiple (MM) en pacientes con al menos cuatro terapias previas y que hayan demostrado progresión de la enfermedad. El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad y efectividad de belantamab en el tratamiento del MM, comparándolas con bibliografía de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con MM tratados con belantamab desde julio 2020 hasta mayo 2021 en un hospital general. Se utilizó la aplicación Dispensación de Pacientes Ambulantes del programa Farmatools® y el programa Mambrino XXI® para recoger: sexo, edad, ECOG, diagnóstico, tipo de mieloma, estadio, número de líneas previas, número de ciclos con belantamab, posología y efectos adversos (EA). La seguridad se evaluó mediante registro de EA siguiendo los criterios Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) versión 5.0, así como discontinuaciones. La efectividad se valoró mediante la supervivencia libre de progresión (SLP). Se compararon los resultados obtenidos con los descritos en la bibliografía.

RESULTADOS

Se incluyeron 3 pacientes: 2 mujeres (66%) y 1 hombre (33%), con media de edad de 77 (59-85) años. El 66% tenían inicialmente estado general ECOG 0-1. EL 66% (n=2) de MM eran IgG Lambda en estadío IIA según la clasificación Durie-Salmon y el 33%(n=1) IgA Kappa estadío IIIA. La mediana de líneas previas al tratamiento con belantamab fue de 6 (3-6). La mediana de ciclos con belantamab fue 2 (1-12). Todos los pacientes recibieron al menos una dosis de 2,5 mg/kg de este fármaco.

Todos los pacientes presentaron EA: trombocitopenia grado 3 (n=2), queratopatía grado 2 (n=1), queratopatía grado 1 (n=2), aumento de alanina-aminotransferasa (ALT) grado 2 (n=1), aumento de aspartato-aminotransferasa (AST) grado 2 (n=1), aumento de lactato deshidrogenasa (LDH) (n=1), estreñimiento grado 1 (n=1). Según recoge ficha técnica (FT), en el estudio DREAMM-2 la incidencia en la población de trombocitopenia grado 3 fue 22%, de queratopatía en cualquier grado 71%, el aumento de ALT en cualquier grado 21% y el aumento de AST en cualquier grado 11%. No se encontraron datos en FT sobre LDH ni estreñimiento.

Solo 1 paciente (33%) cursó con reducción de dosis a 1,9 mg/kg durante un ciclo debido a queratopatía. En FT, en caso de queratopatía moderada se recomienda este ajuste de dosis o suspender tratamiento hasta mejoría. Un paciente (33%) tuvo interrupción del tratamiento debido a EA. Según la bibliografía, en un 9% de los pacientes se suspendió el tratamiento por EA, relacionándose con EA oculares en el 3%.

La mediana de SLP observada fue 1,5 (1-9) meses, y la recogida en la bibliografía 2,8 (1,6-3,6).

CONCLUSIONES

A pesar de la limitada población de nuestro estudio, debido a la reciente indicación de belantamab para MM y de la necesidad de datos más maduros para una comparación adecuada, la mayoría de pacientes presentaron alguna EA asociada al tratamiento, siendo casi todas descritas en FT, y provocando en un caso interrupción del mismo. Aunque la SLP observada fue inferior a la descrita en la bibliografía en dos pacientes, en otro fue muy superior.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

528. EXPERIENCIA CLÍNICA EN LA DISCONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA TIROSIN CINASA EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA.

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

El objetivo de este estudio ha consistido en 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 cuatro años de duración (2017-2021) 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 BRC-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

Se incluyeron un total de 72 pacientes. El 63.9% varones y la edad media de 58.1±16.9 años. La distribución de tratamientos fue:

- Imatinib: 63.9% (46) de los pacientes. Todos, menos un paciente, en primera línea.
- Nilotinib: 27.8% (20). El 65% en primera línea.
- Dasatinib: 6.9% (5). El 80% (4) en segunda línea.
- Bosutinib: 1.4% (1), en segunda línea.

En el 44.4% (32) se ha realizado una discontinuación: el 62.5% en tratamiento con imatinib, el 31.3% con nilotinib y el 6.3% con dasatinib. Los niveles de expresión de BCR-ABL en el momento de la discontinuación fueron indetectables en el 62.5% de los pacientes y en el resto (37.5%) el valor medio de expresión fue de 0.00399±0.005%.

El 75% de los pacientes han logrado mantener la discontinuación del tratamiento durante el periodo de estudio. La media en el tiempo de discontinuación ha sido de 18.1±9.1 meses (3.1-38.1).

En el 25% (8) de los casos se produjo una pérdida respuesta, suponiendo un fracaso de la discontinuación y el reinicio del tratamiento, 5 se encontraban en tratamiento previo con imatinib y 3 con nilotinib (p=0.77). Los pacientes que fracasaron lo hicieron en una media de 6.5±3.6 meses (3.1-13.8).

Un 9.4% (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, sin embargo esto no ocurrió en los dos casos restantes, que continuaron discontinuados. Los pacientes que experimentaron SR estaban en tratamiento previo con imatinib (1), nilotinib (1) y dasatinib (1).

CONCLUSIONES

Con este estudio hemos mostrado los resultados, en condiciones de práctica clínica habitual, de una serie de casos (32 pacientes) sobre los que ya se ha realizado la discontinuación con ITC en el tratamiento de la LMC. Tras una media de 18 meses de seguimiento, los datos obtenidos son similares a los descritos en la bibliografía, observándose que no existe una diferencia significativa en la tasa de fracaso entre los ITC de 1ª y 2ª generación y mostrando resultados esperanzadores con esta estrategia terapéutica.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

531. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TERAPIA DIRIGIDA CON INHIBIDORES DE BRAF Y MEK EN MELANOMA METASTÁSICO CON MUTACIÓN BRAF-V600 POSITIVA

AUTORES

RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Z, MATILLA FERNÁNDEZ B, TÁVARA SILVA BI, VÉLEZ BLANCO A, CASÁS FERNÁNDEZ X, MARTÍNEZ ÁLVAREZ E, SÁEZ HORTELANO JC, GUINDEL JIMENEZ C

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. ALTOS DE NAVAS, S/N. LEÓN

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y la seguridad de la combinación de inhibidores BRAF y MEK (dabrafenib-trametinib o vemurafenib-cobimetinib) en el tratamiento del melanoma metastásico BRAF-V600 positivo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo (diciembre/2015-marzo/2021) que incluye a todos los pacientes con melanoma metastásico tratados con las combinaciones de inhibidores BRAF y MEK (considerándose equivalentes). Variables recogidas mediante el programa informático Oncofarm® y la historia clínica electrónica Jimena®: sexo, edad, mutación V600, LDH basal, escala funcional Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), metástasis cerebrales, afectación visceral, línea de tratamiento, tasa de respuesta según criterios RECIST v1.1. Como variables de efectividad se utilizaron: mediana de supervivencia libre de progresión (SLP): definida como el tiempo desde el inicio del tratamiento hasta la primera progresión documentada o muerte; y tasa de respuesta objetiva (TRO): porcentaje de sujetos con desaparición y/o reducción del tamaño tumoral después del tratamiento, es decir con respuesta completa (RC) y/o respuesta parcial (RP) al tratamiento según criterios RECIST v1.1. Como criterio de seguridad se analizó la aparición de efectos adversos (EAs) y grado de toxicidad según los criterios terminológicos comunes de efectos adversos (CTCAE 5.0). El análisis estadístico se realizó mediante SPSS® Statistics v23

RESULTADOS

Se incluyeron 21 pacientes. La mediana de edad fue 57 años (RI:50-68), estado funcional ECOG 0 (38,1%), ECOG 1 (61,9%). Afectación visceral (71,4%), y metástasis cerebrales (28,6%). El 52,4 % presentó niveles de LDH por encima de la normalidad, y la mutación BRAF predominante fue V600E (85,7%).
La mediana de SLP fue 4 meses (IC95% 1,25-6,75), y TRO del 52,4%(n=11): RC (n=4) y RP (n=7). Incluyendo sólo a los pacientes que no habían recibido tratamiento previo para el melanoma avanzado con mutaciones V600 E o K (80,95%): mediana de SLP 6 meses (IC95% 2,37-10,65) y TRO 52,9%(n=9): RC (n=4) y RP(n=5).
El 66,7% presentó algún EA. Los más frecuentes fueron: rash cutáneo (38,09%: grado 1(n=4), grado 2(n=1), grado 3(n=3)); pirexia (14,29%: grado 1(n=2), grado 2(n=1)); astenia (9,52%: grado 2(n=1), grado 3(n=1)); cardiotoxicidad (9,52%: grado 2(n=1), grado 3(n=1)); y desprendimiento de retina (9,52%: grado 3(n=1), grado 4(n=1)). El 23,81% presentó EA de grado ≥3. En el 14,29% de los pacientes la toxicidad del tratamiento obligó a la reducción o suspensión del tratamiento.

CONCLUSIONES

Las características demográficas son comparables con los criterios de los ensayos pivotales (COMBI-D y COMBI-V). Los datos de efectividad (SLP y TRO) son inferiores, aunque próximos, a los encontrados en los ensayos COMBI-D (mediana de SLP de 11 meses, y TRO del 69%) y COMBI-V (mediana de SLP de 11,4 meses, y TRO de 64%). Sin embargo, esta efectividad aparentemente menor, puede deberse al peor estado general de nuestros pacientes al inicio del tratamiento en comparación con los ensayos pivotales (ECOG 0 ≥ 70% de los pacientes), sin poder concluirse una efectividad menor del tratamiento. En lo referente a la seguridad: un menor porcentaje de pacientes presentó EAs en comparación con los ensayos COMBI-D (87%) y COMBI-V (91%); además, la aparición de EAs graves fue menor que en estos ensayos pivotales (≥ 40%), concluyéndose un adecuado perfil de seguridad.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

534. EXPERIENCIA CON OSIMERTINIB EN EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EGFR+

AUTORES

RODRIGUEZ MORETA C, CORRALES PAZ M, GANFORNINA ANDRADES A, PLA PASAN R, TUDELA TOMAS J, MARTINEZ BAUTISTA MJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. AV. ANA DE VIYA, 21. CÁDIZ

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de osimertinib en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico, portadores de la mutación EGFR.

MATERIALES Y MÉTODOS

Osimertinib es un inhibidor irreversible de la tirosina quinasa (TKI) de 3ª generación, de los receptores del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) que inhibe tanto las mutaciones sensibilizantes del EGFR (EGFRm) como aquellas que confieren resistencia (mutación T790M de resistencia a los TKI).
Osimertinib está aprobado en monoterapia para el tratamiento de primera línea de pacientes adultos con CPNM localmente avanzado o metastásico con mutaciones activadoras del EGFR y mutación positiva del EGFR T790M.
Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a los pacientes tratados con osimertinib desde enero-2019 hasta abril-2021. Osimertinib se administró a dosis de 80 mg vía oral una vez al día, hasta progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. Los datos se obtuvieron de la historia clínica (HC) digital Diraya® y del programa de prescripción electrónica de quimioterapia Oncowin®. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, estado funcional al inicio del tratamiento (ECOG), líneas previas y posteriores. La efectividad se evaluó mediante la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG). La seguridad se recogió por las reacciones adversas (RA) de las HC según CTCAEv.5.

RESULTADOS

Se incluyeron a 9 pacientes de edad media 72 ± 7 años (sexo: 88,89% mujeres) con CPNM, presentando 3/9 pacientes ECOG=0; 1/9 paciente ECOG=1; 2/9 pacientes ECOG=2 y 3/9 pacientes ECOG=3. Todos ellos con estadio IV, mutación positiva para EGFR y 1/9 paciente mutación positiva para T709m. La mayoría de ellos (6/9) recibieron osimertinib en primera línea; 2/9 pacientes lo obtuvieron en 2ª línea tras el tratamiento con: afatinib (1) y carboplatino-pemetrexed-pembrolizumab (1); y 1/9 paciente lo recibió en 4ª línea tras afatinib, erlotinib y platino-premetexed. Además, 1/9 paciente fue tratado posteriormente con pemetrexed-carboplatino/vinorelbina por falta de respuesta. Al finalizar el

estudio, 5/9 pacientes fallecieron debido a la enfermedad, 3/9 continuaron con el tratamiento y 1/9 progresó.
Tras una mediana de seguimiento de 10,1 meses, la mediana de SLP fue de 6,4 meses (1,7-12,7) y la mediana de SG fue 5,2 meses (2,1-13,3). De todos los pacientes, 5/9 sufrieron RA, siendo la mayoría de grado 1-2: diarreas (40%), onicopatía (40%), alopecia (40%), astenia (20%), plaquetopenia (20%) y neutropenia (20%); ninguno de ellos sufrió RA graves de grado 3 y 4. Todos los pacientes recibieron el fármaco a dosis completa y 1 precisó reducción de dosis por diarreas.

CONCLUSIONES

Asumiendo las limitaciones del estudio en cuanto al número reducido de pacientes, osimertinib en monoterapia podría considerarse una opción de tratamiento preferente en primera línea en pacientes con CPNM EGFR+ localmente avanzado o metastásico, al mostrar resultados similares a los del Informe de Posicionamiento Terapéutico que permitieron su autorización. Su uso es seguro con un perfil de RA manejable.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

553. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DEFIBROTIDE EN EL TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.

AUTORES

GARCÍA CASANUEVA JC, JIMENEZ CABRERA S, CABRERO CALVO M, APARICIO PEÑACOBA R, MORENO GOMEZ Á, MARTÍN GUTIERREZ N, RECAREY GERPE V, OTERO LOPEZ MJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº SAN VICENTE, 58. SALAMANCA

OBJETIVOS

La enfermedad venoclusiva hepática (EVO) es una complicación potencialmente fatal asociada al trasplante de progenitores hematopoyéticos en cuyo tratamiento se utiliza defibrotide, medicamento con acción antitrombótica, fibrinolítica, antiadhesiva y antiinflamatoria. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con defibrotide en pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos con EVO.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con EVO en tratamiento con defibrotide. El período del estudio comprendió desde enero de 2011 hasta abril de 2021. Para cada uno de los pacientes se recogió y analizó la siguiente información: a) datos demográficos (edad, sexo, peso y talla); b) enfermedad de base y tipo de trasplante; c) datos de la enfermedad (ganancia de peso, bilirrubina, ascitis, hepatomegalia y fallo multiorgánico); d) datos del tratamiento (inicio, dosis y duración); e) efectividad (supervivencia en el día +100 y +180 post-trasplante); y f) datos de seguridad (efectos adversos). El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico R® (v 3.5.1).

RESULTADOS

Se analizaron 17 pacientes adultos, de los cuales 9 (53%) fueron mujeres, con una media de 50 años (DE±14,57). Seis pacientes tenían diagnóstico de leucemia aguda, 4 de linfoma no Hodgkin, 2 enfermedad de Hodgkin, 2 síndrome mielodisplásico y 3 otras enfermedades hematológicas. Todos se sometieron a trasplante alogénico, aunque cinco recibieron regímenes de acondicionamiento mieloablativo y 12 acondicionamiento de intensidad reducida.
Al iniciar el tratamiento, 9 pacientes presentaban ganancia de peso > 5%. Los pacientes presentaban un valor medio de bilirrubina de 5,76 mg/dL (DE±8,86), el 82% ascitis y el 76 % hepatomegalia. Todos fueron diagnosticados de EVO, pero en 8 pacientes (47%) el diagnóstico se acompañó de fallo multiorgánico. La mediana de tiempo para el diagnóstico de EVO e inicio del tratamiento con defibrotide fue de 23 días (16-37). En todos los pacientes se utilizó la dosis descrita en ficha técnica (25mg/kg/día dividida en cuatro administraciones) y la duración mediana del tratamiento fue de 16 días (10-21).
Al finalizar el tratamiento, 6 pacientes (35%) presentaron valores de bilirrubina ≤2 mg/dL, con un valor medio de bilirrubina de 1,11 mg/dL (DE±0,61). Nueve pacientes (53%) continuaban vivos en el día +100 después del trasplante y ocho (47%) permanecían vivos en el día +180.
En cuanto a la seguridad, en el 41% (n=7) de los pacientes se describieron complicaciones hemorrágicas asociadas con el tratamiento, que llevaron a la interrupción del mismo en 2 (12%).

CONCLUSIONES

El uso de defibrotide en el tratamiento de pacientes con EVO en nuestro centro se ha asociado a supervivencias en torno al 50% en el día +100 post-trasplante, similares a algunas experiencias publicadas por otros centros. Sin embargo, este tratamiento no ha estado exento de efectos adversos, especialmente complicaciones hemorrágicas, que han llevado incluso a la interrupción de algún tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

558. ADAPTACIÓN DE LOS ANTINEOPLÁSICOS ORALES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN

AUTORES

GARCÍA OTERO C, CASADO MARTÍN P, BORREGO VILLAVUENA C, MIELGO GARCÍA C, GARZÓN GAGO MJ, FERNÁNDEZ CAÑABATE S, DOMINGUEZ JUAN I, GIL VALIÑO C
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVENIDA REQUEJO 35. ZAMORA

OBJETIVOS

La dificultad para deglutir afecta, no solamente la ingesta de alimentos y bebidas, sino también la administración de fármacos; sin embargo hay pacientes sin disfagia en que la administración por vía oral de fármacos de cierto tamaño representa un problema importante resultando un acto estresante y comprometiendo a la eficacia o seguridad de la

terapéutica.
El objetivo de nuestro estudio es identificar las presentaciones comerciales de antineoplásicos orales dispensadas en nuestro hospital que pueden ser manipuladas por el paciente, elaborando una guía con estas alternativas de uso que sean de ayuda para la consulta de atención farmacéutica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron los antineoplásicos orales dispensados en el Servicio de Farmacia durante el periodo de octubre de 2020 a marzo de 2021.
Se consultó las fichas técnicas, la app MediSonda® y UptoDate como fuentes bibliográficas. Como último recurso se solicitó información al laboratorio fabricante.

RESULTADOS

Se revisaron 42 antineoplásicos orales: Afatinb (Disolver en agua caliente a 55 ºC); Alectinib (Suspensión 50mg/ml: preparar 10 alícuotas cada una de ellas con 7 cápsulas de 150 mg en 10 ml de aceite de oliva , mezclar las alícuotas y añadir aceite de oliva hasta un volumen de 210 ml); Busulfan (Triturar los comprimidos y dispersar en agua); Cabozantinib (No); Capecitabina (Disolver 4 comprimidos de 500mg en 200ml de agua tibia y remover hasta conseguir disolución); Ciclofosfamida (Dispersar en 20 ml de agua); Clorambucilo (Triturar 60 comprimidos, añadir 30ml de metilcelulosa y hasta 60 ml jarabe simple); Crizotinib (Disolver a 50ºC); Dabrafenib (No); Dasatinib (Dispersar en 10 ml de agua); Eltrombopag (No); Enzalutamida (No); Gefitinib (Dispersar en medio vaso de agua , esperar hasta 20 minutos); Ibrutinib (No); Imatinib (Disolver en agua o zumo de manzana, 50ml para 100mg y 200ml para 400mg); Lapatinib (Triturar los comprimidos y disolver en una suspensión ora sweet-plus a concentracion 50mg/ml); Lomustina (Dispersar en zumo de manzana); Lorlatinib (No); Mercaptopurina (30 comprimidos+ 5 ml de agua + 10 ml de jarabe simple a concentracion 50 mg/ml); Netutipant/palonosetron (No); Nilotinib (Dispersar en compota de manzana); Nintendanib (No); Niraparib (No); Olaparib (Triturar los comprimidos); Osimertinib (Disolver en en 50 ml de agua); Palbociclib (Disolver en agua caliente , reposar 10 min y mezc lar mediante inversión); Pazopanib (No); Ponatinib (No); Procarbazina (Dispersar en 20 ml de agua); Regorafenib (No); Ribociclib (No), Ruxolitinib (Dilsolver en 40 ml de agua); Sunitinib (Abrir y dispersar en 5 ml de suero fisiológico); Temozolamida (Abrir la capsula y dispersar en 20 ml de zumo de naranja); Tivozanib (No); Topotecan (No); Trametinib (No); Tretinoina (Disolver en 20 ml de agua esteril a 37ºC); Trifluridina/Tipiracilo (No); Venetoclax (No); Vinorelbina (No).

CONCLUSIONES

En el 50% de las presentaciones comerciales consultadas existe bibliografía sobre métodos de manipulación. Por ello es importante la realización de ensayos de adaptación e investigación para dar una solución a estos pacientes y mantener actualizados los datos para facilitar la labor en la consulta de atencion farmacéutica, asi como informar que la manipulación ha de realizarse de acuerdo a las recomendaciones de manipulacion de medicamentos peligrosos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

562. DATOS EN VIDA REAL SOBRE EL USO DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO RECURRENTE O METASTÁSICO

AUTORES

MARTÍN LÓPEZ M, GARCÍA-AVELLO FERNÁNDEZ-CUETO A, MARTÍNEZ CALLEJO V, VALENCIA SOTO CM, VILLACAÑAS PALOMARES MV, OCHAGAVÍA SUFRATEGUI M, BARBADILLO VILLANUEVA S, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA DE VALDECILLA 25, 39008. CANTABRIA

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad de nivolumab en pacientes con cáncer de células escamosas de cabeza y cuello (CCECyC) recurrente o metastásico.
Comparar nuestros datos con los del ensayo clínico que llevó a la aprobación de nivolumab en CCECyC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello recurrente o metastásico que habían recibido tratamiento con nivolumab entre diciembre de 2017 y abril de 2021.
Se recogieron las siguientes variables de la historia clínica electrónica y del programa de prescripción electrónica asistida: sexo, edad y Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) al inicio del tratamiento, estadío del tumor y número de líneas de tratamiento recibidas previamente.
Las variables para determinar la efectividad fueron tiempo hasta obtener la mejor respuesta, tipo de respuesta obtenida, supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG).
Se recogieron los efectos adversos reportados por los pacientes, que se clasificaron con los criterios National Cancer Institute Common Terminology Criteria (CTCAE v.5.0).
El análisis estadístico se realizó con el programa Stata (versión 15).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio 32 pacientes recibieron nivolumab, de los cuales 26 (81,25%) fueron hombres. La mediana de edad al inicio fue 64 años (rango: 27-74) y el ECOG fue 0 (3,12%), 1 (65,62%), o mayor de 1 (31,26%). El 46,88% de los pacientes presentaban enfermedad metastásica y habían recibido 1 (37,50%), 2 (28,12%), 3 (18,75%), o más de tres (15,62%) líneas de tratamiento sistémico.
Los pacientes estuvieron en tratamiento durante una mediana de 1,84 meses (rango: 0-31,3): 2 consiguieron respuesta completa (RC) a los 3,73 meses de media, 2 respuesta parcial (RP) a los 1,69 meses de media, 2 estabilidad de la

enfermedad (EE) a los 3,27 meses de media, y en 1 no se ha objetivado aún la respuesta. En 25 pacientes se interrumpió el tratamiento porque presentaron progresión clínica clara antes de realizar la primera prueba radiológica. La mediana de SLP fue 1,87 meses (IC95% 1,54-3,25). La mediana de SG fue 3,65 meses (IC95% 2,33-6,28).
La mediana de SLP reportada en el ensayo clínico (CA209141) fue 2,04 meses (IC95% 1,91-2,14), y la de SG fue 7,72 meses (IC95% 5,68-8,77).
Dos pacientes de nuestra población son largos supervivientes: uno mantiene RC después de 15,01 meses de tratamiento y otro mantiene RC después de 30,59 meses. En este último se interrumpió nivolumab hace 2,83 meses por respuesta sostenida y no se ha objetivado recaída.
No hubo retrasos ni discontinuaciones por toxicidad. En el 25% de los pacientes se detectó al menos un efecto adverso al tratamiento: alteración hepática grado 1 (2 pacientes), toxicidad dermatológica grado 1 (3), hipotiroidismo grado 1 ó 2 (2) y diarrea grado 1 ó 2 (2).

CONCLUSIONES

Nuestros datos en vida real sobre el uso de nivolumab en CCECyC objetivan una mediana de SLP semejante a la recogida en el ensayo clínico. Dos pacientes de nuestra población superan la SG reportada en el mismo.
Nivolumab fue generalmente bien tolerado, y no se observaron problemas graves de toxicidad.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

573. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS POTENCIALES IDENTIFICADAS EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS AMBULATORIOS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DISCREPANCIAS ENTRE BASES DE DATOS

AUTORES

FORT CASAMARTINA E, SANCHO ARTES A, ESTEBAN GONZALEZ JA, BLEDA PEREZ C, PRATS JIMENEZ J, REY SALIDO M, FONTANALS MARTINEZ S
INSTITUT CATALÁ D'ONCOLOGIA. AVDA. GRAN VÍA DE LAS CORTES CATALANES 199-203. BARCELONA

OBJETIVOS

La identificación y el manejo adecuado de las interacciones farmacológicas pueden contribuir a mejorar la seguridad y efectividad de los tratamientos en pacientes oncohematológicos. El objetivo de este estudio es determinar el perfil de interacciones potenciales identificadas en pacientes oncohematológicos ambulatorios que inician un tratamiento antineoplásico oral/soporte asistencial mediante la búsqueda en una base de datos de acceso libre y comparar los resultados obtenidos con dos que requieren suscripción.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional entre octubre 2020 y marzo 2021 en un centro monográfico oncohematológico. Se incluyeron pacientes atendidos en la Unidad de Dispensación Ambulatoria que iniciaron un tratamiento antineoplásico oral/soporte en los que se identificó una interacción potencial moderada o mayor con alguno de los medicamentos concomitantes mediante la base de datos Drugs®. Se registraron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (servicio clínico, enfermedad oncohematológica), relacionadas con el tratamiento (medicamento antineoplásico o de soporte y medicamento concomitante) y relacionadas con la interacción (severidad, mecanismo de interacción y efecto). Posteriormente se comparó la severidad asignada a estas interacciones en Lexicomp® y Micromedex®).,

RESULTADOS

Durante el período de estudio, 802 pacientes iniciaron algún tratamiento antineoplásico oral o de soporte. En 95 de ellos, se detectó al menos una interacción farmacológica potencial moderada o mayor mediante Drugs®. La edad media fue de 67,2 años, siendo el 50,5% hombres. El 62,1% pertenecía al Servicio de Oncología y el 35,8% al Servicio de Hematología. Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer de mama (13,6%), patología linfoide (13,6%), cáncer de pulmón (12,6%) y cáncer renal (11,5%).
Se identificaron un total de 140 interacciones potenciales: 71,4% moderadas y 28,6% mayores. Los medicamentos antineoplásicos o de soporte más frecuentemente implicados fueron: sunitinib (10%), pazopanib (9,3%), ibrutinib e imatinib (7,9%) y capecitabina (5,7%). Respecto a los medicamentos concomitantes, los mayoritariamente implicados fueron simvastatina (7,9%), hidroclorotiazida (5,7%), metformina (5%), atorvastatina (4,3%), amlodipino, apixabán, citalopram, quetiapina y omeprazol (3,6% cada uno).
Por contra mediante Lexicomp® y Micromedex® se clasificaron solo como inteacciones mayores el 13,5% y 29,3% respectivamente y como moderades el 32,9% y 6,4% respectivamente. Un 4,2% de las interacciones fueron clasificadas como menores al contrastar información con Lexicomp®. Cabe destacar que en la mayoría de interacciones detectadas mediante Drugs® se clasifican como no interacciones en Lexicomp® y Micromedex 48,5% y el 64,3%
De las interacciones clasificadas como mayores en Drugs® solo el 35% y el 65% coincidian con Lexicomp® y Micromedex®, respectivamente
De las interacciones clasificadas como moderadas en Drugs® solo el 33% y el 9% coincidian con Lexicomp® y Micromedex®, respectivamente
La mayoría de las interacciones (84%) no identificadas por Lexicomp® ni Micromedex® eran moderadas según Drugs®.

CONCLUSIONES

Tras consultar diferentes bases de datos para la valoración de interacciones farmacológicas potencialmente relevantes, se observan discrepancias en cuanto a su sensibilidad y a la severidad asignada. Mientras Drugs® ofrece mayor sensibilidad, Lexicomp® y Micromedex® ayudan a discernir la relevancia. Es recomendable consultar más de una fuente con el fin de detectar las interacciones potenciales y establecer la relevancia clínica de la interacción farmacológica.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

578. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON IMATINIB MESILATO EN VIDA REAL

AUTORES
HERRANZ MUÑOZ N, PATIER RUIZ I, MORENO GARCÍA M, CAVADA CARRANZA I, SANCHEZ-RUBIO FERRANDEZ J, DIEZ FERNANDEZ R, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARRETERA MADRID- TOLEDO KM 12,5. MADRID

OBJETIVOS
El imatinib ha demostrado tener buen perfil de seguridad y ser bien tolerado en ensayos clínicos faltando datos en vida real.
El objetivo del estudio fue determinar la incidencia de efectos adversos (EA) en práctica real y conocer cuales provocaron un cambio en la terapia para mejorar la atención farmacéutica.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y descriptivo que incluyó todos los pacientes en tratamiento con imatinib desde abril de 2003 hasta mayo 2021. Se analizaron variables demográficas (sexo y edad) y clínicas (diagnóstico, edad al inicio del tratamiento y reacciones adversas recogidas de la historia clínica electrónica). Si un EA motivó un cambio en la terapia, se analizó el tipo de EA, tiempo que el paciente llevaba en tratamiento, gravedad según escala Common Terminology Criteria for Adverse Event (CTCAE V.5) y que cambio suscitó.
Las variables cualitativas relacionadas se analizaron mediante el test Chi-cuadrado y las cuantitativas mediante la T de Student. Se consideró un p-valor < 0,05 estadísticamente significativo. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS V22.0®.

RESULTADOS
Durante el periodo de estudio, 64 pacientes recibieron tratamiento con imatinib. La mediana de edad al inicio del tratamiento fue 55,6 años (RIC: 43,0-66,7). 60,9% eran hombres. 54,7% tenían leucemia mieloide crónica cromosoma filadelfia positivo (LCM Ph+), 37,5% tumores del estroma gastrointestinal (GIST), 4,7% leucemia linfoblástica aguda (LLA Ph+), 1,6% síndrome hipereosinofílico (SHE) y 1,6% leucemia aguda mieloide (LMA). La mediana de duración del tratamiento fue de 76,5 meses (RIC: 26,7-141,6) en pacientes con LMC y 35 meses (RIC: 4,7-43,1) en GIST.
El 93,7% de los pacientes sufrieron algún EA relacionado con el imatinib, siendo grave o potencialmente mortal (grado 3-4 según escala CTCAE) en un 20,3%.
Las reacciones adversas muy frecuentes (≥ 1/10) fueron: anemia 32,8%, hipofosfatemia 26,6%, trombocitopenia 25,0%, espasmos musculares 20,3%, neutropenia 18,8%, diarrea 17,2%, náuseas y vómitos 15,6%, edema periférico 15,6%, astenia 14,1%, dolor abdominal 14,1%, alteraciones hepáticas 10,9%, edema periorbital 10,9%.
En un 34,4% de los pacientes fue necesario modificar el tratamiento debido a un EA, estando tratados el 31,8% con dosis superiores a 400mg. Los EA fueron: reacciones hematológicas 29,6%, edema 22,2% (periférico y periorbital), alteraciones hepáticas 7,4%, espasmos musculares 7,4%, y trastornos oculares 7,4%.
La mediana del tiempo hasta precisar cambio en la terapia fue 280 días (RIC: 74,0-921,5). Se optó por cambiar de fármaco en un 45,5%, reducir dosis en un 45,4% y en un 9,1% se interrumpió y reanudó posteriormente a la misma dosis.
El análisis estadístico detectó tendencia a sufrir un EA que conllevase un cambio en la terapia en pacientes tratados con dosis superiores a 400mg (OR=3,45 IC95% 0,9-12,6; p=0,057).

CONCLUSIONES
Un alto porcentaje de pacientes tuvieron EA siendo similares a los descritos en la bibliografía con excepción de la hipofosfatemia manifestada repetidamente en nuestros pacientes, pero descrita como poco frecuente. No se detectaron diferencias importantes en el perfil de EA entre las indicaciones.
Respecto a la atención farmacéutica, se recomienda reforzar los controles durante el primer año de tratamiento y en pacientes con dosis superiores a 400mg.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

598. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE PLERIXAFOR Y EFECTIVIDAD EN LA MOVILIZACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

AUTORES
ESTEVE LÓPEZ V, QUINTANA VARGAS I, MAIQUES LLÁCER FJ, JIMÉNEZ SIERRA JJ, BOSÓ RIBELLES V, GARCÍA MUÑOZ S, SOLANA ALTABELLA A, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE CASTELLÓ. AVDA BENICÀSSIM 128. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS
Evaluación del uso y la efectividad de plerixafor tras el fallo a G-CSF en pacientes con mieloma múltiple o linfoma no Hodgkin, a los que se realiza una movilización de progenitores hematopoyéticos para un posterior trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TASPE).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional y retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes adultos que recibieron plerixafor entre mayo de 2018 y febrero de 2021. Se recogieron datos de edad, sexo, diagnóstico, concentración de CD34 basal, nº de dosis de plerixafor, concentración CD34 en sangre periférica obtenida después de la aféresis.
Recibieron una dosis estándar de plerixafor 0,24 mcg/kg en un plazo de 6-11 horas antes de realizar la aféresis. Aquellos pacientes que en la aféresis no alcanzaron una movilización aceptable (CD34≥2 x 10^6/Kg), se repitió la administración de plerixafor un segundo día.

La variable de efectividad utilizada fue la concentración de CD34 en sangre periférica, y se definió como parámetro de movilización eficaz aceptable la recolección en la aféresis de un número de CD34 ≥2 x 10^6/Kg y como óptima un valor de CD34 > 5 x 10^6/Kg.

RESULTADOS

Un total de 20 pacientes (50% mujeres) recibieron plerixafor para la movilización de progenitores hematopoyéticos, con una media de edad de 60 [47-70] años. El 80% estaban diagnosticados de mieloma múltiple y el 20% de linfoma no Hodgkin. En todos los pacientes el resultado de CD34 basal fue < 10 céls/mcL (media 4,2).
El 25% de los pacientes se consiguió una recolección aceptable u óptima tras una primera administración de plerixafor. El 75% de los pacientes recibieron una segunda dosis de plerixafor al día siguiente, consiguiéndose una recolección aceptable u óptima en el 70% de los pacientes. Un paciente fracasó debido a que no logró una movilización aceptable. La concentración media de CD34 en sangre periférica tras aféresis fue de 3,2 x 10^6/Kg. El 95% de los pacientes obtuvieron una movilización eficaz aceptable (≥2 x 10^6/Kg), de los que el 25% fueron movilizadores óptimos (≥5 x 10^6/Kg). La dosis media de plerixafor fue 16,8mg.

CONCLUSIONES

El tratamiento con plerixafor fue efectivo en el 95% de los pacientes, de acuerdo con los criterios de CD34 preestablecidos, por lo que ha demostrado que es un fármaco efectivo en pacientes en los que ha fracasado la movilización con G-CSF. El 75% de los pacientes necesitó una segunda dosis de plerixafor.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

611. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE EVENTOS ADVERSOS INMUNO-RELACIONADOS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL PUNTO DE CONTROL INMUNITARIO

AUTORES

SANTIAGO PEREZ A, ESTEBAN CASADO S, IZQUIERDO GARCÍA E, ESCOBAR RODRÍGUEZ I
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. GRAN VÍA DEL ESTE, 80. MADRID

OBJETIVOS

Principal: conocer la frecuencia y distribución de eventos adversos inmuno-relacionados en los pacientes tratados con inmunoterapia en la práctica clínica.
Secundarios: describir el manejo clínico de los mismos, describir la toxicidad producida en la población de pacientes con enfermedad autoinmune de base y su manejo, y analizar la presencia de posibles factores predisponentes de toxicidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de un centro. Se incluyeron todos los pacientes tratados en el hospital, fuera del contexto de un ensayo clínico, en los que se emplearon fármacos dirigidos contra puntos de control inmune (ICI) como el Antígeno 4 del Linfocito T Citotóxico (CTLA-4), el Receptor 1 de Muerte Programada (PD-1) o su Ligando (PD-L1). Se recogieron los datos poblacionales, datos sobre el proceso neoplásico, sobre Eventos Adversos Relacionados con la Inmunidad (irAE) y sobre su manejo, además de posibles predictores de esta toxicidad.

RESULTADOS

Se incluyeron 96 pacientes tratados desde noviembre de 2015 hasta mayo de 2020. Se registraron 62 irAE (40% de los pacientes), siendo los cutáneos los más numerosas (38,7%), seguidos de las endocrinos (11,3%) y los digestivos (11,3%). La mayoría se manejaron de forma ambulatoria y requirieron tratamiento sintomático. Casi una cuarta parte de estos fueron de gravedad 3 o mayor, y supusieron la suspensión definitiva del inhibidor de puntos de control inmune (ICI) en un 42,2% de los casos. La existencia de una enfermedad autoinmune de base supone mayor frecuencia en la aparición de irAE (p=0,0287). También se encontró que esta frecuencia de aparición fue mayor en pacientes con mayor Índice de Masa Corporal (IMC) (p=0,0233) y en aquellos que el ICI prescrito era ipilimumab (anti-CTLA4) (p=0,034), en cambio, la frecuencia fue menor en los pacientes que tenían documentada alguna infección crónica (0,0337) y en aquellos que en el momento de iniciar el tratamiento tenían metástasis a distancia (p=0,0107).

CONCLUSIONES

Casi la mitad de los pacientes oncológicos en tratamiento con ICI han sufrido un irAE, siendo los cutáneos los más numerosos. En su mayoría los irAE se manejan de forma ambulatoria y con tratamiento sintomático. Hasta una cuarta parte son de gravedad 3 o mayor. Casi la mitad del total de los irAE suponen la suspensión del ICI. En los pacientes con una enfermedad autoinmune de base es más probable la aparición de por lo menos un irAE. La aparición de irAEs es más probable en pacientes con un mayor IMC, y en los pacientes tratados con anti-CTLA4. El hecho de tener una infección crónica y el diagnóstico de metástasis a distancia en el momento del tratamiento se asocian en menor frecuencia de aparición.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

616. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD EN VIDA REAL DE LA INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

PICAZA ITURRICHA E, DE LA MAZA URIARTE I, MARTÍNEZ DE ARRIBA R, ARÉVALO VAZQUEZ E, NAVARRO VELASQUEZ U, GONZÁLEZ ROMÁN Á
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL. CTRA. ORÓN S/N. BURGOS

OBJETIVOS
Analizar la efectividad de la inmunoterapia con anticuerpos anti-PD-L1 en el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) metastásico, así como evaluar el perfil de los pacientes tratados, las variables que pueden afectar en el éxito del tratamiento y la adecuación a las indicaciones financiadas.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo de 5 años de duración (01/03/2016 - 31/03/2021) de los pacientes con CPNM metastásico tratados con nivolumab, pembrolizumab y/o atezolizumab en un hospital comarcal. Se analizaron las variables edad, sexo, fármaco, indicación, histología, PD-L1, línea de tratamiento, tratamiento activo, éxitus, supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). Se compararon los resultados clínicos obtenidos (éxitus, SLP y SG) según sexo, grupo de edad, histología, PD-L1 y línea de tratamiento. Se obtuvieron las curvas de supervivencia (SLP y SG) en función del tratamiento, sexo, histología y PD-L1. Se evaluaron las indicaciones en cada caso, considerando los criterios de financiación para el Sistema Nacional de Salud en el momento de prescripción. Los datos se obtuvieron del programa de gestión de farmacia hospitalaria y de la historia clínica electrónica. Cálculos realizados con SPSS 15.0: frecuencias, tablas de contingencia ($\chi 2$ y prueba exacta de Fisher para muestras pequeñas) y análisis de supervivencia Kaplan-Meier con prueba Log-Rank.

RESULTADOS
Se trataron 26 pacientes, 20 hombres y 6 mujeres, con una mediana de 67 años de edad (51-83). 16 pacientes recibieron nivolumab, 6 pembrolizumab y 4 atezolizumab; 7 de ellos en primera línea y 19 en sucesivas. 9 pacientes expresaban PD-L1 positivo, 3 negativo y en 14 no era conocido. A la finalización del estudio 11 pacientes continuaban en tratamiento, 12 habían fallecido y 3 estaban en líneas subsiguientes. La mediana global de SLP fue 7,83 meses (IC95%:0,99-14,68) y de SG 18,97 meses (IC95%:3,21-34,72). Según sexo: hombres SLP 7,83 (IC95%:0-27,91), SG no alcanzada (NA) y mujeres SLP 1,63 (IC95%:0-8,42), SG 3,63 (IC95%:0-13,59) ($p < 0,05$). Según histología: adenocarcinoma SLP 8,63 (IC95%:0-30,43), SG 18,97 (IC95%:3,27-34,67) y resto SLP 3,26 (IC95%:0-1,55), SG-NA. Según tratamiento: nivolumab SLP 3,33 (IC95%:0-10,32), SG 12,37 (IC95%:0-28,60); pembrolizumab SLP-NA y SG-NA, y atezolizumab SLP 1,4 (IC95%:0-9,08), SG-NA. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en SLP y SG en función de la expresión de PD-L1, histología, ni del tratamiento, pero sí en SG por sexo. 4 pacientes recibieron tratamiento un mes antes de fallecer. Todos los pacientes fueron tratados de acuerdo con las indicaciones financiadas, salvo un caso excepcional autorizado por Dirección Médica.

CONCLUSIONES
En la muestra analizada se observa mayor mortalidad en mujeres ($p < 0,05$).
No se encontró relación entre éxitus y las variables sexo, grupo de edad, histología, tratamiento, línea de tratamiento y PD-L1 ($p > 0,05$ en las 6 tablas).
No hay diferencias en SLP y SG entre los pacientes con adenocarcinoma frente al resto de histologías, pese a mostrar datos ligeramente superiores.
El 56,25% de los pacientes tratados con nivolumab tuvo una SG > 6 meses (SG máxima: 62,8 meses), por lo que interesaría hacer un análisis exhaustivo para detectar variables implicadas en la larga supervivencia.
Sería necesario disponer de una muestra de pacientes mayor para sacar resultados relevantes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

630. ANÁLISIS DEL PERFIL DE TOXICIDAD DE LOS INHIBIDORES DE CICLINAS EN EL CANCER DE MAMA METASTÁSICO

AUTORES
VÁZQUEZ CASTILLO MJ, GARCÍA ARIAN S, SOTO BASELGA I, SOLIS OLIVARES J, GOMEZ CABALLERO P, MORONA MINGUEZ I, MARRUPE GONZALEZ D
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES. C/ DOCTOR LUIS MONTES S/N. MADRID

OBJETIVOS
La aprobación de los inhibidores de quinasas dependientes de ciclinas (iCDK) asociadas al tratamiento endocrino ha supuesto un hito en el tratamiento del cáncer de mama metastásico (CMM) luminal Her2 negativo. Existen tres fármacos comercializados (Abemaciclib,Palbociclib y Ribociclib),que aunque comparten mecanismo de acción, presentan algunas diferencias en cuanto a toxicidad. El objetivo del trabajo es analizar el perfil de toxicidad de estos fármacos en la práctica clínica habitual

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticadas de CMM que reciben un iCDK en combinación con terapia hormonal tanto en primera como en líneas sucesivas desde 2017 hasta 2020. Se registraron características demográficas, clínico-patológicas, tratamientos recibidos y toxicidad (CTCAE v5)

RESULTADOS
Se incluyeron 33 pacientes (93,9% mujeres) con una mediana de edad de 64,5 años (40,2 -83,1). La mediana del número de ciclos administrados fue de 8 (1-30) con una mediana de seguimiento de 10 meses (2,1-28,9). El tipo histológico más frecuente fue carcinoma ductal infiltrante (70%) y en el 12% de los pacientes la enfermedad se diagnosticó en estadío IV. El 54,5 % inició tratamiento con Ribociclib, un 39,4 % con Palbociclib y el 6,1% con Abemaciclib. En el 36,3% se usaron en primera línea y en el 66,7 % en segunda o sucesivas. En el 63% el fármaco de combinación fue Fulvestrant.
En términos globales, la neutropenia fue la toxicidad más frecuente (88%), siendo principalmente grado 3 (42,4%) y grado 2 (24.2%). Otras toxicidades hematológicas fueron anemia (33,3%) y trombopenia (12,1%). En cuanto a toxicidades no hematológicas destacan: diarrea (9,1%), nauseas (6.1%) alargamiento del QT (18,35), hipertransaminemia (12,2%) y rash

(12,2%). Como consecuencia de la toxicidad, el 42,4 % experimentó retrasos en el tratamiento, el 36,4 % reducción de dosis y en 3% suspensión definitiva del tratamiento.
Analizando la toxicidad por cada fármaco:
Con Ribociclib las toxicidades más habituales fueron neutropenia (88.9%), diarrea (100%), alargamiento de QT (33,3%) anemia (27,8%) e hipertransaminemia (16,7%). Un 61,1% de los pacientes experimentaron retraso en su tratamiento y hasta un 33,3% sufrió una reducción de dosis.
Con Palbociclib destacaron: neutropenia (84,6%) anemia (30,8%) y trombopenia (15,4%). Solo un paciente (7,7%) experimentó alargamiento del QT, al igual que diarrea (7,7%) nauseas (7,7%) ,rash (7,7%) e hipertransaminemia (7,7%). El 46,2 % experimentó retrasos de tratamiento. En el 38,5% fue necesario reducir la dosis, además de suspender definitivamente el tratamiento en 1 paciente (7,7%).
En cuanto al Abemaciclib, tanto neutropenia como diarrea aparecieron en el 100 % de los casos. No se produjo ningún aumento del intervalo QT y en una paciente fue necesario reducir la dosis.

CONCLUSIONES

La neutropenia es la toxicidad más frecuente asociada al uso de todos los iCDK que puede precisar espaciamiento y reducciones de dosis para un estricto control y seguimiento de la terapia.
El alargamiento del QT fue más frecuente con Ribociclib que con el resto de fármacos.
Es necesario valorar individualmente el inhibidor de cicilina a utilizar, atendiendo a las comorbilidades y características del paciente y el perfil de toxicidad de cada uno de ellos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

638. IMPACTO EN LA EFICIENCIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA POSOLOGÍA EXTENDIDA DE LOS INHIBIDORES DE PUNTO CONTROL INMUNOLÓGICO

AUTORES

CEREZO LARA A, ESPINO MUSOLAS R, LANUZA SÁNCHEZ M, MONTERO ALONSO A, CONDE ESTÉVEZ D, ARDERIU FORMENTÍ A, ORRIT REVERTER A, PAPAGNA MILLÁN MA
PARC DE SALUT MAR. PASSEIG MARÍTIM, 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

Debido a la pandemia de la COVID-19, se amplió la posología de algunos tratamientos de inmunoterapia, con el fin de que los pacientes tuvieran que acudir menos al hospital y de este modo minimizar su exposición y el riesgo de contagio por Sars-COV-2.
Este estudio se focaliza en los inhibidores de punto de control inmunológico (pembrolizumab y nivolumab). La posología habitual de pembrolizumab es 200 mg/3 semanas, y se modificó a 400 mg/6 semanas; nivolumab se cambió de 240 mg cada 14 días a 480 mg cada 28 días.
El objetivo de este estudio fue analizar el impacto de las posologías extendidas de pembrolizumab y nivolumab en el ahorro de tiempo de elaboración y administración.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en un hospital terciario donde se revisaron los datos desde marzo del 2020 hasta abril del 2021.
Datos recogidos: datos demográficos (edad y género), patología oncológica, número de ciclos con pembrolizumab y nivolumab en ambas posologías, tiempo de elaboración y tiempo de administración.

RESULTADOS

Dieciséis pacientes se tratan con pembrolizumab, de los cuales 12 (75%) son hombres y 4 (25%) mujeres. De estos pacientes, 5 (31,25%) padecen melanoma, 4 (25%) cáncer de cabeza y cuello, 4 (25%) de pulmón no microcítico y 3 (18,8%) renal y genitourinario.
El cambio de posología del pembrolizumab supuso un ahorro de 118 preparaciones. Considerando que el tiempo de preparación es de 0,25 horas, esto supone un ahorro de 29,5 horas. En hospital de día, supuso un ahorro de 177 horas ya que cada infusión dura 1,5 horas. El total de horas ahorradas es de 206,5 horas.
Dieciséis pacientes con carcinoma de pulmón no microcítico se tratan con nivolumab, de los cuales 13 (81,3%) son hombres y 3 (18,8%) son mujeres.
El cambio de posología del nivolumab supuso un ahorro de 78 preparaciones. Considerando que el tiempo de preparación es de 0,25 horas, esto supone un ahorro de 19,5 horas. En hospital de día, supuso un ahorro de 156 horas ya que cada infusión dura 2 horas. El total de horas ahorradas es de 175,5 horas.
El cómputo general de ahorro de tiempo, incluyendo el tiempo de preparación y el de administración, son 382 horas.

CONCLUSIONES

El cambio de la posología del prembolizumab y del nivolumab supuso un gran beneficio por los pacientes ya que tienen menos visitas programadas y se minimiza el riesgo de contagio por la COVID.
La implantación de la posología extendida en la inmunoterapia comportó un ahorro de tiempo significativo tanto en la elaboración de mezclas endovenosas como en ocupación de hospital de día.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

662. OSIMERTINIB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD.

AUTORES

TAMAYO BERMEJO R, DEL RIO VALENCIA JC, ESPINOSA BOSCH M, MORA RODRIGUEZ B, MUÑOZ CASTILLO I
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA. AV. CARLOS HAYA, S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS
Analizar el impacto de osimertinib en la supervivencia y seguridad de pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) con mutación positiva EGFR-T790M.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo, y multidisciplinar en el que se incluyeron pacientes con CPNM EGFR-T790M en tratamiento con osimertinib, realizado entre julio de 2017 y abril de 2021. Los datos de los pacientes se tomaron de las historias clínicas y el programa de dispensación de Farmacia. Las variables recogidas fueron: demográficas (edad, sexo), clínicas (diagnóstico, estadio, histología, localización de las metástasis), relacionadas con el tratamiento (líneas previas, estado funcional (PS) al inicio de osimertinib, dosis, duración del tratamiento, tiempo hasta progresión-muerte) y otras (fumadores). El criterio de valoración de la efectividad fue la Supervivencia Libre de Progresión (SLP), definida como el tiempo desde el inicio de tratamiento hasta la progresión de enfermedad o fallecimiento y la supervivencia global (SG). Se recogieron las reacciones adversas (RA) y su grado según la Common Toxicity Criteria v5.0., así como las reducciones de dosis. Los datos se compararon con los estudios FLAURA y AURA3. Análisis estadístico realizado con SPSS®v17: SLP utilizando curva de Kaplan-Meier.

RESULTADOS
Se incluyeron 33 pacientes con mutación EGFR. 72,72%% mujeres, la edad media fue de 67,09±11,43 años.
El 18,18% (n=6) presentaba al inicio metástasis cerebrales, 81,81% (n=27) tenían ECOG-PS 0-1 al inicio del tratamiento y 57,57% eran exfumadores (n=19). El estadio de CPCNP fue IV en el 100% de los pacientes. Todos adenocarcinoma de pulmón.
Iniciaron tratamiento con osimertinib en primera línea el 63,63% de ellos (n=21), el 27,27% (n=9) en segunda línea y el 9,09% (n=3) en tercera línea. La mediana de SLP fue de 13,9 meses, (intervalo de confianza [IC] del 95% 6,7-21) y SG 16,9 (10,61-23,22). Como terapias dirigidas previas, erlotinib en el 9,09% (n=3), gefitinib en el 12,12% (n=4), afatinib en 18,18% (n=6) y 6,06% quimioterapia (n=2).
En el 72,72% de los pacientes (n=24) se registró al menos una RA de cualquier grado. Las RA más frecuentes fueron: 36,36% (n=12) diarrea grado 1-2, 33,33% % (n=11) erupción cutánea grado 1, 33,33% % (n=11) astenia grado 1-2, 15,15% % (n=5) mialgias grado 1-2, 12,12% (n=4) náuseas grado 1-2, 12,12% % (n=4) anorexia grado 1-2, 9,09% % (n=3) mucositis grado 1, 9,09% % (n=3) onicodistrofia grado 1 y 6,06% % (n=2) vómitos grado 1-2. El resto de RA fueron inferiores al 5%. No se notificó ninguna RA grado 3 o mayor.
El 15,15% (n=5) tuvieron que reducir la dosis de su tratamiento debido a infecciones respiratorias en tres de los casos y a mala tolerancia en otros dos, en ningún caso se suspendió definitivamente osimertinib.

CONCLUSIONES
Este análisis nos ha permitido conocer la supervivencia en nuestra población con precisión. Osimertinib muestra una eficacia superior en SLP respecto al ensayo en 2ª línea (AURA3 SLP 10,1) e inferior a los resultados de SLP y SG en los datos en 1ª línea (FLAURA SLP 15,2-SG 38,6), siendo estos resultados razonables al analizar nuestros datos en global conteniendo población no pretratada, pretratada y con metástasis cerebrales . Osimertinib muestra un perfil de toxicidad favorable.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

663. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA INCIDENCIA Y MANEJO DE TOXICIDADES ASOCIADAS A LOS MEDICAMENTOS ASISTENCIALES QUE CONTIENEN CÉLULAS T CAR ANTI-CD19

AUTORES
ALONSO MARTÍNEZ C, CAMACHO ARTEAGA L, RIVERA SÁNCHEZ L, IACOBONI G, BARBA P, FARRIOLS DANES A, VALDIVIA VADELL C, CARRERAS SOLER MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. PASEO DE LA VALL D'HEBRON, 119-19. BARCELONA

OBJETIVOS
Los pacientes con linfoma no Hodgkin refractarios/recaídos pueden beneficiarse de los medicamentos de terapia avanzada CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T cells) tisagenlecleucel (tisa-cel) y axicabtagene-ciloleucel (axi-cel) en linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) y linfoma B primario mediastínico (LPM, sólo axi-cel); y brexucabtagene-autoleucel (brexu-cel) en linfoma de células del manto (LCM) como uso compasivo. Estos CAR-T asocian efectos adversos inmediatos que incluyen síndrome de liberación de citocinas(SLC) y neurotoxicidad asociada a células inmunoefectoras(ICANS).
El objetivo de este estudio es describir la incidencia y manejo de estas toxicidades en los pacientes tratados con CAR-T en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se incluyeron todos los pacientes tratados con tisa-cel, axi-cel y brexu-cel desde febrero 2019-abril 2021. Los datos biodemográficos y clínicos fueron obtenidos de registros médicos electrónicos y software de farmacia. El manejo de las toxicidades se realizó según el protocolo del equipo multidisciplinar.
Desde el día de la infusión, los pacientes realizaron profilaxis oral anticonvulsivante (levetiracetam 500mg/12 horas), antiviral (aciclovir 400mg/12 horas), frente a Pneumocistis jirovecii (cotrimoxazol 160mg/3 días a la semana) y frente al síndrome de lisis tumoral (alopurinol 300mg/24 horas).

RESULTADOS
Se incluyeron 75 pacientes (63% hombres), con edad mediana de 60 años [23-76]. Un total de 67 pacientes presentaban LDCGB, 4 LCM y 4 LPM.

La mediana de líneas previas de tratamiento era de 2 [1-7].
El 75% de los pacientes tratados (n=56) experimentó algún grado de SLC.La mediana de tiempo hasta la aparición de SLC fue de 2 días [0-10], siendo en el 63% de los pacientes grado 1, 34% grado 2 y 4% grado 3. Ningún paciente presentó SLC grado 4. Según el CAR-T infundido, experimentaron SLC el 64% de los pacientes tratados con tisa-cel, el 92% con axi-cel y el 100% con brexu-cel.Veintiún pacientes (38%) requirieron tratamiento con tocilizumab a dosis de 8 mg/kg para el SLC.
El 31% de los pacientes tratados con CAR-T (n=23) experimentaron ICANS, con una mediana de aparición de 6 días [3-15], siendo en el 17% de los pacientes grado 1, 57% grado 2, 22% grado 3 y 4% grado 4. Según el CAR-T infundido experimentaron ICANS el 17% de los pacientes tratados con tisa-cel, el 46% con axi-cel y el 100% con brexu-cel. Todos los pacientes fueron tratados con dexametasona y 4 de ellos recibieron además anakinra previa autorización del comité asesor hospitalario multidisciplinar y dirección asistencial.
Un total de 21 pacientes (28%) experimentó tanto SLC como ICANS.
La mediana de ingreso hospitalario fue de 15.5 días[10-60]; tisa-cel mediana de 14 días[10-60], axi-cel mediana de 17 días[11-43] y brexu-cel mediana de 26 días [18-55].
Nueve pacientes (4 axi-cel, 4 tisa-cel y 1 brexu-cel) precisaron ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Solo se registró un caso de mortalidad relacionada con el tratamiento en una paciente infudida con axi-cel que falleció por sepsis en contexto de pancitopenia secundaria al CAR-T.

CONCLUSIONES

Los fármacos axi-cel y brexu-cel parecen presentar mayor tasa de toxicidad inmediata que tisa-cel.
El manejo de las toxicidades tuvo una correcta resolución en la mayoría de los casos basado en las decisiones de la unidad multidisciplinar.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

666. LINFOCITOSIS ASOCIADA A IBRUTINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

AUTORES

ÁLVAREZ TOSCO KI, VIÑA ROMERO MM, PÉREZ MARTÍN CY, VERA CABRERA M, DIAZ DIAZ CL, GONZÁLEZ GARCÍA I, MERINO ALONSO J, GUTIÉRREZ NICOLÁS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CARRETERA DEL ROSARIO, 145 / SANTA CRUZ DE TENERIFE. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Análisis descriptivo de la incidencia y duración de la linfocitosis asociada al uso del ibrutinib, un inhibidor de la tirosin-quinasa de Bruton, en el tratamiento de la leucemia linfocítica crónica (LLC).
Determinación de la significancia estadística de la duración de esta reacción adversa en nuestra muestra poblacional en comparación con lo establecido en la bibliografía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de la población de pacientes con diagnóstico de LLC que han estado o están actualmente en tratamiento con ibrutinib en nuestro centro, desde febrero de 2018 a febrero de 2021. Para su realización se elaboró una base de datos en formato excel, a partir de la información recogida en la historia clínica, en la que se incluyeron como variables: la línea de tratamiento, la dosis, la duración del tratamiento, el valor linfocitario inicial y, en el caso de aparición de linfocitosis, la fecha de normalización de dichos valores. Por último, se compararon los resultados con la bibliografía disponible a través del empleo de la aplicación estadística Rcommander®.

RESULTADOS

En el análisis fueron incluidos 14 pacientes, 10 pertenecían al grupo de primera línea (PL) y 4 al de recaída/refractarios (RR). Dentro del grupo de PL, el 80% de los pacientes (n = 8) presentaron linfocitosis tras iniciar el tratamiento y el 50% en RR (n = 2).
La mediana del valor inicial de linfocitos en los pacientes de PL fue de 62,05 · 10^3/µl frente a 6 · 10^3/µl en el grupo de RR. Todos los pacientes consiguieron resolver la linfocitosis antes de los 12 meses (52 semanas) siendo la media en el grupo de PL de 17,60 semanas [4,86 – 36,18]. Este valor difiere de la media establecida en la bibliografía de 14 semanas, sin embargo, la diferencia no resultó ser estadísticamente significativa (p=0,41, IC95% [7,67; 27,63]). En el grupo de RR sólo uno de los pacientes ha llegado a resolver la linfocitosis actualmente. La mediana del valor pico de linfocitos alcanzado para el grupo de PL fue de 231,39 · 10^3/µl [9,6 · 10^3/µl - 461· 10^3/µl], identificándose en un paciente una hiperlinfocitosis (> 400 · 10^3/µl).

CONCLUSIONES

En los ensayos publicados el porcentaje de pacientes que desarrolló linfocitosis fue mayor en el grupo de RR, en contraste con los resultados de nuestro estudio en el que la proporción fue mayor para la PL. Además, en los pacientes del grupo PL, la mediana del valor pico fue superior a lo esperado (231,39 · 10^3/µl vs 104,8 · 10^3/µl).
La linfocitosis asociada a ibrutinib constituye una reacción adversa frecuente, evidente incluso en poblaciones pequeñas como la descrita en este trabajo. Aunque no es considerada un signo de progresión de la enfermedad es importante conocer la frecuencia y duración estimada de este tipo de reacciones adversas ya que pueden llegar a condicionar las decisiones clínicas con respecto al manejo de estos pacientes. Por esta razón, es necesario continuar ampliando la población de estudio con el objetivo de poder aumentar el valor estadístico de los resultados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

677. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE IMATINIB COMO PRIMERA LÍNEA EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

AUTORES
ÁLVAREZ TOSCO KI, VIÑA ROMERO MM, PÉREZ MARTÍN CY, JOY CARMONA P, MARTÍN LÓPEZ A, FERRER MACHÍN A, MERINO ALONSO J, GUTIÉRREZ NICOLÁS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CARRETERA DEL ROSARIO, 145 / SANTA CRUZ DE TENERIFE. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
Evaluar el perfil de seguridad del imatinib en comparación con el resto de inhibidores de la tirosin-quinasa (iTKs) empleados en el tratamiento de primera línea de la leucemia mieloide crónica (LMC).
Determinar si existe relación estadísticamente significativa entre el cambio de tratamiento debido a la toxicidad del fármaco y el iTK utilizado.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes en tratamiento actual con iTKs en nuestro centro. Se dividieron en dos grupos, pacientes en los que se utilizó imatinib como primera línea y pacientes que iniciaron su tratamiento con un iTK de 2ª generación (dasatinib o nilotinib). A través de la historia clínica se determinó la presencia de reacciones adversas (RAs) gastrointestinales (GI), musculares, neurológicas y cutáneas. Se establecieron las frecuencias de cada RA y se realizó el análisis estadístico de ambos grupos a través del test exacto de Fisher.

RESULTADOS
El tamaño muestral fue de 32 pacientes (N=32), de los cuales un 81,25% (n=26) fueron tratados con imatinib como primera línea y un 18,75% (n=6) con un iTK de 2ª generación, dasatinib o nilotinib, como consecuencia de la clasificación de Sokal de alto riesgo. La media de edad en el grupo de imatinib fue de 54,38 años y en el grupo de nilotinib y dasatinib de 54,50 años (p=0,98). En el grupo de imatinib el 50% (n=13) de los pacientes presentaron RAs de algún tipo tras iniciar el tratamiento, frente al 66,7% (n=4) del grupo de los iTKs de 2ª generación (p=0,66).
Los resultados para imatinib vs iTKs de 2ª generación, clasificados en función del tipo de RA fueron los siguientes: 29,6% vs 33,3% (p=1) de RAs GI, RAs musculares se describieron 23,1% vs 0% (p=0,57), RAs neurológicas 3,8% vs 16,7% (p = 0,34) y RAs cutáneas en un 15,4% vs 33,3% (p = 0,31).
En el 15,62% de los pacientes fue necesario un cambio de tratamiento como consecuencia de la toxicidad desarrollada al fármaco, perteneciendo el 12,5% al grupo de imatinib (n=4) y el 3,2% al grupo de los iTKs de segunda generación (p =0,36).

CONCLUSIONES
No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el perfil de seguridad de imatinib y los iTKs de 2ª generación. Tampoco se observó que existiera significancia entre la presencia de toxicidad y la necesidad de un cambio de tratamiento entre ambos grupos. La ampliación del tamaño muestral será necesaria para futuros estudios que nos permitan constatar los resultados obtenidos en el presente estudio.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

685. IMPACTO DEL ESQUEMA BORTEZOMIB-LENALIDOMIDA-DEXAMETASONA EN EL TRATAMIENTO DEL MIELOMA MÚLTIPLE SOBRE EL CONSUMO DE PLERIXAFOR

AUTORES
ÁLVAREZ TOSCO KI, VIÑA ROMERO MM, MONTERO DELGADO A, PÉREZ MARTÍN CY, DIAZ DIAZ CL, GONZÁLEZ GARCÍA I, MERINO ALONSO J, GUTIÉRREZ NICOLÁS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CARRETERA DEL ROSARIO, 145 / SANTA CRUZ DE TENERIFE. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
Desde el año 2020, en nuestro centro se ha protocolizado el uso del esquema bortezomib-lenalidomida-dexametasona (VRD) como la primera línea de tratamiento para el mieloma múltiple (MM) en los pacientes candidatos a trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. La inclusión en este esquema de la lenalidomida dificulta la movilización de células madres, por lo que los pacientes requieren, en ciertas ocasiones, del uso de plerixafor.
El objetivo del presente estudio es describir y analizar el uso de plerixafor tras la inducción con el esquema VRD.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en el que se registraron todos los pacientes diagnosticados de MM que fueron sometidos a trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos, de enero de 2019 a diciembre del año 2020, en nuestro centro. Los datos de los pacientes incluidos en el estudio fueron recogidos de las historias clínicas y el análisis estadístico se realizó con la aplicación Rcommander®.

RESULTADOS
Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 22 pacientes, con una edad media de 57,68 años [45-71].
En el año 2019, en el que se empleó el esquema de inducción bortezomib-talidomida-dexametasona (VTD), el 13% de los pacientes requirieron plerixafor, mientras que tras la protocolización del esquema VRD lo necesitaron el 40% de los pacientes sometidos a trasplante (p < 0,05).
Si consideramos al total de pacientes que necesitaron plerixafor para una adecuada aféresis durante el 2020, el 88,9%

había recibido previamente tratamiento con lenalidomida, incluyendo los pacientes sometidos a su segundo trasplante (OR = 21,79, IC95 [1,84 – 1283,92], p=0,008).

CONCLUSIONES

En nuestra población el uso de esquemas de inducción basados en lenalidomida o el tratamiento previo con este fármaco, incluyendo pacientes sometidos a segundo trasplante, se asocia a una deficiente movilización de células madre y a una mayor necesidad de utilizar plerixafor para garantizar el éxito de la aféresis.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

692. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DE NIVOLUMAB EN HEPATOCARCINOMA AVANZADO

AUTORES

FRAGA BUENO E, VALCARCE PARDEIRO N, LÓPEZ SANDOMINGO L, RODRÍGUEZ PENÍN I
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. AVDA. DE RESIDENCIA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Entre las opciones terapéuticas recogidas en las guías de práctica clínica para el tratamiento del hepatocarcinoma tras progresión a sorafenib se encuentran regorafenib, cabozantinib, ramucirumab (alternativas todas ellas con resolución de no financiación) y nivolumab (indicación no autorizada).
El objetivo principal es evaluar la efectividad y seguridad del uso de nivolumab en hepatocarcinoma avanzado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron todos los pacientes con hepatocarcinoma avanzado que recibieron nivolumab desde junio 2018 hasta abril 2021 (ambos incluidos). Los inicios de tratamiento fueron gestionados a través de la plataforma corporativa de autorización de solicitudes especiales.
De la historia clínica electrónica se recogieron datos demográficos (sexo, edad), hábito enólico, infección por VHB o VHC, Child Pugh, presencia de cirrosis, estado funcional (PS) y efectividad y tolerancia del tratamiento con nivolumab. De los programas de prescripción electrónica se obtuvieron tratamientos oncológicos previos y número de ciclos con nivolumab.
La efectividad se evaluó a partir de la mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG).
Para valorar la respuesta al tratamiento se aplicaron los criterios RECIST versión 1.1. Para la valoración de la toxicidad se utilizaron los criterios del National Cancer Institute (CTCAE versión 5.0). Análisis estadístico (paquete estadístico SPSS versión 21): análisis de SLP y supervivencia global mediante el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Se incluyeron 9 pacientes (8 hombres, 1 mujer). Mediana de edad: 76 años (RIQ: 70-79). Al inicio 8 pacientes tenían un PS 1, 1 paciente PS 2. Cinco pacientes presentaban cirrosis. Seis pacientes tenían Child Pugh A, 1 paciente B, 2 desconocido. Hábito enólico: bebedores/exbebedores 5 pacientes, no bebedores 4 pacientes. Un paciente VHB, 1 paciente VHC. Todos habían recibido tratamiento previo con sorafenib, 1 regorafenib y 2 cabozantinib. En estadíos iniciales, 2 pacientes fueron tratados con radiofrecuencia, 1 paciente con quimioembolización y 1 paciente con ambas técnicas.
La mediana de seguimiento fue de 254 días (RIQ: 123-268), con una duración media del tratamiento de 6,77 ± 5 meses. La mediana de ciclos fue de 12 (RIQ: 5-16). Tasa de control de la enfermedad: 5 pacientes (55,6%) respuesta parcial, 2 pacientes (22,2%) enfermedad estable. No se puede estimar la mediana de SLP mediante el método de Kaplan-Meier.
La mediana de SG fue de 13,5 meses (IC95% 0-27,1). A la fecha de corte, 3 fueron éxitus, 5 continuaban con tratamiento activo y 1 sin tratamiento.
Siete pacientes presentaron efectos adversos (77,78%) de cualquier grado, siendo la toxicidad hepática la más frecuente (3 pacientes). Toxicidad grado 3: colitis (1), nefropatía autoinmune (1). Toxicidad grado 2: neutropenia (1), hepatotoxicidad (2). Toxicidad grado 1: astenia (3), hepatotoxicidad (1). Seis pacientes sufrieron retrasos en el tratamiento por toxicidad. A un paciente se le suspendió nivolumab por efectos adversos (colitis grado 3).

CONCLUSIONES

Nuestros resultados de SG son similares a los obtenidos en el CheckMate 040.
El perfil de toxicidad coincide con el descrito en la bibliografía.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

701. EFECTIVIDAD DE ERIBULINA EN VIDA REAL EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

AUTORES

PATIER RUIZ I, MARQUEZ PEIRO JF
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM.12’5. MADRID

OBJETIVOS

Analizar la efectividad de la eribulina en vida real, atendiendo a la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) en el tratamiento del cáncer de mama metastásico (CMm) refractario en un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y longitudinal en el que se incluyó a todas las pacientes con diagnóstico de CMm que recibieron eribulina entre abril de 2014 y octubre de 2020. Se analizaron variables demográficas (sexo/edad), del tratamiento quimioterápico (duración, dosis e intervalo entre ciclos, regímenes quimioterápicos previos) y clínicas (sobreexpresión HER2, expresión Ki67, receptores hormonales, SLP, SG). La progresión se analizó según criterios radiológicos RECISTv1.1. Se realizó análisis estadístico de subgrupos mediante Log-Rank test y confirmación por regresión de Cox.

RESULTADOS

Se incluyeron 38 pacientes, edad media 57,6 años (±11,85), ECOG PS≥2 (84,2%), sin sobreexpresión del HER2 (86,8%), alta expresión de receptores hormonales (84,2%). Todas las pacientes habían fracasado al menos a dos líneas quimioterápicas. Mediana de duración de tratamiento fue 4,35 meses (RIQ:2,44-6); mediana de ciclos recibidos fue 6 (RIQ:4-8.25). Retraso en la administración en el 79,0% de pacientes y reducción de dosis en el 60,5%. Fallecieron 32 pacientes con mediana SG 12,4 meses (IC95% 8,3-16,5) y 37 progresaron con mediana SLP 6 meses (IC95% 4,85-7,16). Log-Rank con diferencias estadísticamente significativas en SG para subgrupo con hormonoterapia previa y en subgrupo tratado en 2ª línea frente a ≥3ª línea. Sólo se confirma esta diferencia mediante regresión de Cox en el subgrupo pretratado con hormonoterapia [mediana 13,8 meses IC95%(9.9-17.6); HR=2.96 IC95%(1,02-8,55); p=0,045 frente 6,5 meses IC95%(6,1-6,9)]. SLP superior y estadísticamente significativa en el subgrupo con ECOG PS > 2, tanto en Log-Rank como en regresión de Cox [mediana 6,5 meses IC95%(3,65-9,34); HR=3,8 IC95%(1,07-13,44); p=0.038 frente 3,73 IC95%(0,09-7,38)].

CONCLUSIONES

La efectividad de eribulina en la práctica asistencial habitual es similar a la obtenida en ensayos clínicos, observándose una mayor SG en pacientes pretratadas con hormonoterapia y mayor SLP en el subgrupo con ECOG PS > 2.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

705. ESTUDIO DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN UN HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO

AUTORES

GRANDA LOBATO P, SÁNCHEZ LÓPEZ P, HERVELLA COMPANY AM, SÁNCHEZ DE CASTRO M, ACUÑA VEGA A, MARTINEZ RODRIGUEZ J, LOZANO MONTERO R

HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA GOMEZ ULLA. GLORIETA DEL EJERCITO, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Detectar interacciones farmacológicas (IF) entre antineoplásicos sistémicos (QT), premedicación (PM) y medicación habitual domiciliaria (M) en los pacientes oncohematológicos que acuden al hospital de día de un hospital general de 500 camas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional trasversal realizado entre marzo y abril de 2021, que incluyó a todos los pacientes que acudieron durante el periodo de estudio al hospital de día a recibir quimioterapia endovenosa. Se realizó una revisión completa de la farmacoterapia habitual de estos pacientes junto con la quimioterapia y pre medicación administrada. Para la elaboración de la historia farmacoterapéutica se emplearon como fuentes de información el módulo de prescripción único (MUP) y los registros de dispensación del programa de prescripción oncohematológica del hospital (Farhos). Para la detección de interacciones se utilizaron las bases de datos Micromedex® y Lexicomp®. Se registraron en una base de datos Excel todos los medicamentos e interacciones detectadas. Posteriormente se analizaron las interacciones de mayor gravedad (D y X de Lexicomp®).

RESULTADOS

Un total de 146 pacientes acudieron a hospital de día y 131 presentaron interacciones y fueron incluidos en el estudio. El diagnóstico principal fue carcinoma de colon y recto (18%), seguido de carcinoma de mama (13%) y carcinoma de pulmón no microcítico (10%). El 80% (117) presentaron IF mayores y el 20% (14) menores. Se revisaron un total de 1822 líneas de medicamentos y 2215 interacciones. Se detectaron 155 IF mayores: el 52% (81) implicaba QT-M de ellas un 86% categoría X; el 41% (63) PM-M de ellas un 32% categoría X y el 7% (11) PM-PM, todas categoría D. Los fármacos con mayor número de interacciones graves detectadas fueron metamizol (44%), dexclorfeniramina (28%) y dexametasona (8,4%). Se registraron interacciones clínicamente relevantes entre dexclorfeniramina, premedicación habitual para evitar reacciones infusionales, y anticolinérgicos inhalados (categoría X, potenciación del efecto anticolinérgico) así como con depresores del SNC (categoría D, efecto sinérgico depresor del SNC). El tratamiento concomitante con metamizol se identificó como el responsable del mayor número de interacciones con diversos citostáticos: fluropirimidinas, platinos, antraciclinas, taxanos, fosfamidas, mitomicina, decitabina, etopósido, gemcitabina, pemetrexed y los anticuerpos monoclonales bevacizumab y daratumumab.

CONCLUSIONES

El número de tratamientos con interacciones farmacológicas clínicamente relevantes fue muy elevado en la población de estudio (80%) al igual que en otros estudios similares publicados.

Los pacientes oncológicos son especialmente susceptibles de presentar IF al recibir quimioterapia asociada a tratamientos de soporte junto a otros fármacos para tratar comorbilidades y síndromes relacionados con el tumor tales como el dolor. Existe dificultad para valorar las IF en la práctica clínica de un hospital de día y el conocimiento de los fármacos que se encuentran con mayor frecuencia implicados en las IF actúa como un sistema de alerta en la prescripción de la terapia farmacológica ayudando a realizar una intervención farmacéutica más eficaz en la detección de IF potencialmente relevantes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

707. EXPERIENCIA CON LA INFUSIÓN RÁPIDA DE DARATUMUMAB

AUTORES

MAÑES SEVILLA M, VAZQUEZ CASTILLO MJ, MORONA MINGUEZ I, SOLLANO SANCHO I, JARO ARIAS E, ANGELES ANDREU M, MORIEL SANCHEZ C

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. C/ RÍO JÚCAR S/N. MADRID

OBJETIVOS
Daratumumab es un anticuerpo monoclonal anti-CD38 indicado en el tratamiento del mieloma múltiple. A pesar de que es un fármaco bien tolerado, puede presentar reacciones infusionales. Por ello su ficha técnica sugiere una administración lenta de 7h en la 1ª infusión, pudiéndose reducir hasta 3 h 30 min a partir de la 3ª dosis.
Reportar la experiencia con la infusión rápida de daratumumab en 90 minutos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se evaluaron todos los pacientes que recibieron daratumumab en un hospital de segundo nivel desde que se aprobó, por la Dirección Médica, un protocolo de infusión rápida en julio de 2020 hasta mayo de 2021. Como fuentes de información se utilizaron la Historia Clínica Electrónica Selene® y el Módulo de Pacientes Ambulantes de Farmatools®. Se recogieron: variables demográficas, dosis, inicio y fin de tratamiento con daratumumab, número de dosis administradas, datos de la primera y sucesivas infusiones (volumen, velocidad, problemas detectados con la infusión). El protocolo de infusión rápida de daratumumab indicaba un ritmo inicial de 200 ml/h y pasados 30 min, administrar el volumen restante a 460 ml/h en los siguientes 60 minutos. Se estableció un periodo de observación de 15 minutos al finalizar la infusión hasta la 3ª dosis recibida.

RESULTADOS
En el periodo de estudio, 17 pacientes con mieloma múltiple recibieron daratumumab. La mediana de edad al inicio del tratamiento fue de 71 años, el 52,9% mujeres. La dosis media de daratumumab fue 1140 mg, la mediana de la duración del tratamiento fue 2,5 meses y el número de dosis recibidas fue de media 9,17 por paciente. Cuatro pacientes habían recibido previamente un total de 48 dosis a un ritmo superior a 90 minutos. Con la aprobación del protocolo, todos ellos se ajustaron al mismo aumentando la velocidad de infusión de daratumumab. La mayoría de pacientes (70,58%) recibieron la primera infusión intrahospitalaria, repartida en dos dosis, dos días consecutivos, ajustándose la velocidad de infusión a la ficha técnica. Esto supuso un total de 24 dosis iniciales (15,38% del total de dosis). En las sucesivas administraciones, 125 dosis (80,13%) se ajustaron al protocolo de administración en 90 minutos. Éstas se administraron de manera ambulatoria, excepto en pacientes previamente ingresados. Sólo 7 dosis (4,49%) se administraron a un ritmo más lento por fragilidad del paciente.
Sólo se notificaron reacciones infusionales en las dos primeras dosis en 9 pacientes (52,94%). Éstas fueron leves y no obligaron a suspender el fármaco, únicamente a reducir puntualmente la velocidad de administración. Fueron de carácter respiratorio en 5 pacientes (55,56%) cursando disnea, tos, rinitis alérgica; Cutáneos en 2 pacientes (22,22%) con rash, eccema y picor y otros en 2 pacientes (22,22%) con hipertensión y tiritona. En las dosis administradas en 90 minutos no se notificó ninguna reacción infusional.

CONCLUSIONES
Daratumumab ha demostrado ser seguro administrado a una velocidad de 90 minutos. Desde la aprobación del protocolo en nuestro centro, todas las dosis se han administrado de manera rápida sin incidentes. Esto ha permitido minimizar la estancia hospitalaria y mejorar la logística del Hospital de Día.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

714. IMPLANTACIÓN DE UN COMITÉ INTERDISCIPLINAR DE ONCOLOGÍA FARMACÉUTICA

AUTORES
BRAVO CRESPO C, SÁNCHEZ GONZÁLEZ JL, POLO DURÁN J, ALMELA TEJEDO M, SENDRA GARCÍA A, RICOY SANZ I, MAESTU MAIQUÉS I, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVDA. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS
Describir el desarrollo, funcionamiento y resultados obtenidos tras la implantación de un Comité Inter-Multidisciplinar de Oncología Farmacéutica (CIMOF) intradepartamental, en la valoración y toma de decisiones clínicas individualizadas sobre el uso de medicamentos de alto impacto sanitario y/o económico (MAISE) en pacientes oncológicos.

MEJORAS ESPERADAS
1. Adecuación del uso de MAISE al posicionamiento terapéutico centralizado definido por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (DGFyPS).
2. Establecer una metodología normalizada que incorpore la valoración integral del paciente, el beneficio clínico y el análisis farmacoeconómico en la toma de decisiones clínicas.
3. Promover la integración del Farmacéutico Hospitalario (FH) en un equipo interdisciplinar.

DISEÑO
Se constituyó un equipo formado por el Jefe de Servicio (JS) y el facultativo prescriptor, por parte del servicio clínico solicitante; y el JS, el FH de la Unidad de Oncología Farmacéutica y un FH miembro de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT), por parte del Servicio de Farmacia.

CIRCUITO Y ETAPAS
Se estableció un procedimiento normalizado de trabajo:
1. El prescriptor solicita el tratamiento aportando informe clínico: magnitud del beneficio clínico (escala ESMO), calidad de la evidencia científica (escala GRADE) y alternativas terapéuticas disponibles.
2. Los FH completan el análisis clínico-asistencial y elaboran el informe farmacoeconómico (metodología MADRE).
3. El CIMOF resuelve la solicitud (favorable/favorable con modificaciones/desfavorable) y propone una reevaluación periódica del paciente.
4. El CIMOF realiza un seguimiento de los pacientes y comunica los resultados a la CFT y la DGFyPS.

IMPLANTACIÓN
El CIMOF se inició en octubre 2019 con el objeto de evaluar a nivel intradepartamental las solicitudes de tratamiento con MAISE en situación de uso "no ordinario", según criterios definidos por la DGFyPS.

RESULTADOS
Desde octubre 2019 hasta marzo 2021, se evaluaron 85 solicitudes correspondientes a 83 pacientes, de mediana de edad 66,1 (RIQ 17,0) años, 53,7% hombres y estado funcional 0-1 (78,3%). La distribución por servicio prescriptor fue: Oncología (89,3%), Urología (5,9%) y Dermatología (4,7%); por diagnóstico: cáncer de pulmón (26,2%), melanoma (14,3%), próstata (13,1%) y mama (9,5%); en estadio III-IV (98,6%).
Se evaluaron 35 MAISE diferentes [nivolumab (22,6%), durvalumab (6,0%), pembrolizumab (6,0%), cabazitaxel (6,0%), entre otros], en segunda línea o sucesivas (71,2%) y con intención paliativa (85,7%). Se estimó un beneficio clínico relevante en el 100% y 57,1% de las solicitudes con intención curativa (ESMO A-B) y paliativa (ESMO 4-5), respectivamente. La calidad de la evidencia fue alta en el 76,9% de las solicitudes.
La resolución fue favorable (90,7%), desfavorable (2,7%) o anulada (6,6%), iniciándose tratamiento en 83,6% de las resoluciones favorables en una mediana de tiempo de 13,0 (RIQ 20,0) días.
La tasa de persistencia del tratamiento, a los 6 meses, fue 85,7% (6/7) y 46,3% (19/41) en intención curativa y paliativa, respectivamente; y a los 12 meses, 100,0% (1/1) y 50,0% (5/10).

LIMITACIONES
Dificultad para integrar el circuito de trabajo y los informes CIMOF en la historia clínica electrónica.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
El procedimiento de trabajo definido por el CIMOF proporciona una metodología estandarizada aplicable a otros servicios de Farmacia interesados en la integración del Farmacéutico Hospitalario en equipos interdisciplinares para participar en la toma de decisiones clínicas consensuadas sobre el uso de medicamentos de alto impacto sanitario y/o económico en pacientes oncológicos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

717. TOXICIDAD DEL TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES
VAZQUEZ CASTILLO MJ, MAÑES SEVILLA M, SOTO BASELGA I, GOMEZ CABALLERO EP, SOLLANO SACHO I, MARRUPE GONZALEZ D, RUBIO CEBRIAN B
HOSPITAL DE MOSTOLES. RIO TORMES S/N. MADRID

OBJETIVOS
Analizar y describir el perfil de toxicidad de los diferentes fármacos inmunoterápicos en condiciones de práctica asistencial, así como los tratamientos utilizados y su evolución, y la necesidad de suspender o retrasar los tratamientos como consecuencia de la gravedad de los efectos adversos (EA) reportados.
Analizar si los pacientes que desarrollan toxicidades inmunomediadas graves obtienen mejores resultados de eficacia, medida como supervivencia libre de progresión (SLP).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo observacional retrospectivo de pacientes que inician tratamiento con inmunoterapia en los tres últimos años (2018-2020). Todos los datos clínicos se obtuvieron de la Historia clínica informatizada (Selene®) y del programa de dispensación de pacientes ambulantes (Farmatools®). Se recogieron las siguientes variables: datos demográficos, hábito tabáquico y comorbilidades, antecedentes de enfermedad autoinmune, diagnóstico oncológico y estadio, línea de tratamiento, esquema utilizado y número de ciclos, toxicidad (CTCA 5.0), y SLP

RESULTADOS
Se incluyeron 41 pacientes tratados con Nivolumab, Pembrolizumab y Atezolizumab. El 63,4 % de los pacientes experimentaron al menos un EA inmunomediado de cualquier grado, siendo de grado 3 o mayor en el 9,75% de la población del estudio. Se observó mayor incidencia de toxicidad en el grupo de Nivolumab (56,1%) frente a Pembrolizumab (31,7%) y Atezolizumab (12,2%). (p=0.081)
En el 12,19% de los pacientes fue necesario retirar definitivamente el tratamiento, mientras que al 29,26% se les suspendió temporalmente hasta la mejoría de los síntomas asociados. Un 14,63% de los pacientes cursaron ingreso hospitalario para el manejo de las complicaciones. La tasa de mortalidad fue de 0,02% .
Los efectos adversos endocrinos fueron los más frecuentes (28,95%) seguido de los cutáneos (21,05%) y digestivos (18,42%).
La mediana de SLP en la población del estudio fue de 4,1 meses. Se analizó la SLP de los pacientes que desarrollo un EA (SLP de 5,45 meses) frente a los que no presentaron ningún EA (2,63 meses). A pesar de las diferencias en SLP, se analizó la relación entre ambas variables sin encontrar asociación entre presentar un EA y mayor SLP. (p = 0,063).

CONCLUSIONES
La inmunoterapia ha sido bien tolerada, con tasas de reacciones adversas inmunomediadas similares a las publicadas y en la mayoría de los casos de carácter leve y moderado. Los corticoides fueron los fármacos más ampliamente utilizados para tratar dicha toxicidad. La toxicidad endocrina ha sido la más frecuente, seguido de la toxicidad cutánea y digestiva. La mayoría han sido de carácter leve, aunque en algunos casos graves, ha sido necesario una rápida instauración de tratamiento con corticoides para tratar estas complicaciones.
A la vista de los resultados no podemos concluir que la toxicidad inmunomediada constituye un factor predictivo de respuesta.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

724. CORRELACIÓN DE TOXICIDAD Y RESPUESTA AL PEMBROLIZUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES
GARCÍA-AVELLO FERNÁNDEZ-CUETO A, BARBADILLO VILLANUEVA S, VALENCIA SOTO CM, VILLACAÑAS PALOMARES MV, OCHAGAVIA SUFRATEGUI M, MARTINEZ CALLEJO V, MARTIN LOPEZ M, VALERO DOMINGUEZ M
HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA. AVENIDA VALDECILLA, Nº25. CANTABRIA

OBJETIVOS
La aparición de efectos adversos inmunorelacionados (EAir) durante el tratamiento con inhibidores del punto de control (IPCs) se ha asociado con mejores tasas de respuesta objetiva (TRO). El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre EAir y TRO en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico tratados con pembrolizumab en monoterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes que hubiesen recibido al menos 2 dosis de pembrolizumab en monoterapia entre marzo 2015 y marzo 2020.
Se recogieron las siguientes variables al inicio del tratamiento: edad, sexo, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), fecha de inicio y fin de tratamiento, línea de tratamiento, mejor respuesta al tratamiento y EAir. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y el Programa de prescripción electrónica asistida.
La evaluación de la respuesta se realizó de acuerdo a los criterios RECIST 1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors 1.1) y se categorizó como: respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP), enfermedad estable (EE) o progresión (P). TRO se definió como el porcentaje de pacientes en los que la mejor respuesta obtenida fue RC o RP. Se comparó la TRO de los pacientes que presentaron al menos un EAir, con los que no presentaron ninguno, mediante el test exacto de Fisher ($\chi 2$).
Se utilizó la regresión logística multivarable para identificar las posibles variables confusoras. Se incluyeron en el análisis: ECOG, línea de tratamiento, edad, sexo, desarrollo de EAir
Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS versión 22.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 94 pacientes. La edad media fue 65 (42-84 años), y 60 (63.8%) fueron hombres. 60 sufrieron EAir(63.8%).
La TRO global fue 42.6% (40 pacientes alcanzaron RC o RP). Los pacientes que experimentaron EAir alcanzaron mayores TRO que los pacientes que no los experimentaron. (34% vs 8,5% $\chi 2$=0,005 respectivamente).
La mediana del tiempo en tratamiento fue 4 meses (0-24 meses).
El análisis multivariable mostró que únicamente el desarrollo de EAir estuvo asociado significativamente con una mejora en la TRO (P=0.006). ECOG, línea de tratamiento, edad y sexo no estuvieron significativamente relacionados con TRO más altas.

CONCLUSIONES
Nuestros datos apoyan que el desarrollo de EAir en pacientes con CPNM tratados con pembrolizumab en monoterapia está asociado significativamente con tasas de respuesta más altas. El análisis logístico multivariante demuestra que el desarrollo de EAir es un factor pronóstico independiente de respuesta.
La principal limitación del estudio fue su naturaleza retrospectiva.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

732. TOXICIDAD ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS MAYORES DE 70 AÑOS.

AUTORES
SOLLANO SANCHO I, VÁZQUEZ CASTILLO MJ, CURTO GARCÍA MI, MORONA MINGUEZ I, MAÑES SEVILLA M, SOTO BASELGA I, RUBIO MARTÍNEZ J, MORIEL SÁNCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES. RÍO JUCAR, S/N. MADRID

OBJETIVOS
Analizar el perfil de toxicidad de la inmunoterapia en pacientes oncológicos de edad avanzada y la necesidad de interrumpir o suspender tratamiento por la gravedad de los efectos adversos (EA) reportados.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel desde enero 2017 hasta abril 2021. Se incluyeron pacientes mayores de 70 años que iniciaron inmunoterapia. Los datos clínicos se obtuvieron de la historia clínica y del programa de dispensación de fármacos oncohematológicos. Se recogieron las variables del paciente: datos demográficos, ECOG, hábito tabáquico, comorbilidades, antecedentes de enfermedad autoinmune, diagnóstico oncológico y estadio; variables del tratamiento: línea, esquema, ciclos recibidos, toxicidad (CTCAE 5.0) y manejo.

RESULTADOS
Se incluyeron 35 pacientes, 80% hombres con una mediana de edad 74 años [RIQ: 7]. El 94,28% presentaban ECOG 0-1. El 68,57% eran exfumadores y el 8,57% continuaban. Todos presentaron comorbilidades, siendo las más frecuentes: dislipemia (68,57%), hipertensión arterial (65,71%), diabetes mellitus (48,57%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (8,57%) y cardiopatía isquémica (8,57%). El 14,29% presentaron enfermedad autoinmune.
El cáncer de pulmón no microcítico fue el más frecuente (48,57%), seguido del urotelial (22,86%) y del renal (17,14%).

Un 77,14% presentaba estadio IV con metástasis pulmonares (37,14%), óseas (28,57%) y hepáticas (14,29%), mayoritariamente.
La mayoría recibió inmunoterapia en segunda línea (62,86%) y solo el 14,29% como primera línea. La mediana de ciclos administrados fue 5 [RIQ: 7]. El fármaco más utilizado fue nivolumab (62,86%), seguido de atezolizumab (22,86%) y pembrolizumab (14,29%).
Se notificaron 45 EA que afectaron al 60% de los pacientes. El 57,14% experimentaron dos o más EA de cualquier grado y en el 8,57% fueron de grado ≥3.
Las toxicidades más frecuentes aparecieron a nivel dermatológico (14,29%), digestivo (11,43%) y endocrino (11,43%); menos frecuentemente renal (5,71%) y pulmonar (5,71%). La mediana de aparición fue 4 semanas [RIQ: 8,25].
De los pacientes tratados con atezolizumab presentaron toxicidad el 75%, con nivolumab el 63,64% y con pembrolizumab el 20%.
El 47,62% precisó interrupción del tratamiento por EA. El 14,29% requirió la suspensión definitiva por neumonitis, dolor costal y reacción inflamatoria tipo sarcoidosis. El 42,86% de los pacientes con EA necesitó tratamiento con corticoides. Ningún paciente falleció por toxicidad.

CONCLUSIONES

Tradicionalmente, los pacientes de edad avanzada se han relacionado con mayores toxicidades con la quimioterapia, sin embargo, los ensayos clínicos con inmunoterapia no han mostrado mayor incidencia de EA con la edad.
En nuestro estudio, la inmunoterapia fue bien tolerada con incidencias de EA similares a las ya reportadas. La toxicidad dermatológica fue la más frecuente, seguida de la digestiva y la endocrina.
A pesar de que casi la mitad tuvo que interrumpir la inmunoterapia temporalmente, solo un 14,29% requirió la suspensión definitiva. El tratamiento precoz con corticoides pudo estar relacionado con la buena evolución, destacando que ningún paciente llegó a fallecer.
Los datos observacionales disponibles son limitados. Los estudios futuros deben incluir una evaluación geriátrica completa para identificar qué pacientes podrían beneficiarse en mayor medida de la inmunoterapia, que impresiona de menos EA que la quimioterapia convencional.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

755. CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA REALIZAR TELEFARMACIA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

AUTORES

BARBADILLO VILLANUEVA S, OCHAGAVÍA SUFRATEGUI M, MARTÍNEZ CALLEJO V, GOMEZ GOMEZ D, SANCHEZ GUNDIN J, ILLARO URANGA A
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVENIDA VALDECILLA SN. CANTABRIA

OBJETIVOS

La telefarmacia es la práctica farmacéutica a distancia a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación. Es una actividad novedosa de alto valor añadido que permite mantener el seguimiento y la comunicación con el paciente, evitando su desplazamiento al hospital.
Actualmente no existen criterios estandarizados que permitan identificar qué pacientes se beneficiarán de la atención farmacéutica (AF) telemática y, por lo tanto, hacer una gestión de recursos eficiente.
El objetivo es implantar un circuito de telefarmacia para pacientes atendidos en la consulta de atención farmacéutica oncohematológica (CAF-OH) aplicando un criterio de selección farmacéutico.

MEJORAS ESPERADAS

- Incrementar la satisfacción del usuario.
- Reducir desplazamientos y tiempos de espera en pacientes vulnerables.

DISEÑO

Los criterios establecidos para considerar a un paciente candidato a AF-OH telemática fueron:
- Consultas médicas telemáticas.
- Patología crónica estable y buena adherencia, que permiten espaciar la periodicidad de la consulta médica.
- Población pediátrica hematológica cuyo ajuste de dosis depende de resultados analíticos.

Se destinó un farmacéutico y un técnico de farmacia a media jornada. Se abrió una agenda específica para citar a los pacientes seleccionados. Se habilitó una zona diferenciada de la consulta de AF-OH para el desarrollo de la actividad con ordenador, terminal móvil, webcam y auriculares.
El envío de medicación se concertó a través de la red de oficinas de farmacia (OF) de la Comunidad Autónoma mediante sus almacenes distribuidores (AD), bajo el amparo del Servicio de Salud autonómico. Se acordó que el contenido del envío sería confidencial desde su preparación en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) hasta su recepción por el paciente.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Tras el visto bueno de la institución, se informó y expuso el proyecto a los Servicios médicos.
- En las consultas de AF-OH presencial, los farmacéuticos fueron seleccionando gradualmente a aquellos pacientes que cumplieran criterios, informando tanto al médico como al paciente de su derivación a asistencia telemática.
- En la consulta de Telefarmacia, el farmacéutico realizaba la AF y registraba la actuación en la Historia Clínica Electrónica, junto con el consentimiento informado en la primera llamada
- Preparación y acondicionamiento de la medicación para envío.
- Transporte especializado a cargo de AD a la OF de elección del paciente.
- Confirmación de entrega.

IMPLANTACIÓN
Desde el 1 de febrero al 7 de mayo de 2021 (14 semanas)

RESULTADOS
De 3460 pacientes citados en la CAF-OH, 591 se atendieron con Telefarmacia (20,5%). Se envió medicación a 524 (88,6%). Los motivos de no envío fueron retrasos de ciclo por estado funcional, suspensiones de tratamiento o errores de cita.
Se enviaron una media de 9 paquetes por día.
El 70% de los pacientes fueron hematológicos (3% pediátricos) y el 30% oncológicos.
Todos los pacientes en los que la AF se realizó con telefarmacia quisieron repetir en la siguiente dispensación.

LIMITACIONES
Aún no se ha podido evaluar el servicio mediante encuestas de satisfacción.
Es previsible un aumento del número de pacientes ya que la inclusión del paciente en el programa tras valoración farmacéutica individualizada requiere tiempo hasta la siguiente dispensación.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Cualquier SFH dotado de recursos materiales y humanos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

791. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON OLAPARIB EN MUJERES CON CÁNCER DE OVARIO CON MUTACIÓN BRCA 1/2.

AUTORES
CABA HERNÁNDEZ C, TENA ALEJANDRE P, DUQUE AGUILAR JJ, ALMANCHEL RIVADENEYRA A, DOBRITO PALLÉS A, PÉREZ PUENTE P, FERNÁNDEZ LISÓN LC
HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCANTARA. AVENIDA PABLO NARANJO. CÁCERES

OBJETIVOS
Evaluar la eficacia y seguridad de olaparib en pacientes con cáncer de ovario con mutación BRCA 1/2.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo en el que se incluyó a mujeres con cáncer de ovario que habían recibido olaparib entre enero de 2016 a abril de 2021. Los datos se obtuvieron de la historia clínica digitalizada y del programa de dispensación a pacientes externos (Farmatools®). Los datos que se recogieron fueron: edad, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), tipo de mutación BRCA, primera linea de tratamiento, supervivencia libre de progresión (SLP) tras platino y tras olaparib, entendiendo como SLP el periodo de tiempo transcurrido entre el inicio del tratamiento hasta que se suspende por progresión de la enfermedad y/o éxitus. La seguridad se evaluó mediante el registro de los efectos adversos (EA).

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 9 pacientes que recibieron tratamiento con olaparib, siguiendo la posología de ficha técnica según la presentación disponible (cápsulas o comprimidos). La mediana de edad fue de 62 años (42-78) y todas las pacientes presentaban al inicio del tratamiento un ECOG 0-1. El 44,4% de las pacientes presentaba mutación BRCA-1 y el 55,6% BRCA-2. En cuanto al tratamiento de primera linea 7 de las pacientes habían recibido paclitaxel, bevacizumab y carboplatino, 1 paciente gemcitabina, bevacizumab y carboplatino y de otra paciente no se tenían datos. La mediana de SLP con platino fue de 15 meses (12-34) y la mediana de SLP con olaparib fue de 24 meses (4-44). En cuanto a los EA: 4 pacientes presentaron astenia grado 1 (G1), 4 pacientes nauseas/vómitos G1 y 3 pacientes anemia G3. La toxicidad hematológica obligó a reducir la dosis a la mitad en 3 pacientes. Al finalizar el estudio 2 pacientes habían fallecido, 3 pacientes habían progresado y 4 continuaban en tratamiento.

CONCLUSIONES
A pesar del reducido tamaño muestral estudiado, podemos observar que olaparib es un fármaco con elevada SLP en pacientes con cáncer de ovario sensible a platino que presentan mutación BRCA1/2. En cuanto a la seguridad, olaparib es bien tolerado por las pacientes, siendo la mayoría de los EA de G1.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

799. TISAGENLECLEUCEL: EXPERIENCIA LOGÍSTICA Y CLÍNICA EN EL LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES
CRUZ SÁNCHEZ A, RUÍZ CALDES MJ, POLO MONTANERO P, IGLESIAS GÓMEZ R, PALANQUES PASTOR T, FERNÁNDEZ SÁNCHEZ M, GARCÍA PELLICER J, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITECNIC LA FE. AVINGUDA DE FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS
Analizar descriptivamente la logística y seguimiento farmacoterapéutico de tisagenlecleucel en pacientes adultos diagnosticados de linfoma B difuso de células grandes (LBDCG), en un hospital de tercer nivel, con centralización de los procesos logísticos en el Servicio de Farmacia (SF).

MATERIALES Y MÉTODOS
El periodo de tiempo analizado es 17 meses, desde enero de 2020, cuando se recepciona la primera terapia con tisagenlecleuclel, hasta mayo de 2021. Se han recogido los datos demográficos de pacientes y caracterización de la enfermedad en el momento de la autorización del tratamiento (estadio de la enfermedad, número de líneas de

tratamiento quimioterápico previos, trasplante progenitores hematopoyéticos (TPH)). Se ha recogido la presencia o no de discrepancias del proceso logístico del SF, así como los datos de producción del medicamento (número de bolsas, celularidad, volumen) y coste. Por último, se ha realizado un seguimiento de la evolución clínica de los pacientes (días de ingreso, presencia de toxicidades del tratamiento, supervivencia post-infusión y evolución).

RESULTADOS

En este periodo de estudio se han autorizado 14 tratamientos, 11 se han administrado y 3 se encuentran en fase de producción. Los 11 pacientes tratados, 8 hombres y 3 mujeres, tenían una edad media de 58,9 ± 7,3 años (52–70 años), un peso medio de 76,1 ± 13,4 kg y diagnóstico de LBDCG en estadio III o IV en recaída tras recibir una mediana de 3 tratamientos quimioterápicos previos (2-4), habiendo sido sometidos 3 de ellos a TPH. En todos los casos el circuito logístico de recepción, custodia y dispensación por el SF se ha realizado sin ninguna incidencia. La medicación recepcionada presenta unos valores medios de celularidad de 3,3 ± 0,74 x 10∧8 y un volumen medio de 26,3 ± 11,4 mL. 9 pacientes han recibido 1 bolsa de tratamiento, y los 2 restantes 3 bolsas. Tras la infusión de tisagenlecleucel, los pacientes han permanecido ingresados una mediana de 11 días (8-15 días) y 7 de ellos han presentado Síndrome de Liberación de Citocinas, 6 de Grado 1 y 1 de Grado 2, con una mediana de duración de 5 días (2-6 días), necesitando 3 de ellos la administración de Tocilizumab intravenoso con una dosis media de 481 ± 23 mg. En ningún caso se han detectado signos de neurotoxicidad asociada a terapias con células inmunoefectoras tras la infusión. De los 11 pacientes, 2 han fallecido dentro de a los 60 días post-infusión. El resto, en diferente mes de seguimiento, presentan: respuesta metabólica completa (4) y parcial (1), enfermedad estable (1), recaída (1) y 2 de ellos no han alcanzado todavía el mes de seguimiento post-infusión. Por último, el coste del medicamento tisagenlecleucel, para las 11 administraciones, ha sido de 1.953.583 euros (Precio Venta Laboratorio).

CONCLUSIONES

El proceso de fabricación personalizada de tisagenlecleucel está asociado a costes elevados, si bien, su utilización contribuye a ofrecer oportunidades terapéuticas en enfermedades hematológicas como el LBDCG. La centralización de procesos logísticos en el SF contribuye a aumentar la seguridad y calidad del proceso farmacoterapéutico junto a la implicación clínica del farmacéutico en el equipo asistencial.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

856. EFECTO DE RITUXIMAB-BENDAMUSTINA ± RITUXIMAB DE MANTENIMIENTO EN LOS NIVELES DE GAMMAGLOBULINAS E INMUNOGLOBULINAS DE PACIENTES CON LINFOMA FOLICULAR

AUTORES

DÍAZ ACEDO R, ARTACHO CRIADO S, RIOS HERRANZ E, MARQUEZ SAAVEDRA E
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. AVDA. DE BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Estudiar el efecto del tratamiento con rituximab-bendamustina (RB) ± mantenimiento con rituximab (Rmant) en los niveles de gammaglobulinas (Ggs) e inmunoglobulinas (Ig) de una población de pacientes con linfoma folicular (LF), así como estimar la incidencia de infecciones clínicamente relevantes (ICR) en dicha población y la necesidad de tratamiento sustitutivo con inmunoglobulinas por ICR de repetición.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, unicéntrico, multidisciplinar que incluyó todos los pacientes tratados con RB entre enero-2012 y diciembre-2020. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, estadio y grado de LF, índice pronóstico FLIPI, nº ciclos de RB, tratamiento con Rmant (si/no), Ggs e Ig G-M-A basales, tras RB y tras mantenimiento, ICR tras quimioterapia o mantenimiento (si/no) y necesidad de tratamiento sustitutivo con Igs (si/no). Los datos se obtuvieron del programa Farmis-Oncofarm® y se procesaron con SPSS® v.25 mediante análisis descriptivo y, para el estudio de las diferencias en valores analíticos pre y post-tratamiento, prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas.

RESULTADOS

Se incluyeron 35 pacientes, 65,7% (n=23) mujeres, con edad mediana 60,3 años (rango:36-74). El 48,6% (n=17) presentaba LF estadio III, el 42,8% (n=15) estadio IV y el 8,6% (n=3) estadio II. El 42,9% (n=15) presentaba LF grado 2, el 34,3% (n=12) grado 1, el 11,4% grado 3 (n=4) y el 11,4% (n=4) grado desconocido. La mediana de FLIPI fue 2 (RIQ:2-3). El 94,3% (n=33) recibieron 6 ciclos de RB y el 5,7% (n=2) 4 ciclos. El 51,4% (n=18) de pacientes ha finalizado Rmant, el 40,0% (n=14) no recibió y el 8,6% (n=3) lo está recibiendo a fecha de cierre de recogida de datos.

La mediana de Ggs basales fue de 926 (RIQ:760-1040), la de IgG 939 (RIQ:766-1070), la de IgM 85 (RIQ:44-86) y la de IgA 172 (RIQ:87-206). La mediana de GgS tras RB fue de 701 (RIQ:500-925), la de IgG 717 (RIQ:526-935), la de IgM 30 (RIQ:13-37) y la de IgA 106 (RIQ:42-171). Para los pacientes que finalizaron Rmant, la mediana de Ggs fue 622 (RIQ:490-750), la de IgG 602 (RIQ:432-798), la de IgM 25 (RIQ:19-30) y la de IgA 105 (RIQ:51-130).

Los niveles de Ggs tras RB fueron significativamente menores ($p < 0,001$) que los basales, al igual que los de IgG ($p < 0,001$), IgM ($p < 0,001$) e IgA ($p < 0,001$). Para los pacientes que finalizaron Rmant, los niveles de IgG fueron significativamente menores que tras RB (p=0,002), sin diferencias estadísticamente significativas en IgM (p=0,058) e IgA (p=0,056).

El 37,1% (n=13) de pacientes desarrollaron ICR tras RB y el 22,2% tras Rmant (n=4). Un 14,3% de pacientes (n=5) ha requerido tratamiento sustitutivo con Igs.

CONCLUSIONES

En una población de pacientes con LF tratados con RB, se han observado disminuciones estadísticamente significativas de Ggs e Ig G-M-A. Además, el tratamiento con Rmant se ha asociado también a disminuciones estadísticamente significativas de Ggs e IgG. En esta población, más de un tercio de los pacientes han desarrollado ICR tras RB y algunos pacientes también tras Rmant, requiriendo en algunos casos tratamiento sustitutivo con Igs para prevenirlas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

864. ESTUDIO EN VIDA REAL DE PALBOCICLIB EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

AUTORES

SERRANO GIMÉNEZ R, DÍAZ ACEDO R, FERNÁNDEZ PÉREZ EM, ARTACHO CRIADO S, LÓPEZ ALVAREZ P, MARQUEZ SAAVEDRA E

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. AVDA. DE BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar efectividad y seguridad de palbociclib en pacientes con cáncer de mama metastásico (CMM) receptor hormonal positivo y HER2 negativo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, multidisciplinar, unicéntrico que incluyó todas las pacientes con CMM que recibieron palbociclib entre enero 2017-diciembre 2019. Variables recogidas: edad, estado funcional según escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), estadio IV al diagnóstico, intervención quirúrgica (IQ) previa, hormonoterapia (HT)/quimioterapia (QT) adyuvante, número de líneas de HT/QT previas en enfermedad metastásica. Variables de efectividad y seguridad: supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y reacciones adversas (RA) y grado (G) según Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) V.5.0. También se recogieron reducciones de dosis, retrasos y suspensiones del tratamiento. Fuentes de información: historia clínica y programa Farmis-Oncofarm®. Datos procesados con IBM®-SPSS® Statistics V.25. SLP y SG se estimaron mediante método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Se incluyeron 55 mujeres, con edad mediana 58 años (RIQ=54-70). El 67,3% (n=37) presentó ECOG=1, el 25,4% (n=14) 0 y el 7,3% (n=4) 2. El 21,8% (n=12) presentaba estadio IV al diagnóstico. El 80,0% (n=44) se sometió a IQ del primario. El tratamiento adyuvante fue QT+HT en el 79,0% (n=34) de pacientes, HT en un 11,6% (n=5) y QT en un 6,9% (n=3). Una paciente no recibió adyuvancia y se desconoce adyuvancia en otra.

Un 70,9% (n=39) recibió palbociclib en 1ª línea de HT para enfermedad metastásica, el 18,1% (n=10) en 2ª línea y el 11,0% (n=6) en líneas posteriores. El 30,9% (n=17) habían recibido ⩾1 una línea de QT previa para enfermedad metastásica.

La SLP mediana global fue 15,7 meses (IC95%=11,7-19,7). En 1ª línea fue 18,9 (IC95%=10,7-27,1) y en 2ª línea y posteriores 11,7 meses (IC95%=8,0-15,3). La SG mediana global fue 33,9 meses (IC95%= 25,3-42,5), con un porcentaje de exitus del 38,2% (n=21). En 1ª línea no se alcanzó mediana de SG a cierre de recogida de datos y en 2ª línea y posteriores fue 30,4 meses (IC95%=25,2-42,5). El 89,1% de pacientes (n=49) presentó neutropenia; siendo el 43,6% (n=24) G3 y el 14,5% (n=8) G4, y motivando en el 60,0% (n=33) de casos retrasos del tratamiento, en el 36,4% (n=20) reducciones de dosis y en una paciente (1,8%) suspensión. El 52,7% (n=29) presentó otras RA, G2 en un 12,7% (n=7) y G3 en un 14,5% (n=8).

CONCLUSIONES

Palbociclib ha presentado resultados de SLP bastante aproximados a lo publicado en la literatura tanto en 1ª línea como en 2ª línea y posteriores. Para concluir sobre la SG, sería recomendable ampliar el tiempo de seguimiento, dado que muchas pacientes continúan vivas. Las RA observadas fueron las esperadas con este medicamento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

897. REACCIONES INFUSIONALES DE FÁRMACOS ONCOHEMATOLÓGICOS EN HOSPITAL DE DÍA

AUTORES

PARERA PASCUAL MM, RODRIGUEZ CAMACHO JM, NIGORRA CARO M, MANDILEGO GARCIA A, PEREZ DE AMEZAGA TOMAS L, BRADY GARCIA A

HOSPITAL SON LLÀTZER. CTRA. DE MANACOR, S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Medir incidencia y características de las Reacciones Infusionales (RI) relacionadas con la administración de tratamientos oncohematológicos y de soporte en el Hospital De Día (HDD). Describir medidas terapéuticas encaminadas a su resolución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en el HDD de un hospital que atiende a una población de 250.000 habitantes. Se incluyeron las RI ocurridas en el periodo comprendido entre enero-2019 y diciembre-2020.

Las variables recogidas fueron las siguientes: el fármaco desencadenante de la RI, ciclo de tratamiento en el que se produjo, tipo de RI y medida terapéutica adoptada. Las RI se categorizaron en: dermatológicas, cardíacas, gastrointestinales, neurológicas, oftalmológicas, respiratorias, generales (fiebre y dolor) y mixtas (combinación de una o más de las anteriores). Varias RI en el mismo paciente contabilizaron como una única RI.

Los datos fueron recogidos en una base de datos Microsoft Excel® mediante la revisión del registro de incidencias del programa Farmis_Oncofarm®, esta información fue contrastada con la historia clínica, a través del programa HPHCISv.3.8.

RESULTADOS
En el periodo de estudio se administraron un total de 27921 fármacos oncohematológicos parenterales en 3188 pacientes. Se desarrollaron RI en 109 pacientes.
El fármaco que mayor RI provocó fue oxaliplatino (39,5%), seguido de rituximab (23%) y carboplatino (5,5%). Entre los fármacos de soporte, el que mayor RI presentó fue hierro carboximaltosa (4,6%). El resto de fármacos implicados fueron: paclitaxel (5,5%), infliximab (3,7%) e irinotecan (2,8%). Cisplatino, daratumumab, cetuximab, trastuzumab y docetaxel registraron 2 RI cada uno; y adriamicina, inmunoglobulinas, hierro hidróxido sacarosa y obinutuzumab, 1 RI.
El 52,2% de RI acontecieron en el primer ciclo y el 93% de las reacciones ocurrieron dentro de los 10 primeros ciclos. Sólo un 7% de las RI ocurrió a partir del ciclo 11.
Las RI más comunes fueron las dermatológicas en un 31,2% y las mixtas en un 21,2%.
El 88% de las RI permitieron la continuación del tratamiento, mediante el ajuste de la velocidad de administración y tratamiento farmacológico de soporte. En un 12% de las RI se tuvo que retirar definitivamente el fármaco y sólo en una RI (0,9%) requirió, además, ingreso del paciente.

CONCLUSIONES
La incidencia de RI a carboplatino y oxaliplatino es similar a la reportada en las fichas técnicas, en cambio, la de rituximab fue menor. La mayoría de RI acontecieron durante el primer ciclo de tratamiento. Casi el total de las RI se resolvieron con medicación de rescate lo que permitió continuar el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

905. PATIENT REPORTED OUTCOMES EN EL SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE CON CÁNCER DE OVARIO AVANZADO. CONSENSO DE EXPERTOS/AS Y PACIENTES.

AUTORES
COLLADO BORREL R, RODRÍGUEZ SAGRADO MÁ, VÁZQUEZ CASTILLO MJ, HERRERO FERNÁNDEZ M, CASADO ABAD G, FERNÁNDEZ ROMÁN AB, GUERRA ALIA E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ DR. ESQUERDO 46. MADRID

OBJETIVOS
Consensuar las medidas centradas en el paciente (PROs), definidas como cualquier resultado de salud reportado por el paciente sin interpretación de un tercero, más relevantes para el seguimiento del cáncer de ovario avanzado (COA), desde la perspectiva del paciente y profesional sanitario.

MATERIALES Y MÉTODOS
Para establecer los PROs más relevantes en el seguimiento del COA se empleó la metodología Delphi. El cuestionario empleado en las dos rondas se elaboró en base a una revisión de la literatura, un grupo focal con pacientes de distintos perfiles (identificadas e invitadas por una asociación de pacientes) y un grupo nominal con expertos. En las rondas de consulta se valoró la relevancia de recogida de cada PRO (escala Likert 1=totalmente acuerdo; 9=totalmente desacuerdo). Se estableció consenso para aquellos PROs que lograron un porcentaje de respuesta ≥75 en el extremo de acuerdo o en desacuerdo. En la segunda ronda se presentaron los PROs sin consenso y los propuestos en la primera ronda. Los consensos alcanzados en las dos rondas se ratificaron con los miembros del grupo nominal.

RESULTADOS
Se revisaron 14 publicaciones, identificándose 28 PROs. En el grupo focal con pacientes (n=5; edad media 54,4 (DE=13,5) años; tiempo de diagnóstico 55,6 meses (DE=32,4)) se confirmó su relevancia. Al grupo nominal (n=12 farmacéuticos hospitalarios y n=4 oncólogos) se presentaron los PROs referidos a síntomas específicos agrupados en 17 categorías (cansancio, dolor, sexualidad, imagen corporal, alteraciones alimentación, capacidad cognitiva, alteraciones dermatológicas, estado ánimo, insomnio, trastornos gastrointestinales, alteraciones sistema respiratorio, neuropatía, hipersensibilidad, alteraciones cavidad bucal, palpitaciones, mareos y escalofríos); y los PROs sobre aspectos generales (calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), estado funcional, función social, preferencias, adherencia y satisfacción). Los PROs que alcanzaron consenso en el grupo nominal (n=14) fueron incluidos en el cuestionario Delphi. En la ronda 1 del Delphi participaron 56 profesionales sanitarios expertos/as en el manejo del cáncer de ovario (51,8% Farmacia Hospitalaria; 41,1% Oncología; 3,6% Enfermería; y 3,6% Psicooncología; tiempo medio de ejercicio en la especialidad 12,5 (DE=8,0) años) y 10 pacientes con COA (tiempo medio de diagnóstico 5,4 años (DE=3,0)). La tasa de respuesta en segunda ronda fue del 96,4% (n=54) en profesionales y del 80% (n=8) en pacientes.
En primera ronda todos los PROs propuestos alcanzando consenso en relación con su relevancia para el seguimiento de la paciente con COA: estreñimiento (90,9%), diarrea (89,4%), náuseas (90,1%), cansancio (95,5%), estado ánimo (87,9%), dolor (93,9%), sexualidad (78,8%), neuropatía (95,5%), insomnio (78,8%), CVRS (95,5%), adherencia (95,5%), preferencias (84,9%) y satisfacción con el tratamiento (90,9%). En segunda ronda se presentaron los PROs propuestos en la primera ronda (sequedad de la piel e hinchazón abdominal), alcanzando consenso en relevancia únicamente hinchazón abdominal (87,1%).

CONCLUSIONES
Pacientes y expertos consensuaron la relevancia de recoger durante el seguimiento de la paciente con COA los siguientes PROs: neuropatía, diarrea, estreñimiento, náuseas, insomnio, hinchazón abdominal, sexualidad, dolor, estado de ánimo, CVRS, preferencias, adherencia y satisfacción con el tratamiento. Este consenso supone un primer paso para la estandarización e implementación del uso de los PROs en práctica clínica.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

910. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DE LA COMBINACIÓN DE PEMBROLIZUMAB CON QUIMIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES
PARERA PASCUAL MM, RODRIGUEZ CAMACHO JM, NIGORRA CARO M, MANDILEGO GARCIA A, PEREZ DE AMEZAGA TOMAS L, BRADY GARCIA A
HOSPITAL SON LLÀTZER. CTRA. DE MANACOR, S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS
Evaluar la efectividad y seguridad de la combinación de pembrolizumab, platino y pemetrexed en el tratamiento en primera línea del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) metastásico de histología no escamosa.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en un hospital de segundo nivel que atiende a una población de 250.000 personas. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de CPNM metastásico de histología no escamosa que iniciaron tratamiento con la combinación de pembrolizumab, platino y pemetrexed entre diciembre-2019 y diciembre-2020. Se recogieron datos hasta el 31 de marzo-2021.
Variables: edad, sexo, hábito tabáquico, metástasis cerebrales, valor de la expresión de PD-L1, tipo de platino, estado funcional al inicio del tratamiento, ciclos recibidos y duración del tratamiento.
Para valorar la eficacia se aplicaron criterios RECIST versión 1.1. Para valorar la toxicidad se emplearon criterios del National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events (NCI-CTCAE) versión 4.
Estos datos fueron recogidos de la historia clínica (HPHCISv.3.8) y el programa Farmis_Oncofarm v3.0.11.38. Los datos se analizaron con el software SPSSv.25.

RESULTADOS
Veinticuatro pacientes (17 hombres); edad media 66,5±8,8 años. Fumador activo o exfumador: 87,5% de pacientes; metástasis cerebrales al inicio del tratamiento: 12,5%.
Expresión de PD-L1: 1-49% en 20,8% de pacientes; < 1% en 66,6%; en el 12,5% no se pudo determinar. El 79,2% de pacientes inició tratamiento con cisplatino. ECOG 0 al inicio de tratamiento: 45,8% de pacientes; resto ECOG 1.
Durante la inducción, 3 pacientes presentaron progresión y 4 fueron exitus. Diecisiete pacientes iniciaron mantenimiento (70,8%). Durante la inducción, dos pacientes cambiaron de cisplatino a carboplatino por toxicidad (emesis grado-2 e hipoacusia; y astenia grado-2).
Mediana de seguimiento: 7,5 meses; mediana de duración del tratamiento: 4,5 meses; tiempo medio hasta obtener respuesta: 2,5 meses.
Tras la inducción, hubo un 50% de respuestas parciales y un 20,8% de estabilizaciones de enfermedad. En 2 pacientes no se había valorado la respuesta a la fecha de corte.
En el corte de datos, 8 continuaban con tratamiento de primera línea y 9 pacientes habían progresado, iniciando una segunda línea. La supervivencia libre de progresión fue de 7 meses. Fueron exitus 11 pacientes.
La incidencia de efectos adversos fue del 70,8% (17 pacientes), el 88% de grado 1 o 2. Entre los más frecuentes se encuentran astenia (41,6%), náuseas y vómitos (16,6%) y. Dos pacientes discontinuaron el tratamiento por toxicidad: nefrotoxicidad grado-3 y diarreas grado-2.
Dos pacientes suspendieron pemetrexed de mantenimiento por nefrotoxicidad grado 2-3.

CONCLUSIONES
Los resultados de efectividad obtenidos son levemente inferiores respecto a los del estudio pivotal Keynote 189. Sin embargo, la toxicidad fue similar al porcentaje de pacientes aunque en nuestro estudio eran de grado inferior a los resultados reportados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

943. IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE SALUD DIGITAL PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES PSICOSOCIALES Y MANEJO FARMACOTERAPÉUTICO EN CÁNCER DE MAMA

AUTORES
DE DIOS LÓPEZ A, BARREDO HERNÁNDEZ A, MORENO MARTÍNEZ E, RIBA SOLE M, JUAN LINARES E, CIENDONES CARBONELL M, GALLARDO MELO P, GOMIS PASTOR M
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. C/ SANT QUINTÍ, 89. BARCELONA

OBJETIVOS
El impacto emocional del diagnóstico del cáncer de mama (CM) sumado a la complejidad del tratamiento y sus efectos secundarios, pueden empeorar la calidad de vida de estas pacientes, dificultar la adherencia al tratamiento y causar un gran distrés emocional. La digitalización en salud (eHealth) puede mejorar la atención de estas pacientes, ayudando a identificar sus necesidades y facilitando la comunicación con su equipo sanitario.
El objetivo de este programa es mejorar la ruta asistencial de atención psicosocial y sanitaria en pacientes diagnosticadas de CM en un hospital de tercer nivel, mediante un programa de eHealth.

MEJORAS ESPERADAS
• Ofrecer acompañamiento psicosocial a las pacientes mediante la monitorización remota.
• Resolver sus dudas sobre farmacoterapia y el manejo de síntomas y efectos secundarios al tratamiento de forma precoz gracias a la intervención de un equipo multidisciplinar especializado.

• Implementar un programa de telemedicina sostenible y multidisciplinar que mejore la humanización de la atención de las pacientes con cáncer de mama.

DISEÑO

Estudio de implementación de una herramienta de salud digital (EMMASalud, app y web de seguimiento del paciente oncohematológico) en la ruta asistencial de las pacientes CM de un hospital terciario. Desde el Servicio de Farmacia se lideró el diseño del nuevo programa asistencial y la implementación de la tecnología, y se coordinó el protocolo de intervención multidisciplinar.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Creación del equipo: 1 farmacéutica coordinadora de salud digital, 2 farmacéuticas especializadas en onco-hematología, 1 psicóloga, 1 psicooncóloga, 1 enfermera gestora de casos y 2 oncólogos.
2. Establecer la nueva ruta asistencial: pacientes candidatas, momento de la inclusión y responsable, niveles de intervención e implicación del profesional.
3. Formación de los profesionales para el manejo de la plataforma.
4. Creación de material de comunicación y difusión para pacientes/profesionales.
5. Coordinación del equipo interdisciplinar: canales de comunicación, periodicidad de reuniones, etc.
6. Inclusión y seguimiento de pacientes
7. Evaluación y difusión de resultados.

IMPLANTACIÓN

El proyecto se inició en junio 2020, actualmente sigue en curso. El periodo desde la fase de ideación del proyecto hasta la inclusión del primer paciente fue de 6 meses.

RESULTADOS

Se estableció un programa de atención en 3 niveles: psicosocial (coordinado por psicología), manejo farmacoterapéutico (farmacia), manejo de complicaciones o síntomas (enfermería y oncología médica). Se organizaron reuniones de coordinación mensuales por el equipo multidisciplinar, y difusión del proyecto en sesiones internas, congresos y eventos sanitarios. Actualmente el programa incluye 47 pacientes (media de edad de 51±10,1 años).

LIMITACIONES

Se ha detectado dificultad en la aceptación y uso de la tecnología en 37% de las pacientes. Una posible causa puede ser que el primer contacto con las pacientes se realiza vía telefónica, para minimizar la presencialidad debido a la pandemia por SARS-CoV-2, lo que dificulta el engagement.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La inclusión de farmacéuticos en proyectos de salud digital ha demostrado mejorar la adherencia y manejo de la farmacoterapia. Además, los farmacéuticos tenemos las habilidades y capacidades para liderar proyectos innovadores como éste en las instituciones sanitarias. Este modelo asistencial es aplicable a otros centros sanitarios que deseen implementar programas de telefarmacia con los equipos interdisciplinares.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

946. SUNITINIB EN CÁNCER RENAL: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN VIDA REAL

AUTORES

COLLADO SANZ JM, CLEMENTE ANDÚJAR M, MONTEAGUDO MARTÍNEZ N, ALABORT AYLLÓN H, RUIZ SÁNCHEZ S, DEL POZO CARLAVILLA C, TÉBAR MARTÍNEZ E, MORENO LÓPEZ L

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE. CALLE HERMANOS FALCO, 37. ALBACETE

OBJETIVOS

Se realizó un estudio multicéntrico retrospectivo observacional con el objetivo de conocer la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) de los pacientes con cáncer renal tratados con sunitinib; así como la toxicidad producida por el tratamiento y la tolerabilidad de éste. Estos datos fueron comparados con los del estudio pivotal, poniendo de manifiesto las diferencias que hay entre la vida real y los ensayos clínicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes que recibieron dispensaciones de sunitinib entre enero de 2011 y enero de 2021. De entre ellos se seleccionó aquellos que había sido diagnosticados de cáncer renal y tomaron sunitinib en primera línea. Se recogieron datos demográficos, datos relacionados con el pronóstico, SLP, SG, reacciones adversas gradadas y retrasos o reducciones de dosis. Posteriormente estos datos fueron analizados mediante SPSS®. Tras el análisis fueron contrastados con el estudio pivotal de sunitinib, publicado por RJ Motzer et al. en 2007.

RESULTADOS

Entre los centros participantes se recogieron datos de 23 pacientes que cumplieran los criterios de estudio.
La media de edad al diagnóstico de enfermedad metastásica fue 56±13 años (1 desviación estándar).
Los datos de factor de riesgo según el Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) al diagnóstico fueron: Performance Status > 0 en el 26% de los pacientes y de media: hemoglobina 13±2,2 g/dL, lactato deshidrogenasa 301±139 U/L y calcio 9,3±0,6 mg/dL.
La mediana de SLP fueron 9 meses y la de SG 32,5 meses.
El 86% de los pacientes presentó efectos adversos, de los cuales los más frecuentes fueron la hipertensión arterial, diarrea y astenia. Al menos el 32% de los pacientes presentó toxicidad, como mínimo, de grado 3 a 4, de las cuales las más frecuentes fueron la diarrea (14%), la toxicidad cutánea (9%) y la trombopenia (9%). El 69% de los pacientes requirió alguna reducción de dosis o retraso en el tratamiento antes de completar, al menos, 6 ciclos de tratamiento.

CONCLUSIONES

Tras contrastar los resultados de este estudio en los pacientes de nuestro medio con los datos arrojados por los pacientes del estudio pivotal se pone de manifiesto que la realidad de nuestra área se aleja de los datos que se mostraron para la aprobación del fármaco tanto en efectividad como en seguridad. La SLP fue inferior: 9 meses en vida real vs 11 en el ensayo pivotal, un 19% menos de SLP en nuestro estudio. Respecto a la toxicidad, también fue superior en la vida real. Los efectos adversos de grado 3 o 4 fueron, en vida real vs pivotal, respectivamente: 14% vs 5% para diarrea, para toxicidad cutánea 9% vs 5% y para trombopenia 9% vs 5%. Respecto a las reducciones o retrasos de dosis la diferencia también es notoria: 69% en vida real vs 38% en el pivotal.
Sin embargo, las limitaciones del estudio son la baja cantidad de pacientes incluidos respecto al pivotal, por lo que un estudio de mayor envergadura sería necesario para sacar conclusiones firmes respecto a la efectividad y seguridad reales de sunitinib en nuestra área.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

958. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA QUIMIOINMUNOTERAPIA CON PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

GUERRERO HURTADO E, COMPANY ALBIR MJ, BORRELL GARCIA MC, LÓPEZ BRIZ E, FERNÁNDEZ SÁNCHEZ M, PALANQUES PASTOR T, ALBERT MARI MA, POVEDA ANDRÉS JL

HOSPITAL UNIV. Y POLITECNICO LA FE. AVINGUDA DE FERNANDO ABRIL MARTORELL, Nº 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Describir la efectividad y seguridad de quimioinmunoterapia con pembrolizumab en primera línea en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) no escamoso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Ámbito: Hospital terciario de 1000 camas. Diseño: estudio observacional y retrospectivo. Periodo: enero de 2017 a mayo de 2021. Población: pacientes adultos con CPNM no escamoso que iniciaron tratamiento de quimioinmunoterapia con pembrolizumab en primera línea entre enero de 2017 y diciembre de 2020 y que recibieron al menos 3 ciclos.
Variables clínicas y demográficas: edad, sexo, tabaquismo, estado funcional (PS) según la escala ECOG, histología del tumor, valor de PD-L1, mutaciones target (ROS1, ALK, EGFR), duración del tratamiento, tratamiento tras progresión, fecha de progresión de enfermedad y exitus.
Variables de efectividad: respuesta según criterios RECIST 1.1, supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) evaluadas con el estimador de Kaplan-Meier.
Variables de seguridad: Frecuencia y gravedad de Reacciones Adversas (RA) medidas mediante CTCAE v5.0. Como fuentes de datos se utilizaron la historia clínica electrónica y la aplicación Farmis-Oncofarm®. Los datos se analizaron con STATA v14.0.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 20 pacientes, 60% hombres, 95% fumadores/exfumadores con una media de edad de 60,96 años (IC95%: 56,40-65,52). La histología fue de adenocarcinoma en todos los casos. El PS al inicio del tratamiento fue 10% ECOG 2, 60% ECOG 1 y 30% ECOG 0. El 95% presentaba estadio IV al inicio del tratamiento y el 5% estadio II.
Los valores de PD-L1 fueron: desconocido (N=1), < 1% (N=9), 1-49% (N=9), > 50% (N=1).
Los esquemas asociados a pembrolizumab fueron:
75% pemetrexed+cisplatino (N=15) (1 de ellos pasó a carboplatino por deterioro de la función renal) y 25% pemetrexed+carboplatino (N=5). Un paciente presentó mutación EGFR+, tras lo que se cambió de línea de tratamiento. Otro paciente recibió dos ciclos de pemetrexed+cisplatino antes de recibir pembrolizumab.
Con una mediana de seguimiento de 8,46 meses (RIQ: 5,40-13,04) se observó una duración media del tratamiento de 5,51 ± 1,56 meses. El 70% de los pacientes recibió 4 ciclos de inducción, un 15% 3 ciclos y otro 15% 6 ciclos. Un total de 15 pacientes presentó respuesta parcial tras la inducción, tres progresaron y dos no se valoraron. A la fecha de fin de estudio (12/05/2021) 10 pacientes fueron exitus (50%), 4 continuaban tratamiento con quimioinmunoterapia, 5 cambiaron de línea y otro permanecía sin tratamiento activo.
La mediana de SLP y de SG fueron 5,57 meses (IC95%, 3,66-8,69) y 10,56 meses (IC95%, 5,63-?), respectivamente.
No se puede calcular el valor superior del IC95% de la SG debido al corto periodo de seguimiento y a que las últimas observaciones fueron censuradas.
Un total de 17 pacientes (85%) presentaron RA, recogiéndose un total de 39 RA, el 30,75% grado 3-4. Las más frecuentes fueron: neutropenia, anemia y trombocitopenia.

CONCLUSIONES

El uso de pembrolizumab ha mostrado una efectividad inferior a la obtenida en los ensayos clínicos, aunque con un mejor perfil de seguridad en pacientes con un PS semejante. Las diferencias se pueden deber a limitaciones como la reducida muestra a estudio y el corto periodo de seguimiento, por lo que son necesarios más estudios.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

972. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO EN EL ÁMBITO AMBULATORIO-DOMICILIARIO

AUTORES

ALARCÓN PAYER C, PUERTA PUERTA JM, CORDOBA SOTOMAYOR MD, JURADO CHACÓN M, JIMÉNEZ MORALES A
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. AVENIDA DE LAS FUERZAS ARMADAS 2. GRANADA

OBJETIVOS
Analizar el impacto sanitario y evaluar los beneficios que supone la implantación de un programa de administración de tratamiento quimioterápico intravenoso (IV) en el ámbito ambulatorio-domiciliario.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional prospectivo realizado durante un periodo de 2 años en el Hospital de día de Hematología de un hospital de tercer nivel. El hematólogo seleccionaba pacientes con lugar de residencia no más de 60 minutos del hospital, que fueran candidatos a colocación de catéter venoso central o catéter central de inserción periférica, con autonomía para el cuidado personal, independientes para las actividades de la vida diaria, con ECOG adecuado y con buen soporte familiar. Cuando el paciente expresaba su conformidad para participar en este proyecto previa firma del cosentimiento informado, al paciente se le entregaba una hoja informativa de recomendaciones durante el tratamiento quimioterápico junto a un esquema de medicación ambulatoria. Los protocolos de quimioterapia administrados en este régimen compartido fueron: Etopósido 40mg/m2 IV en 2 horas (h) los días 1 a 4 del ciclo – Citarabina 2000 mg/m2 IV en 2 h el día 5 – Cisplatino 25mg/m2 en perfusión IV continua de 22 h los días 1 a 4 – Metilprednisolona 200mg en infusión IV de 30 minutos los días 1 a 5 (ESHAP) y Cisplatino 50mg/m2 en perfusión IV de 24 h los días 1 y 2 – Citarabina 2000mg/m2 IV de 2h los días 3 y 4 – Dexametasona 20mg bolus IV los días 1 a 4 (DHAP). Los pacientes se infundían en domicilio mediante el uso de un infusor elastomérico el cisplatino de 22h del esquema ESHAP y de 24h del esquema DHAP. El farmacéutico les preparaba el tratamiento domiciliario de forma individualizada: Calcio 500mg, alopurinol 300mg, omeprazol 20mg, ondansetron 8mg, dexametasona colirio y filgrastim.

RESULTADOS
Estos esquemas de quimioterapia en régimen ambulatorio-domiciliario se administraron a 35 pacientes hemato-oncológicos. Esto permitió una optimización de las listas de espera para recibir tratamiento quimioterápico oncohematológico en un 80%, pudiendo tratar a más pacientes que necesitaban ingreso en la planta de hospitalización de hematología con menos demora para recibir el tratamiento por falta de camas. Se incrementó la aceptación del procedimiento como parte del tratamiento en un 90% de los pacientes. Se disminuyó el riesgo de infección por microorganismos nosocomiales al evitar el ingreso en planta hospitalización para administrar estos esquemas quimioterápicos. Esta forma de administración de quimioterapia supuso un ahorro de costes al no tener que ingresar el paciente y utilizar una cama de hospitalización. El 95% de los pacientes manifestó estar muy satisfecho con esta forma de recibir su tratamiento de quimioterapia, siendo más cómodo para ellos.

CONCLUSIONES
El programa de administración de quimioterapia en el ámbito ambulatorio-domiciliario para los esquemas de tratamiento ESHAP y DHAP ha sido un proceso efectivo, seguro y viable. Con este procedimiento de trabajo se ha conseguido evitar la hospitalización de los pacientes hemato-oncológicos que reciben quimioterapia IV, suponiendo un ahorro en estancias hospitalarias, una reducción de la infecciones nosocomiales y una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

973. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BRENTUXIMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES
RIVAS RODRÍGUEZ MD, REDONDO GALÁN C, ROJAS ALBARRAN A, GIL GARCÍA Á, GONZÁLEZ VAQUERO D, GROISS BUIZA J, RANGEL MAYORAL JF
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. AVENIDA DE ELVAS S/N. BADAJOZ

OBJETIVOS
Estudiar la eficacia y seguridad del Brentuximab en la práctica clínica habitual

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo, en colaboración con el Servicio de Hematología, dónde se incluyeron los pacientes tratados con Brentuximab desde su comercialización hasta la actualidad (mayo 2021). Los datos recogidos de la historia clínica electrónica y del módulo de Pacientes Ambulantes (Farmatools®) fueron: edad, sexo, dosis, número de ciclos, duración del tratamiento, líneas previas y posteriores, tratamiento concomitante y trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). La eficacia se analizó en términos de tasa de respuesta objetiva, 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 con la aparición de efectos adversos (EA), la disminución de dosis y/o retirada del fármaco.

RESULTADOS
Durante el período de estudio, se incluyeron 17 pacientes, 12 hombres, con una edad media de 36 (19-63) años. Nueve pacientes padecían Linfoma de Hodgkin (LH), 4 Linfoma No Hodgkin (LNH) tipo B y 4 LNH tipo T, siendo uno de ellos de tipo Micosis Fungoide. El 82,4% (14/17) de los pacientes expresaban el antígeno de superficie CD30.
Todos iniciaron a dosis de 1.8 mg/kg cada 21 días. El número medio de ciclos de quimioterapia recibidos fue 4 (1-9). La duración media del tratamiento fue de 2,4 (0-5) meses. El 64,7% (11/17) de los pacientes tuvo 2 o más líneas previas, siendo más prevalentes los siguientes protocolos: 23,5% (4/17) IGEV (Ifosfamida, Gemcitabina y Vinorelvina) y 23,5% (4/17) ABVD (Adriamicina, Bleomicina, Vinblastina y Dacarbazina). El 64,7% (11/17) de los pacientes requirió al menos una línea posterior, basada fundamentalmente en Nivolumab en el 23,5% (4/17) de los casos. El 88,2% (15/17) precisó tratamiento concomitante, destacando Bendamustina en el 58,8% (10/17) de los pacientes. Más de la mitad de los pacientes 53% (9/17) recibió un TPH, todos excepto uno tras el Brentuximab.
Respecto a la eficacia, el 41,2% (7/17) alcanzó respuesta completa, 23,5% (4/17) respuesta parcial y el 35,3% restante

no tuvo respuesta al tratamiento. La mediana de SLP fue de 7,6 meses, intervalo de confianza del 95% (3,8-11,5). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p=0,036) en las medianas de SLP en los pacientes diagnosticados con LH (22,5 meses) con respecto a LNH (3,2 meses). Asimismo, se encontraron también diferencias (p=0,002) entre los pacientes que recibieron trasplante (30,6 meses) y los que no (2,6 meses). No se alcanzó la mediana de SG.
En cuanto a la toxicidad, el 47,1% (8/17) de los pacientes tuvo algún EA, destacando el Síndrome de Stevens-Johnson que provocó la suspensión del tratamiento y la aparición de una reacción alérgica que obligó a la aplicación de un protocolo de desensibilización para su administración. El resto de los EA fueron leves: neutropenia, náuseas, vómitos, mucositis e hipotensión.

CONCLUSIONES

La adición de Brentuximab a los regímenes quimioterápicos establecidos para el LH y LNH ha demostrado ser una terapia muy prometedora como puente para el TPH. Aunque en nuestro caso la eficacia fue alta, hacen falta más estudios posteriores con mayor tamaño muestral que corroboren nuestra hipótesis.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

974. EFICACIA Y SEGURIDAD DE MIDOSTAURINA EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

RIVAS RODRÍGUEZ MD, REDONDO GALÁN C, ROJAS ALBARRAN A, GIL GARCÍA Á, GONZÁLEZ VAQUERO D, GROISS BUIZA J, RANGEL MAYORAL JF
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. AVENIDA DE ELVAS S/N. BADAJOZ

OBJETIVOS

La combinación de citarabina y antraciclinas ha sido durante décadas el tratamiento estándar de la Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA). Recientemente se ha aprobado Midostaurina que actúa sobre la mutación FLT3, que se caracteriza por estar asociada a un pronóstico desfavorable.
El Objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de Midostaurina en LMA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en colaboración con el Servicio de Hematología, que incluyó a todos los pacientes de un hospital de tercer nivel que iniciaron tratamiento con midostaurina para LMA entre abril 2019 y mayo 2021.
Los datos se recogieron de la historia clínica electrónica y del programa de pacientes ambulantes (Farmatools®), seleccionándose: edad, sexo, diagnóstico, mutaciones, dosis, fecha y número de consolidaciones, tratamientos previos, concomitantes y posteriores, trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) y microorganismos aislados.
La eficacia se evaluó a partir de las siguientes variables: respuesta según criterios RECIST v1.1, enfermedad mínima residual (EMR), entendiéndose como negativa EMR < 0.05%; Supervivencia Libre de Progresión (SLP) y Supervivencia Global (SG).
La seguridad se valoró a partir de la aparición de Reacciones Adversas (RA).
El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® Statistics versión 20.

RESULTADOS

De los 27 pacientes diagnosticados de LMA y tratados entre los años 2019-2021, 7 de ellos han recibido Midostaurina.
La edad media de los pacientes fue de 50 (43-62) años, el 57,1% (4/7) hombres. El 57,1% (4/7) presentó alteración en el dominio ITD de la mutación FLT3.
La dosis fue la habitual de 50 mg/12h del día 8 al día 21 en los ciclos de quimioterapia de inducción y consolidación.
Ningún paciente recibió tratamiento previo y en 2 pacientes se recurrió a una línea posterior por falta de eficacia (Gilteritinib y ensayo clínico FLAGIDA). El 57,1 % (4/7) de los pacientes completó las tres consolidaciones.
El TPH se llevó a cabo finalmente en el 42,9% (3/7) de los pacientes. En el 57,1% (4/7) restante no se realizó: 50% (2/4) por recaída de la enfermedad y 50% (2/4) por no cumplir con los criterios de uso del fármaco.
La respuesta fue completa en el 57,1% (4/7), parcial en el 28,6% (2/7) y no hubo respuesta en el 14,3% (1/7) restante. En cuanto a la EMR, en el 71,4 % (5/7) de los pacientes fue negativa. Las medianas de SLP y SG no se han alcanzado.
El 42,9% (3/7) presentó RA, todas leves: vómitos, mareos, neutropenia, estreñimiento y erupción cutánea.
La frecuencia de aparición de infecciones en los pacientes tratados con Midostaurina es muy elevada, posiblemente por la citopenia inducida por la Citarabina. En el 71,4% (5/7) se han aislado microorganismos: E.coli, K.pneumoniae, K.aerogenes, C.difficile y P.aeruginosa. Todos los pacientes han estado en tratamiento con antifúngicos (Posaconazol, Clotrimazol, Micafungina, Anfotericina) y antibióticos (Meropenem, Ceftriaxona, Piperacilina-Tazobactam).

CONCLUSIONES

En la práctica clínica observamos que el 57,1% de los pacientes tratados con Midostaurina consiguen alcanzar la RC como terapia puente para el TPH. Se trata de una muestra pequeña de pacientes y no observamos diferencias según los parámetros analizados. Sería necesario realizar un seguimiento más prolongado para confirmar los resultados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

984. EXPERIENCIA CON OSIMERTINIB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO

AUTORES

GRACIA PIQUER R, VINUESA JM, FRESQUET R, SOPENA L, OCARIZ M, LASTRA R, ALCÁCERA MA, VARELA I
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. AVENIDA SAN JUAN BOSCO, 15, 50009. ZARAGOZA

OBJETIVOS
Analizar la efectividad y seguridad de osimertinib en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico metastásico (CPNMm) en un hospital de tercer nivel en condiciones de vida real.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo, de pacientes diagnosticados de CPNMm en tratamiento con osimertinib desde febrero 2017 hasta mayo 2021.
Las variables recogidas fueron: demográficas (edad, sexo, fumador), variables relacionadas con la enfermedad (localización de tumor primario, metástasis cerebrales, metástasis óseas, tipo de biopsia para cribado mutacional, exón mutado y ECOG al inicio de osimertinib) y variables farmacoterapéuticas (línea de tratamiento, reducción de dosis).
La efectividad se evaluó mediante la valoración de la respuesta según los criterios RECIST 1.1, la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). Para estudiar la seguridad se recogieron efectos adversos (EA) y grado clasificados según Criterios Comunes de Toxicidad v5.0.
Los datos se obtuvieron mediante historia clínica electrónica y programa de dispensación de pacientes externos. Análisis estadístico realizado con SPSS®22.0.

RESULTADOS
Se incluyeron 24 pacientes con una mediana de edad de 72 (39-87) años (75% mujeres), siendo el 29,17% fumadores. La localización del tumor primario predominó bilateral en el 29,17% y lóbulo superior izquierdo en el 25% de pacientes. Presentaron metástasis cerebrales el 29,17% y óseas el 62,5%. Siendo al inicio del tratamiento el 29,17% ECOG 0, 45,83% ECOG1, 20,83% ECOG 2 y 4,17% ECOG 3. El tipo de biopsia realizado para cribado mutacional fue biopsia sólida en el 58,33%. El 45,83% presentaban mutación del exón 19, 45,83% exón 21, 4,17% exón 20 4,17% se determinaron externamente.
Osimertinib se utilizó como 1ª línea en 45,83% pacientes, 2ª en 20,83%, 3º 16,68%, 4ª 8,33% y 5ª 8,33%. Únicamente un paciente redujo dosis por EA.
Las respuestas obtenidas fueron: 83,33% respuesta parcial (RP), 8,33% enfermedad estable (EE) y 8,34% no evaluadas. La media de SLP fue de 27,7 ± 4,2 meses y la media de SG fue de 28,9 ± 4,2 meses.
Los EA fueron: grado 2: hiporexia (1 paciente), rash (2), paroniquia (1), mucositis (1) y tos (1); y grado 1: diarrea (5), tricomegalia (3) y paroniquia (4).

CONCLUSIONES
Osimertinib es una opción terapéutica en primera línea en pacientes con CPNMm. En 2ª línea se utilizó en pacientes con la mutación de resistencia T790M. Mostró una gran efectividad consiguiendo RP en la mayoría de los pacientes y grandes SLP y SG. Además, tiene muy buena tolerancia, ya que ningún paciente presentó EA grado 3 y 4.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

986. PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO EN TRATAMIENTO CON SUNITINIB. SEGUIMIENTO DE 16 AÑOS.

AUTORES
GRACIA PIQUER R, VINUESA JM, FRESQUET R, SOPENA L, ZAPATA M, ALCÁCERA MA, GOMEZ P, VARELA I
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. AVENIDA SAN JUAN BOSCO, 15, 50009. ZARAGOZA

OBJETIVOS
Evaluar la efectividad y seguridad de sunitinib de pacientes con carcinoma de células renales metastásico (CCRm) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo, de pacientes diagnosticados de CCRm que han estado en tratamiento con sunitinib desde mayo de 2006 hasta abril de 2021 en un hospital de tercer nivel.
Se recogieron variables demográficas: edad, sexo; variables del diagnóstico: tipo, estadio, pronóstico según los criterios del International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium (IMDC) y realización de nefrectomía; variables farmacoterapéuticas: línea de tratamiento, dosis inicial, reducción de dosis y motivo fin de tratamiento.
La efectividad se evaluó mediante el cálculo de la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG). Para analizar la seguridad se recogieron los efectos adversos (EA) según los criterios de la Common Terminology for Adverse Events (CTCAE) del National Cancer Institute.

RESULTADOS
Se incluyeron 76 pacientes con una media de edad de 65,7 ±10,95 años (27,6% mujeres). Destacó el diagnóstico de cáncer renal de células claras en el 80,3% de los pacientes, de células claras y papilar en el 6,6%, papilar tipo I en el 5,3% y 1,3% de tipo cromófobo, de los conductos de Bellini, de los túbulos colectores, de células claras eosinofílicas, papilar tipo II y papilar tipo II sarcomatoide. Todos ellos estadio IV en el momento de inicio de sunitinib. El pronóstico fue favorable en el 34,2 % de los pacientes, intermedio en el 44,7 % y pobre en el 21,1%. El 72,4% fue intervenido de nefrectomía radical. Sunitinib fue primera línea de tratamiento en el 96% de los pacientes, el 92,1%con una dosis inicial de 50 mg. Presentaron reducción de dosis el 68,4%. 69 pacientes finalizaron el tratamiento, cuyo motivo de fin fue por progresión en el 52,2%, éxitus el 23,2%, intolerancia el 15,9% y 8,7% otros.
La media de SLP es de 13 (IC95% 9,5-16,5) meses y la media SG de 32 (IC95% 23,0-41,0) meses. Como EA de grado 4: anemia (1 paciente); grado 3: anemia (1), hipertensión arterial (1) y náuseas (1); grado 2: astenia (5), diarrea (4); síndrome mano-pie (1), trombocitopenia (1) y dermatitis (1).

CONCLUSIONES
El tratamiento con sunitinib de todos los pacientes con CCRm (destacando cáncer renal de células claras) de nuestro hospital, ha demostrado una gran efectividad, ya que la SLP y SG son comparables con las del ensayo pivotal [NCT00098657]. Además, se trata de un fármaco muy seguro, ya que únicamente el 15,9% de los pacientes suspendieron el tratamiento por intolerancia y sólo un paciente presentó EA grado 4 y 3 pacientes grado 3.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

995. EFICACIA Y VALORES PREDICTIVOS DE RESPUESTA CON LA UTILIZACIÓN DE NIVOLUMAB EN CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CABEZA Y CUELLO

AUTORES
MACÍA RIVAS L, CARBAJALES ÁLVAREZ M, MARAY MATEOS I, ÁLVAREZ ASTEINZA C, FERNÁNDEZ LAGUNA CL, ZÁRATE TAMAMES B, PIERAS LÓPEZ Á, LOZANO BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVDA. ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS
Evaluar la eficacia de nivolumab en pacientes con carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello (CCECC).
Evaluar el valor del ratio neutrófilos/linfocitos (RNL) y de los niveles de albúmina previos al inicio de tratamiento con inmunoterapia como predictores de respuesta de la inmunoterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes con CCECC que iniciaron tratamiento con nivolumab en un hospital de tercer nivel desde el 01/01/2018 hasta el 31/01/2020. La fecha de corte para la obtención de los datos fue el 30/04/2021.
De la historia clínica se recogieron: datos antropométricos, valores de linfocitos, neutrófilos y albúmina. Del programa de gestión de farmacia oncológica se recogió la duración del tratamiento.
Para la medida de la eficacia se utilizó la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG). La influencia de las variables en la eficacia se midió mediante el análisis de riesgos proporcionales de Cox. El análisis estadístico se realizó utilizando R 3.6.1.

RESULTADOS
Durante el periodo de estudio, 30 pacientes recibieron tratamiento con nivolumab para CCECC. La mediana de duración del tratamiento fue de 3 meses (0-16).
De los 30 pacientes que iniciaron tratamiento, 24 (80%) habían progresado a fecha de corte. La mediana de SLP fue de 4 meses (IC95%; 3-12).
En la fecha de corte, habían fallecido 18 pacientes. La mediana en SG fue de 9 meses (IC95%; 5-NA).
Se ha observado un subgrupo de 8 pacientes (26,6%) en los que la mediana de duración del tratamiento fue de 13 meses (11-16). Con una mediana de SLP hasta la fecha de corte del estudio de 14 meses (IC95%; 12-NA). Ninguno de estos pacientes ha fallecido, por lo que no es posible calcular la supervivencia global de este subgrupo.
La mediana del RNL fue de 3,65 (0,75-18,73) para el global de los pacientes. La mediana de SLP en el subgrupo de pacientes con RNL elevado fue 5 meses (IC95%; 2-12), y la de los pacientes con bajo RNL de 4 meses (IC95%; 2-12); (HR 0,88; IC95%: 0,35-2,22).
Los niveles de albúmina se mantuvieron dentro del rango de normalidad (35-52 g/L) en el 97% de los casos (29).

CONCLUSIONES
En nuestro estudio, los resultados en SLP y SG son superiores a los descritos en la literatura (Checkmate 141).
Existe un subgrupo de pacientes en los que los resultados de SLP superan en más de 6 veces la SLP observada en los estudios pivotales.
Al contrario de lo descrito en la literatura, en nuestro estudio no hemos podido demostrar la relación entre el ratio neutrófilos/linfocitos y el valor de albúmina y la respuesta a la inmunoterapia.
Se necesitan estudios posteriores que evalúen la relación entre valores predictivos y respuesta, para seleccionar a los pacientes que más se beneficien de la inmunoterapia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

996. FACTORES RELACIONADOS CON NEUTROPENIA TEMPRANA ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON PALBOCICLIB

AUTORES
FERNÁNDEZ SALA X, RODRÍGUEZ ALARCÓN A, COMELLA ANAYA L, ALBANELL J, CONDE ESTÉVEZ D
HOSPITAL DEL MAR. Pº MARITIMO, 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS
El efecto adverso más frecuente de palbociclib es la neutropenia, que puede conllevar reducciones de dosis e interrupciones del tratamiento.
El objetivo del estudio fue analizar los factores demográficos, clínicos y farmacológicos que pueden influir en la aparición de neutropenia temprana durante los dos primeros ciclos de tratamiento con palbociclib.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo de pacientes que empezaron tratamiento con palbociclib durante el periodo diciembre 2016-enero 2021. Datos recogidos: demográficos, clínicos, recuento absoluto de neutrófilos (RAN) basal, índice de Charlson,

Performance status (PS), número de fármacos concomitantes.
La neutropenia temprana (NT) se definió como el RAN nadir durante los 2 primeros ciclos de tratamiento. El grado de neutropenia se estratificó según la gravedad (CTCAE V5.0).
Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y las cuantitativas como media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartílico). En la comparación de variables cuantitativas, se utilizó la prueba t de Student o la prueba de Mann-Witney. La asociación entre variables cualitativas se estudió mediante la prueba ji-cuadrado de Pearson o exacta de Fisher.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 78 pacientes, 98,7% mujeres, con edad media al inicio del tratamiento de 62±12,7 años y peso 67,2±14,8 kg. En 49 pacientes (62,8%) el fármaco concomitante fue un inhibidor de la aromatasa, y 55 (70,5%) recibieron palbociclib en primera línea.
Treinta y seis pacientes (46,2%) abandonaron el tratamiento y 31 (86,1%) lo interrumpieron por progresión. Treinta y cuatro pacientes (43,6%) requirieron ≥ 1 reducción de dosis. En los dos primeros ciclos, 69 pacientes (88,5%) experimentaron neutropenia de grado 1-4.
Total pacientes con y sin NT grado ≥2, respectivamente: 62 (79,5 %) y 16 (20,5%).
El RAN basal fue significativamente inferior en los pacientes con NT 3,9 (2,8-5,1) vs 5,3 (3,9-6,8); p=0,019. Asimismo, pacientes que recibieron palbociclib en primera línea, presentaron en mayor proporción NT: 45 (72,6%) vs 10 (62,5%) p=0,036.
También se observó una tendencia a una mayor proporción de NT en pacientes con menor peso: 65,0 kg (60,0-70,0) vs 70,5 kg (61,0-85,5); p=0,072).
No hubo diferencias significativas en cuanto a edad, índice de Charlson, PS, y número de fármacos concomitantes.

CONCLUSIONES

Prácticamente el 80% de las pacientes presentaron neutropenia temprana asociada al tratamiento con palbocicib. Recuentos absolutos de neutrófilos basales inferiores y recibir palbociclib en primera línea de tratamiento se asoció a la ocurrencia de neutropenia temprana. Asimismo, mujeres con menor peso presentaron una mayor tendencia a presentar neutropenia temprana.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1009. INHIBIDORES CHECKPOINT DESDE LA PANDEMIA: TRUCO O TRATO

AUTORES

GÓMEZ CABALLERO EP, BERNARDEZ FERRAN B, TOURIS LORES M, LOPEZ MONTERO E, VÁZQUEZ CASTILLO MJ
COMPLEJO HOSPITALARIO SANTIAGO DE COMPOSTELA. RUA DE CHOUPANA S/N. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la experiencia en la vida real sobre el cambio de Nivolumab y Pembrolizumab (anti-PD1) de una pauta clásica “PC” (cada 2 y 3 semanas respectivamente) a una pauta extendida “PE” (cada 4 y 6 semanas respectivamente), comparando a un paciente consigo mismo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron aquellos pacientes que, en el periodo de marzo a junio de 2020, habían pasado a una PE ante la situación de pandemia COVID-19 y que habían recibido al menos tres ciclos con la PC. Se excluyeron aquellos que habían pasado de la combinación anti-PD1 + quimioterapia al mantenimiento con anti-PD1 con la PE directamente, que habían iniciado directamente con la PE o habían recibido dos o menos ciclos con la PC.
Se recogieron, a través de la historia clínica electrónica Ianus y el programa Farmis-Oncofarm, variables demográficas, diagnóstico y porcentaje de pacientes con cada anti-PD1.
Se calculó el número de pacientes que volvieron a la PC, cuántos continuaron con el uso extendido y cuántos discontinuaron (progresión, exitus o toxicidad). Se analizaron las causas de vuelta a PC y aquellos pacientes sin justificación clara de toxicidad, se realizó un cuestionario de cuatro preguntas para establecer una hipótesis de la causa.
Se diseñó un índice de toxicidad acumulada (InT) computando todas las toxicidades de cada paciente, antes y después del cambio a PE. Cada grado de toxicidad computa como una unidad. El InT se calcula dividiendo la toxicidad acumulada con la PE entre la presentada durante la PC. Se calculó el InT medio de cada grupo.

RESULTADOS

Se incluyeron 49 pacientes (40 hombres; 60%) con una media de edad de 64 años. Los diagnósticos fueron, en su mayoría cáncer de pulmón (80%), cáncer de cabeza-cuello (28%), melanoma (9%) y cáncer renal (3%). El 55% de los pacientes fueron tratados con Nivolumab.
Del total de pacientes, 15 volvieron a la PC, 23 continuaron con la PE y 11 discontinuaron (7 por progresión, 3 por éxitus y 1 por toxicidad).
Se analizaron que 9 de los 15 pacientes que cambiaron a PC, presentan una clara toxicidad analítica/clínica reflejada en la historia clínica; a los 6 restantes se le realizó un cuestionario para conocer el motivo/s, siendo 2 cambios por petición del paciente y 4 por decisión del oncólogo.
El resultado medio del InT fue de 1’2 en los que volvieron a la PC, 0’61 en los que continuaron con la PE y 0’64 los que discontinuaron.

CONCLUSIONES

Uno de cada tres pacientes tuvo que volver a la PC, encontrando como causa el aumento de la toxicidad analítica/clínica. El InT del grupo que cambia a PC es el doble que los dos grupos restantes, encontrando una correlación con el motivo del

cambio. El 46% de los pacientes continúan con la PE.
Es posible que el uso este tipo de pautas mejoren la experiencia del paciente, reduciendo las visitas hospitalarias.
Sin embargo, no en todos los casos es aplicable, mayoritariamente por un aumento de toxicidad y en otros casos por percepción de médicos y/o pacientes de un menor control.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1013. IMPLEMENTACIÓN DE RESULTADOS REPORTADOS POR EL PACIENTE EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA ONCOLÓGICA

AUTORES
GÓMEZ CABALLERO EP, VÁZQUEZ CASTILLO MJ, MAÑES SEVILLA M, BERTRÁN DE LIS BARTOLOMÉ B, SOTO BASELGA I, SOLÍS OLIVARES J, MAROTO GARCÍA E, MORIEL SÁNCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES. RÍO JUCAR, S/N. MADRID

OBJETIVOS
El objetivo principal fue incorporar, en la consulta de farmacia oncológica (CFO), cuestionarios realizados por el paciente permitiendo medir resultados en salud (Patient Reported Outcomes, PROs). El objetivo secundario fue evaluar la calidad de vida y necesidades específicas del grupo piloto.

MEJORAS ESPERADAS
Crear estrategias terapéuticas mediante apreciaciones y síntomas que la propia persona percibe respecto a su enfermedad y calidad de vida.
Promover una coordinación triangular entre el Servicio de Oncología-Farmacia-Paciente.

DISEÑO
Tras evaluar la necesidad de incorporar la vivencia del paciente, para entender su concepto de calidad de vida, se constituyó un equipo compuesto por dos farmacéuticos y un oncólogo. Se decidió iniciar con un grupo piloto al que se le realizaron cuestionarios específicos de pacientes oncológicos con el fin de conocer su propia percepción.

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Creación del equipo multidisciplinar:
- Selección del grupo piloto y cuestionarios.
- Elaboración del circuito, consentimiento informado y hoja información al paciente.
2. Aprobación del Comité Ético de Investigación (CEI).
3. Implementación en la CFO.
- Consulta inicial:
♣ Revisión de medicación habitual y de posibles interacciones.
♣ Entrega de documentación.
♣ Cumplimentación primer cuestionario.
- Consultas consecutivas:
♣ Revisión de nuevas prescripciones.
♣ Cumplimentación cuestionarios.
4. Resultados del grupo piloto e incorporación de PROs en otras patologías.

IMPLANTACIÓN
Se inició en marzo de 2019 tras aprobación del CEI.

RESULTADOS
El grupo piloto seleccionado fueron pacientes diagnosticados de cáncer de próstata metastásico (CPM) con baja carga tumoral que fuese a iniciar tratamiento con enzalutamida o abiraterona. Tras una revisión de la literatura de cuestionarios de PROs, se seleccionaron los validados por European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC-QLQ-C30 y EORTC-PR25).
En la CFO de inicio de tratamiento se informó al paciente y en caso de participar cumplimentaría el cuestionario al inicio y al seguimiento en 3, 6, 12, 18 y 24 meses a posteriori (en domicilio o en consulta).
Desde la implantación de estos cuestionarios en la CFO, se han establecido estrategias terapéuticas más individualizadas, se han abordado aquellas cuestiones que preocupan al paciente y realizado las acciones pertinentes para encontrar una mejora en la calidad de vida.
Para la interpretación de los resultados, las puntuaciones de los cuestionarios de la EORTC se transforman en una puntuación en escala de 0-100, siendo 100 un estado óptimo tanto en la escala global como funcional. En la escala de síntomas, un valor de 100 correspondería a una mayor sintomatología.
El estado global del grupo piloto presenta una puntuación media de 73,08. La escala funcional presenta puntuaciones superiores a 80 en todos los ítems; los síntomas que más afectaban a nuestros pacientes recogidos en los cuestionarios EORTC-QLQ-C30 fueron insomnio (38,46), fatiga (33,33) y pérdida de apetito (23,08), y en los EORTC-PR25 destacan los urinarios (16,24) y los de disfunción sexual (-10,68; interpretada como ausencia de vida sexual).
Actualmente se están incorporando en otras patologías.

LIMITACIONES
Un cuestionario es un método indirecto para estimar la calidad de vida, se basa en opiniones subjetivas del paciente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Es aplicable a todos los Servicios de Farmacia que tengan CFO.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1017. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO

AUTORES
CANTARELLI . L, MORALES BARRIOS JA, GUTIERREZ NICOLAS F, DEL ROSARIO GARCÍA B, PEREZ REYES S, ORAMAS RODRIGUEZ J, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
Evaluar la eficacia y el perfil de seguridad del tratamiento con pembrolizumab en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) metastásico y expresión de PDL1 ≥1%, en un hospital de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio unicéntrico retrospectivo, de 21 meses de duración (enero 2019-septiembre 2020) en el que se incluyó a todos los pacientes diagnosticados de CPNM estadio IV tratados con pembrolizumab. A partir de la historia clínica electrónica, se registraron las siguientes variables clínicas y demográficas: edad, sexo, tiempo de seguimiento de la enfermedad, duración del tratamiento inmunoterápico, esquema terapéutico empleado, líneas previas de tratamiento, interrupción previa del tratamiento.
Para evaluar la eficacia, se utilizó la variable supervivencia libre de progresión (PFS), calculada mediante el estadístico Kaplan-Meier a partir de la aplicación estadística SPSS®. La progresión se analizó según los criterios radiológicos Response Evaluation Criteria In Solid Tumors (RECIST v1.1). Se determinó la aparición de efectos adversos (EA) grado III/IV durante el tratamiento, según la Common Terminology Criteria for Adverse Effects (CTCAE v6.0).

RESULTADOS
Durante el periodo de estudio, un total de 48 pacientes recibieron tratamiento con pembrolizumab (68,8% hombres (n=33), edad media: 63,1 años [41-86]).
El tiempo medio de seguimiento de la enfermedad fue de 15,5 meses [0,4-127,8]. La duración media de tratamiento con el fármaco fue de 6,6 meses [0,1-28,7].
En el 91,7% de los pacientes (n=44) pembrolizumab se administró como primera línea de tratamiento en estadio metastásico. En el 77,1% de los casos (n=37) se administró en monoterapia, 18,7% (n=9) en combinación con quimioterapia ciplatino/pemetrexed y 4,2% (n=2) carboplatino/pemetrexed.
El 64,6% de los pacientes (n=31) discontinuaron el tratamiento durante el estudio: progresión (29,2%, n=14) y deterioro general (31,2%, n=15) y EA grado III/IV (4,2%, n=2). La mediana de PFS fue de 7,5 meses. El 4,2% de los pacientes (n=2) desarrolló EA. Los más relevantes fueron aquellos relacionados con trastornos gastrointestinales (GI), destacando colitis grado III y diarrea grado III.

CONCLUSIONES
El estudio muestra como, en condiciones de práctica clínica, el tratamiento con pembrolizumab en pacientes con CPNM consigue una mediana de PFS de 7,5 meses, similar a la obtenida en los ensayos pivotales que sirvieron para la autorización del fármaco en esta indicación. En lo referente al perfil de seguridad, el fármaco fue bien tolerado, sin embargo, a pesar de la reducida tasa de aparición de EA relacionados con el fármaco, resulta necesario vigilar estrechamente a este grupo de pacientes durante el tratamiento, por la considerable gravedad con la que se manifiestan.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1018. IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN SEGUNDA Y TERCERA LÍNEA EN LA SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO. DATOS DE 3110 PACIENTES

AUTORES
ARIAS MARTÍNEZ A, PIERAS LÓPEZ Á, MARTÍNEZ TORRÓN A, GIL RAGA M, GARCÍA NAVALÓN FJ, MIHIC L, CONTRETRAS D, ÁLVAREZ MANCEÑIDO FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL ASTURIAS. AVD. DE ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS
Describir el impacto en supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) de las diferentes líneas de tratamiento poliquimioterápico en pacientes con un cáncer gástrico avanzado.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se incluyeron pacientes con cáncer gástrico avanzado procedentes de un registro ambispectivo, nacional y multicéntrico (34 centros), tratados con regímenes de quimioterapia en primera, segunda o tercera línea de tratamiento.
Los resultados del tiempo hasta el evento se evaluaron mediante el estimador de Kaplan-Meier. La supervivencia global se calculó como el intervalo de tiempo entre el inicio de la primera (SG-1), segunda (SG-2) y tercera (SG-3) línea y la muerte por cualquier causa. La supervivencia libre de progresión se calculó como el tiempo desde el inicio de la primera (SLP-1), segunda (SLP-2) y tercera línea y (SLP-3) hasta la progresión por tomografía computerizada (TC) según criterios RECIST v1.1 o la muerte (lo que ocurriera primero). En ambos casos se censuraron a los pacientes sin evento en el momento del análisis.

RESULTADOS

Se incluyeron 3110 pacientes entre 2014 y 2020. Los esquemas administrados a más de un 10% en primera línea fueron: FOLFOX, CAPOX, EOX, XP (20, 19, 17 y 11%). Tras una mediana 57 meses (IC 95%, 50,8-69,9) de seguimiento y con 2822 eventos de progresión en primera línea, la SLP-1 fueron 6 meses (IC 95%, 5,8-6,2).
De los 2526 pacientes vivos tras progresión, 1233 (49%) recibieron segunda línea y en 744 se dispone de evaluación de respuesta con TC. Los esquemas más frecuentes en segunda línea fueron: paclitaxel + ramucirumab, paclitaxel, docetaxel e irinotecan (22, 21, 14 y 13% respectivamente). Con 598 eventos de progresión en segunda línea, la SLP fue 3,6 meses (IC 95%, 3,3-4,0).
De los 539 pacientes vivos tras progresión, 280 (51%) iniciaron tercera línea. Los esquemas más frecuentes en tercera línea fueron: irinotecan, FOLFIRI y paclitaxel (36, 18 y 15% respectivamente). Con 208 eventos de progresión, la SLP fue 3,4 meses (IC 95%, 3,1-4,1).
La SG-1, 2 y 3 fueron 10,8 meses (IC 95%, 10,4-11,2); 5,8 meses (IC 95%, 5,3-6,2) y 4,9 meses (IC 95%, 4,2-6,0), respectivamente.

CONCLUSIONES

Los resultados en SLP y SG de pacientes con cáncer gástrico avanzado en población no seleccionada son similares a los obtenidos en pacientes incluidos en ensayos clínicos 1 .

1 Shitara K et al. Trifluridine/tipiracil versus placebo in patients with heavily pretreated metastatic gastric cancer (TAGS): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2018 Nov;19(11):1437-1448. doi: 10.1016/S1470-2045(18)30739-3. Epub 2018 Oct 21. Erratum in: Lancet Oncol. 2018 Dec;19(12):e668. PMID: 30355453.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1020. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ATEZOLIZUMAB EN SEGUNDA LÍNEA DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

ROMERA GARCÍA JM, MAYO CANALEJO B, VICENTE SANCHEZ MP, NIETO SANDOVAL MARTIN DE LA SIERRA P, GOMEZ DIAZ R, VILLA GUZMAN JC, RODRIGUEZ MARTINEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. CALLE OBISPO RAFAEL TORIJA. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Atezolizumab está indicado, entre otras patologías oncológicas, en el tratamiento de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico que progresan tras quimioterapia (QT). El objetivo fue evaluar la efectividad y seguridad de este fármaco para esta indicación en la práctica clínica real.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con CPNM avanzado que fueron tratados con atezolizumab en segunda línea (octubre 2018-febrero 2021). Variables: edad, sexo, diagnóstico, expresión de PDL1, QT previa, duración y tratamiento a la progresión. La efectividad se determinó mediante la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) y la seguridad se analizó registrando los efectos adversos (EA) según el Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v5.0).
Los datos fueron obtenidos de la historia clínica (Mambrino XXI®) y prescripción electrónica (Farmis_Oncofarm®). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS Statistics®v23 utilizando la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para comparación de medias.

RESULTADOS

81 pacientes recibieron inmunoterapia para esta indicación. A 3 se le perdió el seguimiento, por lo que finalmente se incluyeron 78. La edad media fue de 66 años, siendo un 87,7% hombres. El 48,2% fue CPNM epidermoide, el 46,9% adenocarcinoma y un 4,9% indeterminado. El 80,7% fueron metastásicos al diagnóstico. El 51,3% no tenía determinación PDL1, fue negativo en el 26,9% y positivo en un 21,8%. El 92,3% recibió previamente QT basada en platinos de los cuales, un 98,6% fue en combinación (34,6% con gemcitabina, 20,5% con pemetrexed, 19,2% con taxanos, 11,5% con bevacizumab y 5,2% otras combinaciones). El 7,7% restante fue tratado con gemcitabina en monoterapia o inhibidores de tirosin kinasa (ITK).
La duración media del tratamiento fue de 5,6 meses. El 80,8% de los pacientes progresó, con una mediana de SLP de 4,3 meses (rango 0,27-26,67) y un 62,8% de los pacientes falleció, con una mediana de SG de 9,7 meses (rango 0,27-30,13). No se encontró relación entre la expresión PDL1 y la SLP o SG (p=0,698 y 0,499, respectivamente).
Un 64,1% de los pacientes sufrió EA grado 1-2, siendo: astenia (39,7%), disnea (30,7%), náuseas (7,7%), diarrea (7,6%), artralgias (6,4%), hipotiroidismo (3,8%), prurito y pérdida de apetito (2,5%). No se registraron EA grado 3-4.
El 47,4% de los pacientes recibieron una tercera línea (el 76,3% con docetaxel), con una mediana de SLP de 2,8 meses (rango 0,37-12,13).

CONCLUSIONES

Atezolizumab ha sido efectivo en términos de SLP, siendo la mediana superior a la del ensayo OAK (4,3 vs. 2,8 meses), aunque el beneficio en SG fue inferior (9,7 vs. 13,8). En ningún caso el estatus de la expresión PDL1 condiciona la efectividad. El tratamiento tiene un perfil de toxicidad favorable ya que, aunque hubo un elevado porcentaje de toxicidades, ninguna fue grave.

Casi la mitad de los pacientes recibió una tercera línea, principalmente con docetaxel con una SLP similar a la que demostró docetaxel en segunda línea en su ensayo pivotal (2,9 meses), con lo que atezolizumab no compromete la efectividad de docetaxel en el tratamiento de CPNM, conservando este fármaco su efectividad en tercera línea.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1023. EFICACIA DEL RÉGIMEN DE SECUENCIACIÓN CON ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA EN PACIENTES CON CANCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO

AUTORES
CANTARELLI . L, GUTIERREZ NICOLAS F, MORALES BARRIOS JA, DEL ROSARIO GARCÍA B, PEREZ REYES S, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
Evaluar la efectividad, en práctica clínica, del uso de la secuenciación con abiraterona y enzalutamida en el tratamiento del cáncer de próstata resistente a la castración metastásico (CPRCm).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio unicéntrico prospectivo, de 6 años de duración (enero 2015-enero 2021), que incluyó a todos aquellos pacientes diagnosticados de CPRCm y tratados con abiraterona y enzalutamida de forma secuencial. Todos los pacientes accedieron al estudio mediante firma del consentimiento informado. A partir de la historia clínica electrónica se registraron las siguientes variables clínicas y demográficas: edad, sexo, duración de ambos tratamientos, indice gleason al diagnóstico, índice del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), terapia previa, antígeno prostático especifico (PSA) y niveles de testosterona.
La efectividad se evaluó midiendo el tiempo hasta la progresión (PFS) según criterios de evaluación morfológica de la respuesta al tratamiento RECIST- versión 1.1, criterios radiológicos y bioquímicos según niveles de PSA total. La PFS entre ambos tratamientos se comparó a través del log-rank test. El análisis se llevó a cabo a través del programa SPSS versión 25.0. Se analizó la aparición de efectos adversos (EA) grado III/IV según la Common Terminology Criteria for Adverse Effects (CTCAE v6.0).

RESULTADOS
Durante el periodo de estudio, un total de 15 pacientes que fueron tratados con abiraterona y enzalutamida de manera secuencial (100% hombres (n=15); edad media: 80,1 años [69-92]).
La clasificación según el índice gleason fue: 6 (3+3) (26,7%, n=4), 7 (4+3) (33,3%, n=5), 7 (3+4) (20%, n=3), 8 (4+4) (13,3%, n=2) y 9 (5+4) (6,7%, n=1). La ECOG al diagnóstico fue: ECOG 1 (60%, n=9), ECOG 0 (40%, n=6). Todos los pacientes recibieron terapia de deprivación androgenica (DPA) previa. El 13,3% (n=2) recibió quimioterapia previa con docetaxel y el 40% (n=5) radioterapia. Todos los pacientes presentaban niveles de testosterona < 0,2 ng/mL antes del inicio del tratamiento. El 60% de los pacientes (n=9) recibió enzalutamida como primer tratamiento dirigido. La duración media de tratamiento fue 11,9 meses (0,8-34,9) para el primer tratamiento versus 8,2 meses (0,8-22,1) para el segundo.
El 66,7% de los pacientes (n=10) progresó tras el primer tratamiento (progresión bioquímica 100%, (n=10); radiológica, 90%, n=9) versus 73,3% (n=11) tras el segundo tratamiento (bioquímica, 54,5% (n=6); radiológica, 100% (n=11)). La mediana de PFS fue de 11,5 meses versus 6,5 meses, respectivamente (p=0,108). El 33,3% (n=5) discontinuó el fármaco por aparición de EA grado III/IV: astenia (26,7%, n=4), síndrome vertiginoso (13,3%, n=2), hipertensión arterial (13,3%, n=2) y arritmia (6,7%, n=1).

CONCLUSIONES
Los resultados preliminares obtenidos reflejan como el tratamiento del CPRCm mediante secuenciación, apenas aporta eficacia clínica, con resultados de supervivencia limitados (6,5 meses), tal y como indican los datos bibliográficos. Serán necesarios futuros estudios con un mayor tamaño muestral para demostrar reducciones significativas en la efectividad de la terapia de secuenciación en CPRCm.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1026. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE CANDIDATOS A TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS

AUTORES
CANTARELLI . L, GONZALEZ DE LA FUENTE GA, PEREZ REYES S, DEL ROSARIO GARCÍA B, GONZALEZ GARCÍA J, GUTIERREZ NICOLAS F, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
Evaluar la efectividad de los esquemas triples empleados actualmente como terapia de inducción en pacientes con mieloma multiple (MM) candidatos a trasplante autólogo de progenitores hematopoyeticos (TAPH).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo y unicéntrico, de 4 años de duración (enero 2017-enero 2021), que incluyó a todos los pacientes diagnosticados con mieloma multiple candidatos a TAPH. A partir de la historia clínica electrónica, se recogieron las siguientes variables clínicas y demográficas: edad, sexo, tiempo de seguimiento de la enfermedad, tipo de esquema de inducción empleado, cambio de tratamiento y motivo del cambio, duración y numero de ciclos de tratamiento, estadiaje de la patología según el índice de estadificación internacional (ISS) y el índice de Durie-Salmon (DS). La eficacia del

tratamiento se determinó a partir de la respuesta obtenida y la presencia de enfermedad minina residual (EMR) post-TAPH. Se determinó la aparición de efectos adversos (EA) y se clasificaron según la según la Common Terminology Criteria for Adverse Effects (CTCAE v6.0).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, un total de 31 pacientes con MM candidatos a TAPH recibieron tratamiento de inducción (74,2% hombres (n=23); edad media: 60,9 años [47-68]). La media de tiempo de seguimiento fue de 3,2 años [0,3-9,6]. La duración media de tratamiento fue de 8,3 meses [2,7-65,4]. El 71% de los pacientes (n=22) recibió 6 ciclos de tratamiento, 16,1% (n=5) > 6 ciclos y 12,9% (n=4) < 6 ciclos. La clasificación del estadiaje según DS fue: 1 (3,2%; n=1), 2 (19,3%, n=6), 3 (29%, n=3), desconocido (51,6%, n=16); según ISS: 1 (12,9%, n=4), 2 (12,9%, n=4), 3 (19,4%, n=6), desconocido (54,8%, n=17). Los esquemas terapéuticos empleados fueron: Bortezomib-talidomida-dexametasona (VTD) (54,8%, n=17), bortezomib-ciclofosfamida-dexametasona (VCD) (29%, n=9), bortezomib-lenalidomida-dexametasona (VRD) (9,7%, n=3), otros (6,5%, n=2). El 38,7% (n=12) de los pacientes consiguieron respuesta completa (RC) al tratamiento, 54,8% (n=17) muy buena respuesta parcial (VGPR) y 6,5% (n=2) respuesta parcial (PR) tras finalizar la inducción. El 12,9% (n=4) cambió de esquema terapéutico por ausencia de respuesta. En el 51,6% de los casos (n=16) se detectó EMR negativa tras el TAPH. El 58,1% (n=18) de los pacientes desarrollaron efectos adversos: infección respiratoria (27,8%, n=5), neuropatía (22,2%, n=4), citopenia (11,1%, n=2), otros (11,1%, n=2). En el 25,8% de los casos (n=8) se modificó el tratamiento por aparición de toxicidad grado > 2.

CONCLUSIONES

El estudio confirma el beneficio clínico del tratamiento de inducción con los esquemas terapéuticos triples actuales utilizados en práctica clínica, alcanzando tasas elevadas de respuesta en el 94% de los casos (RC 40% y VGPR 54%). Asimismo, más de la mitad de los pacientes consiguen una EMR negativa tras el trasplante. El perfil de seguridad muestra como, en nuestro centro, el 25% de los pacientes tuvo que modificar el tratamiento por aparición de EA moderados/graves, lo que refleja la necesidad de llevar a cabo una vigilancia estrecha en este grupo de pacientes con el fin de evitar perjudicar la eficacia a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1044. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y PERFIL DE SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON EVEROLIMUS EN CÁNCER RENAL Y MAMA METASTÁSICO

AUTORES

CANTARELLI . L, LLOPIS I ALEMANY A, GUTIERREZ NICOLAS F, PORTA OLTRA B, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con everolimus en cáncer renal y mama metastásico, en dos hospitales de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico que incluyó a todos los pacientes del área de oncología de dos hospitales de referencia tratados con everolimus, desde enero 2013 hasta abril 2021. A partir de la historia clínica informatizada, se registraron las siguientes variables clínicas y demográficas: edad, sexo, diagnóstico, tiempo de seguimiento de la enfermedad, duración del tratamiento, dosis inicial de fármaco, reducción de dosis y suspensión precoz del fármaco. Se evaluó la efectividad de everolimus en las diferentes patologías mediante la variable supervivencia libre de progresión (PFS) con un intervalo de confianza (IC) de 95%, calculada aplicando el estadístico Kaplan-Meier (SPSS® v.25). La PFS se comparó entre patologías a través del log-rank test. El tiempo hasta progresión se estimó según los criterios de evaluación morfológica de la respuesta la tratamiento (RECIST V 1.1) Se determinó la aparición de efectos adversos (EA) grado III/IV durante el tratamiento, según la Common Terminology Criteria for Adverse Effects (CTCAE v6.0).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se incluyeron un total de 105 pacientes tratados con everolimus (77,1% mujeres (n=81); edad media: 66,4 años [39-92]). La clasificación según diagnóstico fue: cáncer de mama metastásico (72,4%, n=76), carcinoma de células renales (27,6%, n=29). La media de tiempo de seguimiento de la enfermedad fue 6,9 años [0,7-26,7]. La duración media de tratamiento fue 7,1 meses [0,4-64,5]. El 76,2% de los pacientes (n=80) inició tratamiento a dosis plena de 10 mg/24 horas. En el 43,8% de los pacientes (n=46) se efectuó una reducción de dosis. El 70,5% (n=74) progresó durante el tratamiento. La mediana de supervivencia libre de progresión (PFS) 6,7 meses en cáncer de mama versus 4,3 meses en cáncer renal. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a SLP entre ambos tratamientos (p=0,837).

El 93,3% de los pacientes (n=98) presentó EA durante el empleo del fármaco. En el 55,2% (n=58) de los casos los EA fueron de grado ≥2. La tasa de aparición de EA fue similar en ambas patologías.

Los más comunes fueron: mucositis (49,5%, n=52), astenia (43,8%, n=46), toxicidad gastrointestinal (34,3%, n=36), hiperglucemia (29,5%, n=31), neumonitis (25,7%, n=27), toxicodermia (24,8%, n=26), anemia (19%, n=20), trombopenia (17,1%, n=18), hipertrigliceridemia (16,2%, n=17), hepatotoxicidad (11,4%, n=12), neutropenia (4,8%, n=5) y otras (4,8%, n=5). El 43,8% (n=46) de los pacientes tuvo que reducir dosis de fármaco, el 49,5% (n=52) retrasó el tratamiento y el 25,7% (n=27) suspendió everolimus por aparición de EA grado > 2.

CONCLUSIONES

El estudio realizado muestra un perfil de eficacia similar de everolimus en cáncer renal y mama metastásico (p=0,837). El perfil de toxicidad refleja como más del 90% de los pacientes desarrollan EA durante el tratamiento y que un 25% tiene que suspender el fármaco por EA grado III/IV. Este hecho pone en evidencia la necesidad de una vigilancia estrecha de estos EA, que perjudica la eficacia a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1048. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LOS ANTINEOPLÁSICOS ORALES EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS

AUTORES
FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ IM, SÁNCHEZ CATALICIO MDM, LLORET LLORCA A, GARCÍA MATILLAS CN, MONTOYA EGEA JM, ASENSI CANTO A
HOSPITAL SANTA LUCÍA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS
Evaluar el grado de satisfacción y tolerancia con los antineoplásicos orales (AO) de los pacientes oncohematológicos atendidos en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) de un hospital de tercer nivel empleando el cuestionario validado sobre la satisfacción con el medicamento (TSQM) versión original (1.4).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional y transversal en el que se incluyeron pacientes oncohematológicos en tratamiento con AO atendidos en la UFPE durante los meses de febrero-abril de 2021. Se recogieron, a través del programa informático Selene®, las siguientes variables de estudio: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, tratamiento y estadio clínico. El grado de satisfacción con el tratamiento se analizó mediante el cuestionario TSQM entregado a los pacientes en la consulta de atención farmacéutica de forma voluntaria. Dicho cuestionario consta de 14 preguntas valoradas con la escala de Likert de 5 o 7 puntos (a mayor puntuación, mayor satisfacción del paciente con la medicación) y una respuesta dicotómica (pregunta 4). El cuestionario trata cuatro dimensiones: efectividad del tratamiento (3), reacciones adversas (RA)(5), conveniencia (3) y satisfacción global (3) considerando las últimas dos o tres semanas o desde la última vez que el paciente tomó la medicación. Se expresaron los resultados de los ítems y variables cuantitativas como media y desviación estándar y las variables categóricas, como número y frecuencia.

RESULTADOS
Un total de 41 pacientes completaron el cuestionario (58,9% mujeres) con una edad media de 63,8±9,9 años y un tiempo de diagnóstico medio de 6,8±5,3 años. El 77% se encontraban en estadios avanzados de la enfermedad. Los diagnósticos más frecuentes fueron: cáncer de mama (30,8%), cáncer de pulmón (12,8%), cáncer de próstata (10,3%), leucemia mieloide crónica (10,3%), cáncer renal (7,7%), cáncer colorrectal (5,1%) y leucemia linfocítica crónica (5,1%). Los tratamientos más frecuentemente prescritos, fueron: palbociclib (30,7%), seguido de ibrutinib (7,6%), abiraterona (5,1%), bosutinib (5,1%) y regorafenib (5,1%).
El grado de satisfacción con la capacidad del medicamento para prevenir o tratar la enfermedad fue de 5,8±1,1 puntos (1-7); para aliviar los síntomas 5,6±1,1 (1-7); el tiempo de demora en aparecer el efecto 5,7±1,1 (1-7). El 58,5% de los pacientes refirieron tener alguna RA asociada a la medicación: molestias derivadas del medicamento 3,3±0,8 (1-5); interferencia con la capacidad funcional 3,1±1,0 (1-5); interferencias con la capacidad mental 3,6±1,0(1-5); influencia de las RA en la satisfacción global 3,6±0,9 (1-5). En cuanto a la conveniencia: facilidad para usar el medicamento 6,0±0,8 (1-7); facilidad para planificar el uso del medicamento 6,0±0,8 (1-7); uso práctico 6,0±0,8 (1-7); confianza general 4,2±0,7 (1-5); y confianza en las ventajas de su uso 4,3±0,6 (1-5). El grado de satisfacción global del medicamento fue de 5,7±1,1 (1-7).

CONCLUSIONES
Se evidencia un alto grado de satisfacción con el tratamiento en los pacientes estudiados pese a que la mayoría se encuentran en estadios avanzados de la enfermedad y del alto grado de RA manifestadas debido a la toxicidad propia de estos fármacos.
Es importante conocer la satisfacción del paciente con su medicación ya que ayuda a predecir la continuidad del mismo, su correcto uso, así como el cumplimiento terapéutico.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1063. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE MEDICIÓN DE RESULTADOS EN SALUD REPORTADOS POR LOS PACIENTES (PROMS)

AUTORES
OTERINO MOREIRA I, ROLDAN NAVARRO P, ÁLVAREZ ATIENZA S, ZHAN ZHOU E, SANMARTIN FENOLLERA P, PÉREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. C/ BUDAPEST 1. MADRID

OBJETIVOS
Implantar un sistema de medición de toxicidad reportada por las pacientes en tratamiento con inhibidores de cinasa dependientes de ciclina 4 y 6 (iCDK4,6)

MEJORAS ESPERADAS
Patient-Reported Outcomes Measure (PROMs) proporcionan información sobre los efectos adversos (EA) experimentados por los pacientes, enfocando la atención en cómo los perciben. Se trata de una información complementaria a la detectada por el oncólogo/farmacéutico (CTCAE) aumentando la validez, fiabilidad y precisión con la que se evalúan los EA. Esto permite mejorar los resultados en salud y realizar intervenciones ajustadas a las características individuales de los pacientes.

DISEÑO
El proyecto se diseñó destinado a las pacientes en tratamiento con iCDK4,6, generando un formulario específico en base a la información de EA disponible (ficha técnica y estudios en vida real) a partir de ítems de la biblioteca PRO-CTCAE

(validada por National Cancer Institute) los cuales describen los EA en forma de preguntas (cantidad, frecuencia, gravedad y/o interferencia con las actividades diarias).

CIRCUITO Y ETAPAS

Se realizó en cuatro etapas:
1.Diseño del formulario específico.
2.Estandarización de actuaciones en la consulta de atención farmacéutica (CAF) según el protocolo aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos.
3.Desarrollo de una base de datos para el registro sistematizado de la información recopilada en los cuestionarios y comunicación entre profesionales sanitarios.
4.Notificación de la puesta en marcha del proyecto al resto de profesionales sanitarios implicados.
El circuito de trabajo establecido fue: tras la consulta médica, la paciente acude a la CAF para recoger un nuevo ciclo de tratamiento. El farmacéutico le informa del proyecto y, en caso de que acepte, firma el consentimiento informado y se le proporciona el formulario en papel que rellenará en su casa (con información referida a los últimos 7 días). El formulario lo entregará en la CAF al acudir a la dispensación del siguiente ciclo. Los EA auto-informados se reflejan en la historia clínica y se realizan las recomendaciones oportunas (puede requerir contacto con el oncólogo).

IMPLANTACIÓN

El proyecto se inició en Noviembre 2017.

RESULTADOS

Se evaluaron 13 EA en 24 preguntas y las pacientes rellenaron 2 cuestionarios distanciados 3 meses.
Han participado 36 pacientes con una mediana de edad 69,5 años (rango 49-83). Los tratamientos fueron palbociclib (47,2%), ribociclib (44,4%) y abemaciclib (8,4%).
En 1/3 de las pacientes se realizaron intervenciones para mejor control de los EA auto-informados (ninguno requiso contacto urgente con el oncólogo). Los EA reportados más frecuentemente (a veces/a menudo/casi siempre) fueron piel seca, mialgias, artralgias, fatiga y sofocos. Un 72% de las pacientes reportó artralgias, mialgias y fatiga como intensas/muy intensas. Las mialgias y la fatiga fueron los EA con mayor interferencia con las actividades diarias (mucho/muchísimo) que reportó un mayor número de pacientes (35%). El 78% de las pacientes afirmó que su salud y calidad de vida en general eran buenas.

LIMITACIONES

La información de los formularios no vuelca automáticamente a la historia clínica de la paciente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Circuito aplicable a todos los Servicios de Farmacia que cuenten con una CAF, con objeto de mejorar la detección e intervención sobre los EA en pacientes con tratamiento antineoplásico oral.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1088. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ONCOHEMATOLÓGICO EN HOSPITAL DE DÍA.

AUTORES

SÁNCHEZ ARGAIZ MC, SIERRA TORRES MI, GÁNDARA LADRÓN DE GUEVARA MJ, SÁNCHEZ SUÁREZ MM, JIMÉNEZ MORALES A
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. AVDA. DE LAS FUERZAS ARMADAS 2. GRANADA

OBJETIVOS

Describir las intervenciones farmacéuticas realizadas desde el área de oncohematología durante la validación de preparaciones de mezclas intravenosas de citostáticos que llevaron a un cambio en la prescripción en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se analizaron las intervenciones farmacéuticas realizadas en prescripciones de mezclas intravenosas en hospital de día de oncología y hematología en pacientes adultos, que fueron aceptadas por los facultativos y registradas durante el periodo desde noviembre 2020 a marzo de 2021. El programa utilizado para la prescripción y registro de estas intervenciones fue OncoFarm®.
Las intervenciones se clasificaron en 9 grupos según el tipo de intervención: 1) Dosis superior/inferior < 10%; 2) Dosis superior / inferior > 10%; 3) Frecuencia ciclo inadecuada; 4) Interacción relevante; 5) Ajuste de dosis (IH, IR, toxicidad); 6) Protocolo incorrecto; 7) Falta medicamento; 8) Sobra medicamento; 9) Otros

RESULTADOS

Durante el período de estudio el total de pacientes que recibieron tratamiento quimioterápico en hospital de día fueron 1050 (68% oncológicos y 32% hematológicos). Fueron registradas un total de 55 intervenciones en 48 pacientes que llevaron a un cambio en la prescripción y por lo tanto en el tratamiento administrado en hospital de día. Según la clasificación de dichas intervenciones: en el 22% de las intervenciones (12/55) se realizó una reducción/aumento > 10% de la dosis administrada al paciente; en el 22% (12/55) precisaron un ajuste de dosis por afectación hepática, renal o por toxicidad, en el 20% (11/55) se modificó la prescripción por selección de un protocolo incorrecto, en el 18% sobraba o faltaba algún medicamento en la prescripción (10/55), en el 9% se intervino por una frecuencia de ciclo inadecuada (5/55) y las 5 intervenciones restantes (9%) se debieron a otro motivo. No se registraron intervenciones por dosis superior/inferior al 5% o por interacción relevante. De las 12 intervenciones por reducción o aumento > 10% de la dosis de fármaco quimioterápico, el 80% fueron por ajustes en la dosificación de esquemas con carboplatino (por cambio en

la función renal o ajuste dosis por obesidad) en el servicio de oncología, principalmente por sobredosificación de los pacientes. De las 12 intervenciones donde fue necesario el ajuste de dosis de algún quimioterápico, la mayoría fueron por no aplicar los cambios descritos en la historia clínica de los pacientes y por ajuste de dosis del fármaco según analítica previa en el programa de prescripción OncoFarm®.

CONCLUSIONES

A pesar de que el número de intervenciones aceptadas no suponga un gran volumen en la totalidad de pacientes tratados, se trata de intervenciones que llevaron a una probable reducción de eventos adversos y toxicidades en el paciente. Esto nos da una idea del beneficio que supone el contar con un farmacéutico como parte del equipo multidisciplinar en oncohematología y la importancia de la validación farmacéutica en este tipo de tratamientos. La mayoría de dichas intervenciones llevaron a un cambio o ajuste de dosis que podrían haber ocasionado un evento adverso o una mayor toxicidad en el paciente.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1099. AJUSTE DE DOSIS EN PACIENTE ONCOLÓGICO OBESO Y AMPUTADO

AUTORES

PÉREZ CANO E, JIMÉNEZ LÓPEZ Y, MUÑOZ CID CL, CLARAMUNT GARCÍA R, GARCÍA GÓMEZ N, RUIZ ARCA G, MARÍN POZO JF

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN. AVDA. DEL EJERCITO ESPAÑOL, 10. JAÉN

OBJETIVOS

A propósito de una paciente de 45 años, 125 kg de peso, diagnosticada de cáncer de mama y amputada de ambos miembros inferiores se creó la necesidad de establecer un procedimiento estandarizado para el cálculo de la superficie corporal en pacientes amputados aplicable a cualquier situación clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, Cochrane y Medline para determinar la evidencia disponible tanto para el ajuste de dosis en el paciente obeso como amputado. En base a la consulta de los artículos Elbarbry et al. 2020 y Ciaffaroni et al. 2011 sobre la dosificación del paciente amputado y la Guía de Práctia Clínica de la American Society of Clinical Oncology (ASCO) para obesos se diseñó una hoja de Microsoft Excel para el cálculo de la superficie corporal.

RESULTADOS

La Guía ASCO para el paciente oncológico obeso recomienda utilizar dosis de quimioterapia basadas en el peso total, sobre todo cuando el objetivo del tratamiento es curativo.

Respecto a las amputaciones, en primer lugar habría que calcular el porcentaje de peso que sumarían los miembros amputados, obteniendo un peso estimado (Pe): [Pe = (Po / (100 - % amputación)) x 100]=195kg.

A continuación se debe tallar al paciente. En aquellos casos donde no se puedan tallar por estar amputados de ambos miembros inferiores, se puede calcular la talla (T) a partir de la talla sentado (Tsen) [T = Tsen / (Tsen / T)] =83/0.52=160 cm, asumiendo que la proporción Tsen / T se estima en 0.52, con pequeñas variaciones étnicas.

Con estos datos ya se podría hacer la estimación de la superficie corporal mediante la Ecuación de Dubois: [SC = P0.425 x T0.725 x 0.007184 =2.67m2].

Por último se aplica una reducción basada en la Regla de Wallace para paciente quemado, que divide el cuerpo en múltiplos de 9, de manera que cada miembro superior supone un 9% y cada miembro inferior un 18%. A partir de ahí se puede calcular el porcentaje de pérdida de superficie corporal por amputación. SC= 2.67- 36%=1,7 m²

CONCLUSIONES

Tanto las amputaciones como la obesidad suponen un desafío para los equipos de oncología ya que la mayoría de regímenes basados en quimioterapia se dosifican según área de superficie corporal.

La literatura actual sobre los ajustes de dosis en pacientes con amputación es escasa. En cuanto a paciente obeso la reducción de la dosis puede comprometer tanto la supervivencia libre de progresión como la supervivencia global. La creación de una hoja de cálculo estandarizada para estimar el área de superficie corporal en pacientes amputados mejora y agiliza el ajuste de dosificación en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1108. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

AUTORES

FERNÁNDEZ CAÑABATE S, CORRAL ALAEJOS A, JIMENEZ CASAUS J, GODA MONTIJANO G, GIL NAVARRO I, ROLDAN GONZALEZ JS, ALONSO CASTAÑE D, GIL VALIÑO C

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVDA REQUEJO 35. ZAMORA

OBJETIVOS

Prevalencia y características de los problemas relacionados con la medicación (PRM) detectados en pacientes con terapia antineoplásica oral y resultados clínicos de las intervenciones farmacéuticas generadas para su resolución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante un periodo de 6 meses (noviembre 2020- abril 2021), se registran y analizan de forma prospectiva los PRM detectados en todos los pacientes que acuden a consulta de atención farmacéutica para inicio de terapia antineoplásica oral y las intervenciones farmacéuticas realizadas para su resolución.

Se realizó una revisión en la historia clínica electrónica del hospital (Jimena) y de Atención Primaria (Medora) para

recoger los siguientes datos: edad, sexo, diagnóstico, alteraciones de la función renal y/o hepática. La historia farmacoterapeútica se obtuvo del programa de receta electrónica (RECYL) y de la entrevista clínica al paciente y/o familiares. Los PRM se clasificaron en duplicidades; interacciones; contraindicaciones; probabilidad de efectos adversos; características personales; incumplimiento; dosis, pauta y/o duración no adecuada; problema de salud insuficientemente tratado y otros.
La comunicación se lleva a cabo por escrito, mediante un impreso normalizado, en el que se recogen datos del paciente (únicamente número de la tarjeta sanitaria), del médico responsable de atención primaria, así como datos relativos a los PRM (clasificación) y datos de la intervención farmacéutica realizada. Dicha comunicación se envía por medios telemáticos (e-mail).
La aceptación de la propuesta farmacoterapéutica se documenta a los 7 días siguientes revisando la historia clínica electrónica de Atención Primaria. Se clasifican en aceptadas, rechazadas o no valorables.
Para la evaluación de las intervenciones se utilizó el código impacto: optimización del tratamiento farmacológico (efectividad) e intervenciones farmacéuticas preventivas (toxicidad).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio (6 meses) iniciaron terapia antineoplásica oral 84 pacientes (48,1% mujeres; con una edad media de 67,6 años± 12,3). Tras la revisión de sus tratamientos, se detectaron 115 PRM que afectaban a 54 pacientes (64,3%), lo que representa una media de 2,1 PRM/paciente y de 1,3 PRM/paciente atendido.
El mayor porcentaje de PRM corresponde a dosis, pauta y/o duración no adecuada; probabilidad de efectos adversos; interacciones; contraindicaciones; características personales; incumplimiento; otros; duplicidades y problema de salud insuficientemente tratado.
Los medicamentos mayoritariamente implicados en los PRM, agrupados según el sistema de clasificación de medicamentos ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification) fueron: Antihipertensivos (10,4%), hipolipemiantes (8,7%), opioides (8,7%), antidepresivos (7,8%), ansiolíticos/sedantes (7,8%) e inhibidores de la bomba de protones (7,8%).
Las intervenciones fueron aceptadas en un 67,0%, se rechazaron en un 29,5% y quedaron sin valorar en un 3,5%.
En cuanto al impacto de las intervenciones farmacéuticas realizadas y aceptadas, un 55,6% inciden sobre la toxicidad (prevención), mientras que el resto (44,4%) lo hace sobre la efectividad del tratamiento (optimización).
De ellas, la mayoría va dirigida a prevenir efectos adversos (32,0%), modificar dosis/intervalo (21,4%), prevenir interacción farmacológica (20,5%), y a cambiar a medicamento más efectivo (7,1%).

CONCLUSIONES

La atención farmacéutica en el paciente oncológico es una herramienta útil para detectar, prevenir y resolver PRM. Sin embargo resultaría imprescindible cuantificar económicamente el beneficio de dicha actividad, así como la posibilidad de permitir informar al médico de atención primaria directamente a través de la historia clínica.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1121. UTILIZACIÓN DE PEG-INTERFERÓN ALFA-2A EN EL TRATAMIENTO DE MICOSIS FUNGOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

JIMÉNEZ LÓPEZ Y, PÉREZ CANO E, GARCÍA GÓMEZ N, CONTRERAS COLLADO R, GUTIÉRREZ LUCENA L, MARÍN POZO JF
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN. AVENIDA DEL EJÉRCITO ESPAÑOL, 10. JAÉN

OBJETIVOS

La micosis fungoide(MF) es el tipo más frecuente de linfoma cutáneo de células T. Los tratamientos utilizados son múltiples y varían según el estadio de la enfermedad. Mejorar la calidad de vida, disminuir las lesiones y aumentar el periodo libre de enfermedad con la mínima toxicidad constituyen los objetivos del tratamiento.
El objetivo es buscar una alternativa a interferón alfa-2B(INFα-2B) por problemas de desabastecimiento y analizar la evolución clínica de un paciente con MF que hasta la fecha recibía tratamiento en 3ª línea: INFα-2B 6 millones de UI/ semana vía subcutánea(sc)+bexaroteno 75mg 1 cápsula/24h.

MATERIALES Y MÉTODOS

Debido a los problemas de desabastecimiento de INFα-2B, el servicio de Hematología contacta con Farmacia para buscar una alternativa. Se consultó en el Centro de información online de medicamentos autorizados(CIMA) la disponibilidad de interferón alfa comercializado, incluyendo los que no tenían indicación aprobada para MF y las formulaciones pegiladas.
Puesto que peginterferón alfa no tiene esta indicación aprobada, se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed empleando los términos ``pegylated interferon´´y`` cutaneous T-cell lymphoma´´ para conocer la experiencia de uso en la práctica clínica.
Se llevó a cabo un seguimiento del paciente para evaluar la tolerancia al cambio de tratamiento desde la unidad de Atención Farmacéutica de Pacientes Externos, haciendo coincidir la retirada de medicación con la revisión médica. Los datos clínicos y de laboratorio se extrajeron de la historia clínica digitalizada(Diraya®) y se mantuvo un contacto directo con los hematólogos.

RESULTADOS

En el CIMA se encontró:
1.- Interferón α-2A(INFα-2A): con indicación en ficha técnica para linfoma cutáneo de células T y también con problemas de suministro.
2.- Peginterferón α-2A(PINFα-2A): disponible pero sin indicación aprobada para dicha patología.

Se encontró un estudio publicado en 2017 de escalamiento de dosis de PINFα-2A en el que evalúan la seguridad y eficacia en 13 pacientes con linfoma cutáneo de células T. La dosis que mostró mayor tasa de respuestas fue la de 270mcg semanal, pero también mayor tasa de eventos adversos incluyendo los severos. Por esta razón, se optó por la dosis de 180mcg semanal para nuestro paciente y continuar con bexaroteno.
El paciente presentó buena tolerancia al cambio de tratamiento durante el primer mes y medio de administración (1ª dosis: 25/2/21). Sin embargo, a los dos meses (29/4/21) el paciente refiere que ha tenido cambios de estado de ánimo y tristeza. En la analítica se detectó trombopenia (plaquetas:64.000/µL) y además presentaba aumento de las lesiones cutáneas. Por consiguiente, se decidió reducir la dosis de PINFα-2A a 135mcg sc/semana y valorar en la siguiente revisión la tolerancia a esta pauta.

CONCLUSIONES

La falta de suministro de INFα-2B e INFα-2A supone un desafío a la hora de cambiar el tratamiento de pacientes con MF cuando ya han fracasado otras terapias de 1ª línea.
La utilización de PINFα-2A en MF se encuentra fuera de las indicaciones aprobadas y la bibliografía disponible es escasa. A pesar de que las reacciones adversas que ha desarrollado el paciente son las notificadas frecuentemente, es necesario seguir realizando un seguimiento exhaustivo para valorar si este tratamiento es adecuado.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1144. FACTORES PREDICTIVOS DE TOXICIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

AUTORES

ZHAN ZHOU E, CARRASCO PIERNAVIEJA L, MARTINEZ SIMON JJ, SANCHEZ BECERRA MV, SALVADOR LLANA I, MIELGO RUBIO X, PEREZ ENCINAS M
FUNDACIÓN HOSPITAL ALCORCÓN. CALLE BUDAPEST, 1. MADRID

OBJETIVOS

Determinar posibles factores predictivos de toxicidad inmunomediada en pacientes oncológicos tratados con inhibidores del punto de control inmune (IPCI).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes diagnosticados de tumores sólidos tratados con IPCI entre marzo 2015 y diciembre 2020 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron de la historia clínica electrónica las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, hábito tabáquico, antecedentes de enfermedad autoinmune o alergia, estado general según el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) al inicio, uso de corticoides o antibióticos en los 3 meses previos al inicio de la inmunoterapia, fármaco utilizado, variables analíticas (nivel de hemoglobina, plaquetas, ratio neutrófilos-linfocitos (NLR), ratio derivado neutrófilos-linfocitos (dNLR), lactato deshidrogenasa) y efectos adversos (EA): número, tipo y gravedad según criterios Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5.0. Las variables cuantitativas se analizaron mediante frecuencias y medias. Para determinar la correlación entre las variables y la aparición de toxicidad se usaron los test T-student y Chi-cuadrado.

RESULTADOS

Se incluyeron 191 pacientes (73,8% hombres) con una media de edad de 67 años (desviación estándar:10,36). Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer de pulmón (61,8%), cáncer urotelial (14,1%) y melanoma (12,6%). El 50,3% de los pacientes eran exfumadores, el 31,4% fumadores y el 18,3% nunca habían fumado. El ECOG de los pacientes al inicio fue 0 en el 33,5% de los casos, 1 en el 52,9% y 2 en el 13,6%. En los tres meses previos al inicio de la inmunoterapia el 17,3% de los pacientes habían recibido corticoides y el 26,2% habían estado en tratamiento antibiótico. Se hallaron antecedentes de enfermedad autoinmune o alergia en el 8,4% y el 13,6% de los casos, respectivamente. Los fármacos utilizados fueron nivolumab (40,8%), pembrolizumab (35,1%), atezolizumab (17,8%), durvalumab (4,7%) e ipilimumab (1,6%).
El 63,4% de los pacientes experimentó EA de cualquier grado. Agrupándolos por gravedad, apareció toxicidad grado 1-2 en el 60,2% de los pacientes y grado 3-4 en el 12%. Los EA más frecuentes fueron las alteraciones cutáneas (33,5%), artralgias (21,5%) y diarrea (18,8%), independientemente de su gravedad. El porcentaje de pacientes que sufrieron EA fue mayor en el grupo de nivolumab y pembrolizumab (66,7% y 64,2% respectivamente) que en el grupo de atezolizumab (47,1%).
Tras el análisis estadístico se halló una asociación estadísticamente significativa entre los pacientes en tratamiento con corticoides previo a la inmunoterapia y la aparición de toxicidad de cualquier grado ($p < 0,05$) y de grado 1-2 ($p < 0,002$). El odds ratio (OR) fue de 1,88 (intervalo de confianza 95% (IC95%) 1,01-3,48) y 2,05 (IC95% 1,10-3,84) respectivamente. Al analizar los EA más frecuentes se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con antecedentes de enfermedad autoinmune o no y la aparición de diarrea ($p < 0,008$) y el uso previo de antibióticos o no y las artralgias ($p < 0,04$).

CONCLUSIONES

La administración de corticoides antes del inicio del tratamiento es un factor predictor de la aparición de toxicidad en pacientes oncológicos tratados con inmunoterapia. Los antecedentes de enfermedad autoinmune o el uso previo de antibióticos podrían relacionarse con la aparición de los EA más prevalentes (diarrea y artralgias).

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1169. IMPORTANCIA DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

AUTORES
VICO GARCÍA V, NOGALES REY G, SANCHEZ SERRANO L, MEDEL ANGLA P, GONZÁLEZ DE LA ROSA C, RODRIGUEZ LABRADOR J, CASTRO FIUZA MJ, GALLEGO ÚBEDA M
HOSPITAL DEL HENARES. AV. MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS
- Formar/reciclar a los técnicos de farmacia (TF) hospitalaria en la importancia que tenemos en el proceso de colocación, preparación y elaboración de quimioterapia.
- Mostrar a todo el servicio de farmacia (SF); farmaceúticos, administrativas y TF, todos los medicamentos citotóxicos (MC) que tenemos en el almacén de farmacia, que puedan provocar un error de medicación por ser fonéticamente similares, que posean el mismo principio activo o sean isoaparentes unos con otros.

MEJORAS ESPERADAS
Evitar que se produzcan errores de medicación en los tratamientos oncológicos.

DISEÑO
Se pensó en la idea de impartir una sesión de formación /reciclaje en el manejo de los MC que aparecen en la guía farmacoterapeútica del SF del hospital
Se acordó un día y hora concreta en la que todo el SF pudiera asistir , dada su importancia, por vía telemática. Los contenidos de la sesión eran tanto formativo/explicativo como imágenes de acondicionamientos primarios y secundarios de los MC que podían provocar un error de medicación.

CIRCUITO Y ETAPAS
El planteamiento fue :
- Explicación de los puntos críticos en la preparación de MC, que son:
o Ser fonéticamente similares, como son:
♣ ifosfamida – ciclofosfamida.
♣ Cisplatino – carboplatino.
♣ Vincristina – vinblastina – vinorelbina - vinfluvina
o Medicamentos con el mismo principio activo:
♣ Medicamento biosimilar: es un medicamento biológico equivalente en calidad, eficacia y seguridad a un medicamento original, llamado producto de referencia.
• rituximab
♣ Pegilado: es la unión de polietilenglicol (PEG) a un fármaco de naturaleza proteica. Presenta una gran velocidad de absorción y de eliminación.
• filgastrim
♣ Moléculas con liposomas. Los liposomas son estructuras esféricas que se forman espontáneamente cuando los lípidos formadores se dispersan en un medio acuoso. Los
medicamentos con liposomas son estructuras esféricas que se forman espontáneamente cuando los lípidos formadores se dispersan en un medio acuoso.
• Doxorrubicina liposomal
o Tener envases similares: isoapariencia.
♣ Mismo medicamento con dosis diferentes.
• Tratamientos orales.
o Vinorelbina de 20 mg y 30 mg
o topotecán 1 mg y 0,25 mg
• Misma dosis en diferente volumen ya diluido.
o Reslizumab 10mg/ml, envases de 2,5 ml y de 10ml.
• Diferente dosis en viales para reconstituir.
o Trastuzumab emtansina 160mg y 100mg, el primero se reconstituye con 8 ml de agua y el segundo con 5ml de agua.
♣ Diferentes medicamentos, que poseen el acondicionamiento primario y secundario muy similar.

IMPLANTACIÓN
En febrero del 2021

RESULTADOS
- Todo el SF se concienció de la importancia que tiene la manipulación de los MC. Los medicamentos se colocaron en las estanterías (los de temperatura ambiente) y en las baldas de nevera (los termolábiles) en bandejas individuales por orden alfabético, separando los medicamentos que pudieran confundirse. Se identificaron las bandejas de los MC que aparecen en la clasificación arriba explicada, según el tipo de riesgo asociado.
- El TF tiene un papel primordial en la preparación de los tratamientos citotóxicos para la seguridad del paciente oncológico, evitando cualquier error de medicación que pueda producirse en el proceso: la colocación posterior a la recepción de los pedidos debe ser correcta.

LIMITACIONES
conocimiento del procedimiento por todo el SF

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Puede instaurarlo cualquier SF que adquiera medicamentos que puedan provocar errores de medicación por su apariencia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1170. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE INHIBIDORES DE CICLINAS EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO O LOCALMENTE AVANZADO

AUTORES
VÁZQUEZ BLANCO S, FORTES GONZÁLEZ MS, HERRERO POCH L, DE MIGUEL BOUZAS JC, CASTRO DOMÍNGUEZ JM, CONDE PAZÓ A, VILLAMAYOR BLANCO L
HOSPITAL POVISA. CALLE SALAMANCA 5. PONTEVEDRA

OBJETIVOS
Evaluar la efectividad y seguridad de palbociclib y abemaciclib en pacientes con cáncer de mama metastásico (CMM) o localmente avanzado, en práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de todas las pacientes tratadas con palbociclib y abemaciclib en CMM o localmente avanzado entre febrero 2018-diciembre 2020. Se recogieron como variables demográficas: edad, patrón menopáusico y tiempo transcurrido desde el diagnóstico al inicio del tratamiento. Como variables clínicas: Escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) al inicio, número de metástasis, tratamiento de quimioterapia y hormonoterapia previa. Variables relacionadas con el tratamiento: fármaco utilizado, duración, tratamiento hormonal asociado, continuidad del tratamiento y motivo de suspensión.
Efectividad: se estudió la supervivencia libre de progresión (SLP).
Seguridad: se registró la toxicidad asociada al tratamiento siguiendo la clasificación Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE V4.0), las reducciones de dosis, retrasos o suspensiones por causas de toxicidad.
Las herramientas para la recogida de datos fueron la historia clínica electrónica, soportes informáticos de dispensación a pacientes externos y de prescripción de tratamientos oncohematológicos.

RESULTADOS
25 pacientes fueron incluidas en el estudio, 18 (72%) recibieron palbociclib y 7 (28%) abemaciclib. La mediana de edad fue de 59 años (40-76). 8 (32%) eran premenopáusicas y 17 (68%) postmenopáusicas. La mediana de metástasis fue de 4 (1-11).
La mediana de tiempo transcurrida desde el diagnóstico al inicio fue de 7,9 años (0-23,76). 21 (84%) recibieron hormonoterapia previa: 66% tamoxifeno, 38% letrozol, 19% exemestano y 5% anastrozol. 20 (80%) recibieron quimioterapia, de ellas 80% en adyuvancia y 20% en neoadyuvancia. ECOG 0 en el 12 % de los casos y ECOG 1 en el 88%.
El tratamiento concomitante de palbociclib fue fulvestrant (n=10), letrozol (n=8) y exemestano (n=1) y de abemaciclib fulvestrant (n=3), letrozol (n=3) y anastrozol (n=1).
Con una mediana de duración de tratamiento de 11,61 meses (3,39-30,84), recibiendo una mediana de 13 ciclos (3-24) se obtuvo una SLP para palbociclib de 15,3 meses (IC95% , 9,9-31,8) y para abemaciclib 10,2 meses (IC95%, 3,5-11,5).
Del total de pacientes, en el momento del análisis 68% continúan recibiendo tratamiento. 32% suspendieron: 7 (87,5%) pacientes por progresión radiológica y 1 (12,5%) por toxicidad neutropénica.
En un 96% de las pacientes se produjo al menos un evento adverso (EA), siendo los más frecuentes en palbociclib neutropenia (77,78%), astenia (44,44%), anemia (38,89%) e infecciones (27,78%) y en abemaciclib diarrea (71,43%), anemia (71,43%) y neutropenia (42,86%). La mayoría de los EA fueron de grado 1 y 2.
En un 77,78% de las pacientes que recibieron palbociclib los EA provocaron reducciones de dosis o suspensiones del tratamiento.

CONCLUSIONES
Los resultados de este estudio sugieren que el tratamiento en la práctica clínica habitual presenta unos resultados de efectividad inferiores a los de eficacia de los ensayos experimentales.
Ambos presentan perfil de toxicidad aceptable. Si bien un alto porcentaje de pacientes presenta algún EA, estos son tolerables y solo se ha requerido la suspensión en un caso. Para palbociclib la neutropenia es la principal toxicidad y con abemaciclib fue mayor la tasa de diarreas y anemia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1171. INFLUENCIA DEL ESTADO FUNCIONAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA EFECTIVIDAD DE PEMBROLIZUMAB EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO-MICROCÍTICO.

AUTORES
JIMÉNEZ GALÁN R, PRADO MEL E, VEGA COCA MD, ABDELKADER MARTÍN L, MORENO PÉREZ MA
HOSPITAL UNIVERSITARIO VÍRGEN DEL ROCÍO. AVENIDA MANUEL SIUROT SN. SEVILLA

OBJETIVOS
Analizar la efectividad de pembrolizumab en primera línea en Cáncer de Pulmón no microcítico (CPNM) estadío IV, con datos de vida real y determinar la influencia del índice de Masa Corporal (IMC) y el ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) en la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional descriptivo de pacientes con CPNM en estadío IV con expresión de Programmed Death-ligand 1 (PD-L1) ≥50%, tratados en primera línea en monoterapia con pembrolizumab. Se seleccionaron los pacientes tratados entre enero-2017y junio-2020. Se recogieron datos demográficos, ECOG (0-4), presencia de metástasis cerebrales en el momento del diagnóstico e histología. Se registró el IMC (kg/m2), clasificando a los pacientes en 6 categorías, Bajo peso [< 18], Delgado [18-19,9], Normopeso [20-24.9], Sobrepeso [25-29.9], Obesidad [30-39.9], Obesidad mórbida [≥40].

Se analizó la tasa de respuesta según criterios RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors). Se analizó la SG y SLP a través del método de Kaplan Meier, y se realizó un análisis univariante con el test de log-rank para determinar la influencia del IMC≥25 y el ECOG≥2 en la SG y SLP. Se analizaron los datos con el software SPSS v.21

RESULTADOS

Se trataron un total de 80 pacientes, donde el 77,5% eran hombres. La edad media fue de 65,22 ±13,3. El 60,8% presentaba un ECOG entre 0-1, el 30% ECOG 2, y el 8,9% ECOG 3. El 17,5% tenían metástasis cerebrales. El 75,5 % presentaban histología de adenocarcinoma, el 17,5% epidermoide y en el resto la histología era desconocida. En cuanto al IMC, el 1,3% y el 10%, respectivamente, fueron bajo peso y delgado, el 33,8% fueron normopeso, otro 33,8% sobrepeso, un 18,8% obesidad y por último el 2,5% presentó obesidad mórbida.
La mediana de SG y SLP fue de 7,9 meses (intervalo de confianza del 95% (IC 95%) 3,38-12,35) y 3,26 meses (IC 95% 1,91-4,61), respectivamente. El análisis de resultados en función del ECOG mostró una mediana de SG y SLP significativamente mayor en los pacientes con ECOG 0-1 comparado con aquellos con ECOG≥ 2, (SG 18,9 meses [IC 95% 11,98-25,81]; y SLP 9,4 meses [IC 95% 8,30-10,56]; vs SG 2 meses [IC 95% 0,57-3,52]; y SLP 1,63 meses [IC 95% 0,94-2,32]; respectivamente ($p < 0,001$)). En cuanto al IMC no se observaron diferencias entre los pacientes con IMC≥25 e IMC < 25 en la SG (9,4 vs 7,3 meses; p=0,742) y la SLP (4,4 meses vs 2,76; p=0,231)

CONCLUSIONES

El ECOG 0-1 fue determinante en el beneficio del tratamiento con pembrolizumab en primera línea de CPNM. A diferencia de otros estudios que muestran diferencias en la respuesta a inmunoterapia en función del IMC, nosotros no hemos encontrado significación estadística. Sin embargo, debido al bajo número de pacientes con sobrepeso incluidos en nuestro estudio, para confirmar el valor predictivo del IMC en la respuesta al tratamiento con pembrolizumab sería necesario disponer de una población de estudio mayor.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1177. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EFECTIVIDAD DE TRIFLURIDINA/TIPIRACILO EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES

BITLLOCH OBIOLS M, DELGADO RODRIGUEZ J, GARCIA JAVIER B, QUEROL NIÑEROLA R, GURRERA ROIG T, CAMPINS BERNADAS L

HOSPITAL DE MATARÓ, CENTRE SANITARI MARESME. CARRETERA DE CIRERA, 230. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de trifluridina/tipiracilo (TAS-102) en cáncer colorrectal metastásico (CCRm) en la práctica clínica de un hospital comarcal, comparando los resultados generales con los obtenidos si clasificamos a los pacientes por factores pronósticos al inicio del estudio descritos en el análisis post-hoc del ensayo pivotal RECOURSE de Tabernero et. al publicado en el 2020.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el que se incluyó todos los pacientes diagnosticados de CCRm y tratados con TAS-102 desde julio de 2016 hasta febrero de 2021. Se analizaron variables demográficas (sexo y edad) y clínicas (mutación del gen RAS, localización primaria, supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global(SG)). Para el análisis por factores pronóstico propuesto en el análisis post-hoc se clasificaron los pacientes en tres grupos (bajo, buen y mejor pronóstico). Bajo pronóstico se clasificó como 3 o más sitios metastásicos y tiempo hasta el diagnóstico de la primera metástasis menor o igual a 18 meses, y para buen o mejor pronóstico se tuvo en cuenta la presencia de metástasis hepáticas. Se realizaron gráficas Kaplan-Meier para la SLP y SG y se aplicó el test log-rank para evidenciar diferencias significativas entre grupos.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 21 pacientes con CCRm fueron tratados con TAS-102. La media de edad fue 73 años (51-83), 76,2% eran hombres. 57,1% de los pacientes había recibido 2 líneas de tratamiento previas, 23,8% recibió 3 líneas y 19,1% recibió 4 líneas o más. El 66,7% de los pacientes presentaba mutación RAS. 52,4% de CCR era de recto y un 47,6% de colon (70% izquierdo). Analizando el total de pacientes la mediana de SLP fue de 2,77 meses (IC95%:0,9-4,6) y la SG de 5,8 meses (IC95%:1,4-10,2). Agrupando los pacientes según los factores pronósticos se obtuvieron los sigueintes resultados: Bajo pronóstico, 50% del total de pacientes con una mediana de SLP de 3,1 meses (IC95%:2,8-3,4) y una SG de 6,2 meses (IC95%:4,9-7,5). Buen pronóstico, 33,3% de los pacientes con una mediana de SLP de 1,7 meses (IC95%:0-4,45) y una SG de 5,8 meses (IC95%:0-14,1). Mejor pronóstico, 16,7% de los pacientes con una mediana de SLP de 0,9 (IC95%:0-2,37) y una SG de 1,7 meses (IC95%:0,4-3). No se observaron diferencias significativas entre los 3 grupos.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, los pacientes presentaron una SLP y SG similar a la observada en el ensayo pivotal RECOURSE (SG 7,1 meses y SLP 2 meses). En el análisis de subgrupos por factores pronósticos no observamos las diferencias encontradas en el análisis post-hoc debido seguramente a la baja muestra de nuestro hospital ya que si se observa una ligera tendencia a la mejoría en las medias de los pacientes del grupo buen pronóstico.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1186. DESENSIBILIZACIÓN A ANTINEOPLÁSICOS: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD. ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES
ESCRIGAS FERNÁNDEZ C, SAN ANDRÉS CORRAL C, CUERVO ESCRIBANO K, ÚBEDA RUIZ B, GONZÁLEZ TRIGUEROS C, UREÑA AGUILERA I, PÉREZ PÉREZ D, LEBRERO GARCÍA A
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. CALLE ALCALÁ-MECO S/N. MADRID

OBJETIVOS
Analizar la población de pacientes sometidos a desensibilización (DSS) a antineoplásicos, y así evaluar la efectividad y seguridad de esta técnica en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo, llevado a cabo en pacientes oncológicos, en un periodo de 10 años (2011-2021), que tras un episodio de hipersensibilidad (HS) recibieron quimioterapia en pauta de desensibilización. Se recogieron las siguientes variables: datos demográficos (sexo y edad), diagnóstico, fármacos antineoplásicos, manifestaciones según la reacción HS (RHS) (dermatológicas, respiratorias, cardiológicas, neurológicas y gastrointestinales), tratamiento de soporte, ciclo en el que se desencadenó la RHS, número de ciclos de DSS, así como si pudieron completar el tratamiento, si continúan o el motivo de suspensión en su caso (progresión, RHS). Para la evaluación, como medida de efectividad se tuvo en cuenta el porcentaje de pacientes que pudo completar el tratamiento y como medida de seguridad si presentaron reacciones adversas graves (RAG).

RESULTADOS
Se incluyeron 21 pacientes, 80,95% (n=17) mujeres, con una mediana de edad de 55 años [31-73]. El diagnóstico más prevalente fue el cáncer de ovario (57,14%), seguido de cáncer de mama (9,52%) y en la misma proporción (4,76%) cáncer de pulmón, colon, próstata, cérvix y endometrio. Los fármacos antineoplásicos implicados fueron las sales de platino (carboplatino, cisplatino, oxaliplatino), docetaxel, etopósido, doxorrubicina liposomal y trastuzumab-emtansina. Siendo el carboplatino el de mayor prevalencia (71,43% frente a 4,76% en el resto de fármacos). Todos los pacientes precisaron como tratamiento de soporte tras RHS, corticoides y antihistamínicos y un menor porcentaje (28,57%) adrenalina, sueroterapia y oxigenoterapia acorde a la severidad del episodio. Las manifestaciones de las RHS fueron clasificadas en dermatológicas (71,43%), cardiológicas (38,10%), respiratorias (33,33%), gastrointestinales (19,05%) y neurológicas (9,52%). El ciclo en el que se produjo la RHS dependió del fármaco implicado, destacando el carboplatino que se producía siempre tras varios ciclos. El número de ciclos de DSS que se llevaron a cabo fue 146 con un rango de [1-38] ciclos por paciente. Un 71,43% de los pacientes pudo completar el tratamiento prescrito sin incidencias, un 14,29% tuvo que suspender el tratamiento por RHS, un 9,52% continúa actualmente y un 4,76% abandonó la terapia en DSS tras progresión.

CONCLUSIONES
El carboplatino fue el fármaco que produjo más RHS, tras varios ciclos de administración, ya que necesita un periodo de sensibilización previa, tal y como relata la bibliografía. La técnica de DSS demostró ser efectiva, con un alto porcentaje de pacientes que pudo completar su tratamiento tras desarrollar tolerancia temporal al fármaco. Así como segura, ya que solo tres pacientes tuvieron que suspender el tratamiento por nueva RHS que se manejó con tratamiento de soporte sin sufrir RAG. Como limitación al estudio se necesitaría una muestra más grande para poder concluir estos resultados y seguir evaluando una técnica que en ocasiones arroja una oportunidad a la suspensión del tratamiento en pacientes que no disponen de mejor alternativa.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1195. ALTERACIONES TIROIDEAS DURANTE EL TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

AUTORES
RUIZ MOLINA F, COLOMA PERAL R, LORENZO HERNÁNDEZ SM, VILLALTA ROBLES V, MARÍN VENTURA L, HERNÁNDEZ LÓPEZ A, TOLOSA MARTÍNEZ C, MORENO GARCÍA M
HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA. C/ OBISPO QUESADA Nº6 2ºEXT DERECHA. SEGOVIA

OBJETIVOS
Describir la incidencia, tipo, gravedad y tratamiento de las alteraciones tiroideas provocadas por inmunoterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó a los pacientes tratados con atezolizumab, durvalumab, ipilimumab, nivolumab y pembrolizumab en un hospital de segundo nivel entre enero de 2020 y marzo de 2021.
Se excluyeron los pacientes con antecedentes de alteraciones tiroideas y los tratados únicamente con un ciclo de inmunoterapia.
Se recogieron las siguientes variables: número de pacientes, sexo, edad, estado funcional (escala ECOG), diagnóstico, tratamiento de inmunoterapia, tirotropina (TSH), tiroxina (T4), triyodotironina (T3), anticuerpos antiperoxidasa (TPO), anticuerpo antirreceptor de TSH (antiTSI), tipo de disfunción tiroidea, tiempo de aparición desde el inicio de la terapia y gravedad según los criterios de Terminología Común del Instituto Nacional del Cáncer para Reacciones Adversas versión 5.0 (NCI-TECAE v5.0). La recogida de datos se realizó a partir de la historia clínica informatizada JIMENA IV®, módulo de pacientes ambulantes de Farmatools® y sistema informático de laboratorio Openlab®.

RESULTADOS

Se incluyeron 81 pacientes, 59 (72,8%) hombres, con una media de edad de 67 años. El 95% de los pacientes presentaron un ECOG 0-1. El diagnóstico principal fue el cáncer de pulmón no microcítico (37%), melanoma (14,8%), cáncer de pulmón microcítico (13,6%), cáncer de vejiga (9,9%), cáncer renal (9,9%), cáncer de colon (2,5%), cáncer gástrico (2,5%), cáncer de esófago (2,5%) carcinoma urotelial (1,2%), cáncer de endometrio (1,2%), cáncer de mama (1,2%), mesotelioma (1,2%), hepatocarcinoma (1,2%) y cáncer cabeza y cuello (1,2%). Recibieron 26 pacientes atezolizumab (32,1%), 1 paciente durvalumab (1,2%), 1 ipilimumab (1,2%), 14 nivolumab (17,3%), 31 pembrolizumab (38,3%) y 8 la combinación nivolumab más ipilimumab (9,9%). Se determinó TSH en el 93,9% de pacientes.
Durante el tratamiento, 13 pacientes (16%) desarrollaron algún tipo de disfunción tiroidea: 12 hipotiroidismo (92,2%), 6 de ellos con tiroiditis transitoria previa y 1 hipertiroidismo (7,8%). De los pacientes tratados con atezolizumab, 3 presentaron hipotiroidismo (11,6%), con nivolumab, 6 hipotiroidismo (42,9%) y con pembrolizumab, 3 hipotiroidismo (9,8%) y 1 hipertiroidismo (3,22%). En todos ellos se determinó TSH y T4, T3 en el 53,9%, TPO en el 84,6% y anti TSI en el 15,4%. El tiempo medio de aparición desde el inicio de la terapia fue de 3,1 meses (rango: 1 – 7). Según la gravedad, 5 fueron grado I (38,5%) y 8 grado II (61,5%). En 2 pacientes fue necesaria la discontinuación del tratamiento. No se observó ninguna reacción adversa en los tratados con durvalumab, ipilimumab ni con la combinación. Las reacciones adversas grado II fueron tratadas con levotiroxina.

CONCLUSIONES

La incidencia global de alteraciones tiroideas en los pacientes tratados en monoterapia es similar a la descrita en bibliografía, siendo el hipotiroidismo la más frecuente, sin embargo es muy inferior para los tratados con terapia combinada. Sería recomendable la elaboración de un protocolo que permita un mejor seguimiento de estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1204. RUXOLITINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED REFRACTARIA A CORTICOTERAPIA: RESULTADOS TRAS CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA

AUTORES

MARTÍNEZ BENAVIDES J, SANCHO ARTÉS A, IBAÑEZ COLLADO C, ALCALDE RODRIGO M, FORT CASAMARTINA E, FONTANALS MARTÍNEZ S

INSTITUTO CATALAN DE ONCOLOGÍA. AV. GRANVIA DE L'HOSPITALET 199-203. BARCELONA

OBJETIVOS

La enfermedad de injerto contra huésped (EICH) es la principal causa de morbi-mortalidad tras trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (TPH), con manifestaciones clínicas variadas y de difícil manejo si cortico-resistencia. El objetivo es evaluar la efectividad y seguridad de ruxolitinib en el tratamiento de EICH refractario a corticoides.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en dos hospitales terciarios. Se incluyeron pacientes ≥18 años con EICH refractario a corticoides, en los que se había aprobado el uso de ruxolitinib (fuera de ficha técnica) en la subcomisión de medicamentos especiales (enero2016-marzo2021). Los datos se analizaron a fecha 1 mayo 2021.
Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (enfermedad hematológica, fecha y tipo TPH, EICH agudo (EICHa) o crónico (EICHc), localización) y relacionadas con tratamiento (tratamientos previos, fecha inicio y fin ruxolitinib, motivo fin y dosis, cambios en tratamiento concomitante).
Variable principal: tasa de beneficio clínico (TBC), definida como la proporción de pacientes que alcanzan una respuesta completa (RC), parcial (RP) o estabilización de la enfermedad (EE). Variables secundarias: supervivencia global (SG), tasa de reducción/suspensión del tratamiento inmunosupresor (TIS) concomitante y duración de tratamiento (DR), así como la tasa de discontinuación de ruxolitinib por toxicidad.
Análisis estadístico: STATA v14.2. Supervivencia: Kaplan-Meier log-rank test.Tasa beneficio clínico: Chi2-pearson.

RESULTADOS

Se identificaron 27 pacientes, 3 excluidos por no iniciar tratamiento y 1 por error diagnóstico. En los 23 pacientes incluidos la edad media fue 54 años (21-72), 52,2%(12) mujeres. Las patologías de base más frecuentes fueron leucemia linfoide aguda 26,1%(6), linfomas 21,7%(5), leucemia mieloide aguda 17,4%(4) y síndromes mielodisplásicos 17,4%(4). El 47,8%(11) recibió TPH donante no emparentado. El 47,8%(11) fue EICHa (7 grado III-IV) y el 52,2%(12) EICHc (8 grave).La afectación media fue 2 órganos(1-5), principalmente piel (19, 35,8%), mucosa oral (6, 11,3%) e hígado (6, 11,3%). La media de tratamientos previos fue 3 (2-5), sin diferencias entre EICHa y EICHc. La TBC fue 60,9%([intervalo de confianza] IC95% 0,39 – 0,80), con 1(4,3%) RC, 6(26,1%) RP y 7(30,4%) EE como mejor respuesta. La TBC en EICHc fue 83,33%(IC95% 0,55-0,95) y 36,36%(IC95% 0,15-0,64) en EICHa, con diferencias estadísticamente significativas (p=0,03).
La mediana de duración del tratamiento fue 5,8(IC95% 2,6 – NA [no alcanzada]) meses. El 43,48%(10/23) de pacientes fue éxitus, y no se alcanzó la mediana de SG(IC95% 2,6 meses- NA). La mediana de SG según tipo de EICH fue: NA (IC95% 3,77-NA) en EICHc y 3,17 (IC95% 0,4-NA) en EICHa, con diferencias significativas entre ambos subtipos (p=0,03).
El 91,3%(21) de pacientes inició a 5mg/12h y 43,5%(10) consiguió dosis plenas de ruxolitinib (10mg/12h). El 34,9%(8) requirió reducción dosis/interrupción por toxicidad (citopenias, infecciones). La TIS se redujo/suspendió en 60,8%(14) pacientes. En 2 pacientes (8,7%) fue necesario añadir un nuevo TIS.

CONCLUSIONES

Ruxolitinib mostró beneficio clínico en pacientes con EICH pretratada, especialmente en EICHc, permitiendo reducir dosis de TIS en 1 de cada 3 pacientes. Presentó también un perfil aceptable de tolerabilidad, con toxicidades manejables con ajustes de dosis. Sin embargo, la mortalidad asociada fue elevada, por lo que sería necesario investigar más en la fisiopatología del EICH, tratamiento más precoz y/o alternativas terapéuticas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1206. MOTIVO POR EL QUE NO SE ADMINISTRA 1ª, 2ª O 3ª LÍNEA DE TRATAMIENTO A PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO.

AUTORES
MARTÍNEZ TORRÓN A, ÁLVAREZ MANCEÑIDO F, ARIAS MARTÍNEZ A, PIERAS LÓPEZ A, CANO CANO JM, VALCÁRCEL GONZÁLEZ S, RODRÍGUEZ PALOMO A, LOZANO BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA). AV. ROMA, S/N, 33011 OVIEDO, ASTURIAS. ASTURIAS

OBJETIVOS
Describir los motivos por los cuales los pacientes con cáncer gástrico avanzado no recibieron tratamiento sistémico en las diferentes líneas de tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se incluyeron paciente con cáncer gástrico avanzado procedente de un registro ambispectivo, nacional y multicéntrico (34 centros) que fueron tratados o no con regímenes de poliquimioterapia en 1ª, 2ª o 3ª línea de tratamiento.

RESULTADOS
Se registraron 4033 pacientes entre 2014 y 2020. De estos pacientes, 3110 recibieron tratamiento en 1ª línea frente a los 1011 (25,1%) que no recibieron poliquimioterapia. Las principales razones para no administrar tratamiento fueron: 301 (29,7%) pacientes no fueron aptos para recibir quimioterapia por su mal estado general, 218 (21,5%) no fueron susceptibles a poliquimioterapia por una razón no especificada, 78 (7,7%) pacientes solo eran aptos para recibir monoquimioterapia debido a su avanzada edad, 68 (6,7%) presentaron comorbilidades importantes incompatibles con los tratamientos, 68 (6,7%) rechazaron la quimioterapia, 52 (5,1%) solo eran candidatos a recibir monoquimioterapia debido a su mal estado general y 22 (2,1%) debido a sus comorbilidades.
En cuanto a la 2º línea, 1588 pacientes recibieron tratamiento mientras que 1270 (31,5%) no pudieron recibirlo. Las razones para no administrar la terapia de segunda línea después de la progresión de primera línea fueron: 864 (68%) pacientes no optaron a tratamiento por su mal estado general, 39 (3,1%) rechazaron la quimioterapia, 30 (2,4%) presentaron comorbilidades o toxicidad residual de la quimioterapia incompatibles con el tratamiento, 4 (0,3%) no fueron candidatos por presentar edad avanzada y 333 (26,2 %) no recibieron tratamientos por otros motivos.
En la 3ª línea, 218 pacientes si recibieron tratamiento frente a los 475 (11,8%) que no fueron candidatos. Las razones para no administrar la terapia de tercera línea después de la progresión a segunda línea fueron: 365 (79,9%) pacientes no optaron a tratamiento por su mal estado general, 5 (1,1%) rechazaron la tercera línea tratamiento, 5 (1,1%) presentaron comorbilidades incompatibles con el tratamiento, 1 (0,2%) no fueron candidatos por presentar edad avanzada y 81 (17,7 %) no recibieron tratamientos por otros motivos.

CONCLUSIONES
Las principales causas que justifican la no administración de poliquimioterapia en cualquiera de las líneas de tratamiento fue el mal estado general de los pacientes seguido de las comorbilidades y la edad avanzada. En cuanto a la segunda y tercera línea de tratamiento también hay que considerar la negativa de los pacientes a seguir con el mismo. Cabe recordar que la paliación activa supone una parte importante del tratamiento oncológico y en algunos pacientes, el único recomendable.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1220. TOXICIDAD DERMATOLÓGICA ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON ATEZOLIZUMAB

AUTORES
SÁNCHEZ PASCUAL B, SALVADOR LLANA I, TORO CHICO P, PÉREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. CALLE BUDAPEST, 1, 28922. MADRID

OBJETIVOS
Evaluar la aparición de efectos adversos dermatológicos (EAD) en práctica clínica habitual en pacientes tratados con atezolizumab, en relación con la notificación de seguridad emitida recientemente sobre aparición de reacciones adversas cutáneas graves (SCARS).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo que incluyó los pacientes tratados con atezolizumab entre julio 2018 y abril 2021 en un hospital de tercer nivel.
Los datos fueron recogidos del módulo de pacientes ambulantes de Farmacia y la historia clínica electrónica, registrándose: sexo, edad, diagnóstico, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) al inicio, número de ciclos, línea y duración del tratamiento, trastornos dermatológicos previos (asociados o no a tratamiento oncológico), efectos adversos, tipo de EAD, presencia o ausencia de SCARS (entre las que se incluyen: Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica), grado de toxicidad dermatológica (según Common Terminology Criteria for Adverse Events versión 4.0), tiempo hasta aparición del EAD, interconsulta a dermatología (ID), tratamiento del EAD, resolución del EAD, y reanudación del tratamiento. Se elaboró una base de datos en Excel® y se analizaron los resultados con SPSS® versión.17.0.

RESULTADOS
Se analizaron 34 pacientes (76,5% hombres, edad media 69,8 años (Desviación Estándar (DE):8,8)), diagnosticados de cáncer de pulmón no microcítico el 55,9% (19/34) y carcinoma urotelial de vejiga el 44,1% (15/34). El 73,5% presentaba ECOG inicial 0-1. La mediana de línea de tratamiento con atezolizumab fue 2 (Rango intercuartílico (RIQ):2-3) con una media de duración de tratamiento de 3,7 meses (DE:4,2) y una media de ciclos recibidos de 5,4 (DE:6,0).

En el 70,6% (24/34) de pacientes tratados con atezolizumab se observó algún tipo de toxicidad, presentando el 37,4% (9/24) EAD. Los EAD observados fueron: prurito 77,7% (7/9), eczema/eritema 55,6% (5/9), dermatitis bullosa y sequedad 11,1% (1/9) respectivamente, otros 44,4% (4/9). Ninguno presentó SCARS. La mediana de tiempo hasta aparición del EAD fue 2,1 meses (RIQ:1.4-5.4). Solo en el 22,2% (2/9) de pacientes con EAD se solicitó ID y un 55.5% (5/9) precisaron tratamiento farmacológico con corticoides (3 pacientes), antibiótico (1 paciente) y antihistamínicos (1 paciente). En un paciente se interrumpió temporalmente el tratamiento con atezolizumab debido al EAD y en otro se suspendió definitivamente. La toxicidad cutánea fue leve (grados I-II) en todos los pacientes.
El 60% (3/5) de los pacientes que previamente habían presentado toxicidad a un tratamiento oncológico manifestaron algún tipo de EAD con atezolizumab; en el caso de los pacientes sin toxicidad previa el porcentaje de EAD fue del 33,33% (6/18). Distribución Chi cuadrado (χ^2) (p= 0,343). Asimismo, un 50% (5/10) de los pacientes con historial de trastornos dermatológicos (no asociados a tratamiento oncológico) presentaron EAD frente a un 30,8% (4/13) en pacientes sin trastornos previos. χ^2(p= 0,417).

CONCLUSIONES

Todos los EAD fueron leves, sin observarse en ningún caso aparición de SCARS; si bien, la mayoría requirió algún tratamiento farmacológico para su resolución. El riesgo de EAD parece verse incrementado ante trastornos dermatológicos previos; sería de gran interés ampliar la muestra con el fin de confirmar si se mantiene la tendencia observada. Este conocimiento permitiría una mayor individualización del tratamiento en pos de una mayor seguridad para el paciente.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1255. INTERACCIONES FÁRMACO-FÁRMACOS EN EL CONTEXTO DE LA TERAPIA CON ENZALUTAMIDA

AUTORES

VICENTE VALOR J, ESCUDERO VILAPLANA V, COLLADO BORRELL R, GARCÍA SÁNCHEZ S, NARRILLOS MORAZA Á, SOMOZA FERNÁNDEZ B, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DOCTOR ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Cuantificar y describir el número de interacciones fármaco-fármaco en una cohorte de pacientes diagnosticados de cáncer de próstata avanzado tratados enzalutamida en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para cada paciente que inició tratamiento con enzalutamida, se registraron los medicamentos concomitantes y se comprobaron interacciones potenciales utilizando la herramienta Lexicomp®. Se evaluó el riesgo asociado a estas interacciones, su mecanismo, sus consecuencias clínicas potenciales, y la enzima CYP450 responsable. El riesgo se codificó como A: “No se ha descrito interacción”, B: “No es necesario modificar la terapia”, C: “Se recomienda monitorizar la terapia”, D: “Considerar modificación de la terapia”, X: “Evitar la combinación”. El mecanismo se codificó como “Reducción de la absorción del medicamento”, “Inhibición” o “Inducción del metabolismo” de fármacos concomitantes o de enzalutamida e “Interacción farmacodinámica”. El efecto se registró como “Aumenta de toxicidad”, “Disminución de la efectividad” de los fármacos concomitantes o de enzalutamida.

RESULTADOS

Se evaluaron a 87 varones, con edad mediana de 77.7 años, que iniciaban tratamiento en nuestro hospital. La mediana de fármacos concomitantes distintos de enzalutamida fue 7 y el 69.3% de los pacientes tomaba 5 o más fármacos concomitantes.
Las interacciones se encontraron en 80 (92.0%) pacientes. Lexicomp® detectó 247 (37.0 %) interacciones de un total de 667 fármacos concomitantes revisados. La interacción más frecuente se produjo entre enzalutamida y omeprazol, riesgo C (52 episodios [21.0%]). Las interacciones más graves (riesgo X) se produjeron entre enzalutamida-fentanilo y enzalutamida-nifedipino. Otros fármacos concomitantes que presentaron interacciones con frecuencia fueron: prednisona (6.9%, riesgo C) , atorvastatina (7.3%, riesgo D), tramadol (6.1%, riesgo D), simvastatina (5.7%, riesgo D), tamsulosina (5.3%, riesgo C) y amlodipino (4.5%, riesgo D). El mecanismo por el que se produjo dicha interacción potencial fue que la enzalutamida indujo metabolismo de los fármacos concomitantes en la mayoría de los episodios (93.2 %). No se detectaron interacciones farmacodinámicas. La consecuencia clínica predominante (93,5 %) consistió en que la enzalutamida disminuiría la efectividad de la medicación concomitante. La enzima CYP450 mayoritariamente responsable fue el CYP3A4.

CONCLUSIONES

Las interacciones farmacológicas pueden comprometer la seguridad y la efectividad de los tratamientos farmacológicos. En este trabajo hemos detectado que enzalutamida interacciona con una frecuencia relativamente alta (37.0%) con fármacos concomitantes, y se comporta como inductor del metabolismo. Teniendo en cuenta que los pacientes que reciben este tratamiento son pacientes de edad avanzada y polimedicados, la detección de interacciones potenciales podría ayudar en la selección del tratamiento más seguro para estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1282. SECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN DE LA QUIMIOTERAPIA EN LOS ESQUEMAS DE GEMCITABINA CON CISPLATINO Y CARBOPLATINO: INFLUENCIA SOBRE LA NEUTROPENIA

AUTORES

ROSADO ANCÍN M, GARCÍA ALBÁS JJ, ANDRÉS MORALEJO MA, RAMÓN RIGAU N, VALDAZO MARTÍN C, SANTAOLALLA SÁNCHEZ A, ARENALES CÁCERES P, MARTÍNEZ MARTÍNEZ C

HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA. C/ JOSE ATXOTEGI, S/N. ÁLAVA

OBJETIVOS
Evaluar la influencia de la secuencia de administración de gemcitabina con cisplatino y carboplatino sobre el recuento absoluto de neutrófilos(RAN).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional,retrospectivo y unicéntrico,para el que se seleccionaron los pacientes que iniciaron quimioterapia(QT) con gemcitabina y cisplatino o carboplatino entre 2017 y 2020 en un hospital terciario.
Para evaluar la influencia de la secuencia de administración de la QT sobre el RAN, se consideró el hemograma previo al primer ciclo y el previo a la fecha teórica del segundo.Se analizó la tasa de reducción del RAN(TRAN), el retraso(≥3 días) en la administración del segundo ciclo por neutropenia(RNtp), el ingreso hospitalario(≥1 día) por neutropenia(INtp) y el porcentaje de pacientes con neutropenia de grado 3 y 4(NtpG3-4) según los Common Terminology Criteria for Adverse Events.Diversos estudios sugieren que administrar primero gemcitabina reduce el riesgo de neutropenia en el caso de cisplatino y no influye con carboplatino.Hasta marzo de 2019, recibieron primero el platino,grupo 1(G1); y, a partir de esa fecha,se invirtió la secuencia de administración,grupo 2(G2).
El análisis de la variable cuantitativa TRAN se realizó con la prueba t-Student y el de las cualitativas,NtpG3-4,INtp y RNtp,con Chi-cuadrado,utilizando el SPSS®v.25.0.
En el estudio de la TRAN, de los pacientes que recibieron cisplatino, se excluyó a 1 que falleció(G1) y a 6 cuyo RAN aumentó(3 del G1 y 3 del G2); y, de los que recibieron carboplatino, se excluyó a 3 cuyo RAN aumentó(1 del G1 y 2 del G2). Para el análisis del RNtp, se excluyó a los que sufrieron retraso en la QT del día 1/8 o 1/15 del primer ciclo: 4 que recibieron cisplatino(3 del G1 y 1 del G2) y 1 que recibió carboplatino(G1).Además, en la evaluación del RNtp, también se excluyó a los pacientes que no recibieron el segundo ciclo: 13 habían recibido cisplatino(6 del G1 y 7 del G2) y 15, carboplatino(7 del G1 y 8 del G2). Para la evaluación de la NtpG3-4 de los que recibieron cisplatino, se excluyó al del G1 que falleció.

RESULTADOS
Muestra de 147 pacientes: 105 hombres(71,4%) y 42 mujeres(28,6%), con una mediana de edad de 66 años(rango intercuartílico 60-73). 57 pacientes(38,8%) recibieron cisplatino (22 del G1 y 35 del G2) y 90(61,2%), carboplatino(46 del G1 y 44 del G2).
La TRAN media fue, para el cisplatino, del 55,1±18,6%(G1) y del 47,1±19,9%(G2) y, para el carboplatino, del 56,9±22,5%(G1) y del 58,3±58,3%(G2).No hubo INtp en los pacientes que recibieron cisplatino y en los que recibieron carboplatino, fue del 4,3%(G1) y del 9,1%(G2). El RNtp fue del 15,4%(G1) y del 3,7%(G2) para el cisplatino y, del 13,2%(G1) y del 16,7%(G2), para el carboplatino.El porcentaje de pacientes que recibieron cisplatino y tuvieron NtpG3-4 fue 14,3% para G1 y G2 y, de los que recibieron carboplatino, fue 15,2%(G1) y 15,9%(G2).

CONCLUSIONES
Los resultados sugieren una reducción de la TRAN y del RNtp en el G2 de los pacientes que recibieron cisplatino.Sin embargo,estas diferencias no son estadísticamente significativas (p > 0,05),por lo que sería necesario realizar estudios con muestras más grandes y tener en cuenta posibles factores de confusión:género,edad,QT previa,estadío de la enfermedad,dosis…

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1286. EFECTO DEL SUBTIPO DE LAUREN Y LOCALIZACIÓN EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICOPATOLÓGICAS DE 1665 PACIENTES CON ADENOCARCINOMA GASTROESOFÁGICO AVANZADO

AUTORES
ALVAREZ MANCEÑIDO FJ, PIERAS LOPEZ A, ARIAS MARTINEZ A, MARTINEZ TORRON A, PIMENTEL P, SERRANO R, HERNANDEZ R, LOZANO BLAZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVENIDA DE ROMA S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS
En el adenocarcinoma gastroesofágico avanzado (ACGA) la influencia de la localización del tumor primario (estómago, esófago o unión gastroesofágica [UGE]) y del subtipo histológico de Lauren (intestinal, difuso/mixto) en las características del tumor y los pacientes no ha sido esclarecida, por lo que los distintos subtipos se tratan de manera similar.
El objetivo fue evaluar si la localización del tumor y el subtipo histológico de Lauren influyen en las características clínico-patológicas de los pacientes con ACGA.

MATERIALES Y MÉTODOS
Para este análisis se incluyeron pacientes con ACGA candidatos a primera línea de tratamiento sistémico de 34 centros españoles. Las variables basales (tabla) se compararon mediante la prueba de chi2. Los tumores mixtos se agruparon con los difusos.

RESULTADOS
Se incluyeron 1665 pacientes tratados en práctica clínica entre 2009 y 2019. El tumor primario se localizaba en estómago (77,35%), UGE (11,35%) y esófago (11,29%). El adenocarcinoma de esófago y los tumores difusos de estómago y UGE se dieron en pacientes más jóvenes que los intestinales extraesofágicos. El ACGA fue más frecuente en varones especialmente el de esófago.
No hubo diferencias en estado general ni en comorbilidades entre localizaciones ni entre subtipos de Lauren. La sobreexpresión del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) fue más común en tumores de UGE y el grado 3 en cánceres subtipo difuso. La distribución de las metástasis varió según el subtipo de Lauren siendo mayor el número de localizaciones metastásicas y más frecuentes las metástasis viscerales, hepáticas y pulmonares en los tumores

intestinales mientras que las metástasis peritoneales y la ascitis fueron más comunes en los difusos. En relación con las variables analíticas, hubo mayor porcentaje de cánceres con elevación de lactato deshidrogenasa, fosfatasa alcalina y valores más altos de antígeno carcinoembrionario (CEA) en los de subtipo intestinal y mayor porcentaje de pacientes con anemia en el adenocarcinoma de esófago. El esquema de quimioterapia se basó más en oxaliplatino que en cisplatino, especialmente en cánceres de UGE y gástricos intestinales.

CONCLUSIONES

Los pacientes con ACGA presentaron perfiles clinicopatológicos diferenciados según el subtipo de Lauren y la localización lo que podría condicionar tanto su tratamiento como evolución.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1297. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PALBOCICLIB EN SEGUNDA LÍNEA Y SUCESIVAS DE CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO O LOCALMENTE AVANZADO

AUTORES

CASARRUBIOS LÁZARO GI, DEÁN BARAHONA C, MENDOZA ACOSTA I, MARTÍNEZ RUÍZ E, TARDÁGUILA MOLINA P, CODONAL DEMETRIO A, ARCEDIANO DEL AMO A, DE JUAN-GARCÍA TORRES P

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. CALLE DONANTE DE SANGRE, S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de palbociclib en 2ª línea y sucesivas en pacientes con cáncer de mama metastásico o localmente avanzado (CMM/CMLA) con receptores hormonales positivos y factor de crecimiento epidérmico (HER-2) negativo y compararlo con los resultados del ensayo pivotal (EP) Paloma-3.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo dónde se incluyeron todos los pacientes con CMM/CMLA tratados con palbociclib y terapia hormonal combinada en 2ª línea y sucesivas desde febrero 2017 hasta diciembre 2020 en un hospital de segundo nivel. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, estado funcional Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), localización de las metástasis, hormonoterapia asociada, tratamientos previos y efectos adversos (EA).
Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y del programa de prescripción electrónica oncohematológica.
La efectividad se evaluó mediante supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP) calculadas por Kaplan-Meier mediante el programa estadístico SPSS® v.15.0. Los resultados de efectividad obtenidos se compararon con el EP. La toxicidad se evaluó según los criterios Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE).

RESULTADOS

Se incluyeron 32 pacientes, 100% mujeres con una mediana de edad al inicio del tratamiento de 65 años (rango intercuartílico (RIC) 60-74). Todas las pacientes se encontraban en estadio IV. El 34% de las metástasis fueron óseas, 19% viscerales y el 47% presentó ambos tipos. La terapia hormonal combinada fue en el 88% fulvestrant y en el 12% inhibidor de la aromatasa. El 47% de las pacientes había recibido quimioterapia previa y el 100% hormonoterapia. El 69% recibió líneas de tratamiento posteriores a palbociclib.
La mediana de seguimiento fue de 23,6 meses (RIC 9,6-31) y la mediana de duración del tratamiento de 7,1 meses (RIC 3,6-19,6). No se alcanzó la mediana de SG, al finalizar el estudio el 69% de las pacientes continuaban vivas. La mediana de SLP fue de 9 meses (intervalo confianza (IC)95% 1,77-16,22). La SLP obtenida en el EP fue de 11,2 meses (IC95% 9,5-12,9) y la SG de 34,9 meses (IC95% 28,8-40,0) con una mediana de seguimiento de 45 meses.
El 91% presentó algún EA, siendo el 48% de grado 3-4. Los más frecuentes fueron: neutropenia 86%(versus 82% en EP) de grado 3-4 48%(versus 68% en EP); astenia 45%; trombocitopenia 17%; anemia 17%; mucositis 14%. En el 52% se redujo la dosis y en el 7% se suspendió tratamiento.

CONCLUSIONES

Los resultados de SLP son inferiores a los obtenidos en el EP, podría deberse a que gran parte de la población estudiada había recibido quimioterapia previa para su estadio metastásico y que se incluyeron pacientes con ECOG > 1, situaciones no recogidas en el EP. En nuestro caso, no se ha alcanzado la mediana de SG puesto que nuestro periodo de seguimiento es inferior.
La toxicidad hematológica es la más frecuente. La incidencia de neutropenia es similar al EP pero con menor porcentaje de grado 3-4.
En la mayoría de las pacientes es necesaria la reducción de dosis para evitar la toxicidad del tratamiento pero no se ve comprometida su eficacia, en concordancia con la bibliografía publicada.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

31. EFFECTIVENESS OF SECOND-GENERATION DIRECT-ACTING ANTIVIRALS IN THE TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS C VIRUS IN A POPULATION-BASED COHORT

AUTORES

BURGUI ALCAIDE C, JUANBELTZ ZURBANO R, SAN MIGUEL ELCANO R, GOÑI ESARTE S, ZOZAYA URMENETA JM, REPÁRAZ PADROS J, CASTILLA CATALÁN J

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA. CALLE LEYRE Nº15; CP 31003. NAVARRA

OBJETIVOS
Second-generation direct-acting antivirals (DAAs) have shown highly sustained virological response (SVR) for the treatment of chronic hepatitis C virus (HCV) in clinical trials. The objective of this study is to estimate the effectiveness in real live conditions.

MATERIALES Y MÉTODOS
HCV monoinfected and HIV co-infected patients who started interferon-free DAAs based regimens from 2015 to 2020 were included. The primary effectiveness outcome was SVR, defined as an undetectable viral load 12 weeks after the end of treatment. Treatment results were evaluated at the end of March 2021.

RESULTADOS
1366 patients were included (61% men), of whom 263 (19.3%) were HIV co-infected. Median age was 53 years (14-89). HCV 1b genotype was the most prevalent in monoinfected patients (34.2%) and 1a in those HIV co-infected (47.1%). Fibrosis grade was F4 o cirrhotic in 24.7%, with a similar proportion in monoinfected (24.0%) vs co-infected (27.4%). The most frequent DAA treatments were sofosbuvir/ledipasvir +/- ribavirin (RBV): 300 patients (21.9%); ombitasvir/paritaprevir/ritonavir +/- dasabuvir +/- RBV: 294 patients (21.5%); glecaprevir/pibrentasvir: 288 patients (21.1%) and sofosbuvir/velpatasvir +/- RBV: 203 patients (14.9%).
Twenty patients had not viral load analysed yet (14 lost to follow-up and 6 pendent). Seven died before finishing treatment. In per protocol analysis, 1307 of 1339 (97.6%, 95%CI: 96.6%-98.3%) achieved SVR, 97.8% in monoinfected and 96.9% in co-infected patients. Thirty-two patients had virological failure: 24 patients did not respond to DAAs, 5 had no therapeutic compliance and 3 stopped treatment due to adverse events (two gastrointestinal and one dermatological side effects). Twenty-three patients were retreated. The drugs received in the retreatment were sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir in 16 patients; elbasvir/grazoprevir/sofosbuvir in 3; sofosbuvir/velpatasvir in 2; glecaprevir/pibrentasvir and daclatasvir/sofosbuvir one in each. Among retreated patients 18 had SVR (90.0% per protocol analysis), 2 died, 2 had virological failure (one because no therapeutic compliance, and the other who did not respond, was retreated again and achieved SVR) and 1 patient have final result pendent.

CONCLUSIONES
DAAs are as highly effective in real-life conditions as that reported in clinical trials, and most patients with virological failure were successfully retreated. DAAs have achieved SVR in almost all patients with diagnosed HCV active infection in our region.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

75. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL USO DE LOS ANTIMICROBIANOS

AUTORES
ALONSO MORENO M, GUISADO GIL AB, GIL NAVARRO MV, HERRERA HIDALGO L, ALFARO LARA ER
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS
Analizar las intervenciones farmacéuticas realizadas en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el contexto de un programa de optimización de antimicrobianos (PROA) institucional y evaluar el grado de aceptación de las mismas por parte del equipo de UCI.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio prospectivo descriptivo de las intervenciones realizadas por el farmacéutico integrado en un equipo PROA de un hospital de tercer nivel. Se recogieron todas las intervenciones realizadas sobre la prescripción de antimicrobianos en UCI durante el año 2020 (12 meses).
El Servicio de Farmacia diariamente localizaba los pacientes en tratamiento antimicrobiano mediante el módulo de prescripción electrónica ATHOS-Prisma®. Tras la revisión de la evolución clínica del paciente y los datos microbiológicos, las recomendaciones farmacéuticas eran comunicadas por vía telefónica, de manera presencial o por vía telemática al intensivista responsable.
Las variables recogidas fueron: número de pacientes ingresados en UCI, número de pacientes con tratamiento antimicrobiano, número de pacientes sobre los que se emitió alguna recomendación por parte del farmacéutico del equipo PROA, número de intervenciones realizadas, clasificación del antibiótico implicado, tipo de intervención y grado de aceptación.
Los tipos de intervenciones se clasificaron en: suspensión del tratamiento, cambio de antibiótico, inicio de tratamiento antimicrobiano, optimización de dosis (ajuste por obesidad, insuficiencia hepática o renal), modificación de la frecuencia, modificación de la vía de administración, modificación de la forma de administración y monitorización farmacocinética (vancomicina y aminoglucósidos).

RESULTADOS
Durante el 2020 ingresaron 2362 pacientes en la UCI, el 50,51% (n=1193) recibió tratamiento antimicrobiano. En este periodo de tiempo, se realizaron 234 recomendaciones a 201 pacientes ingresados en UCI (16,85%). El grupo ATC de los antimicrobianos sobre los que se intervino fue: J01 antibacterianos para uso sistémico (73,21%), J02 antimicóticos para uso sistémico (22,32%) y J05 antivirales de uso sistémico (4,47%). Dentro del grupo J01, los antibacterianos sobre los que más se intervino fueron: penicilinas (23,17%), cefalosporinas (19,51%), carbapenemas (17,07%) y glucopéptidos (14,63%). Se aceptaron 224 intervenciones (95,72%): 122 intervenciones relacionadas con la monitorización farmacocinética, de las cuales se aceptaron el 100%; 47 intervenciones relacionadas con la dosis, de las que se aceptaron 44 (93,61%); 30 con la

suspensión del tratamiento, de las que se aceptaron 26 (84,62%); 18 con cambio de tratamiento, de las que se aceptaron 16 (88,88%); 6 con la frecuencia, de las que se aceptaron 6 (100%); 5 con la vía de administración, de las que se aceptaron 4 (80%); 5 con el inicio de tratamiento, de las que se aceptaron 5 (100%) y 1 con la forma de administración que se aceptó (100%).

CONCLUSIONES

La mayoría de las intervenciones del farmacéutico del equipo PROA estuvieron relacionadas con la monitorización farmacocinética y la optimización de la dosis por obesidad, insuficiencia hepática o renal. El grado de aceptación de las intervenciones por el equipo de cuidados intensivos fue muy elevado lo que apoya la integración del farmacéutico en un equipo multidisciplinar con el fin de mejorar la seguridad y optimizar la farmacoterapia en los pacientes críticos.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

102. ¿SE ADECÚA LA UTILIZACIÓN DE NUEVAS CEFALOSPORINAS A LAS INDICACIONES AUTORIZADAS, FINANCIADAS Y APROBADAS? ESTUDIO DE UTILIZACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES

PINTADO ALVAREZ A, YUNQUERA ROMERO L, CHINCHILLA ALARCON T, PARADAS PALOMO JD, ASENSI DIEZ R
HOSPITAL REGIONAL UNIV. MALAGA. AVDA. CARLOS HAYA, S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Las resistencias antimicrobianas son uno de los principales problemas de salud pública a nivel global. Entre las diferentes estrategias para paliar este problema está el desarrollo de nuevos antibióticos.
Analizar el porcentaje de adecuación de las prescripciones de los nuevos antibióticos Ceftazidima-Avibactam(C-A), Ceftolozano-Tazobactam(C-T) y Ceftarolina a las indicaciones aprobadas por EMA/AEMPS, financiadas en España y a las recomendaciones aprobadas en la comisión de infecciones (CI) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo en adultos≥18 años que recibieron C-A, C-T y Ceftarolina, entre enero-diciembre de 2020, en un hospital de tercer nivel.
Variables: demográficas(sexo y edad), farmacológicas(antibiótico, uso(empírico o dirigido), indicación), microbiológicas(antibiograma, antibióticos a estudio testados); tratamiento antibiótico previo en pacientes con ceftarolina.
Los datos fueron obtenidos del programa de prescripción e historia clínica electrónicas. Las indicaciones aprobadas se obtuvieron de EMA/AEMPS, las financiadas en España de BIFIMED. Las aprobadas en la CI del hospital de las actas de las reuniones, siendo:
C-A: Gram negativos(G-) productores de carbapenemasas en adultos con opciones terapéuticas limitadas.
C-T: Pseudomonas Aeruginosa(PA) con resistencia por porinas, sin alternativas/toxicidad no asumible.
Ceftarolina: Infección de piel y partes blandas (IPPB) con sospecha/confirmación de Gram+ resistente sin alternativas.
Se realizó estadística descriptiva de las variables del estudio. El análisis de los datos se hizo con programa SSPS20.

RESULTADOS

79 pacientes analizados: 40 tratados con C-A, 19 con C-T, 20 con Ceftarolina.
C-A: 67,5% varones, mediana edad 61 años(22-87). Tratamiento empírico 30%: 83,33% pacientes colonizados por bacterias G- productoras de carbapenemasas, 16,67% infecciones por G- con opciones limitadas. En el 33,33% se desescaló tras resultado del antibiograma. Tratamiento dirigido 70%: 85,71% (N=24) bacterias (G-) productoras de carbapenemasas. 42,86% infección respiratoria, 21,43% infección urinaria, 21,43% bacteriemia, 14,28% otras infecciones por G- con opciones limitadas. Antibiograma en el 92,86% de los pacientes, testándose C-A en el 57,69%.
C-T: 89,47% varones, mediana edad 65 años(18-82). Tratamiento empírico 5,26%, 100% con cultivos previos de PA MR, se desescaló tras antibiograma. Tratamiento dirigido: 94,74% (61,12% PA MR y 38,88% PA con riesgo de MR); 72,22% infección respiratoria, 11,11% intraabdominal, 5,56% tracto urinario complicada y 11,11% otras. Antibiograma en el 100% de los pacientes, en 26,32% testándose C-T.
Ceftarolina:70% varones, mediana edad 55,5 años(23-79). Tratamiento empírico: 30% siendo el 16,67% IPPB, 33,33% Gripe y riesgo de infección por G-MR, y 33,33% neumonía COVID y riesgo de G-MR, 16,67% otras. En 50% de los pacientes tratados empíricamente se desescaló tras antibiograma. Tratamiento dirigido: 70% (84,6% S.aureus MR) 14,28% fueron IPTBc, 48,86% neumonía por MARSA, 36,86% otros. Se realizó el antibiograma en el 92,85% de los pacientes, en ningún se testó ceftarolina. El 84,62% de los pacientes con tratamiento dirigido fueron tratados previamente con linezolid/vancomicina/daptomicina.
Adecuación: indicaciones aprobadas en España: C-A: 100%; C-T:84,21%; Ceftarolina:70%; indicaciones financiadas: C-A: 80%; C-T:100%; Ceftarolina:15%; aprobadas por CI: C-A:72,5%; C-T:57,9%; Ceftarolina:15%.

CONCLUSIONES

Se pone de manifiesto la importancia de los equipos PROA, la necesidad de fomentar estrategias para una mejor utilización de nuevos antibióticos y el muestreo de su sensibilidad para la toma de decisiones y seguimiento de pacientes con infecciones por microorganismos multirresistentes.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

144. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA ELECTRÓNICO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS PRESCRIPCIONES DE ANTIMICROBIANOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES
TRUJILLANO RUIZ A, RIERA PÉREZ E, MESQUIDA RIERA X, ADROVER NICOLAU AA, VILAPLANA MARZ L, GUTIÉRREZ URBÓN O, AMENGUAL GAYA G
HOSPITAL DE MANACOR. CARRETERA MANACOR ALCUDIA, S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS
Optimizar el seguimiento y las intervenciones que realiza diariamente el Programa de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) revisando todas las prescripciones de antimicrobianos de pacientes en urgencias y en unidades de hospitalización de un hospital comarcal.

MEJORAS ESPERADAS
Facilitar el seguimiento de las prescripciones de antimicrobianos así como aumentar el número y la calidad de las intervenciones.

DISEÑO
Desde el PROA se propuso eliminar el registro en papel utilizado para revisar las prescripciones diarias de antimicrobianos. Junto al Servicio de Informática se desarrolló una herramienta digital basada en Microsoft Access® que accede al programa de historia clínica informatizada HP-HCIS® y extrae a tiempo real la información necesaria de los pacientes a revisar. Los datos que se consensuaron para hacer el seguimiento de cada paciente fueron los siguientes: nºhabitación y cama, número de historia clínica, nombre y apellidos, edad, duración del tratamiento, principio activo, dosis, vía, frecuencia y el valor de creatinina de la última analítica (para cálculo del filtrado glomerular). Para facilitar el seguimiento se añadió una columna para realizar anotaciones y un código de colores que indica en verde los inicios de tratamiento y en rojo las duraciones superiores a 7 días. Finalmente, con el objetivo de monitorizar el trabajo realizado, se añadió un desplegable para categorizar las intervenciones realizadas y otro para reflejar si eran aceptadas o no por parte del prescriptor. Las categorías de las intervenciones son: monitorización, duración, posología, dosis, desescalada, indicación, ajuste insuficiencia renal y cultivos.

CIRCUITO Y ETAPAS
1- Propuesta consensuada por el PROA para la creación de la herramienta informática.
2- Revisión de los datos necesarios que la herramienta informática extraerá de la historia clínica del paciente
3- Desarrollo por parte del Servicio de informática de la base de datos basada en Microsoft Access®
4- Implantación y pilotaje de la herramienta por parte de los componentes del PROA.

IMPLANTACIÓN
Durante el mes de marzo de 2020 se inició el desarrollo de la aplicación informática para su posterior pilotaje en junio de 2020. Durante un mes la base de datos coexistió con el registro en papel para verificar que había concordancia de los datos.
Finalmente en julio de 2020 desapareció el registro en papel y la herramienta se implantó definitivamente para su uso en las reuniones del PROA.

RESULTADOS
Desde el momento de la implantación definitiva de la nueva herramienta informática desaparecieron los registros en papel, permitiendo poder ver todas las prescripciones a tiempo real.

LIMITACIONES
No está integrada en el programa de historia clínica informatizada, por lo que las acciones recomendadas por el PROA tienen que transmitirse directamente al prescriptor o anotarse en la historia clínica del paciente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Puede ser de utilidad para implantarse en aquellos PROA que no tengan una herramienta informática para hacer el seguimiento de prescripciones de antimicrobianos.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

151. AMPLIANDO HORIZONTES EN LOS PROA: DESARROLLO DE UN PROGRAMA FORMATIVO MULTIMODAL PARA LA MEJORA DEL USO DE ANTIMICROBIANOS

AUTORES
CARO TELLER JM, MAESTRO DE LA CALLE G, EPALZA IBARRONDO C, ORELLANA MIGUEL MA, SEQUEIRA LOPES DA SILVA JT, HERNANDEZ RAMOS JA, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIV. DOCE DE OCTUBRE. AVDA. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS
Establecer un programa docente sobre terapia antimicrobiana con un enfoque multimodal.
Difundir y fomentar el conocimiento a través de las tecnologías de la información y la comunicación.

MEJORAS ESPERADAS
Optimizar la utilización de la terapia antimicrobiana por parte de facultativos y residentes independientemente de su especialidad.
Redistribuir los recursos disponibles de los equipos PROA hacia la realización de acciones de mejora preventivas en detrimento de actividades correctivas.

DISEÑO
El PROA en nuestro Hospital está compuesto por cinco facultativos de los siguientes Servicios o Unidades: Medicina Interna (Coordinación), Farmacia Hospitalaria (Secretaría), Microbiología, Unidad de Enfermedades Infecciosas de adultos y Pediatría.

CIRCUITO Y ETAPAS
El equipo PROA consensuó el plan formativo y analizó las estrategias disponibles para aumentar su alcance. Se apostó por un enfoque tetradimensional:
1. Difusión de conocimiento en redes sociales. Se eligió Twitter® como plataforma con mayor impacto potencial entre profesionales sanitarios. Se consensuó el perfil editorial de la cuenta, priorizando la publicación de contenido científico desarrollado por el PROA del centro, otros PROA nacionales, o publicaciones de alta evidencia (ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas).
2. Curso online sobre terapia antimicrobiana. Se elaboró el contenido teórico y audiovisual de 10 temas que abordan los principales aspectos clínicos, microbiológicos y farmacoterapéuticos. Se diseñó una encuesta para evaluar la percepción de los profesionales sobre los PROA, a cumplimentar antes y después de finalizar el curso.
3. Actualización del protocolo local. Se contactó con los referentes PROA de todas las especialidades y con clínicos expertos en enfermedades infecciosas del centro para la actualización de los capítulos sobre diagnóstico y tratamiento empírico de las principales infecciones. El PROA actuó como encargado de realizar una triple revisión (por clínico, microbiólogo y farmacéutico) y de su edición.
4. Gamificación. Se desarrolló una plataforma digital de interacción competitiva entre jugadores, cuyo objetivo es alcanzar la máxima puntuación contestando preguntas multiopción sobre aspectos clínicos, microbiológicos y farmacoterapéuticos de los antimicrobianos.

IMPLANTACIÓN
Tras la aprobación por parte de la Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica del centro, el proyecto formativo comenzó a desplegarse en 2021 de forma escalonada:
- En marzo se creó del perfil del equipo PROA en Twitter®.
- En abril comenzó el curso de actualización sobre terapia antimicrobiana orientado a facultativos.
- En mayo iniciamos la experiencia de gamificación orientada a residentes.
- En junio se publicará la nueva edición de la Guía de tratamiento antibiótico empírico.
- En septiembre comenzará la segunda edición del curso de actualización sobre terapia antimicrobiana.

RESULTADOS
- En dos meses, la cuenta de Twitter® obtuvo 336 seguidores, 55.700 impresiones (928/día) y 243 descargas del contenido compartido.
- 123 profesionales están realizando la primera edición del curso y más de 50 se han matriculado para la segunda.
- Se ha elaborado una guía local con 35 síndromes clínicos, con la participación de 30 autores.

LIMITACIONES
Aumento de la carga de trabajo del personal implicado.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Las herramientas utilizadas, salvo la plataforma de gamificación, son de acceso libre y gratuito por lo que el proyecto es fácilmente exportable a otros Servicios de Farmacia con participación en los equipos PROA de sus hospitales.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

160. EVALUACIÓN DEL USO DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM Y AZTREONAM EN INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS

AUTORES
PAU PARRA A, ANGUITA DOMINGO D, VARON GALCERA C, CAMPANY HERRERO D, DOMÉNECH MORAL L, GÓMEZ DOMINGO MR, GONZÁLEZ MORENO P, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL VALL D'HEBRON. Pº VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS
Las metalobetalactamas son carbapenemasas con importante relevancia clínica, ya que hidrolizan todos los antibióticos β-lactámicos, excepto el aztreonam. La combinación de ceftazidima-avibactam y aztreonam ha mostrado actividad in vitro frente a enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC), incluidas metalobetalactamasas tipo VIM (EPC-VIM). El objetivo del estudio es evaluar el uso de esta combinación en infecciones causadas por EPC, describiendo las características y la evolución de los pacientes tratados.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo observacional en pacientes adultos tratados con la combinación de ceftazidima-avibactam y aztreonam durante 2020, en un hospital de tercer nivel. Se recogen variables demográficas, clínicas y del tratamiento antibiótico, así como datos microbiológicos, a partir de la historia clínica electrónica. Las variables continuas se expresan como medianas (rango intercuartílico) y las variables categóricas como casos (porcentaje).

RESULTADOS
Se incluyeron 21 pacientes, 6 (28,6%) mujeres, con una edad de 65 (58-71) años. Siete (33,3%) pacientes presentaban inmunosupresión: 4 (19,0%) trasplantados de órgano sólido y 3 (14,3%) con enfermedad oncológica activa. La estancia hospitalaria fue 50 (34-62) días y 10 (47,6%) ingresaron en UCI, con una estancia de 23 (10-32) días y un APACHE al ingreso de 13 (12-18). Las infecciones tratadas fueron: 5 (23,8%) neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM), 5

(23,8%) infección respiratoria, 2 infección abdominal, 2 bacteriemia, 2 infección de partes blandas, 2 infección de herida quirúrgica y 2 infección del tracto urinario; 6 (28,6%) pacientes presentaron shock séptico como consecuencia de la infección. En 1 paciente se trató una colonización.
Seis pacientes presentaron más de 1 cultivo positivo. Los cultivos fueron: 10 aspirado traqueal, 8 hemocultivo, 5 lavado broncoalveolar (BAL), 3 exudado herida, 2 urocultivo, 2 cultivo de catéter, 1 esputo, 1 colección hepática y 1 biopsia articular. En 1 paciente se objetivó colonización en frotis rectal. Las EPC-VIM causantes de infección en 19 pacientes fueron: 10 (52,6%) pacientes Enterobacter cloacae, 3 Pseudomonas aeruginosa, 3 Citrobacter braaki, 2 Klebsiella oxytoca, 2 Escherichia coli y 1 Citrobacter freundii. En dos pacientes se aislaron dos EPC-VIM. En los 2 pacientes restantes se utilizó en infección por Klebsiella pneumoniae productora de carbapenemasa OXA48, una indicación dudosa dada la existencia de otras alternativas terapéuticas.
La duración del tratamiento combinado fue de 13 (8-17,8) días y 4 (19%) pacientes requirieron ajuste de dosis por insuficiencia renal. Antibióticos más frecuentes recibidos previamente: piperacilina-tazobactam 7 (33,3%) y meropenem 9 (42,9%). Se observó curación clínica en 14 (66,0%) pacientes y curación microbiológica en 13 (61,9%); 4 pacientes no tuvieron cultivos de control. A los 60 días del inicio de la infección, 8 (38,1%) pacientes habían fallecido.

CONCLUSIONES

La infección respiratoria y la NAVM fueron las infecciones más frecuentes, y Enterobacter cloacae la EPC-VIM predominante en nuestro entorno. Casi la mitad de nuestros pacientes ingresan en UCI, lo que puede tener un impacto en la evolución clínica por complicaciones no infecciosas. Las opciones de tratamiento antibiótico en infecciones causadas por EPM-VIM son muy limitadas, ya que son bacterias multirresistentes. La combinación de ceftazidima-avibactam+aztreonam ha mostrado efectividad, por lo que es una alternativa a considerar en estas infecciones.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

168. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN EL PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL A CARGO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

AUTORES

ALMANCHEL RIVADENEYRA A, CABA HERNÁNDEZ C, TENA ALEJANDRE P, DUQUE AGUILAR JJ, BARRIGA RODRIGUEZ P, DOBRITO PALLES A, FERNÁNDEZ LISÓN LC
COMPLEJO HOSPITALARIO CÁCERES. AV. PABLO NARANJO PORRAS, S/N. CÁCERES

OBJETIVOS

Revisar las prescripciones de los pacientes con insuficiencia renal (IR) del Servicio de Cirugía General (CG) para optimizar el tratamiento antimicrobiano, en colaboración con el Servicio de Nefrología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de las prescripciones de los pacientes ingresados a cargo de CG realizadas de 27/03/17 a 27/04/21. Se consensuó incluir todos los pacientes que presentaban una tasa de filtración glomerular (TFG) < 50mL/min/1,73m2 utilizando un listado con la TFG elaborado por el Servicio de Nefrología. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, TFG, antimicrobianos prescritos, intervenciones realizadas y los resultados de las mismas. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica para pacientes ingresados y la historia clínica electrónica.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio iniciaron tratamiento 502 pacientes con TFG < 50mL/min/1,73m2 (61.15% hombres) con una media de edad de 79,97±12,3 años. 276 (54,98%) pacientes presentaron TFG 50-30, 195 (38,84%) TFG 30-10 y 31 (6,17%) TFG < 10.
Se registraron un total de 1037 líneas de tratamiento antimicrobiano, realizándose intervención en 166, de las cuales fueron aceptadas 132 (79,52%), rechazadas 23 (13,85%), se fueron de alta / exitus 9 (5,42%), el tratamiento se suspendió 2 (1,2%).
Se produjo un cambio de dosis en 132 (79,52%), en función de la TFG se aceptaron: 66/132 (50%) en pacientes con TFG 50-30, 61/132 (46,21%) TFG 30-10 y 5/132 (3,78%) TFG < 10.
Los pacientes se fueron de alta / exitus 9 (5,42%), según la TFG: 4/9 (5,42%) en pacientes con TFG 50-30, 7/9 (77,77%) TFG 30-10. Se suspendió 2 (1,2%): 2 (100%) TFG 30-10.
Se rechazaron 23 intervenciones (13,85%) teniendo en cuenta la TFG se rechazaron: 9/23 (39,13%) en pacientes con TFG 50-30, 12/23 (52,17%) TFG 30-10 y 2/23 (8,69%) TFG < 10.
Los antimicrobianos que presentaron más intervenciones fueron Meropenem 67(40,36%), Piperaciclina/Tazobactam 31 (18,67%) y Amoxicilina/Clavulánico 25 (15,06%).

CONCLUSIONES

Se trata de un proceso fácilmente implantable con la colaboración de los farmacéuticos de hospital.
El elevado número de intervenciones aceptadas hace evidente la importancia de realizar este seguimiento, permite optimizar el tratamiento antimicrobiano y reducir el riesgo de toxicidad en los pacientes con insuficiencia renal, garantizando una asistencia de calidad.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

186. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN DE FOSFOMICINA TROMETAMOL EN CENTROS RESIDENCIALES: PRIMERA ACCIÓN DEL PROA SOCIOSANITARIO

AUTORES
CALVO PITA C, ROS BERNAOLA G, URIGÜEN CALZADA M, SOLA MATEOS A, MARTÍNEZ ZAZO ML, HERNÁNDEZ SANZ MJ
SERVICIO DE FARMACIA SOCIOSANITARIO DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA. AVENIDA DE BARAÑÁIN 14, BAJO. NAVARRA

OBJETIVOS
Difundir el Programa de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA) sociosanitario y valorar la eficacia de una intervención orientada a mejorar la prescripción de fosfomicina trometamol en el tratamiento de la infección del tracto urinario (ITU) en cuatro centros residenciales con depósitos de medicamentos dependientes de un servicio de farmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se decide liderar un PROA sociosanitario desde un servicio de farmacia (SFSS) que presta atención farmacéutica a cuatro centros residenciales (un total de 370 plazas).
Para conocer la situación de partida, se realizó un estudio de utilización de antibióticos, de tipo retrospectivo, en una de las residencias de mayores (70 pacientes) dependientes del SFSS, mediante la auditoría de las prescripciones recogidas de las historias clínicas electrónicas entre octubre y diciembre de 2018. Uno de los problemas que se detectó fue que en el 100% de los casos, la prescripción de fosfomicina trometamol se realizaba en pauta de dos dosis de 3g separadas por 24 horas.
Para dar a conocer el PROA y concienciar a los profesionales sobre el uso adecuado de los antibióticos se realizó una intervención multifacética a lo largo de los años 2019 y 2020:
• Difusión a los profesionales de los resultados del estudio de utilización de antibióticos.
• Difusión a los profesionales de la "Guía de Terapéutica antimicrobiana del Área Aljarafe", adoptada como de referencia para el medio sociosanitario en la comunidad autónoma.
• Difusión a los profesionales de los datos de resistencias locales en el medio comunitario, proporcionados por el Servicio de Microbiología.
• Sesiones para explicar la naturaleza, objetivos y acciones del PROA sociosanitario a los profesionales de las residencias.
• Elaboración de un boletín sobre el PROA sociosanitario y las acciones que comprende.
Se decidió abordar en primer lugar el problema detectado, con una intervención dirigida a los profesionales sanitarios de los cuatro centros, a los que se hizo llegar una ficha informativa sobre el empleo de la fosfomicina trometamol en el tratamiento empírico de la ITU no complicada, según las recomendaciones de la Guía de Aljarafe, incidiendo en la importancia de su prescripción como dosis única de 3g.
La ficha de la fosfomicina trometamol se envió el 18 de noviembre de 2020. A partir de esa fecha, se recogió la posología de cada uno de los tratamientos con este antibiótico en el momento de la validación de las prescripciones electrónicas por parte de las farmacéuticas del SFSS.

RESULTADOS
En 5 meses se prescribieron 28 tratamientos con fosfomicina trometamol por 6 médicos diferentes: 19 tratamientos fueron en dosis única y 9 en dosis doble.

CONCLUSIONES
Se ha difundido la problemática de las resistencias bacterianas y la necesidad de trabajar en las acciones incluidas en el PROA a los profesionales sanitarios de los cuatro centros residenciales.
La intervención resultó eficaz para mejorar la prescripción de fosfomicina trometamol. No obstante, este tipo de estrategias suelen perder eficacia con el paso del tiempo y habrá que planificar recordatorios periódicos para consolidar el cambio.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

241. EVALUACIÓN DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA MAYORES DE 50 AÑOS

AUTORES
LAO DOMÍNGUEZ FÁ, GUTIÉRREZ PIZARRAYA A, MORILLO VERDUGO R
HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE VALME. AVDA. ILDEFONSO MARAÑÓN LAVÍN 8 10. SEVILLA

OBJETIVOS
Determinar la carga anticolinérgica y sedante asociada a la medicación en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH+) mayores de 50 años.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes VIH+ mayores de 50 años que acudieron a la consulta de atención farmacéutica durante el periodo 1 febrero-31 marzo 2021. Se recogieron variables demográficas: edad, sexo; farmacoterapéuticas: número de fármacos totales, presencia de polifarmacia (6 o más fármacos) y polifarmacia mayor (11 o más), medicación con actividad anticolinérgica y/o sedante y tratamiento antirretroviral (TAR). La carga anticolinérgica/sedante se evaluó mediante Drug Burden Index (DBI), considerándose como alta si su valor es ≥1. Los datos se obtuvieron a través de historia clínica electrónica (Diraya®). Las variables cuantitativas se describieron mediante medias y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico y las categóricas como porcentaje y frecuencia.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 251 pacientes. La edad mediana fue 59 años (54-61) siendo un 86,06% de los pacientes hombres (n=215). La media de nº de fármacos prescritos fue 7±4; existiendo polifarmacia en el 51% de los pacientes (n=128) y polifarmacia mayor en el 14,74% (n=37). El TAR más frecuente fue bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida (30,68%; n=77) seguido de dolutegravir/lamivudina (24,70%; n=62) y darunavir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamida (14,34%; n=36).
El 45,02% (n=113) de los pacientes presentó alguna medicación con actividad anticolinérgica y/o sedativa. El 20,72% (n=51) de los pacientes tenían DBI alto. Del total de fármacos (n=225), se encontraron 42 fármacos distintos siendo los más frecuentes lorazepam (11,56%; n=26), diazepam (9,78%; n=22) y alprazolam (8,89%; n=20). El valor medio del DBI en el total de pacientes fue 0,58±0,87, mientras que en aquellos con medicación anticolinérgica y sedante el DBI medio fue de 1,29±0,86. El fármaco que presentó un valor de DBI más alto fue lorazepam (0,976).
Según la edad, el DBI medio en los pacientes con 50-59 años fue 0,64±0,94 (66,14%; n=166); en el de 60-69 años 0,51±0,72 (27,09%; n=68); en el de 70-79 años 0,27±0,35 (4,78%; n=12) y en el de más de 80 años 0,61±0,70 (1,99%; n=5). Según el número de fármacos, aquellos con 5 o menos fármacos tuvieron un DBI de 0,18±0,39 (46,61%; n=117); entre 6 y 10 fármacos 0,79±0,88 (38,65%; n=97) y 11 o más fármacos 1,31±1,22 (14,74%; n=37).

CONCLUSIONES

Un número significativo de pacientes mayores de 50 años presentó alta carga anticolinérgica y/o sedante según DBI, siendo mayor en el grupo de 50-59 y 80 o más años. Los fármacos que más influyeron en el DBI fueron benzodiazepinas, principalmente lorazepam.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

245. ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN FRENTE AL VIH EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ IM, GARCÍA LAGUNAR MH, JUEZ SANTAMARÍA C, ASENSI CANTO A, MARTINEZ MARCOS JM, MIRA SIRVENT MC

HOSPITAL SANTA LUCÍA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar el uso de la profilaxis post-exposición (PPE) frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en un hospital de tercer nivel y determinar si se cumplen las recomendaciones de las guías de referencia (GR): GESIDA 2015.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a todos los pacientes que recibieron PPE desde enero-2019 hasta marzo-2021. Se obtuvieron, a través de la historia clínica Selene®, las siguientes variables: edad, sexo, nacionalidad, tiempo desde la exposición hasta el inicio de la PPE, tipo de fármacos antirretrovirales (FAR) recibidos, tipo de exposición, fuente de contacto, tipo de riesgo según GR, serología VIH inicial, seroconversión, reevaluación clínica a las 72h y seguimiento clínico posterior. Se realizó un análisis descriptivo, presentando las variables continuas, como media y desviación estándar y las variables categóricas, como número y frecuencia, ordenadas en orden decreciente.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 60 pacientes (62% mujeres) con una edad media de 32,13±13,85 años, siendo el 71% de nacionalidad española. Tanto los FAR prescritos (tenofovir-disoproxilo/emtricitabina + raltegravir) como la duración del tratamiento (28 días) se ajustó a las GR en todos los pacientes. El tipo de exposición más frecuente fue la agresión sexual (55%), seguido de la relación de riesgo (28,3%), pinchazo accidental (15%) y agresión o mordedura de riesgo (1,6%).
El tratamiento fue iniciado dentro de las 72h post-exposición en el 60%, desconocido en el 30%, e iniciado después de las 72h en el 10% de los pacientes. En el 8,3% de los pacientes se consideró exposición de alto riesgo, en el 46% de medio riesgo, en el 10% de bajo riesgo, mientras que en un 35,7% no se pudo determinar por falta de datos. La fuente de contacto fue desconocida en un 90%, seropositiva en un 6% y seronegativa en un 4%. El 100% de los pacientes presentaron serología inicial negativa para el VIH y en ninguno se desarrolló seroconversión. El 54% de los pacientes fueron reevaluados a las 72 horas, realizándose controles de seguimiento al mes de iniciar PPE en un 12,5%.

CONCLUSIONES

El inicio, pauta y duración de los FAR prescritos se adecuó en la mayoría de los pacientes a las recomendaciones de las GR. Un porcentaje considerable de pacientes recibió PPE a pesar de tener un riesgo bajo-desconocido o haber trascurrido más de 72 horas tras la exposición. En muchos casos, no fue posible establecer si la indicación de la PPE se aplicó adecuadamente debido a una escasez en la información registrada. Por otro lado, se observa una elevada pérdida de seguimiento de los pacientes que comienzan PPE, lo que impide establecer un adecuado control de la adherencia y la tolerabilidad al FAR.
Sería recomendable una mayor coordinación entre los servicios implicados para adecuarse a las recomendaciones de las GR y con atención primaria para llevar a cabo el seguimiento posterior de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

250. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL BEZLOTOXUMAB EN EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECURRENCIAS DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE.

AUTORES
VARA URRUCHUA M, VILA GALLEGO C, REVUELTA AMALLO A, INCLAN CONDE M, DOMÍNGUEZ MENÉNDEZ JA, OÑATE MUZAS E, TAMAYO ORBEGOZO E, AGUIRREZABÁL ARREDONDO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO. AVDA. MONTEVIDEO, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS
Evaluar la efectividad y seguridad del bezlotoxumab en el tratamiento y prevención de recurrencias de la infección por Clostridium difficile (ICD).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se incluyen todos los pacientes tratados con bezlotoxumab de enero 2019 a diciembre 2020.
Se revisaron las historias clínicas y se recogieron variables demográficas (edad y sexo), factores de riesgo para ICD recurrente (edad > 65 años, inmunosupresión, antibioterapia en los tres meses previos, episodio grave Zar score > 2 y antecedentes de episodios de ICD en los 6 meses previos), así como otras variables clínicas y farmacoterapéuticas: número de episodios de ICD previos, tratamiento concomitante de ICD, aparición de recurrencia, fecha y tratamiento de la misma.
El indicador de efectividad que se utilizó fue la presencia de recurrencias. Se definió recurrencia como aparición de un nuevo episodio de ICD en las 8 semanas posteriores a la administración de bezlotoxumab. Asimismo, se evaluó la seguridad mediante la incidencia de efectos adversos.

RESULTADOS
Se incluyeron trece pacientes (n=13), 9 de ellas mujeres. La mediana de edad fue de 82 años.
En cuanto a los factores de riesgo descritos, 92.3 % (12/13) tenían > 65 años, 23.0 % (3 /13) inmunodeprimidas y 92.3% (12/13) habían recibido tratamiento antibiótico previo los últimos 3 meses. El 76.9 % (10/13) presentó criterios de gravedad (Zar Score > 2).
El 61.5 % (8/13) había presentado ICD previa, a tres de ellos se les trató con bezlotoxumab tras la primera recaída y a 5 tras la segunda.
En el 38.5% (5/13) restante, el bezlotoxumab se administró durante el primer episodio de ICD para prevenir futuras recaídas, ya que todos ellos presentaban como mínimo 3 factores de riesgo (> 65 años, antibioterapia durante los 3 meses anteriores, episodio de gravedad Zar Score > 2), ninguno de ellos presentó recurrencia.
En cuanto al tratamiento concomitante de la ICD, 53.8% (7/13) fueron tratados con vancomicina oral, 7.9% (1/13) con vancomicina en combinación con metronidazol y 38.5% (5/13) con fidaxomicina.
El 53.8% (7/13) de los pacientes mantuvieron tratamiento antibiótico concomitante, por infección o sospecha de infecciones activas.
Únicamente 15.4% (2/13) de los pacientes sufrió recurrencias, el tratamiento de las recurrencias fue vancomicina y metronidazol en una paciente y fidaxomicina en otra. Ambas > 65 años, una con una colitits ulcerosa complicada y otra con un proceso oncológico activo en tratamiento con inmunoterapia. Fueron tratadas con bezlotoxumab tras la primera y segunda recaída respectivamente.
Ninguno de nuestros pacientes falleció por ICD. Además, no se registró ningún efecto adverso (EA) relacionado con la toma de bezlotoxumab. La mediana de seguimiento fue de 17 meses.

CONCLUSIONES
En esta cohorte de pacientes el uso de bezlotoxumab para el tratamiento y prevención de recurrencias por ICD fue seguro y efectivo.
Los datos obtenidos sugieren una efectividad comparable a la obtenida en el ensayo clínico pivotal (16,5% recurrencia ICD) pero, a diferencia del ensayo no se ha registrado ningún EA durante el tratamiento o posterior seguimiento. No obstante, estos datos deben interpretarse con cautela, debido al pequeño tamaño de la muestra.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

259. EFICACIA, SEGURIDAD Y RENTABILIDAD ECONÓMICA DEL TRATAMIENTO CON DALBAVANCINA DE LAS INFECCIONES CAUSADAS POR MICROORGANISMOS GRAM POSITIVOS

AUTORES
HERRERA HIDALGO L, SALMERON NAVAS FJ, LOPEZ CORTES LE, DE ALARCÓN GONZALEZ A, LUQUE MARQUEZ R, GUISADO GIL AB, GIL NAVARRO MV
HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO. C/ MANUEL SIUROT SN. SEVILLA

OBJETIVOS
Analizar la eficacia y seguridad del tratamiento con dalbavancina y los costes indirectos evitados atribuibles a la hospitalización de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo de la eficacia, la seguridad y del ahorro en costes indirectos derivado del tratamiento con dalbavancina (2016-2020). De los pacientes tratados con dalbavancina se recogieron los siguientes datos: diagnóstico, agente etiológico, servicio de ingreso, días de tratamiento con dalbavancina, motivo del tratamiento con dalbavancina, régimen posológico y numero de dosis administradas, aparición de recaídas (nueva infección en los 6 meses posteriores

a finalizar el tratamiento con criterios de curación) o fallo del tratamiento (progresión clínico-radiológica de la infección durante el tratamiento o inmediatamente después de suspenderlo) y efectos adversos. Las fuentes de información fueron la historia clínica electrónica, y los programas de prescripción, dispensación y gestión (Athos™ Prisma y Athos™ Stock). Se calcularon los costes de hospitalización en función del gasto global de la unidad de ingreso y las estancias hospitalarias evitadas de cada unidad del año 2019. Los costes asociados al tratamiento con Dalbavancina se obtuvieron de la base de datos sobre costes sanitarios eSalud y del programa de gestión de medicación (Athos™ Stock).

RESULTADOS

Se incluyeron 58 pacientes tratados con dalbavancina como tratamiento de continuación, en su mayoría como tratamiento ambulatorio (56 casos; 96.6%). Los diagnósticos fueron: endocarditis e infecciones de dispositivos de eletroestimulación cardiaca (43.1%), osteomelitis (10.3%), infección sobre material protésico osteoarticular (8.6%), infección de herida quirúrgica (10.3%), bacteriemia (13.8%) y otros (13.8%). Se identificó el agente etiológico en 50 casos (86,2%): Staphylococcus epidermidis (36.2%), Staphylococcus aureus (22.4%), Enterococcus faecalis (12.1%) y otros (15.5%); en 8 no se pudo establecer la etiología. Los regímenes empleados fueron: a) dosis única de 1500 mg (27.6%), b) 1500mg/14días (31%) con una mediana de duración de 28 días, c) dosis de carga de 1500mg y dosis de mantenimiento de 1000mg/14días (19%) con una mediana de duración de 42 días, d) dosis de carga de 1000mg y dosis de mantenimiento de 500mg/7días (13.8%) con una mediana de duración de 21 días y e) otro régimen (8.6%). Se produjeron 8 recaídas (13.8%) y 3 fracasos de tratamiento (5.2%). Presentaron efectos adversos atribuibles al tratamiento con dalbavancina 6 casos (10.3%): 3 reacciones infusionales, 1 alteraciones visuales, 1 infección del tracto urinario y 1 trombocitopenia. Sólo dos de ellos conllevaron la suspensión del tratamiento. La mediana del coste del tratamiento completo fue de 2.755 euros y la mediana del coste por semana de tratamiento fue de 801 euros. Se evitaron un total de 1.922 estancias hospitalarias. La mediana de estancias evitadas fue de 28 estancias/paciente, cuyo coste mediano fue de 28.308 euros/paciente. El ahorro global obtenido fue de 1.821.041 euros en el periodo de estudio.

CONCLUSIONES

Dalbavancina se considera una alternativa segura y eficaz para el tratamiento ambulatorio de las infecciones causadas por microorganismos gram positivos. A pesar del mayor coste directo respecto a sus alternativas terapéuticas, su uso supone un ahorro sustancial en costes indirectos.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

283. TRASTORNOS DEL SUEÑO ASOCIADOS AL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

AUTORES

GRAMAGE CARO T, VÉLEZ DÍAZ-PALLARÉS M, MONTERO LLORENTE B, ALFARO IÑIGO Y, CALVO GALÁN S, SÁNCHEZ DE PABLO RODRÍGUEZ E, SÁNCHEZ-IZQUIERDO YARNOZ S, ÁLVAREZ DÍAZ A

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CTRA. COLMENAR KM 9,100. MADRID

OBJETIVOS

Principal: analizar la influencia de bictegravir y dolutegravir en la calidad del sueño en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Secundarios: identificar los componentes del sueño afectados por dichos fármacos, identificar las variables que afectan a la calidad del sueño.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal, realizado entre el 17/12/2020 y el 16/01/2021, en el que se incluyeron consecutivamente pacientes VIH+ a los que se dispensó medicación en la Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel.

Pacientes excluidos: inicios de tratamiento, aquellos que no aceptaron cumplimentar la encuesta y los tratados con efavirenz (efecto sobre la calidad del sueño ya conocido).

Se realizaron dos cuestionarios validados de manera presencial o telefónica: calidad del sueño de Pittsburgh-PSQI y adherencia-Morisky Green (MG). Variables registradas: del paciente (demográficas, situación laboral, necesidad de soporte psicológico y consumo de drogas), del tratamiento (tratamiento antirretroviral (TAR), año de inicio, tratamiento para insomnio), resultados de los tests PSQI y MG, y adherencia por registro de dispensaciones (se consideró adherente si lo fue por ambos métodos).

Los pacientes se clasificaron en 2 grupos (estudio/control) en función de si incluían o no bictegravir o dolutegravir en su TAR. Se consideró que el tratamiento no afectaba a la calidad del sueño si presentó una puntuación < 5 (duerme bien) en el test PSQI (> 5 duerme mal).

Se analizó la influencia de las variables recogidas sobre el resultado del test PSQI mediante el test de chi cuadrado/OR para variables categóricas, y t de student para variables continuas.

RESULTADOS

Se realizaron 119 entrevistas: 95(79,8%) varones, 87(73,1%) presenciales. Mediana de edad 50,1 años(36,4-56,5); 82(68,9%) de nacionalidad española y 29(24,4%) de Centro-Sudamérica.

TAR: 43(36,1%) bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida, 16(13,4%) emtricitabina/tenofovir alafenamida/rilpivirina, 12(10,1%) dolutegravir/lamivudina, 12(10,1%) darunavir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamida y 36(30,3%) otros. Tiempo en tratamiento: 36(30,3%) entre 1-5 años, 27(22,7%) entre 6-10 años, 22(18,4%) entre 11-20 años y 34(28,6%) entre 21-41 años. Ochenta y siete pacientes (73,1%) no tomaban ninguna medicación para conciliar el sueño, 14(11,8%) lo hacía puntualmente y 18(15,1%) de manera continua.

Se obtuvo la puntuación global de PSQI de 103 pacientes: 65% se clasificaron como “duerme mal”, 64% en el grupo estudio y 67% en el grupo control (p=0,788).
No se encontraron diferencias en la influencia de los grupos sobre los componentes del sueño: C1-calidad subjetiva (p=0,815), C2-latencia (p=0,955), C3-duración (p=0,937), C4-eficiencia del sueño habitual (p=0,221), C5-perturbaciones (p=0,809). C6-uso de medicación hipnótica (p=0,374) y C7-disfunción diurna (p=0,111).
Influencia de las variables sobre el PSQI: edad (p=0,106), sexo (p=0,118), nacionalidad (p=0,225), nivel de estudios (p=0,536), situación laboral (p=0,607), soporte psicológico (p=0,158), consumo de drogas (p=0,620), tipo de TAR (p=0,587), tiempo con TAR (p=0,789), tratamiento para el insomnio (p=0,020*) y adherencia al TAR (p=0,613).

CONCLUSIONES

Los pacientes en tratamiento con bictegravir o dolutegravir no presentan peor calidad del sueño que los pacientes con otros TAR.
Bictegravir o dolutegravir no influyen sobre ningún componente de la calidad del sueño.
El tratamiento con medicación para el insomnio es la única variable identificada que influye en la calidad del sueño.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

314. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE LA METÓDICA AFINF DE EVALUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES HOSPITALARIAS DE ANTIMICROBIANOS

AUTORES
GUTIÉRREZ URBÓN JM
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. AVDA AS XUBIAS. A CORUÑA

OBJETIVOS

Una de las prioridades de los Programas de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA) es medir la calidad del uso de los antibióticos para identificar acciones de mejora y valorar su impacto. Sin embargo, la evaluación de la calidad del uso de antibióticos no está estandarizada y además está expuesta a un grado considerable de subjetividad. El objetivo de este proyecto fue diseñar y validar una sistemática de evaluación de las prescripciones hospitalarias de antimicrobianos basada en un consenso de expertos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se reclutaron 10 farmacéuticos expertos en PROA del Grupo de Trabajo de Atención Farmacéutica al Paciente con Enfermedad Infecciosa (AFinf). Tras la revisión de la literatura se diseñó por consenso, siguiendo metodología Delphi, una sistemática de evaluación transversal que incluyó las dimensiones del uso de los antimicrobianos y un algoritmo de calificación global de la prescripción basado en las calificaciones de cada dimensión. Esta sistemática fue validada con su aplicación en 5 casos clínicos ficticios en una ronda de evaluación individual para comprobar concordancia entre los expertos.

RESULTADOS

La sistemática de evaluación incluyó 8 dimensiones: Indicación de antibiótico (IA), elección del agente (EA), dosis y frecuencia de administración (DF), vía de administración (VA), momento de administración de la primera dosis (M1D), monitorización de eficacia y seguridad (MES), duración del tratamiento (DT) y registro en la historia clínica (RHC). Cada una de las dimensiones podían ser calificadas como óptima/adecuada, mejorable, inadecuada o dudosa, excepto la duración del tratamiento (óptima, excesiva, corta o dudosa) y el registro en la historia clínica (completo o insuficiente).
La prescripción global se consideró óptima si se calificó como óptima/adecuada en todas las dimensiones; mejorable si se consideró óptima/adecuada o mejorable en todas las dimensiones (en duración óptima o excesiva y en registro en historia completo o insuficiente); inadecuada si se calificó así en alguna dimensión (en duración corta). Si una prescripción contuvo 2 o menos calificaciones dudosas no alteró la valoración de óptima, mejorable o inadecuada excepto si coincidieron de forma simultánea como dudosas la indicación de antibioterapia y elección del agente, en cuyo caso se consideró no valorable; 3 o más dudosas se calificó como no valorable excepto si contuvo alguna calificación inadecuada, en cuyo caso se consideró inadecuada.
La evaluación de los casos clínicos por parte de los expertos obtuvo los siguientes datos de concordancia simple: IA: 84%, EA: 72%, DF: 72%, VA: 90%, M1D: 78%, MES 46%, DT: 74%, RHC: 70%. Calificación global de la prescripción: 76%.

CONCLUSIONES

Un grupo de expertos farmacéuticos ha diseñado por consenso una metódica de evaluación de las prescripciones hospitalarias de antimicrobianos que ha sido validada con su aplicación en casos clínicos con un notable grado de concordancia en los resultados de la evaluación.
Esta metódica establece una estandarización del proceso de evaluación de prescripciones de antimicrobianos que minimiza la variabilidad inter-observador y permitirá la normalización y comparación de estudios del uso hospitalario de antimicrobianos.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

319. BEZLOTOXUMAB EN LA INFECCIÓN RECURRENTE POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE.

AUTORES
MARTÍNEZ OREA G, DEVESA GARCIA C, CANDELA FAJARDO A, BONILLA PEÑARRUBIA R, CANO CUENCA N, ARROYO DOMINGO E
HOSPITAL VEGA BAJA. CARRETERA DE ALMORADÍ. ALICANTE

OBJETIVOS
El bezlotoxumab (BZL) es un anticuerpo monoclonal contra la toxina B del Clostridium difficile (CD), financiado en pacientes oncohematológicos, transplantados y en aquellos con una edad ≥ 65 años que además presenten algún criterio de infección recurrente. En los ensayos pivotales MODIFY I-II, el tratamiento con BZL redujo la recurrencia de infección por Clostridium difficile un 40%.
El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad del BZL en la práctica clínica habitual de un hospital comarcal.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional y retrospectivo, entre diciembre de 2019 y marzo de 2021. Se incluyeron a todos los pacientes con una ICD que recibieron tratamiento antibiótico en monoterapia con vancomicina o fidaxomicina oral (grupo 1), y a los que recibieron BZL con antibiótico (grupo 2).
Las variables recogidas fueron: sexo, edad, resultado del antígeno y de la toxina B para CD, y factores de riesgo de infección recurrente según los estudios MODIFY I-II (edad ≥ 65 años, una infección por CD en 6 meses previos, inmunodeprimidos y episodio grave según Zar score ≥2 puntos) y tratamiento antibiótico.
La efectividad se definió como la ausencia de recurrencia en un período de 12 semanas posteriores al tratamiento y la seguridad como la ausencia de efectos adversos relacionados con la infusión del BZL (náuseas, fatiga, fiebre, mareo, cefalea, disnea o hipertensión), durante 24 horas tras la administración.
Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante Microsoft Excel®, empleando medidas de centralización, de dispersión y de frecuencia.

RESULTADOS
Se incluyeron a 40 pacientes; 35 pacientes en el grupo 1 y 5 pacientes en el grupo 2.
La mediana de edad del grupo 1 fue de 79 años (rango 29-90), de los cuales el 42,86% eran mujeres. Todos tuvieron un resultado positivo para el antígeno de CD mientras que 19 (54,29%) tenían la toxina B positiva; 33 (94,29%) cumplieron algún criterio de recurrencia y 22 (62,85%) presentaban criterios de gravedad. Fueron tratados con vancomicina (n=27) o fidaxomicina (n=8).
Respecto al grupo 2, la mediana de edad fue de 88 años (rango 53-89), siendo el 80% mujeres. Todos portaban tanto el antígeno como la toxina B y cumplían algún criterio de recurrencia. A 4 de los pacientes se clasificó el episodio como grave. Se trataron con BZL+vancomicina (n=4) o BZL+fidaxomicina (n=1).
Tras 12 semanas de seguimiento, 6 (17,14%) pacientes del grupo 1 tuvieron alguna recurrencia y 10 pacientes fallecieron, siendo 3 sucesos relacionados con el episodio. Por otro lado, 5 pacientes del grupo 2 resolvieron la situación clínica inicial, 2 pacientes fallecieron antes de acabar el seguimiento por causas no relacionadas con el episodio y 3 pacientes no tuvieron ninguna recurrencia en las 12 semanas posteriores. No encontramos ningún efecto adverso relacionado con la infusión del BZL.

CONCLUSIONES
La administración del BZL ha mostrado ser efectiva y bien tolerada en pacientes en riesgo de infección por CD recurrente. No se han observado recaídas en el grupo del BZL. No obstante, debido al reducido tamaño muestral es importante realizar más estudios para confirmar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

359. BITERAPIA ANTIRRETROVIRAL: SIMPLIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES CON EL VIH INDETECTABLE

AUTORES
PÉREZ DOMÍNGUEZ N, LÓPEZ SUÁREZ D, FERNÁNDEZ PÉREZ A, GAYOSO RODRÍGUEZ MA
HOSPITAL VALLE DE NALÓN. POLÍGONO DE RIAÑO S/N 33920. ASTURIAS

OBJETIVOS
Determinar la eficacia y seguridad de la biterapia antirretroviral con Dolutegravir/Lamivudina(DTG/3TC) o Dolutegravir/Rilpivirina(DTG/RPV) en el mantenimiento de pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana positivo(VIH+) con carga viral(CV) indetectable y pretratados con tres o más fármacos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de 16 meses de seguimiento(enero 2020-mayo 2021) en el que se incluyeron todos los pacientes VIH+ cuyo tratamiento antirretroviral(TAR) fue modificado a una terapia dual(DTG/3TC ó DTG/RPV).
Se analizaron las variables sexo, edad, motivo del cambio farmacológico, TAR previo y posterior al switch, media de linfocitos CD4 y ratio CD4/CD8 (inicial y después de tres, seis y doce meses tras el cambio al igual que los efectos secundarios). Los pacientes seleccionados habían de cumplir que su carga viral fuera indetectable(< 20 copias/ml) durante al menos los seis meses anteriores y con una adherencia al tratamiento ≥ 95%, calculada en base al control de dispensaciones y la entrevista con el paciente.

RESULTADOS
Se incluyeron 31 pacientes (71% varones) con edad media 47,2±11,7 años. El motivo principal para instaurar una biterapia fue la simplificación en el número de comprimidos diarios (90,3%), efectos secundarios y comorbilidades asociadas al tratamiento prolongado con este tipo de fármacos (6,5%) y contraindicación entre algún componente del TAR y el inicio de la terapia frente al virus de la hepatitis C (3,2%).
El TAR inicial fue en el 42% de los casos una combinación entre 2 inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleósido

(ITIAN) +1 inhibidor de integrasa (INI); 36%: 2 ITIAN +1 inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (ITINN); 16%: 2 ITIAN + Inhibidor de proteasa (IP); 3%: 1 ITIAN +1 ITIN + 1 INI y otro 3%: 1 ITIN +1 INI +1 IP. Todos los pacientes mantenían CV indetectable y un ±99,6% de adherencia. La media de CD4:705±310 cel/mL y la ratio CD4/CD8: 0,89±0,4.
Tras la prescripción de biterapia, el 58% de los pacientes recibió DTG/RPV y el 42% DTG/3TC. Después de tres meses, de los pacientes evaluados el 51,6% permaneció con CV indetectable, CD4: 638±203 cel/mL y ratio CD4/CD8: 0,89±0,39.
A los 6 meses de seguimiento, se evaluó el 70% de la cohorte, detectándose tres casos con CV positiva (14,2%) que finalmente se consideraron "blips". La media de CD4 subió a 701,2±229 cel/mL y la ratio CD4/CD8 se calculó en 0,86±0,32. Finalmente, a los 12 meses sólo se registraron datos de 4 pacientes donde la CV se mantenía indetectable, CD4:645,7±232,6 cel/mL y ratio CD4/CD8: 0,98±0,13. En relación a la adherencia, se estimó en 99,93%.
No se registró ningún efecto adverso durante el tiempo de análisis pero sí cuatro interacciones debidas a la administración concomitante de rilpivirina e inhibidores de la bomba de protones.

CONCLUSIONES

La biterapia antirretroviral no constituye, al menos en el corto plazo, un fracaso virológico lo que junto a un buen perfil de seguridad, supone una estrategia efectiva para el control de la enfermedad.
Si bien el estudio reclutó a pacientes muy seleccionados, la simplificación del tratamiento es una posible opción en aquellos pacientes en los que hayan fracasado TAR previos.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

387. FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN POR CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE

AUTORES

RUIZ PUIG E, DE TEMPLE PLA M, ESTEBAN GONZALEZ C, SANCHEZ DORREGO L, GALOFRÉ MESTRE L, PONS LLOBET N, MONTOLIU ALCON P, GONZÁLEZ VALDIVIESO J
HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. CARRER VILADOMAT, 288. BARCELONA

OBJETIVOS

Identificar los factores de riesgo y su mortalidad atribuible en pacientes hospitalizados con infección por Clostridioides difficile (ICD).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel durante un año (octubre 2019-octubre 2020). Se incluyeron todos los pacientes con prueba de detección de Clostridioides difficile (CD) (antígeno y toxina) realizada durante ese periodo (con resultado positivo y negativo).
Se analizaron las siguientes variables: sexo; edad; comorbilidades (hipertensión, dislipemias, diabetes mellitus y obesidad); farmacoterapia prescrita (inhibidores de la bomba de protones (IBP); antagonistas del receptor H2, inmunosupresores y antibióticos sistémicos); ingresos hospitalarios previos (menos de 1 mes) a la prueba de detección de CD; exitus al mes de detección de la ICD.
Se estimó la medida de asociación entre los factores de riesgo, ICD, y mortalidad al mes de detección de ICD a partir de la razón de odds (OR) así como el cálculo de su intervalo de confianza del 95% (IC95%). El valor de significación estadística fue para un valor $P < 0,05$ a partir del cálculo de χ^2 de Pearson. Se llevó a cabo un análisis univariante y multivariante mediante el programa SPSS® v20.

RESULTADOS

Se seleccionaron 126 pacientes, de las cuales el 62,7% eran mujeres, con una mediana de edad de 82 años (rango intercuartil=69-88). El 43,7% con resultado positivo en la prueba de detección de ICD. El 30,2% con ingreso hospitalario previo. El 67,5% con prescripción de IBP y el 72,2% con prescripción de antibiótico sistémico. Un 22,2% fueron exitus al mes de detección de la ICD.
La mortalidad al mes de detección de ICD mostró una correlación estadísticamente significativa con tener ICD (OR=2,97; IC95%: 1,24-7,11); así como con tener ingresos previos a la detección de CD (OR=3,76; IC95%: 1,57-9,05).
Se identificaron como factores de riesgo de ICD mediante el análisis univariante: sexo (mujer) (OR=2,19; IC95%: 1,03-4,66), ingreso hospitalario previo (OR=3,72; IC95%: 1,67-8,29), pacientes en tratamiento con IBP (OR=4,19; IC95%: 1,79-9,85) y pacientes en tratamiento con carbapenems (OR=3,02; IC95%: 1,06-8,67). El análisis multivariante mostró correlación entre ICD y sexo (mujer) (OR=3,41; IC95%: 1,40-8,34), pacientes con ingreso previo (OR=3,18; IC95%: 1,33-7,60), y pacientes en tratamiento con IBP (OR=3,70; IC95%: 1,47-9,29).

CONCLUSIONES

En la población analizada las pacientes con ingresos previos mostraron un mayor riesgo de tener ICD. A su vez, tener ICD está correlacionado con un aumento en la mortalidad en dicho grupo de pacientes. La restricción de la prescripción de IBP, así como probablemente de antibióticos de amplio espectro (carbapenems), sería recomendada para la reducción del riesgo de ICD.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

397. RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES DE HEPATITIS C TRATADOS CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

AUTORES

LAO DOMÍNGUEZ FÁ, GUTIÉRREZ PIZARRAYA A, MORILLO VERDUGO R
HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE VALME. AVDA. ILDEFONSO MARAÑÓN LAVÍN 8 10. SEVILLA

OBJETIVOS
Determinar la relación entre la calidad de vida reportada por los pacientes y la variación de la complejidad farmacoterapéutica en pacientes infectados con el virus de la hepatitis C (VHC) que inician un tratamiento con antivirales de acción directa (AAD).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo y unicéntrico en el que se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento para VHC con AAD y acudieron a consulta de farmacia durante el periodo enero-diciembre 2020. Los criterios de exclusión fueron: pérdida de seguimiento, pacientes menores de 18 años y pacientes incluidos en ensayos clínicos durante el periodo de análisis. Se recogieron variables demográficas: edad, sexo; clínicas: calidad de vida referida por el paciente (PRQoL), respuesta viral sostenida y grado de fibrosis hepática; farmacoterapéuticas: complejidad farmacoterapéutica (Medical Regimen Complexity Index, MRCI), número de fármacos domiciliarios previo y tras finalizar tratamiento con AAD y presencia de polifarmacia (6 o más fármacos); y de atención farmacéutica (nivel de estratificación conforme al modelo CMO). La PRQoL se determinó mediante la herramienta EuroQoL-5D. Se consideró pacientes con alta complejidad farmacoterapéutica aquellos con MRCI > 11,25. Se comparó una variable combinada (PRQoL < 50 y MRCI > 11,25) antes y después de la instauración del tratamiento con AAD (X2 de Pearson). Las variables cuantitativas se describieron mediante medias y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico y las categóricas como frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 27 pacientes. La edad mediana fue 57 años (49-62) siendo el 60% hombres (n=18). Los AAD empleados fueron glecaprevir/pibrentasvir (51,9%; n=14) y sofosbuvir/velpatasvir (48,1%; n=13). Según su estratificación, el 92,6% de los pacientes (n=25) fueron nivel 3 y el 7,4% (n=2) nivel 2. El grado de fibrosis hepática fue F0 en el 22,2% (n=6) de los pacientes, F1 en el 25,9% (n=7); F2 en el 18,5%; F3 en ningún paciente y F4 en el 33,3% (n=9).
La media de nº de fármacos domiciliarios antes de comenzar el tratamiento fue 3±3; existiendo polifarmacia en el 26,7% de los pacientes (n=8). Tras finalizar el tratamiento con los AAD, aunque la media fue similar (3±3) la polifarmacia se redujo a un 16,7% (n=5). La complejidad farmacoterapéutica previa al comenzar el tratamiento fue de 6,9±6,8 (pacientes con alta complejidad: 25,9%; n=7) disminuyendo a 6,2±6,1 (p=0,81) tras finalizar el tratamiento (pacientes con alta complejidad: 18,5%; n=5). La calidad de vida percibida media al comenzar el tratamiento fue de 71,7±24,7 (pacientes con PRQoL < 50: 25,9%; n=7), mientras que al finalizar mejoró significativamente hasta 82,9±19,2 (p < 0,05) (pacientes con PRQoL < 50: 14,8%; n=4)). No se observaron diferencias en la frecuencia de la variable combinada tras el inicio del tratamiento.

CONCLUSIONES
La calidad de vida percibida por el paciente mejoró tras el tratamiento con AAD de manera significativa, mientras que la complejidad farmacoterapéutica disminuyó, aunque no significativamente. No se observaron diferencias en la frecuencia de la variable combinada PRQoL < 50 y MRCI > 11,25 tras el tratamiento con AAD.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

410. DISPENSACIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS

AUTORES
CUELLAR MONREAL MJ, TARAZONA CASANY MV, GARCÍA ROBLES A, FERNÁNDEZ SÁNCHEZ M, MONTE BOQUET E, ALBIACH SÁNCHEZ C, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS
Evaluar en qué medida afecta un programa de dispensación domiciliaria (DD) a la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) y la situación clínica de pacientes con infección por VIH, en un contexto de situación de pandemia por COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se incluyen pacientes con infección por VIH con TAR dispensado desde la Unidad de atención Farmacéutica a Pacientes externos (UFPE) de un hospital de tercer nivel, que solicitan DD, siempre con contacto previo con el farmacéutico antes de cada envío.
Se registran las siguientes variables: edad, sexo, adherencia al TAR (según registro de dispensaciones de la UFPE), carga viral y linfocitos CD4+ (a partir de la historia clínica electrónica), correspondientes a los periodos desde abril 2019 hasta marzo 2020 (periodo pre-DD) y desde abril 2020 hasta marzo 2021 (periodo post-DD). Se considera carga viral indetectable si es inferior a 20 copias/ml, nivel inmunológico controlado cuando el recuento de CD4 es superior a 250 cels/µl y adherencia adecuada si es superior al 90 %. El análisis estadístico se realiza con el programa G-Stat.

RESULTADOS
Se incluyen 370 pacientes adultos (29,9% de los pacientes con infección por VIH atendidos en la UFPE). El 65,1 % de ellos son varones. La edad media es de 49,6 años (DE: 12,2) (el 56,0 % son mayores de 50 años).
Durante el periodo post-DD se han realizado 1.539 envíos a estos pacientes (equivalente a número de visitas), con una media de 4,2 dispensaciones por paciente (DE: 0,83).
Tanto en el periodo pre-DD como en el post-DD los pacientes mantienen una adherencia media adecuada, 95,7 % (DE: 13,0) y 93,8 % (DE: 12,4), respectivamente. Aunque existen diferencias estadísticamente significativas (t-student, p-valor 0,0076).
Previamente a la DD, el 78,9 % de los pacientes (n=292) presentaba una carga viral indetectable, con un aumento significativo de esta proporción hasta un 93,5 % (n=346) durante el periodo de dispensación domiciliaria, (prueba chi-cuadrado, p-valor < 0,0001).

El 92,4% (n=342) de los pacientes mantenía un nivel inmunológico controlado en el periodo pre-DD, pasando al 94,9 % (n=351) en el periodo post-DD, diferencia estadísticamente significativa (prueba chi-cuadrado, p-valor < 0,0001).

CONCLUSIONES

Se constata que los pacientes mantienen una correcta adherencia con un programa de dispensación domiciliaria con contacto farmacéutico previo durante el periodo de alerta sanitaria por COVID-19. Aunque existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la adherencia media en los dos periodos, en ambos casos se mantiene superior al 90 % y se puede deber a diferentes factores no controlados durante el estudio.
Asimismo se observa una mejora en la situación clínica de los pacientes, tanto en niveles de carga viral como de linfocitos CD4. Si bien esta mejoría no puede relacionarse directamente con el programa de DD parece claro que dicho programa no tiene un efecto negativo sobre la situación clínica de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

416. EXPERIENCIA DE USO DE BEZLOTOXUMAB EN ENFERMEDAD POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

AUTORES

TUDELA TOMÁS J, CORRALES PAZ M, RODRÍGUEZ MORETA C, GANFORNINA ANDRADES A, PLA PASÁN R, JIMENEZ DE-JUAN MC

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. AVENIDA ANA DE VIYA 21. CÁDIZ

OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de bezlotoxumab en pacientes tratados por Clostridium difficile (C.difficile) en un hospital de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Bezlotoxumab es un anticuerpo monoclonal que actúa uniéndose con alta afinidad a la toxina B de C.difficile, evitando su acción sobre las células intestinales. Se trata del primer fármaco autorizado para prevenir las recidivas en pacientes adultos infectados con esta bacteria. Además, tiene resolución de financiación para pacientes inmunodeprimidos por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).
Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a los pacientes tratados con bezlotoxumab en un hospital de referencia desde enero de 2019 hasta diciembre de 2020. Se revisaron los registros de preparaciones de mezclas intravenosas realizadas en ese periodo, así como las historias clínicas digitales de los pacientes. Las variables del estudio fueron: sexo, edad, trasplante renal previo, tratamiento posterior con fidaxomicina, resolución de la infección y efectos adversos (EA). El criterio clínico utilizado para evaluar la eficacia de bezlotoxumab fue la proporción de pacientes con infección recurrente (definido como un nuevo episodio de infección por C.difficile tras la resolución de la enfermedad de partida) durante las 12 semanas posteriores a la administración del fármaco.

RESULTADOS

El número total de pacientes tratados con bezlotoxumab fue de 20 (edad media: 68±18 años; sexo: 65% mujeres).
De esos 20, el 75% (n=15) de los pacientes experimentaron recurrencias antes de transcurrir 12 semanas de la administración de bezlotoxumab, siendo el 60% (n=9) pacientes inmunodeprimidos por trasplante renal previo.
El 66,6% de los pacientes con recidivas (n=10) requirieron, además, la administración de fidaxomicina para combatir la infección. De estos, el 80% (n=8) eran trasplantados renales.
Del total de pacientes, el 45% (n=9) no resolvieron la infección a pesar de ser tratados con fidaxomicina, siendo el 66,6% (n=6) de ellos pacientes con trasplante renal previo.
El 10% de los pacientes (n=2) presentaron EA tras la administración de bezlotoxumab, consistiendo en fiebre y fatiga.

CONCLUSIONES

Las elevadas cifras de casos con recidivas en los pacientes de nuestro estudio así como la necesidad de tratamiento posterior con fidaxomicina, parecieron cuestionar la efectividad de bezlotoxumab para evitar las recidivas en pacientes infectados por C.difficile. Además, los resultados obtenidos fueron peores en pacientes con trasplante renal previo. El bajo porcentaje de EA parece considerar a bezlotoxumab como un fármaco seguro.
Son necesarios más estudios con una muestra más amplia para poder asegurar la efectividad y seguridad de bezlotoxumab.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

417. OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

AUTORES

SALOM GARRIGUES C, CAMPABDAL PRATS C, BEJARANO ROMERO F, MARCO BAS N, CONDE GINER S, MARCOS FENDIAN Á, CASTILLO PALOMARES L, CANADELL VILARRASA L

DAP CAMP DE TARRAGONA - HOSPITAL JOAN XXIII. DOCTOR MALLAFRÉ GUASCH 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Evaluar en nuestro territorio el grado de adecuación del tratamiento empírico de la neumonía comunitaria en el paciente no pediátrico a las recomendaciones actuales: (1) adolescente y adulto (15-75 años), sin comorbilidad, amoxicilina 1g/8h, 5 días; (2) anciano (> 75 años), amoxicilina/ácido clavulánico 875/125mg/8h, 5 días; o (3) alérgico a penicilina (≥15 años), levofloxacino 500mg/24h, 5 días.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes no pediátricos con tratamiento antibiótico para un primer episodio de neumonía, en 20 centros de atención primaria entre 2015 y 2019.
Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), antibiótico prescrito, posología y duración. Se compararon los tratamientos con las recomendaciones y se analizó su evolución durante el periodo de estudio.

RESULTADOS

Se incluyeron 1.813 pacientes de 59 (15-72) años, 932 (51,4%) mujeres.
En los pacientes adolescentes y adultos (80,7%), la prescripción por grupos de antibióticos fue: 42,4% quinolona, 37,3% penicilina, 13,7% macrólido, 2,5% cefalosporina y 4,1% biterapia. Elección recomendada: 16,9% amoxicilina y 38,6% levofloxacino (92,9% no constaba alergia), significando un 19,7% de adecuación. La posología de amoxicilina fue en 76% de prescripciones la recomendada y en 24% menor; para levofloxacino 93,5% recomendada, 6,1% mayor y 0,4% menor. La duración de amoxicilina fue en 5,8% la recomendada, 90,8% mayor y 3,4% menor; para levofloxacino 5,6% recomendada, 92,4% mayor y 2% menor. Entre 2015 y 2019, disminuyó la prescripción de macrólidos (4,3%) y quinolonas (0,8%), y aumentó la de cefalosporinas (1,2%) y penicilinas (3,2%). Para las penicilinas, aumentó la amoxicilina (5%) y disminuyó la amoxicilina/ácido clavulánico (1,8%). También aumentó durante el periodo de estudio la adecuación a las recomendaciones, tanto de las posologías (8,2%) como de las duraciones (5,4%).
En los pacientes ancianos (19,3%), la prescripción por grupos de antibióticos fue: 50,9% quinolona, 32% penicilina, 8% cefalosporina, 6,9% macrólido y 1,7% biterapia. Elección recomendada: 24,3% amoxicilina/ácido clavulánico y 47,1% levofloxacino (89,1% no constaba alergia), significando un 29,4% de adecuación. La posología de amoxicilina/ácido clavulánico fue en 54,1% de prescripciones la recomendada, en 44,7% menor y en 1,2% mayor; para levofloxacino 93,4% recomendada, 6% mayor y 0,6% menor. La duración de amoxicilina/ácido clavulánico fue en 15,2% la recomendada, 82,6% mayor y 2,2% menor; para levofloxacino 3,8% recomendada, 93,6% mayor y 2,6% menor. Entre 2015 y 2019, disminuyó la prescripción de macrólidos (7,7%) y quinolonas (21,5%), y aumentó la de cefalosporinas (7,2%) y penicilinas (23,6%). Para las penicilinas, aumentó la amoxicilina/ácido clavulánico (23,9%) y disminuyó la amoxicilina (0,3%). También aumentó durante el periodo de estudio la adecuación a las recomendaciones, tanto de las posologías (11,8%) como de las duraciones (1,39%).

CONCLUSIONES

La adecuación de la elección del antibiótico a las recomendaciones es baja: un quinto en adolescentes y adultos, y un tercio en ancianos. Para las elecciones adecuadas, la adecuación de las posologías es alta o muy alta, mientras que las duraciones recomendadas de pauta corta son minoritarias.
Aunque la adecuación de las prescripciones (elección, posología y duración) ha mejorado durante el periodo de estudio, su optimización requiere el mantenimiento de la difusión de las recomendaciones y asesorías interrumpidas por la pandemia COVID-19.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

470. PREDISPOSICIÓN AL CAMBIO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL ACTUAL A UNA FORMULACIÓN INYECTABLE DE ACCIÓN PROLONGADA

AUTORES

FERNÁNDEZ FRAGA F, RODRÍGUEZ VARGAS B, MATILLA GARCÍA E, ONTENIENTE GONZÁLEZ A, RODRÍGUEZ ÁLVAREZ SJ, MONEREO ALONSO A, SÁNCHEZ AMADOR R, SÁNCHEZ-RUBIO FERRÁNDEZ J
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM. 12’5. MADRID

OBJETIVOS

La formulación de medicamentos antiretrovirales como nanosuspensiones permite diseñar estrategias de tratamiento de larga duración en la infección del VIH. Recientemente, la combinación de cabotegravir y rilpivirina administrada bimensualmente vía intramuscular, ha demostrado mantener la supresión virológica con buena tolerancia.
Esta estrategia supone un cambio de paradigma del tratamiento y nuevos retos logísticos. Existe poca información de las expectativas de las personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral (PVVIH).
El objetivo principal es determinar el porcentaje de PVVIH predispuestos a cambiar a una formulación inyectable de acción prolongada(TAP).
Como objetivos secundarios, determinar los factores relacionados con la disponibilidad al cambio y explorar los aspectos positivos y las preocupaciones identificadas por los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, multicéntrico, prospectivo y transversal. Duración del estudio: tres meses.
Se incluyeron PVVIH adultos con seguimiento en la consulta de Atención Farmacéutica o en la de Medicina Interna de dos hospitales de tercer nivel. Se excluyeron aquellos sin capacidad de lectura en español y los que no otorgaron su consentimiento informado por escrito.
Se diseñó un cuestionario que se aplicó en la consulta de Atención Farmacéutica o Medicina Interna. Se preguntó sobre el conocimiento previo de la estrategia de tratamiento, predisposición al cambio, nivel de estudios, ventajas y preocupaciones identificadas.
De la historia clínica electrónica se recogieron datos clínicos y sociodemográficos: edad, sexo, vía de transmisión, adherencia al tratamiento (medida como tasa de posesión de la medicación en los 6 meses previos), carga viral de la última analítica (CV), tratamiento antirretroviral (TAR) actual, tiempo desde el inicio del TAR, tiempo desde el diagnóstico del VIH y estatus naïve. La asociación entre variables cualitativas se analizó mediante prueba chi2 de Pearson y para cuantitativas se utilizaron la T de Student o la U de Mann-Whittney, en función del resultado del test de normalidad.

Se consideró estadísticamente significativo un p-valor inferior al 5%.
El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación Clínica.

RESULTADOS

Se incluyeron 66 pacientes (79% hombres) con una media de edad de 46 años (IQR 39-56). El 94% de los encuestados mostró predisposición al cambio a una TAP y el 36% tenían conocimiento previo de esta estrategia. Los pacientes de mayor edad (diferencia de medias=6,2años IC95% 2,6-13,7;p=0,026), mayor tiempo de TAR (diferencia de medias=7,5años IC95% 1,8-13,3;p=0,011) y mayor tiempo desde el diagnóstico (diferencia de medias=6,4años IC95% 0,1-12,9;p=0,049) fueron más proclives al cambio.
La reducción en la frecuencia de administración fue el aspecto positivo más valorado(94%) seguido de evitar la toma durante viajes, un mejor ajuste al estilo de vida y garantizar dos meses ininterrumpidos de eficacia del tratamiento (91%). Por otro lado, experimentar una reacción alérgica fue la preocupación más común (58%), seguida de la falta de efectividad de la TAP (50%) y la aparición de resistencias (48%).

CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de pacientes mostraron predisposición a una TAP. Los grupos de pacientes de mayor edad, mayor tiempo de TAR y desde el diagnóstico, son más proclives al cambio. El aspecto más valorado fue la reducción en la frecuencia de administración y la mayor preocupación fue experimentar una reacción alérgica.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

472. ¿SON APLICABLES EN NUESTRA UNIDAD LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS CLÍNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS INMUNODEPRIMIDOS?

AUTORES

DOMINGUEZ GUERRA M, GOMEZ MARQUEZ AM, SASTRE MORAL JL, CASADO VAZQUEZ L, LOIS ALVAREZ V, LÓPEZ DOLDAN C, GONZÁLEZ PEREIRA ME, FERNANDEZ GONZÁLEZ MP
CHUO. CALLE RAMON PUGA NOGUEROL, 54. OURENSE

OBJETIVOS

Analizar el resultado de los cultivos dirigidos realizados a los pacientes ingresados en una unidad de hematología clínica. Valorar la idoneidad de las recomendaciones de las guía clínicas empleadas para el tratamiento de las infecciones en este grupo de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con edad igual o mayor a 18 años, hospitalizados en nuestra unidad de Hematología Clínica entre noviembre de 2016 y el diciembre de 2019, que había sido diagnosticados de neoplasia maligna hematológica y tenían, al menos, un cultivo microbiológico positivo para bacterias. Las variables analizadas fueron: datos demográficos de los pacientes (sexo, edad), tiempo de estancia en la unidad, índice de comorbilidad de Charlson, neoplasia hematológica de base, factores de riesgo para el desarrollo de infección por microorganismos multirresistentes (MR) y resultado de cultivos dirigidos.
Los microorganismos multirresistentes se clasificaron siguiendo los criterios de Magiorakos en MDR (“multidrug-resistant), XDR (“extensively drug-resistant”) o PDR (“pandrug-resistant”).

RESULTADOS

Durante el tiempo de estudio se incluyeron 216 pacientes (137 hombres/79 mujeres), con una edad media en el momento del ingreso de 68 años(rango 18-95). La mediana del tiempo de estancia en la unidad de hospitalización fue de 21días (rango intercuartílico:32-13.5 días). El valor medio para el Índice de Comorbilidad de Charlson fue de 5.2±1.7 puntos. El Mieloma Múltiple (51/216) y el Linfoma de célula grande B (39/216) fueron las neoplasias hematológicas más frecuentemente detectadas.
Estar en tratamiento con quimioterapia activa, tiempo de hospitalización > 2 días en los 90 días previos y presencia de neutropenia (moderada o grave), constituyeron los principales factores de riesgo detectados para el desarrollo de infección por MR.
Se obtuvieron 258 cultivos dirigidos positivos en el total de pacientes del estudio (45.6% bacterias gram-positivas y 54.4% gram-negativas). Los cultivos positivos para Escherichia coli(22.9%),Staphylococcus epidermidis(18.6%),Klebsiella pneumonie (12.8%),Staphylococcus aureus (8.5%),Pseudomona aeruginosa (8.1%), Enterococcus faecium(7.8%),Enterococcus faecalis(5%) resultaron ser los mayoritarios.
En 89 de los 216 (41.2%) pacientes incluidos se detectaron un total de 103 MR, siendo de tipo MDR en el 51.1% de los casos, XDR en el 47.6% y PDR en el 1.0%. E. coli productor de β-lactamasas supuso el 16.5%(17/103) de los patógenos multirresistentes, seguido de: SAMR 10.7%(11/103), Klebsiella spp. productora de β-lactamasas de espectro extendido 7.8%(8/103), P. aeruginosa resistente a cefalosporinas 3ª generación y/o carbapenems 7.8%(8/103) y otras bacterias gram-negativas productoras de carbapenemasas de tipo OXA-48 4.9%(5/103). El porcentaje restante estaba constituido por otras bacterias gram-negativas y gram-positivas consideradas MR.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos son acordes a lo referenciado en la literatura, sin que exista una marcada disparidad entre el número de gram-negativos y gram-positivos.
Aunque la incidencia de infección por bacterias multirresistentes es notable, el hallazgo de patógenos de tipo PDR, para los que no disponemos de alternativas terapéuticas, es prácticamente anecdótico.
En consecuencia, podemos afirmar que las recomendaciones de las guías empleadas en nuestra unidad, para el tratamiento antibiótico, son adecuadas. Teniendo en cuenta que la selección de la terapia antimicrobiana deberá ser siempre individualizada, valorando cada caso en particular.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

515. EVALUACIÓN DE LAS PREFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH

AUTORES
MOLINA CASABÁN C, HERMENEGILDO CAUDEVILLA M, FERRER RIQUELME AJ, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVENIDA GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar las preferencias de los pacientes VIH respecto a las características del tratamiento antirretroviral (TAR) mediante un modelo de elección discreta o discrete choice experiment (DCE).

MATERIALES Y MÉTODOS

DCE es un método cuantitativo tipo encuesta en el que los pacientes eligen entre pares de opciones hipotéticas de tratamiento, definidas por distintas características o niveles para unas mismas variables o atributos. Los atributos y niveles selccionados fueron: eficacia (incremento de 25 vs 100 CD4+/mm3 en 3 meses), tipo de efectos adversos (EA) potenciales a corto-medio plazo (neurológico, gastrointestinal o de apariencia física), probabilidad de EA a largo plazo (poco probable < 10% o bastante probable > 20%), modo y frecuencia de administración (intramuscular-IM- bimestral, IM mensual, oral diaria u oral dos veces al día) e interacción con otros medicamentos (sin interacciones o interacciones moderadas-graves). El DCE constaba de once pares de elecciones, más un par duplicado para determinar la fiabilidad del cuestionario (re-test).
Variables analizadas: edad, sexo, años desde el inicio del TAR, posología actual, estado laboral, nivel de estudios y adherencia al tratamiento (escala Morisky-Green). El grado de dificultad para responder al cuestionario se analizó mediante una escala visual (1: extremadamente fácil – 10: extremadamente difícil).
El cuestionario se diseñó mediante el algoritmo de Fedorov modificado. Los resultados de preferencias se presentan como coeficientes de un modelo mixed-logit. Se realizó un análisis por subgrupos según adherencia y años desde el inicio del TAR (< 5 o ≥5 años). Análisis estadístico: Stata (v14.2).

RESULTADOS

Se ofreció participar en el estudio a 200 pacientes. De los 181(90,5%) pacientes que aceptaron, 42 fueron rechazados (29 por fallar el re-test y 13 por omisión de alguna de las respuestas), resultando 139 (76,8%) encuestas válidas. La dificultad media de cumplimentación fue de 4,2/10 puntos (DE=±2,2).
La edad media fue 45,6 años (DE=±11,8), 83,1% hombres, duración media de TAR 8,7 años (DE=±7,3), posología más común (81,6%) un comprimido cada 24h, 74,0% activos laboralmente, 58,7% con estudios universitarios y 61,3% adherentes.
Los pacientes prefirieron tratamientos con menos EA a largo plazo (-1,14; $p < 0,001$) menos interacciones (-0,38 $p < 0,001$), y más efectividad (0,22; $p < 0,01$), por ese orden, y mostraron mayor rechazo hacia EA que causaran cambios en la apariencia física, frente a aquellos de tipo gastrointestinal (0,99 $p < 0,001$) o neurológico (1,43 $p < 0,001$).
Respecto al modo y frecuencia de administración del TAR, los pacientes priorizaron la posología oral cada 24h frente a la administración IM mensual (-0.28 $p < 0,05$), sin encontrar diferencias entre la pauta oral diaria y la administración IM bimestral (0,26 $p=0,09$).
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ningún atributo cuando se analizó el modelo según adherencia y duración del TAR.

CONCLUSIONES

Los pacientes VIH muestran preferencia por los tratamientos antirretrovirales más seguros (menor riesgo de efectos adversos a largo plazo, menos interacciones y menor afectación de la apariencia física) y más efectivos. No mostraron mayor preferencia por la administración IM (mensual o bimestral) frente a la administración oral diaria. Estas preferencias parecen ser independientes de la adherencia y el tiempo desde el inicio de la TAR.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

524. ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LA HIPERFILTRACIÓN GLOMERULAR EN LA EFECTIVIDAD DE LINEZOLID

AUTORES
SÁNCHEZ SANZ B, CARO TELLER JM, GONZALEZ BARRIOS I, RODRIGUEZ QUESADA P, HERNANDEZ RAMOS A, CASTRO FRONTIÑAN A, FERRARI PIQUERO JM
12 DE OCTUBRE. AVENIDA DE CÓRDOBA S/N. MADRID

OBJETIVOS

Analizar el impacto de la filtración glomerular aumentada en la efectividad del linezolid.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico en el que se incluyeron pacientes tratados con linezolid en un hospital de clase 5 durante el período comprendido entre 2014-2019. Se compararon dos grupos: pacientes con aclaramiento renal de creatinina (Clcr) aumentado/hiperfiltradores (> 130 mL/min/1,73m2 (hombres) y > 120 mL/min/1,73m2 (mujeres)) frente a pacientes con aclaramiento normal (60-90 mL/min/1,73m2) según la fórmula CKD-EPI. Se incluyeron pacientes en plantas de hospitalización con sospecha o confirmación de infección activa por microorganismos grampositivos. Se excluyeron todos los pacientes en unidades de cuidados críticos o con fibrosis quística.
Los datos se recogieron de la historia clínica electrónica. Las variables demográficas fueron sexo y edad, y las variables clínicas duración del tratamiento, foco de la infección, aislamientos microbiológicos, antibióticos concomitantes y utilización de la antibioterapia previa en las últimas 72h.

La variable principal de valoración fue la curación clínica, definida como "resolución de los signos y síntomas de infección presentes al inicio del tratamiento". Se consideró "fracaso terapéutico" la necesidad de escalado o cambio de antibiótico ante la persistencia de síntomas y signos de la infección en los primeros cinco días de tratamiento.
Como variables secundarias se estudiaron la respuesta clínica temprana (resolución de signos y síntomas en las primeras 72h tras inicio con linezolid) y las visitas al servicio de urgencias en los 3 meses siguientes al alta hospitalaria en los pacientes que habían alcanzado la curación clínica.
Se empleó estadística descriptiva mediante el software SPSS. Se utilizaron la prueba t-student para variables independientes y la prueba exacta de Fisher. Como nivel de significación P < 0,05.

RESULTADOS

Se estudiaron 80 pacientes (40 hiperfiltradores (60% hombres) Y 40 con Clcr normal (67,5% hombres) (P=0,492)). Con una mediana de edad de 45 (21-76) años y 59 (27-80) años, respectivamente (P=0,001). La duración del tratamiento fue de 7 (3-28) días y de 7 (3-25) días. Como focos de infección 27,5% piel y partes blandas (PPB) (11), 25% bacteriemias (10), 16% respiratorio (16) y 7,5% intraabdominal (3) en los hiperfiltradores frente a 52,5% PPB (21), 17,5% bacteriemias (7), 17,5% respiratorio (7) y 12,5% otros (5) en el otro grupo. Se obtuvieron aislamientos en el 32,5% (13) de hiperfiltradores frente al 37,5% (15). En el grupo con Clcr aumentado el 95% (38) recibió antibioterapia concomitante y el 50% (20) en las 72h previas frente al 70% (28) y 37,5% (15) en el grupo con Clcr normal.
En cuanto a la efectividad del tratamiento se obtuvo un 85% (34) y 90% (36) de curación clínica (P=0,737) en los pacientes hiperfiltradores y normales, respectivamente; un 75% (30) y un 90% (36) de respuesta clínica temprana (P=0,139); y un 20,6% (7) y 22,2% (8) de reingresos (P=1,000).

CONCLUSIONES

En nuestra población, no se encuentra asociación entre la hiperfiltración y la efectividad del linezolid. Será necesario estudiar una población mayor a fin de determinar si esa condición es relevante en la instauración de una respuesta clínica temprana.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

527. MEJORÍA DE LA FUNCIÓN RENAL Y OSEA TRAS LA SUSTITUCIÓN DE TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO A TENOFOVIR ALAFENAMIDA EN PACIENTES VIH

AUTORES

ROS OLASO A, BERISTAIN ARAMENDI I, BOO RODRIGUEZ J, GONZALEZ FERNANDEZ T, LANDA ALBERDI J, VELEZ DE MENDIZABAL ARREGUI A, BACHILLER CACHO MP, GAYAN LERA MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. Pº DR. BEGUIRISTAIN, 109. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

Tenofovir Alafenamida (TAF) es un profármaco de Tenofovir Disoproxil Fumarato (TDF) cuya principal ventaja es mejorar el perfil de seguridad a nivel renal y óseo. Objetivo: analizar el motivo y la evolución de la sustitución de TDF a TAF en pacientes VIH en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico realizado entre enero 2019 y diciembre 2020. Se incluyeron todos los pacientes con VIH en tratamiento con TAF mínimo durante un año y que previamente estuvieron con TDF.
Las variables analizadas fueron: edad, sexo y motivo del cambio: toxicidad renal (valor del filtrado glomerular (FG), estimado a través de la fórmula MDRD, ≤60 mL/min o un valor de cociente proteína/creatinina > 200 g/mg) u ósea (valor del índice T del cuello lumbar y cabeza de fémur ≤-2,5, determinados por densitometría).
Para analizar la evolución, se determinó el cambio del FG o el cociente proteína/creatinina a los 3, 6 y 12 meses (12m) respecto al valor basal y el cambio del valor del índice T del cuello lumbar y cabeza de fémur a los 3, 6, y 12 m respecto al basal.
Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS

Se analizaron 33 pacientes, el 57,6% (n=19) mujeres. La mediana de edad fue de 57 años (43-89).
El motivo de cambio a TAF: 78,8% (n=26) toxicidad renal (el 73,1% (n=19) por alteración del FG y el 26,9% (n=7) por alteración del cociente proteína/creatinina) y el 21,2% (n=7) toxicidad ósea.
La media basal del FG fue 52,9 mL/min, mientras que los valores medios a los 3, 6 y 12 m fueron 56,7 mL/min, 57,5 mL/min y 61,9 mL/min. En el 68,75% (n=11) mejoró el valor del FG, obteniendo en todos un valor > 60ml/min al final del seguimiento. Por falta de registro analítico, no se pudo analizar la evolución de 3 pacientes a los 12 m.
La media basal del cociente proteína/creatinina fue 424 g/mg, mientras que los valores medios a los 3, 6 y 12 m fueron 276,4 mg/g, 186,4 mg/g y 153,6 mg/g. En el 57,1% (n=4) mejoró el valor del cociente, obteniendo en todos un valor < 200 mg/g al final del seguimiento. Por falta de registro analítico, no se pudo analizar la evolución de 2 pacientes a los 12 meses.
En 1 paciente no hubo cambios en el valor del índice T del cuello lumbar y cabeza de fémur a los 12 m respecto al valor basal (-2,9 y -3,1 vs. -3 y -3,1) y en los demás, no se pudo valorar por falta de densitometrías de seguimiento.

CONCLUSIONES

El motivo más prevalente del cambio de TDF a TAF fue la toxicidad renal.
En base a los resultados obtenidos, la sustitución de TDF a TAF parece estabilizar en más de la mitad de los pacientes los parámetros analíticos renales observados a largo plazo. Se recomienda la realización de analíticas periódicas y densitometrías anuales para un correcto seguimiento y valoración de los beneficios reales del cambio.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

568. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA PROFILAXIS PREEXPOSICION AL VIH

AUTORES
ROCHINA ASTORGA A, GUTIÉRREZ PALOMO S, POMARES BERNABEU M, MATOSES CHIRIVELLA C, GARCÍA MONSALVE A, NAVARRO RUÍZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CAMI DE L'ALMAZARA 11. ALICANTE

OBJETIVOS
Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con emtricitabina/tenofovir para la profilaxis preexposición al VIH, así como la adherencia terapéutica de los pacientes, en un hospital general universitario de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo realizado en pacientes en seguimiento por la Unidad de Enfermedades Infecciosas que cumplen criterios para iniciar profilaxis preexposición al VIH con emtricitabina/tenofovir. Los datos se obtuvieron a partir del módulo de dispensación a pacientes externos y de la revisión de la historia clínica electrónica. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, infecciones de transmisión sexual (ITS) previas y posteriores al inicio de la profilaxis, resultados de serologías de control, función renal (creatinina sérica) previa y posterior al inicio del fármaco, duración del tratamiento y número de dosis dispensadas. La efectividad se evaluó según los resultados de las serologías de control. La seguridad se evaluó a través de las reacciones adversas que presentaron los pacientes durante el periodo de estudio y la evolución de la función renal. La adherencia al tratamiento se expresó como tasa de posesión de medicación (MPR), calculada a partir del registro de dispensaciones.

RESULTADOS
Se incluyeron 41 pacientes varones, con una media de edad de 36, 2 ± 8,4 años. El 52,5% de los pacientes habían padecido ITS previas, siendo las más comunes las infecciones por Neisseria gonorroeae y Treponema pallidum en el 61,9 y 57,1% de los pacientes. La duración media del tratamiento fue de 9 ± 5meses. Durante el periodo de estudio diez pacientes (25%) finalizaron la profilaxis con el fármaco: cuatro de ellos por decisión propia, cinco por pérdida de seguimiento y uno por efectos gastrointestinales secundarios. En cuanto a la efectividad, la totalidad de los pacientes se mantuvieron con serologías negativas para el VIH 1-2 durante la toma del tratamiento. El 30% de los pacientes contrajeron una ITS posterior al inicio del tratamiento con el fármaco, siendo las más frecuentes: infecciones por Neisseria gonorroeae (58,3%), virus del papiloma humano y Clamydia Trachomatis (16,7%). Respecto a la seguridad, un solo paciente presentó reacciones adversas a nivel gastrointestinal y ningún paciente presentó alteración de la función renal (p-valor > 0,05). Los resultados de adherencia obtenidos mediante los registros de dispensación fueron: un 12,5% de los pacientes obtuvo una adherencia del 100%, el 40% obtuvo una adherencia superior al 90% y el 22,5% se hallaba entre el 80-90% de adherencia.

CONCLUSIONES
La totalidad de los pacientes se mantuvo con serologías negativas para el VIH 1-2 durante el periodo de administración del fármaco. Sólo un paciente manifestó reacciones adversas gastrointestinales y ningún paciente presentó empeoramiento de la función renal. La adherencia al tratamiento fue relativamente buena, aunque sería necesario un seguimiento más estrecho de los pacientes menos adherentes y de aquellos que abandonaron. Se hace necesario insistir en la recomendación del uso del preservativo en esta población de pacientes para prevenir otras ITS.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

592. EVOLUCIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL A LO LARGO DE 5 AÑOS.

AUTORES
PEREA PEREZ A, MANCILLA MONTERO E, RUIZ LARA LM, MARTÍNEZ PUIG P, NIEVAS BAÑOS AB
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. AV. MENENDEZ PIDAL, S/N. CORDOBA

OBJETIVOS
Analizar las prescripciones de los fármacos que componen la terapia-antirretroviral(TAR) frente al VIH a lo largo de 5 años, desde 01/01/2016 a 01/01/2021, en la práctica clínica real.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo de las prescripciones y dispensaciones de TAR en los últimos 5 años en un hospital de tercer nivel. Se han analizado un total de 1557 pacientes, a los que se les ha dispensado tratamiento desde nuestro centro. Los datos recogidos han sido: los medicamentos que componen el TAR, las modificaciones del TAR y fecha de inicio/fin.

RESULTADOS
Las utilización de combinaciones de tres principios activos en un solo medicamento(Combo-3) se ha ido incrementando a lo largo del tiempo. En 2016 suponían un 49,6% del total de las prescripciones, del cual el 65% lo formaban las combinaciones de elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir y dolutegravir/abacabir/lamivudina. En 2017 aumentaron al 54,75%, con un aumento de las combinaciones formada por un inhibidor de la integrasa(INI)+ 2 inhibidores de la transcriptasa-inversa análogos de nucleósidos(ITIAN).
En 2019 se produjo un gran crecimiento de los Combosx3, al 71% del total de prescripciones, gracias a la aparición de bictegravir/emtricitabina/tenofovir. Las combinaciones de 3 principios activos en 2 medicamentos, comparando con 2017, se redujeron, un 25% y 20%, dependiendo de si estaban basadas en abacavir/lamivudina o emtricitabina/tenofovir respectivamente. En 2020, los Combox3 han reducido ligeramente su porcentaje al 65,5% del total, coincidiendo con la irrupción de dolutegravir/lamivudina (11,67%), que aparece en las guías al mismo nivel que bictegravir/emtricitabina/

tenofovir para cierto perfil de pacientes cumplidores.
El esquema más utilizado es un combo basado en de 2 ITIAN más otro fármaco. En 2016 este era un inhibidor de la proteasa(IP), en un 65% de los casos, frente al INI en el 30%. Cabe destacar que eran tan frecuente el uso de potenciadores, por los IP y elvitegravir, que cerca del 80% de los pacientes estaba tratado con ritonavir o cobicistat. Ya en 2020, la proporción se ha invertido, y el 69,91% de las prescripciones son INI y un 27,96% son IP.
Además se han constatado otras dos grandes cambios en el TAR: el cambio del raltegravir y del tenofovir:
En 2017 se autorizó la presentación de raltegravir 600mg, que permitía una sola administración al día, a diferencia de la de 400mg. En solo un año(2018) ya supuso el 42% de las prescripciones totales de raltegravir y en 2019 había desplazado por completo al raltegravir 400mg(90%vs10%).
A lo largo de 2018 se generalizó el cambio de tenofovir. A principios de año, de los pacientes con emtricitabina/tenofovir, el 23% era tenofovir-alafenamida(TAF). A principios de 2019, el tenofovir está prescrito en un 85,7% en forma TAF y en 2020 un 96,9%.

CONCLUSIONES

El TAR tiende, en su mayoría, a está formado por tripletes, preferentemente 2xITIAN+INI, que son mejor tolerados que los ITINN e IP. Se prefiere las combinaciones disponibles en un solo comprimido. También se ha observad que en la práctica clínica se adopta con cierta rapidez las recomendaciones de las guías (GESIDA,EACS), como se observa en los casos de raltegravir y tenofovir.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

622. IMPACTO DE UNA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE VIH CRÓNICO FRÁGIL.

AUTORES

DE LA CALLE RIAGUAS B, GÓMEZ ESPINOSA P, BRICEÑO CASADO MDP, CASAMAYOR LÁZARO B, YZUSQUI MENDOZA M, JULIÁ LUNA FJ, PIQUERAS ROMERO C, BERROCAL JAVATO MA
HOSPITAL GENERAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. CARRETERA DE MADRID KM 114. TOLEDO

OBJETIVOS

El aumento de la esperanza de vida de los pacientes VIH conlleva una mayor prevalencia de pluripatología, polifarmacia y carga terapéutica de manera temprana. Además numerosos estudios han demostrado la asociación entre el uso de medicamentos anticolinérgicos y el deterioro cognitivo y funcional de pacientes frágiles.
Los objetivos son identificar los pacientes considerados frágiles para revisar su tratamiento y adecuarlo a las características de este grupo de población, así como determinar los fármacos susceptibles de optimización en la terapia no antirretroviral.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y transversal en un hospital general (noviembre 2019-abril 2021) en pacientes mayores de 50 años con VIH. Se recogen: sexo, edad, terapia antiretroviral (TAR) y medicación concomitante. La complejidad farmacoterapéutica del paciente se estableció a través de la determinación de:
- pluripatología: si presentaba tres o más comorbilidades, incluyendo VIH.
- polifarmacia: si tenía prescrito seis o más fármacos.
- carga anticolinérgica y fármacos implicados: mediante el programa Anticholinergic Burden Calculator.
- interacciones relevantes (con medicación TAR/entre medicación no TAR) utilizando las bases de datos de la Universidad de Liverpool® y Lexicomp®.
- criterios explícitos de medicación inapropiada en geriatría (Beers y STOPP-START).

En base a estos datos se realizaron intervenciones farmacoterapéuticas (IF) para mejorar el tratamiento farmacológico. Esta información se registró en la historia clínica del paciente para su valoración por el médico internista. Se recogieron los tipos de IF realizadas y grado de aceptación de la intervención sugerida.
Los datos se obtuvieron del módulo de pacientes externos de Farmatools® e historia clínica electrónica.

RESULTADOS

Se valoraron 71 pacientes (69% hombres) con edad media 55,1(50-65) años. El 47,9% presentaban pluripatología y 54,9% polifarmacia con una media de 9,3 [desviación estándar (DE) = 4,2] fármacos/paciente.
Se identificaron 33 fármacos con carga anticolinérgica en el 28,2% (20) de pacientes, siendo los fármacos más implicados: clorpromazina (15,2%), clorazepato (12,1%), paroxetina (12,1%) y alprazolam (12,1%). Se observaron 67 interacciones (51 con medicación TAR/16 entre medicación no TAR) en el 47,9% (34), con una media de 2 (DE = 1,3) interacciones/paciente. El 73,1% (49) fueron consideradas interacciones potenciales clínicamente significativas y el 26,9% (18) no coadministrar.
Se realizaron 73 IF en el 56,3% (40) de pacientes. Los principales grupos terapéuticos candidatos a desprescripción fueron: ansiolíticos/sedantes (20,5%), antiulcerosos (13,7%), antipsicóticos (9,6%), antidepresivos (8,2%) y antidiabéticos (8,2%).
Las IF más frecuentes fueron: sustitución farmacológica (49,3%), suspensión de tratamiento (26%), ajuste de dosis (12,3%), monitorización (8,4%) y recomendaciones de administración (4,1%). El grado de aceptación fue de 60,3% (44) [58,3% en sustitución farmacológica; 57,9% en suspensión; 44,4% en ajuste de dosis; 83,3% en monitorización y 100% en recomendaciones de administración].

CONCLUSIONES

Aproximadamente la mitad de pacientes presentaban pluripatología, polifarmacia e interacciones. En más de la mitad fue necesario realizar IF con el objetivo de mejorar la farmacoterapia, que tuvieron buena aceptación. La falta del abordaje adecuado en esta población tan específica supone una alta repercusión en su calidad de vida, por lo que es necesario crear equipos multidisciplinares e implicar a todos los agentes del cuidado de la salud en herramientas de optimización terapéutica.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

628. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON LA PRESENCIA DEL CONCEPTO 3-HIT EN PACIENTES VIH+ EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL CON POLIFARMACIA.

AUTORES
CONTRERAS MACÍAS E, ESPINA LOZANO JM, MORILLO VERDUGO R, GUTIÉRREZ PIZARRAYA A
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. AVDA. BELLAVISTA S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS
Determinar la presencia y factores asociados con la presencia simultánea de alta complejidad farmacoterapéutica, interacciones medicamentosas y no adherencia a la medicación concomitante (fenómeno ''3-HIT'') en pacientes VIH+ en tratamiento antirretroviral con polifarmacia en práctica clínica real.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, unicéntrico y transversal. Se incluyeron pacientes adultos VIH+,en tratamiento antirretroviral (TAR) polimedicados, en seguimiento en consultas externas de Atención Farmacéutica mediante metodología Capacidad-Motivación-Oportunidad (CMO) entre 1 Enero-15 Marzo 2021. Se recogieron variables demográficas: sexo y edad; clínicas: carga viral, niveles de linfocitos-CD4, comorbilidad y patrón de comorbilidad; farmacoterapéuticas: TAR y medicación concomitante, polifarmacia (5 o más medicamentos) e índice de complejidad. La variable principal fue la prevalencia de ''3-HIT'', variable compuesta que incluye alta complejidad farmacoterapéutica, interacciones medicamentosas y no adherencia a la medicación concomitante.
Se utilizó la herramienta ''Medical Regimen Complexity Index'' para medir el índice de complejidad (IC), las bases de datos Liverpool HIV Drug Interactions y Lexicomp® para interacciones, y los registros de dispensación para evaluar la no adherencia a la medicación concomitante, utilizándose el coeficiente de dispensación multi-intervalo en oficina de farmacia (medicación concomitante) y ambulatorio de farmacia hospitalaria (TAR) de los últimos 6 meses. Los datos se obtuvieron de la historia clínica, programa de receta electrónica y programa de dispensación de pacientes externos. Para las comparaciones intergrupo se utilizaron el "X2-squar" test o t-test, según fueran variables categóricas o cuantitativas. Se realizó un modelo de regresión logística con los datos obtenidos del análisis bivariante. El umbral de significación estadística se definió como $p < 0.05$, realizándose el análisis de datos con el paquete estadístico SPSS para Windows v25.0.0.

RESULTADOS
Se incluyeron 428 pacientes, 82.2% hombres, con una mediana de edad de 51 (IQR:42-57) años. Un 90.4% de los pacientes presentaban carga viral indetectable y el 97.7% niveles de linfocitos-CD4 > 200 céls/µL. El 55.1% de los pacientes presentaba alguna comorbilidad. El número de fármacos concomitantes promedio fue de 4 fármacos, con 25.9% de polifarmacia n/N=111/428). El tipo de TAR más prescrito estaba constituido por dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos junto a un inhibidor de la integrasa (56.0%). La mediana de IC fue de 5 puntos (IQR:3.0-9.8), con un 19.4% con IC > 11.25. El fenómeno 3-HIT se identificó en el 6.3% de los pacientes. Los pacientes polimedicados presentaron un 57.7% de falta de adherencia concomitante, un 46.8% de interacciones y el 76.6% podrían ser considerados como pacientes de alta complejidad. En el análisis bivariante, las covariables asociadas significativamente con la presencia del fenómeno "3-HIT" incluyeron edad ($p=0.005$), patrón de comorbilidad ($p < 0.001$), todas las variables farmacoterapéuticas ($p < 0.001$) y nivel de estratificación ($p < 0.001$). En el análisis de regresión multivariante, ajustado por edad, nivel de estratificación y número de fármacos, la variable que mostró diferencias estadísticamente significativas fue el número de fármacos (OR=1.5; IC95% 1.3-1.7).

CONCLUSIONES
El porcentaje de pacientes VIH polimedicados que presentan el fenómeno ''3-HIT'' es relevante y hace necesario un seguimiento multidimensional y continuado del paciente VIH junto a estrategias de optimización farmacoterapéutica, más allá del control virológico de la enfermedad.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

646. REACTIVACIÓN DE LA INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN EL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

AUTORES
ARRUFAT GOTERRIS G, GÓMEZ ZAMORA M, TUGORES VÁZQUEZ A, ALLENDE BURGOS N, ARETIO POUSA A, PERIAÑEZ PARRAGA L, DELGADO SÁNCHEZ O
HOSPITAL UNIV. SON ESPASES. CTRA-. VALLDEMOSSA, 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS
La infección por citomegalovirus (CMV) es la complicación viral más frecuente después del trasplante renal, a pesar de las estrategias de prevención. Los factores de riesgo de infección por CMV son: estado serológico del donante (D) y receptor (R), tratamiento inmunosupresor y la carga viral.
El objetivo es conocer la incidencia de reactivación de CMV durante el primer año de trasplante según el grupo de riesgo y la profilaxis utilizada (profilaxis universal (PU) vs terapia anticipada (TA)).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo de pacientes trasplantados renales de enero 2019 a abril 2020 con un año de seguimiento. Fueron criterios de exclusión el éxitus durante el ingreso, el fracaso del trasplante y la ausencia de datos de seguimiento.
Las variables registradas fueron:
- Edad, sexo
- Trasplante (fecha, inmunosupresor de inducción y mantenimiento)

- Estado serológico D y R
- Estrategia de profilaxis (PU vs TA)
- Seroconversión durante el primer año tras el trasplante e implicaciones (infección activa; enfermedad por CMV; invasiva; modificación de tratamiento inmunosupresor).

RESULTADOS

Se incluyeron 109 pacientes (82 hombres y 27 mujeres, mediana de edad 61 años [26-84]). Se excluyeron 4 pacientes: 2 éxitus durante el ingreso, 1 trombosis del injerto con trasplantectomía y 1 sin datos de seguimiento; quedó una muestra de 105 pacientes.
Once pacientes fueron de riesgo serológico alto (RA) (D+/R-), 91 de riesgo intermedio (RI) (D/R+) y 3 de riesgo bajo (RB) (D-/R-).
La incidencia global de reactivación de CMV fue de 30.5% (6/11 de RA, 26/91 de RI y 0/3 de RB).
De los 11 pacientes de RA, 6 recibieron PU con valganciclovir y 5 TA. Hubo 6 reactivaciones: 4 con PU (2 durante la profilaxis y 2 tras finalizarla) y 2 con TA (1 reactivó al mes y otro a los 2 meses). Todos fueron infección activa que resolvió sin tratamiento (3) y ajuste de inmunosupresores (3).
De los 91 pacientes de RI, 70 fueron inducidos con Basiliximab, 2 recibieron PU y 68 TA. De los pacientes inducidos con timoglobulina y mantenimiento con everolimus, 2 recibieron PU y 7 TA; los que recibieron inducción con timoglobulina y mantenimiento con micofenolato sódico, 1 recibió PU y 11 TA. Hubo 26 reactivaciones en el grupo de RI, todas en pacientes con TA. El tiempo medio de reactivación fue de 2 meses tras el trasplante. Un paciente desarrolló CMV invasivo, el resto fue infección activa que remitió con tratamiento (8), tratamiento más ajuste de inmunosupresores (6) y sin tratamiento (12).
Ninguno de los 3 pacientes de RB recibió profilaxis ni reactivó.

CONCLUSIONES

La incidencia de reactivación de CMV en nuestro entorno es similar a la descrita en la bibliografía. Hay mayor número de reactivaciones en pacientes de RA, seguido de RI con terapia anticipada.
La variabilidad en la estrategia de profilaxis ha conllevado la elaboración de un protocolo para la profilaxis de la infección por CMV en pacientes trasplantados conjuntamente con Nefrología.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

668. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS DESENSIBILIZACIONES A ANTIBIÓTICOS

AUTORES

RODRÍGUEZ ALARCÓN A, GÓMEZ-ZORRILLA MARTIN S, ECHEVERRIA ESNAL D, ALBALAT TORRES A, ESCOLANO VILLEN F, FERRÁNDEZ QUIRANTE O, HORCAJADA GALLEGO JP, GRAU CERRATO S
HOSPITAL DEL MAR. PASSEIG MARITIM 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

La presencia de alergia a beta-lactámicos se asocia a pautas antibióticas más complejas, menos efectivas y con mayores efectos adversos, incluyendo la selección de bacterias resistentes o Clostridioides difficile. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de la utilización de estrategias de desensibilización a antibióticos como alternativa para el manejo de pacientes con antecedente de alergia a antibióticos (AAA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado en un hospital universitario de tercer nivel desde 2015 hasta 2020.
Se incluyeron todos los pacientes que fueron desensibilizados a algún antibiótico extraídos del registro de farmacia. La desensibilización fue prescrita por el facultativo responsable, reservándose para pacientes con: 1) antecedente de alergia confirmada o 2) alergia dudosa, pero con infecciones graves de alto riesgo de evolución tórpida.
Se recogieron variables demográficas, clínicas y microbiológicas.
Variables cuantitativas expresadas como mediana y rango intercuartil (RIQ). Análisis univariado mediante Chi-Cuadrado.

RESULTADOS

Se realizaron 14 desensibilizaciones en 12 pacientes: 10 (71.4%) mujeres, edad 74,7 (68,5-79,7) años. Elevada comorbilidad medida con el índice de Charlson: 7 (5-11), 4 (28,5%) críticos, 3 (21,4%) quirúrgicos.
En 5 (35,7%) casos la infección era de adquisición nosocomial. 10 (71,4%) episodios fueron infecciones bacteriémicas. Focos infecciosos: endovascular 4 (28,6%), respiratorio 2 (14,3%), piel/partes blandas 2 (14,3%), intraabdominal 2 (14,3%), endocarditis 1 (7,1%), osteoarticular 1 (7,1%) y sistema nervioso central 1 (7,1%).
Los microorganismos causantes fueron: Enterobacterales 10 (40%), estafilococos 5 (20%), estreptococos 4 (16%), Pseudomonas aeruginosa 3 (12%), Enterococos 2 (8%) y Listeriaceae 1 (7,1%). Un 44% de los episodios estaban causados por bacterias multirresistentes (4 (16%) S. aureus meticilin resistentes, 3 (12%) Enterobacterales BLEEs). 6 (49,2%) tuvieron una infección polimicrobiana.
Las indicaciones de desensibilización fueron: ausencia de opciones alternativas de tratamiento 4 (28,6%), fracaso terapéutico 4 (28,6%), optimización de tratamiento 4 (28,6%), y gravedad 2 (14,3%). Los fármacos desensibilizados fueron: carbapenémicos 5 (35,7%), cefalosporinas 5 (35,7%), penicilinas 3 (21,4%), quinolonas 1 (7,1%). Dos (14,3%) pacientes presentaron reacción a la desensibilización: 1) eritema con prurito en el lugar de inyección y 2) rash, prurito, exantema facial y disnea. La desensibilización no se completó únicamente en este último caso.
Seis (42,9%) pacientes precisaron de antibiótico de rescate: 4 por sobreinfección por P. aeruginosa XDR y 2 por toxicidad. Los fármacos utilizados para el rescate fueron: 4 ceftolozano/tazobactam, 1 amikacina y 1 dalbavancina. La mortalidad a los 30 días fue 2 (14,3%). No hubo diferencias significativas entre el fármaco desensibilizado y la necesidad de rescate.

CONCLUSIONES
Las desensibilizaciones fueron bien toleradas y eficaces para el manejo de infecciones en pacientes con antecedente de alergias a antibióticos.
Las estrategias de desensibilización pueden ser una herramienta útil para optimizar el tratamiento en pacientes alérgicos en el medio hospitalario.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

683. ADECUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS

AUTORES
SALOM GARRIGUES C, BLADÉ CREIXENTI J, CAMPABADAL PRATS C, BEJARANO ROMERO F, CONDE GINER S, MARCOS FENDIAN Á, CASTILLO PALOMARES L, CANADELL VILARRASA L
DAP CAMP DE TARRAGONA - HOSPITAL JOAN XXIII. DOCTOR MALLAFRÉ GUASCH 4. TARRAGONA

OBJETIVOS
Evaluar en nuestro territorio el grado de adecuación del procedimiento diagnóstico y del tratamiento antibiótico de la faringoamigdalitis.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en pacientes con diagnóstico de faringoamigdalitis durante 2019 en 20 centros de atención primaria. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), criterios Centor, test rápido de antígeno y prescripción de antibiótico.

RESULTADOS
Se incluyeron 5.283 pacientes, 1062 adultos (20,1%) y 4221 (79,9%) pediátricos. Con una mediana de 30 (18-41) años, 649 (61,1%) mujeres en la población adulta y una mediana de 8 (5-11) años, 2110 (50,1%) hombres en la población pediátrica.
De los 1.062 (20,1%) pacientes adultos, en 234 (22%) no constaba registro de los criterios Centor, y a 420 (39,55%) con Centor ≥2 no se le realizó test. Se trató con antibióticos a 76 (7,2%) pacientes sin registro de los criterios Centor ni test, a 53 (5%) con Centor < 2 y sin test, y a 49 (4,6%) con test negativo. En cambio, 4 (0,4%) pacientes con Centor ≥2 y test positivo no recibieron antibiótico. De los 4.221 (79,9%) pacientes pediátricos, en 295 (7%) no constaba registro de los criterios Centor, y a 1492 (28,2%) con Centor ≥2 no se le realizó test. Se trató con antibióticos a 97 (2,3%) pacientes sin registro de los criterios Centor ni test, a 53 (1,3%) con Centor < 2 y sin test, y a 213 (5,1%) con test negativo. En cambio, 84 (2%) pacientes con Centor ≥2 y test positivo no recibieron antibiótico.
Los antibióticos recibidos por los adultos fueron amoxicilina en 336 (50,2%) pacientes, penicilina V en 188 (28,1%), amoxicilina/ácido clavulánico en 83 (12,4%), macrólidos en 60 (9%), una cefalosporina de segunda generación en 1 (0,2%) y otros antibióticos en 1(0,2%). Los antibióticos recibidos en pediatría fueron amoxicilina en 871 (33,3%) pacientes, penicilina V en 5 (0,2%), macrólidos en 64 (2,5%), amoxicilina/ácido clavulánico en 39 (1,5%), una cefalosporina de segunda generación en 9 (0,3%), penicilina G en 5 (0,2%) y otros antibióticos en 3 (0,1%).

CONCLUSIONES
El procedimiento diagnóstico (aplicación de los criterios Centor modificados y la prueba antigénica rápida) no es óptimo, especialmente en la población adulta. En consonancia, existe una moderada prescripción inadecuada de antibióticos, aunque menor en la población pediátrica. Respecto a los antibióticos seleccionados, el tratamiento mayoritario en ambos grupos de edad es el recomendado (penicilina V y amoxicilina), pero con margen de mejora en la prescripción de amoxicilina/ácido clavulánico en adultos y macrólidos en pediatría.
La optimización del uso de antibióticos en la faringoamigdalitis requiere el mantenimiento de la difusión de las recomendaciones y asesorías interrumpidas por la pandemia por Coronavirus SARS-CoV-2.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

702. EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

AUTORES
UREÑA AGUILERA I, GONZÁLEZ TRIGUEROS C, LÓPEZ MÉNDEZ P, CUERVO ESCRIBANO K, ÚBEDA RUIZ B, SAN ANDRÉS CORRAL C, ESCRIGAS FÉRNANDEZ C, BALDOMINOS UTRILLA G
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. CARR. DE ALCALÁ, S/N, 28805 MECO, MADRID. MADRID

OBJETIVOS
El objetivo principal es determinar la incidencia de infección del sitio quirúrgico (ISQ) en las cirugías del aparato digestivo (AD). Como objetivo secundario, se analizó la incidencia asociada de reingreso, reintervención y mortalidad post-operatoria, caracterizar los microorganismos implicados y comparar la profilaxis antibiótica empleada con las recomendaciones actuales.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con cirugía programada del AD desde octubre-diciembre de 2020. Se excluyeron aquellos pacientes con infección activa en el momento de la cirugía.
La variable principal del estudio (incidencia de ISQ) se definió como porcentaje de pacientes con infección relacionada con el procedimiento quirúrgico en los primeros 30-90 días del post-operatorio. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, localizaciones quirúrgicas (hepatobiliar, colon, cirugía gástrica, intestino delgado, esofágica, recto y páncreas), incidencia de infección por sitio quirúrgico y mediana de tiempo (días) desde la cirugía hasta la fecha de diagnóstico

de la infección. Se compararon los antibióticos prescritos según protocolo de profilaxis quirúrgica del hospital con las recomendaciones del último consenso de la Sociedad Española de Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Se recogieron como variables secundarias, la incidencia de reingreso debidos a ISQ (porcentaje de ingresos no programados dentro de los 30-90 días post-alta), la incidencia de reintervenciones debidos a ISQ (porcentaje de intervenciones dentro de los 30-90 días desde la primera cirugía) y la mortalidad post-operatoria (mortalidad por todas las causas producida dentro del periodo de 30-90 días post-intervención). Se recogieron los microorganismos aislados, incluyendo la sensibilidad (multirresistencia: microorganismos con resistencia a > 3 clases de antibióticos) e infección polimicrobiana (> 2 microorganismos distintos en una misma muestra). Todos los datos fueron recogidos a través de las historias clínicas electrónicas (HCIS®).

RESULTADOS

Se incluyeron 107 pacientes, con un 43% de hombres y una mediana de edad de 59,8 años (RIC:48,6-67,9). La distribución por localización quirúrgica fue: cirugía hepatobiliar (56%), de colon (22,4%), gástrica (11,2%), de intestino delgado (5,6%), esofágica (2,8%), de recto (1,9%) y páncreas (1,9%). La incidencia global de ISQ durante el periodo de estudio fue de 9,4% (< 30 días: 7,5% y entre 30-90 días: 1,9%) con una mediana de 10 días desde la cirugía (RIC:5-26). La incidencia de infección por localización quirúrgica fue: páncreas (50%), intestino delgado (33,3%), colon (20,8%), gástrica (8,3%) y hepatobiliar (1,7%). Los antibióticos empleados concordaban con los recomendados en el último consenso de la SEIMC en un 96,3%. De los microorganismos aislados, E.coli fue el más prevalente (50%). Otros microorganismos implicados fueron: una K.pneumonie multirresistente, una P.aeruginosa, y tres infecciones polimicrobianas (E.coli, P.mirabilis, E.faecium; E.coli, E.faecalis y E.coli, S.anginosus). El porcentaje de reintervenciones fue de un 6,5%, de reingresos del 3,7% y de mortalidad del 2,8%.

CONCLUSIONES

A pesar de la alta adecuación del protocolo de profilaxis antibiótica del hospital a las recomendaciones de las guías clínicas, hubo un porcentaje de pacientes que desarrollaron ISQ tras cirugía del AD, siendo la ISQ una causa de reintervenciones, reingresos y mortalidad. Las localizaciones quirúrgicas más afectadas fueron la pancreática, de intestino delgado y colon. El principal microorganismo implicado fue E.coli.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

716. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA INFECCIÓN URINARIA

AUTORES

HERNANDO LLORENTE G, MANZANO LORENZO R, GONZÁLEZ PÉREZ C, MOLINERO MUÑOZ M, YBAÑEZ GARCÍA L, SÁNCHEZ-OCAÑA MARTÍN N

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. PROFESOR MARTÍN LAGOS, S/N. MADRID

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es describir las infecciones del tracto urinario (ITU) atendidas en los servicios de Medicina Interna y Geriatría valorando el grado de adecuación del antibiótico empírico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo y analítico en el que durante un mes (enero 2020) se seleccionaron pacientes que cumplieran el criterio de inclusión: adultos ingresados en Medicina Interna y Geriatría con diagnóstico de ITU y como criterio de exclusión sospecha de foco infeccioso adicional no genitourinario.

Para los pacientes seleccionados se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, días de ingreso, resultado del urocultivo, antibiograma, presencia de bacteriemia, pauta y duración antibiótica, así como diferentes variables como manipulación urológica en el último mes, diabetes, enfermedad renal crónica, ITU recurrente (definida como tres o más episodios en un año), ingreso en los tres últimos meses, patología urológica previa e institucionalización.

Se evaluó la adecuación en aquellos pacientes con urocultivo positivo y se consideró adecuado si el microorganismo fue sensible al antibiótico empírico. Se compararon los pacientes con y sin adecuación y se realizó un análisis mediante Chi cuadrado para valorar variables asociadas con la inadecuación.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 79 pacientes (63% mujeres), habiéndose excluido 15 por sospecha de foco adicional no urinario, con una mediana de edad de 85 años (rango intercuartílico:79-91).

El antibiótico empírico más ampliamente prescrito fue ceftriaxona (64,41%), seguido de fosfomicina (15,25%) y amoxicilina-clavulánico y ciprofloxacino (5,08%).

Se obtuvo un aislamiento positivo en el 74,68% de los pacientes. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron Escherichia coli (35,59%), Klebsiella spp. (15,25%) y Pseudomonas aeruginosa (11,86%), presentando el 8,86% del total de pacientes bacteriemia (la mayoría por Escherichia Coli (57%)). El 5,06% de los pacientes presentó dos aislamientos en el urocultivo (Citrobacter freundii y Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli y Proteus mirabilis, Klebsiella pneumoniae y Escherichia coli, Stenotrophomonas maltophilia y Enterococcus faecalis).

La sensibilidad a antibióticos fue la siguiente: el 66,67% presentaba sensibilidad a ciprofloxacino, el 63,16% a ceftriaxona y el 33,33% a fosfomicina y a amoxicilina-clavulánico.

El 16,67% de los aislamientos en urocultivos de Escherichia coli y Klebsiella spp. fueron productores de betalactamasas de espectro extendido, siendo este porcentaje 66,67% en los pacientes institucionalizados versus 12,50% en los no institucionalizadoss (p=0,13).

En el análisis por subgrupos se evidenció una tendencia hacia una mayor inadecuación en manipulación urológica reciente, ITU recurrente e institucionalizados, sin embargo, el análisis estadístico no mostró significancia.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se ha puesto de manifiesto que la elección del tratamiento empírico para la infección urinaria en el paciente hospitalizado es inadecuada en un elevado número de pacientes (55,7%), siendo este porcentaje similar al de otros estudios sobre adecuación antibiótica en ITU.

El uso de fosfomicina y amoxicilina-clavulánico, antibióticos no recomendados como empíricos en las guías locales de referencia, se asoció con una mayor inadecuación, días de antibioterapia y en el caso de fosfomicina a un mayor número de líneas de antibiótico, por lo que el farmacéutico y los equipos multidisciplinares PROA son claves para fomentar la adecuación de uso mediante la elección del tratamiento antibiótico mas adecuado según guías locales.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

731. GRADO DE ACEPTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA)

AUTORES

FERNÁNDEZ LAGUNA CL, MACIA RIVAS L, ÁLVAREZ ASTEINZA C, FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ J, SUAREZ-ZARRACINA SECADES T, ZÁRATE TAMAMES B, MARAY MATEOS I, LOZANO BLAZQUEZ A

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVDA. ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Analizar el grado de aceptación de las intervenciones realizadas por el equipo PROA por parte de los diferentes servicios del hospital.

Analizar los tipos de intervenciones y su grado de aceptación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, durante febrero de 2021, en el que se analizaron todas las intervenciones realizadas por el PROA en la historia clínica. Las variables recogidas fueron: fecha, tipo de intervención, descripción de la intervención, aceptación, servicio, diferenciando las unidades de críticos y antibióticos prescritos antes y después. Se consideraron aceptadas las intervenciones en las que se modificó la prescripción siguiendo las recomendaciones del PROA en las 48 horas siguientes.

RESULTADOS

Se registraron un total de 438 intervenciones. Se excluyeron del análisis 86 intervenciones en las que no se proponía un cambio de tratamiento, por lo que el número final de intervenciones incluidas en nuestro estudio fue de 352. Al analizar las intervenciones por tipo se encontró que 188(53,4%) recomendaban un cambio de antibiótico, 97(27,6%) recomendaban la suspensión del tratamiento, 19(5,4%) el ajuste de dosis, 14(4,0%) recomendaban ajustar la duración del tratamiento, 13(3,7%) realizar terapia secuencial, 11(3,1%) eran recomendaciones al alta, 3(0,9%) eran de monitorización de niveles y 7(2,0%) correspondían a otros tipos de intervenciones.

El grado de aceptación global de las intervenciones fue del 90,9%. Dentro de cada tipo de intervención, se aceptaron el 95,2%(179) de las recomendaciones de cambio de tratamiento, el 85,6%(83) de las de suspender tratamiento, el 89,5%(17) de ajustes de dosis, el 71,4%(10) de ajuste de duración del tratamiento y el 72,7%(8) de las recomendaciones al alta. El resto de tipos de intervenciones fueron aceptadas el 100% de los casos (farmacocinética, terapia secuencial y otros).

Entre las intervenciones que proponían un cambio de tratamiento, 82 eran de desescalado antibiótico, con un grado de aceptación del 90,2%(74), 16 proponían el escalado a un antibiótico de mayor espectro, con un grado de aceptación del 100% y 90 intervenciones proponían otros cambios, con una aceptación del 98,9%(89).

Los servicios a los que se les realizo un mayor número de intervenciones fueron cuidados intensivos (UCI) con 58 intervenciones y un grado de aceptación del 98,3%(57), cirugía vascular con 45 intervenciones y aceptación del 95,6%(43), geriatría con 40 intervenciones y el 85,0%(34), medicina interna con 28 intervenciones y el 96,4%(27), cardiología con 27 intervenciones y el 96,3%(26) y cirugía general con 26 intervenciones y el 84,6%(22) de aceptación.

El grado de aceptación de las intervenciones fue mayor entre los pacientes de unidades de críticos (UCI, anestesia y reanimación) 98,5%(67) frente al 89,1%(253) del resto de pacientes hospitalizados.

CONCLUSIONES

En el periodo de estudio, febrero 2021, hubo una gran aceptación (90,9%) de las intervenciones realizadas por el PROA del hospital. Los servicios con mayor número de intervenciones fueron UCI, cirugía vascular, geriatría y medicina interna, todos ellos con un grado de aceptación entre 85-98%.

El tipo de intervención más frecuente es el cambio de tratamiento antibiótico, siendo el grado de aceptación mayor en las propuestas de escalada de tratamiento (100%) que en las de desescalado (90%).

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

735. ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE OXA-48: TRATAMIENTO DIRIGIDO Y RESISTENCIAS ADQUIRIDAS

AUTORES

RAMIS BARCELÓ MB, GIMENEZ PODEROS T, DOMÍNGUEZ GUERRA M, SANGRADOR RASERO AM, FERNANDEZ MARTÍNEZ V, DEL RIO ORTEGA P, RIOJA CARRERA M, VALERO DOMINGUEZ M

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AV. DE VALDECILLA, 25, 39008 SANTANDER, CANTABRIA. CANTABRIA

OBJETIVOS

Revisión del tratamiento antibiótico previo y dirigido en la infección por enterobacterias productoras de carbapenamasa OXA-48, así como la aparición de las resistencias adquiridas.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel entre enero 2020 y abril 2021. Se seleccionaron los pacientes que estuvieron en tratamiento con ceftazidima-avibactam y con infección por enterobacterias productoras de OXA-48.
Los datos se extrajeron de la historia clínica electrónica e incluyeron datos demográficos (edad, sexo, duración del ingreso hospitalario), tratamiento antibiótico los 30 días previos a la infección (antes o durante el ingreso hospitalario), factores de riesgo (traumatismo, diabetes mellitus (DM2), neoplasia, trasplante de órgano sólido (TOS), ventilación mecánica (VM)), datos microbiológicos (foco de la infección, patógeno aislado, susceptibilidad antibiótica), tratamiento antibiótico dirigido y mortalidad a los 30 días.

RESULTADOS
Se incluyeron 34 pacientes, todos con infección por Klebsiella pneumoniae multirresistente productora de OXA-48.
El 70,6% de los pacientes eran hombres, y la edad mediana fue de 71,5 años (rango: 26-88); el 91,2% estaban con tratamiento antibiótico previo (meropenem (47,1%), ceftriaxona (35,3%), linezolid (35,3%), piperacilina-tazobactam (32,4%) levofloxacino (29,4%), daptomicina (29,4%), amoxicilina-clavulánico (26,5%), ciprofloxacino (14,7%), tigeciclina (11,8%) y colistina (8,8%)); y presentaban los siguientes factores de riesgo: DM2 (55,8%), VM (52,9%), neoplasia (38,2%), traumatismo (26,5%), TOS (2,9%).
Según el foco primario, las infecciones más frecuentes fueron: respiratoria (44,1%) (76,5% por COVID-19), urinaria (32,4%), bacteriemia (8,8%), infección por catéter (8,8%), de herida quirúrgica (2,9%) y no quirúrgica (2,9%).
La mediana de duración del tratamiento antibiótico fue de 14 días (rango: 1-98). La terapia combinada se utilizó en un 58,8% de los pacientes y el 70,0% incluyó un carbapenem. Los fármacos usados en el tratamiento dirigido fueron: meropenem (64,7%), amikacina (38,2%), colistina (35,3%), tigeciclina (20,6%), ertapenem (2,9%) y cefotaxima (2,9%).
A lo largo de la terapia dirigida, 5 pacientes adquirieron resistencia a alguno de los antibióticos que inicialmente se habían clasificado como sensibles: 2 pacientes a meropenem, ertapenem y tigecilina; otros 2 a meropenem y ertapenem; y 1 a tigeciclina.
La mortalidad a los 30 días de infección fue del 11,8% (4/34) (3 pacientes sin terapia combinada con carbapenem).

CONCLUSIONES
Se confirma la importancia del tratamiento antibiótico previo en el desarrollo de infección por Klebsiella pneumoniae productora de OXA-48, principalmente con antibióticos de amplio espectro como meropenem y piperacilina-tazobactam. La aparición de resistencias una vez implantado el tratamiento dirigido remarca la necesidad de programas específicos centrados en la optimización del uso de antibióticos. Sería necesario ampliar el estudio para establecer una relación entre la elección del tratamiento, desarrollo de resistencias y mortalidad asociada.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

766. UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS POR VÍA ORAL EN CENTROS SOCIOSANIATRIOS PÚBLICOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

AUTORES
LARROSA ESPEJO I, MARTIN CRUZ B, APOLO CARVAJAL F, GONZALEZ MARTINEZ M, MARTINEZ SANCHEZ E, MAYORGA BAJO I, CAÑAMARES ORBIS I, ARANGUREN OYARZABAL A
SUBDIRECCIÓN DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS - CENTROS SOCIOSANITARIOS. PLAZA CARLOS TRIAS BELTRÁN Nº 7 (EDIFICIO SOLLUBE). MADRID

OBJETIVOS
Analizar la utilización de antibióticos orales en los centros sociosanitarios (CSS) de la Comunidad de Madrid. Comparar la incidencia de infecciones por sexo.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en 7 CSS desde el 01/10/2020 hasta el 31/03/2021. Se incluyeron todos los usuarios institucionalizados a los que se les prescribió un antibiótico oral en el CSS entre los periodos mencionados. Se registraron datos demográficos (edad y sexo), indicación del antibiótico, principio activo, dosis, frecuencia y duración del ciclo antibiótico. Se excluyeron todos los tratamientos tópicos, antivirales o antifúngicos, profilaxis antibióticas y tratamientos iniciados en el hospital.

RESULTADOS
En los 1194 usuarios institucionalizados, se prescribieron un total de 1002 ciclos de antibióticos en 541 usuarios diferentes (45,3%). El 76,5% fueron a mujeres con una mediana de edad 89 años [64-103] y resto hombres de 85 años [62-102]. La indicación más frecuente fue infección del tracto urinario (ITU) [576 (57,5%)] tratada en su mayoría con fosfomicina (44,3%) seguido de cefixima (12,5%). Las quinolonas se prescribieron en un 10,1% de los casos, de forma empírica en su gran mayoría. En segundo lugar, infección del tracto respiratorio inferior (TRI) [233 (23,2%)] tratada más frecuentemente con amoxicilina-clavulánico (30,9%) y levofloxacino (26,2%). Y la tercera fue infección de piel y partes blandas (IPPB) [100 (10,0%)] tratada principalmente con amoxicilina-clavulánico (54,0%) y cloxacilina (15%). El análisis por sexo revela que la ITU fue la infección más frecuente tanto en mujeres como en hombres (61,0% vs 45,0%) pero el sexo femenino se asoció a un riesgo superior de padecerlas (OR=1.91; IC95: 1,414 a 2.881; p < 0.001).

CONCLUSIONES
Las mujeres fueron las que recibieron tratamiento antibiótico con más frecuencia, debido probablemente a su mayor proporción en los centros y la mayor susceptibilidad de padecer ciertas infecciones. En las tres indicaciones principales (ITU, TRI e IPPB) se utilizaron como primera línea los antibióticos recomendados en las guías clínicas de referencia en los

CSS.
Los resultados sugieren posibles nuevas líneas de actuación en el manejo de la ITU, como es la revisión de la técnica diagnóstica empleada, la valoración de la necesidad de antibióticos en función del diagnóstico y minimizar el uso de quinolonas de forma empírica dada la alta tasa de resistencias de enterobacterias a las mismas.
Por tanto, con este estudio, el farmacéutico de CSS puede aportar una labor importante contribuyendo al análisis y a la optimización del uso adecuado de los antibióticos y el control de las resistencias.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

781. INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE DURACIÓN SUPERIOR A 7 DÍAS.

AUTORES
VALLS SÁNCHEZ E, CARABIAS ANÉ L, ÁLVAREZ MARTINS M, CODINA-JIMÉNEZ C, RODRÍGUEZ-BERNUZ C, ESTRADA NIETO L, TERRICABRAS MAS E, QUIÑONES RIBAS C
HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL. CTRA. DE CAYENT, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS
Identificar la adecuación de tratamientos antibióticos de duración superior a 7 días y analizar el grado de aceptación por el equipo médico de las intervenciones realizadas por el farmacéutico.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio longitudinal, observacional y prospectivo realizado durante enero y febrero de 2021 en un hospital de tercer nivel. Se identificaron diariamente y de manera secuencial los pacientes adultos en tratamiento superior a 7 días con carbapenems, piperacilina/tazobactam (P/T), cefalosorinas de 3ª y 4ª generación y quinolonas. Se excluyeron los pacientes a cargo del servicio de infecciosas por considerarse en estrecho seguimiento del tratamiento antimicrobiano, y los pacientes críticos. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de infección, microorganismo responsable, duración total de la prescripción, tipo de tratamiento (dirigido/empírico) y servicio prescriptor. Se evaluó la idoneidad del tratamiento siguiendo las guías clínicas y protocolos intrahospitalarios según patología, evolución clínica, antecedentes y resultados microbiológicos. En base a ello se realizaron las siguientes intervenciones mediante el programa de prescripción electrónica: suspensión del tratamiento, desescalada y terapia secuencial. La aceptación por parte del equipo médico se evaluó a las 24-48h posintervención farmacéutica. No se realizó ninguna intervención en aquellos casos en los que la duración del tratamiento superior a 7 días estuviera justificada clínicamente.

RESULTADOS
Se evaluaron 45 prescripciones correspondientes a 44 pacientes (77% hombres), con una media de edad de 66,6 ±15,2 años. La infecciones más prevalentes fueron la infección de piel y partes blandas representando un 31%, seguida de la infección del tracto respiratorio 20% e infección del tracto urinario 9%. El 11% de las infecciones fueron de origen desconocido. Se identificó el microorganismo en el 60% de los casos, de los cuales el 85% se dirigió según los resultados microbiológicos. El 40% fue tratamiento empírico. La duración media de las prescripciones fue de 14±8 días. El antibiótico más prevalente fue P/T con un 44% de las prescripciones, seguido de carbapenems y cefalosporinas con un 27% en ambos casos. Se intervino en el 42% de las prescripciones, con una aceptación global del 90%. Estratificadas por tipo de intervención el 63% fueron de desescalada, el 29% de suspensión y el 11% de terapia secuencial, con una aceptación del 83%, 100% y 100% respectivamente. La distribución por tipo de antimicrobiano fue del 44% de P/T, el 27% de carbapenems, el 27% de cefalosporinas y el 2% de quinolonas, con una aceptación del 78% en el caso de P/T y del 100% en el resto. El 58% de las prescripciones restantes no fueron sujetas a intervención por considerarse adecuadas con la clínica y evolución del paciente.

CONCLUSIONES
Las intervenciones farmacéuticas permitieron en la mayoría de los casos reducir el espectro y la duración excesiva de los tratamientos antibióticos. La elevada aceptación por parte de los equipos médicos refuerza la importancia de consolidar las intervenciones farmacéuticas dentro del marco de Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA).

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

820. SWITCHING EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL: DE TENOFOVIR DISPOROXILO A TENOFOVIR ALAFENAMIDA EN PACIENTES VIH, ¿VERDADEROS RESULTADOS EN SALUD?

AUTORES
REVUELTA AMALLO A, ALVAREZ LAVIN MM, ALONSO DIEZ MM, INCLÁN CONDE M, VILA GALLEGO C, VARA URRUCHUA M, OÑATE MUZAS E, AGUIRREZABAL ARREDONDO AV
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO. AVENIDA MONTEVIDEO, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS
Describir las características de los pacientes con prescripciones de tenofovir alafenamida(TAF) que previamente habían sido tratados con tenofovir disoproxilo(TDF).
Evaluar la aprobación de las prescripciones por parte de un equipo multidisciplinar.
Analizar los resultados en salud tras el intercambio.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio transversal en el que se incluyeron los pacientes con prescripción activa de TAF, identificados a través la herramienta corporativa eOsabide, excluyendo a aquellos que no habían sido tratados previamente con TDF.

Se recogieron de la historia clínica electrónica las siguientes variables: edad, sexo, motivo de cambio de tratamiento consensuado por la Comisión de Enfermedades Infecciosas(CEI) (formada por una farmacéutica y una médico del Servicio de Enfermedades Infecciosas) según posicionamiento de la organización sanitaria (reacciones adversas(RA) presentadas con TDF: disminución del filtrado glomerular(FG), proteinuria, osteoporosis, empeoramiento del perfil lipídico(PL), otras) y duración del tratamiento.
Para analizar los resultados en salud se recogieron antes y después del intercambio: valores de creatinina y FG, presencia de proteinuria, informes densitométricos y PL.

RESULTADOS

Se analizaron 31 pacientes(67,7% hombres). Media de edad 52,7 años.
El 100% de los intercambios de tratamiento fue evaluado por la CEI.
El 74,2% de los pacientes analizados llevaban en tratamiento con TAF más de 1 año.
Solo una minoría(9.7%) presentó más de un motivo para el intercambio de tratamiento. Respecto a los tipos de motivo de cambio de tratamiento fueron: 61.3% disminución del FG, 9.7% osteoporosis, 9.7% proteinuria, 6.4% combinación de disminución de FG y empeoramiento del PL, 3.2% combinación disminución de FG y proteinuria y 9.7% otros.
Para obtener los resultados en salud, se excluyeron 6 pacientes que no eran valorables por una duración de tratamiento inferior a 6 meses o por no disponer variables comparativas.
Tras analizar los 28 motivos de cambio de tratamiento, se concluyó que solo el 14,3% de los pacientes que habían sufrido disminución del FG(21) continuaron empeorando.
Ninguno de los pacientes que presentó proteinuria o sufría de osteoporosis mostró un empeoramiento en analíticas o informes densitométricos respectivamente.
El 50% de los pacientes que presentaron un empeoramiento del PL(2) siguió empeorando.
Independientemente del tipo de RA presentadas con TDF, el 50% de los pacientes presentó una reversión de esas tras el intercambio a TAF.

CONCLUSIONES

Todas las prescripciones activas de TAF habían sido previamente evaluadas y autorizadas por la CEI en pacientes que habían estado en tratamiento previamente con TDF; y la casi totalidad de ellas, cumplen los criterios de posicionamiento y por tanto, la adecuación del intercambio de TDF a TAF.
El principal motivo para el intercambio fue la disminución del FG.
La mayoría de pacientes lleva en tratamiento con TAF más de un año, lo que permitió obtener resultados sólidos:
-Solo un bajo porcentaje de pacientes siguieron presentando un empeoramiento de la RA presentada con el tratamiento previo.
-En la mitad de los casos, las reacciones adversas sufridas con el tratamiento previo fueron reversibles.
La elevada proporción de pacientes que se beneficiaron del intercambio, a pesar de ser una muestra pequeña de estudio, muestra la necesidad de actuar con antelación evaluando multidisciplinariamente aquellos pacientes que presenten factores de riesgo antes de comenzar con TDF garantizando un acceso directo a TAF.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

824. TRATAMIENTO DE LA ASPERGILOSIS INVASIVA EN PACIENTES CRÍTICOS GRAVES CON COVID-19

AUTORES

SALDAÑA SORIA R, VALLE CORPAS M, GONZALEZ PADILLA M, MARTINEZ BROCAL OGAYAR MI, JURADO ROMERO A, MOYA CARMONA I

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPUS DE TEATINOS, S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Los tratamientos inmunomoduladores (corticoides, tocilizumab (TCZ)), entre otros factores relacionados con la enfermedad, podrían explicar la alta incidencia de aspergilosis invasiva (AI) en pacientes críticos graves con COVID-19. El tratamiento precoz con antifúngicos (AF) es clave para reducir el exceso de mortalidad. El objetivo principal de este estudio es analizar si existen diferencias de mortalidad entre los pacientes que recibieron tratamiento previo con TCZ a los AF. Secundariamente se analizarán las diferencias en mortalidad según el AF de 1ª elección para el tratamiento de la AI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo del tratamiento con AF (Isavuconazol (IZ), Voriconazol (VZ), Anfotericina B liposomal (ABL)) en pacientes con diagnosticados de COVID-19 y AI en la UCI del hospital desde marzo de 2020 hasta marzo de 2021. De la historia clínica se recogieron variables demográficas (edad y sexo), días de ingreso y mortalidad. Se realizó un seguimiento a través de la prescripción electrónica del AF de elección administrado a cada paciente, así como si habían recibido tratamiento previo con TZC.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 32 pacientes, 75% hombres (H), con edad media de 64,9 años (51-77), de los que el 78,12% fueron éxitus. Los días de estancia media fueron 39,73.
8 pacientes (25%), todos H y con edad media de 64,87 años y 45 días de estancia media, habían recibido tratamiento previo con TCZ, de los cuales 6 (75%) fueron éxitus.
24 pacientes recibieron tratamiento de 1ª línea con IZ, con edad media de 64,16 años y 38,16 días de estancia media. 6 recibieron previamente TCZ y 20 (83,33%) fueron éxitus. 3 fueron tratados en 2ª línea con ABL, de los que uno recibió una 3ª línea con VZ.
4 pacientes recibieron tratamiento de 1ª línea con VZ, con edad media de 69,75 años y 56,5 días de estancia media. 1 recibió previamente TCZ y 2 (50%) fueron éxitus.

4 pacientes recibieron tratamiento de 1ª línea con ABL, con edad media de 64,5 años y 34 días de estancia media. 1 recibió previamente TCZ y 3 (75%) fueron éxitus.

CONCLUSIONES

La AI en pacientes críticos con COVID-19, se asoció con una elevada mortalidad, aunque sin diferencias significativas entre las 3 alternativas terapéuticas recomendadas en las guías terapéuticas actuales. El 87,5% fue tratado con un AF de la familia de los azoles en 1ª línea (VZ o IZ) y el resto con ABL.
Los días de estancia media fueron mayores para el grupo tratado con VZ debido a las complicaciones derivadas de su toxicidad cuando no se alcanzan niveles terapéuticos óptimos.
Recibir un tratamiento previo con un fármaco inmunomudulador como TCZ no parece ser la causa de un exceso de mortalidad pero si podría explicar que los pacientes presentaran AI al ingreso en UCI y no adquirirla durante la estancia.
Además de iniciar el tratamiento de la AI de forma precoz, este debe acompañarse de monitorización de los niveles séricos para minimizar la toxicidad, asegurar niveles terapéuticos y reducir la alta mortalidad.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

835. ANÁLISIS DE LA PROFILAXIS ANTIFÚNGICA CON ISAVUCONAZOL EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS

AUTORES

CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ T, PACHECO LÓPEZ P, CARVAJAL SANCHEZ MÁ, IBÁÑEZ CATURLA J, TORRANO BELMONTE P, NÁJERA PÉREZ MD
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AVENIDA MARQUÉS DE LOS VÉLEZ, SN. MURCIA

OBJETIVOS

Proporcionar datos preliminares sobre la eficacia clínica y seguridad de la profilaxis con isavuconazol(ISV) en pacientes con enfermedades hematológicas o sometidos a trasplante hematopoyético en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados a cargo del Servicio de Hematología en tratamiento con ISV como profilaxis primaria o secundaria durante > 7 días, desde enero de 2016-enero 2021. Se recogen variables demográficas, clínicas y de eficacia, definida como la ausencia de infección fúngica invasiva (IFI) posible o probable basada en criterios de la “European Organization for Research and Treatment of Cancer/Invasive Fungal Infections Cooperative Group and the National Institute of Allergy and Infectious Diseases Mycoses Study Group”(EORTC/MSG) hasta las semanas 4 y 14 desde el inicio de la profilaxis. Así como de seguridad con parámetros analíticos, efectos adversos o toxicidad. Los datos fueron tratados de manera anonimizada y analizados mediante SPSS 25.

RESULTADOS

Se recogen un total de 21 pacientes en tratamiento con ISV como profilaxis primaria o secundaria, todos a cargo de Hematología. El tratamiento como profilaxis supuso el 55.26% del total de prescripciones de ISV en el Hospital. El 81%(n=17) como profilaxis primaria y el 19%(n=4) como secundaria. La edad media fue de 45.9 años, el 71.4% eran varones. En relación a los motivos de cambio o selección, el 76.2% de los pacientes presentaron una alteración hepática previa, en el 14.3% se detectaron interacciones con el tratamiento concomitante, y en el 9.5% para optimizar la administración domiciliaria. La media de duración del tratamiento fue de 176.2±142.24 días. Del total de pacientes analizados, un 47.6%(n=10) continuaba en tratamiento en el momento de la revisión, todos como profilaxis primaria. El 95.2%(n=20)fueron sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos(TPH) con un 81%(n=17) de pacientes con Enfermedad de Injerto Contra Huésped(EICH) aguda en tratamiento con corticosteroides sistémicos. Leucemia mieloide aguda (LAM)fue el diagnóstico prevalente en el 52.4%(n=11) de los pacientes, seguida de Linfoma no Hodgkin(LNH) en el 14.3%(n=3).
Se produjo el desarrollo de IFI probable o confirmada en el 19%(n=4) de los pacientes en la semana 4,con infecciones fúngicas con aislamiento microbiológico de Candida parapsilosis, Aspergillus glaucus y Trichosporon asahii, y un paciente con galactomanano positivo; y del 9.5%(n=2) de los pacientes en la semana 14 con criterios de IFI posible por imagen radiológica compatible.
La toxicidad relacionada con el fármaco condujo a la interrupción temprana en el 14.3%(n=4) por toxicidad hepática(transaminitis grado 2-3),y un paciente con citólisis de posible causa farmacológica. En relación a la seguridad, ISV fue bien tolerado, los efectos secundarios más comunes fueron anorexia(n=2), diarrea(n=3) y alteración hepática (n=3).

CONCLUSIONES

Aunque actualmente no tiene esta indicación, isavuconazol puede ser una opción como profilaxis antimicótica en pacientes hematológicos de alto riesgo. El mejor perfil de toxicidad de isavuconazol frente a otras opciones fue el principal motivo de su utilización. Se necesitan más estudios para confirmar la eficacia clínica de isavuconazol en este grupo de población. El consumo de isavuconazol se ha disparado en los últimos años por lo que se debe realizar un seguimiento estrecho de los pacientes en tratamiento.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

859. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL INICIO Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS DE PACIENTES CON HEPATITIS

AUTORES

OLIVA OLIVA A, IGLESIAS GÓMEZ A, MARTÍN CILLERO MT, GARCÍA HERVALEJO M, OTERO LÓPEZ MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO SAN VICENTE 58-182. SALAMANCA

OBJETIVOS
Analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en los inicios de tratamiento con Antivirales de acción directa para la Hepatitis C y en el seguimiento posterior de los pacientes tratados.
Estudiar la evolución de los pacientes con Enfermedad hepática avanzada (EHA) desde la fase inmediatamente anterior hasta otra posterior al tratamiento, con atención a la Respuesta viral sostenida (RVS).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional y retrospectivo realizado en un hospital de cuarto nivel. Se incluyeron los pacientes que iniciaron tratamiento entre febrero de 2019 y marzo de 2021 (13 meses antes y después del inicio de la pandemia), obtenidos de los registros de la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos.
Se recogieron de la Historia Clínica datos poblacionales, alanina aminotransferasa (ALT), albúmina, bilirrubina total, grado de fibrosis hepática según Fibroscán (GFH), alfa-fetoproteína y ecografía abdominal.
Se consideró como seguimiento completo, el realizar una revisión al menos cada 8-12 meses (consulta médica, analítica y ecografía).

RESULTADOS
Se incluyeron en el estudio 108 pacientes, 76% hombres, mediana de edad, 55 (61-50). El 39% (n=42) con EHA (GFH, estadíos F3, F4 o hepatocarcinoma).
El descenso en el número de pacientes tratados durante la pandemia fue del 83,9% (período, no-COVID (n= 93)/ COVID (n=15)).
El análisis del seguimiento se centró en la subpoblación de 36 pacientes con EHA que tuvieron tiempo suficiente para realizar un seguimiento, (83% hombres, mediana de edad, 56 (60-51)). Estos pacientes son sobre los que recae, preferentemente el seguimiento en nuestro centro, acorde con las Guías actuales (European Association for the Study of the Liver 2020).
Solamente el 5,5% (2/36) tuvieron seguimiento completo.
Se compararon los datos de los 36 pacientes, antes del tratamiento con los últimos disponibles de cada parámetro:
•No alcanzó RVS, 1 paciente: la ALT empeoró y el resto de parámetros que se encontraban alterados, permanecieron igual.
•RVS desconocida, 6 pacientes: en un paciente que probablemente alcanzó RVS, la ALT mejoró, los indicadores de hepatocarcinoma permanecieron igual y la Albúmina, empeoró. Cuatro fallecieron.
•Alcanzaron RVS, 29 pacientes:
-ALT: del 72% que se encontraba elevada al principio (19% dato incompleto), el 62% la normaliza.
-Bilirrubina: del 14% que se encontraba elevada al inicio (86% era normal), el 7% la normaliza.
-GFH: el 28% mejoró tras RVS (69% dato incompleto)
-Ecografía: el 10% probable empeoramiento, 3% probable mejoría, 48% estabilidad y 38% dato incompleto

CONCLUSIONES
1- La pandemia por SARS-COV-2 ha tenido un fuerte efecto negativo tanto en los inicios de tratamiento como en el seguimiento posterior de los pacientes.
2- Lograr la RVS supone, a corto plazo, una reducción de la inflamación del hígado en un 70% de los pacientes con EHA (según nuestra definición de EHA), que se traduce en estabilidad de su patología y mejoría en algún caso.
3- Algo más del 20% de los pacientes con EHA empeora su situación en este espacio de tiempo.
4- Se hubiera requerido un estudio prospectivo, a largo plazo y con más pacientes para estimar las consecuencias de la falta de seguimiento (descompensación, hepatocarcinoma o muerte) y llegar a objetivar las conclusiones.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

876. FACTORES DE INADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCION DE ANTIMICROBIANOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES
CANTUDO CUENCA MR, CANTUDO CUENCA MD, MARTINEZ DE LA PLATA JE, SANCHEZ SUAREZ MDM, JIMENEZ MORALES A
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. AV. DE LAS FUERZAS ARMADAS, 2, 18014 GRANADA. GRANADA

OBJETIVOS
Los antimicrobianos son los medicamentos más frecuentemente prescritos en los centros socio-sanitarios (CSS), considerándose en muchos casos inapropiados. El objetivo es analizar la adecuación de la prescripción de antimicrobianos en un CSS y analizar los factores que influyen en ella.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio prospectivo de 18 meses (1/julio/2019 al 31/diciembre/2020) en un CSS (264 camas). Se incluyeron los residentes con ≥1 antimicrobiano prescrito para infecciones urinarias, respiratorias y de piel y partes blandas. Se excluyeron aquellos con COVID-19 confirmado sin sospecha de co-infección bacteriana/fúngica, así como las profilaxis antibióticas. Variables incluidas: demográficas y clínicas, relacionadas con la infección y la terapia antimicrobiana, microbiológicas, lugar de inicio de la prescripción (CSS, urgencias, hospital o atención primaria). Se analizó la adecuación clasificándose en: innecesaria, inapropiada y subóptima.
Los datos se obtuvieron de la historia clínica y del programa de prescripción electrónica. Se aplicó la prueba Chi-cuadrado o Fisher para variables cualitativas; para cuantitativas, la prueba t de Student o U de Mann-Whitney (distribución no normal). Para identificar predictores independientes de adecuación, se realizaron regresiones logísticas univariables y multivariables. Los riesgos relativos se expresaron como odds ratios (OR) e intervalos de confianza del 95%. Se calculó el área bajo la curva ROC. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS 21.0.

RESULTADOS

Se identificaron 489 prescripciones de antimicrobianos, incluyéndose 416, correspondientes a 159 residentes (43.6% mujeres, edad media: 83.2±9.6), 11.9% alérgicos a algún antimicrobiano. Índice de comorbilidad de Charlson ajustado a edad (media): 6.1±2.0. Comorbilidades más frecuentes: deterioro cognitivo (54.7%), diabetes mellitus (37.7%), insuficiencia renal moderada-grave (25.2%). El 42.8% tenía incontinencia urinaria/fecal; el 49.1% dependencia funcional. Tratamientos empíricos: 83.2%. Tipo de infección: urinaria (43.3%), respiratoria (34.6%), piel y partes blandas (22.1%). La vía intravenosa se utilizó sólo en 4.8% casos. Mediana de duración del tratamiento: 5 días (RIC: 1-7); duración > 7días en el 9.4%. Antimicrobianos más prescritos: fosfomicina-trometamol (25%), cefalosporinas (18.8%), amoxicilina-clavulánico (15.9%), fluoroquinolonas (13.0%). Se tomaron muestras microbiológicas en un 29.6% (88.6% antes de iniciar la antibioterapia): 74.0% urocultivos, 16.3% exudados, 4.1% esputos. Cultivos positivos: 82.9% (85.3% infecciones monomicrobianas). Bacilos gram-negativos: 87.3%. Lugar de inicio de la prescripción: CSS (84.1%), urgencias (12.7%), hospital o atención primaria (3.2%).

Considerando que la terapia podía ser inadecuada por más de un motivo, se encontraron 231 tipos de inadecuación. El número de prescripciones inadecuadas fue 194 (46.6%): a) Innecesaria (16.9%): no indicación del antimicrobiano (1.3%), duración excesiva (13.4%), combinaciones redundantes y/o no desescalado (2.2%); b) Inapropiada (70.6%): microorganismo resistente (7.4%), no recomendada en las guías clínicas (63.2%); c) Subóptima (12.5%): elección del antimicrobiano (3.9%), vía (0.4%), dosis (8.2%).

En el análisis multivariante, la adecuación se relacionó con: terapia dirigida [OR:3.396(1.027-11.234),p=0.045], cefalosporinas [OR:0.059(0.013-0.268),p < 0.001], fluoroquinolonas [OR:0.227(0.054-0.949),p=0.042], fosfomicina-cálcica [OR:0.072(0.006-0.839),p=0.036], fosfomicina-trometamol [OR:61.586 (9.335-406.295),p < 0.001], macrólidos [OR:0.025(0.003-0.221),p < 0.001], inicio de la prescripción desde el CSS [5.771(2.214-15.047),p < 0.001]. Curva ROC: 0.908.

CONCLUSIONES

En general, casi la mitad de las prescripciones de antimicrobianos se consideran inadecuadas, siendo el motivo más frecuente el uso inapropiado por no cumplimiento de las guías clínicas. Aunque el porcentaje de prescripciones iniciadas por médicos externos al CSS es bajo, su uso es significativamente inadecuado, principalmente en urgencias.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

901. ANÁLISIS DEL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

AZNAR GARCIA M, MARTOS ROSA A, RUBIO CALVO D, BRETONES PEDRINACI JI

HOSPITAL DE PONIENTE. CTRA. ALMERIMAR, 31. ALMERÍA

OBJETIVOS

La colonización del tracto gastrointestinal por Clostridium difficile (CD) está asociada a la alteración de la flora intestinal normal por la administración de antibióticos.El manejo clínico incluye la interrupción del tratamiento antibiótico y, si la sintomatología persiste, antibioterapia con vancomicina, metronidazol o fidaxomicina.El objetivo de este trabajo es evaluar y analizar el manejo de la infección por CD (ICD), la efectividad de los tratamientos, y determinar factores involucrados en el desarrollo de ICD.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en el que se incluyen pacientes con diagnóstico microbiológico de ICD en un hospital de tercer nivel, desde marzo a septiembre de 2020. Datos recogidos: demográficos, resultado de coprocultivo: antígeno de CD (CDAg) y PCR de la toxina B de CD, negativización del coprocultivo, adquisición nosocomial/comunitaria, recurrencia, paciente hospitalizado/ambulatorio, manejo antibiótico de ICD (dosis y duración), criterios de gravedad: edad > 65 años, leucocitosis > 15000cel/mm3, albuminemia < 2,5g/dL, creatinina sérica > 1,5 mg/L, PCR g/dL, fiebre > 38,5ºC y portador de sonda nasogástrica (SNG). Tratamiento previo con inhibidores de la bomba de protones (IBP), inmunosupresores y/o antibioterapia. Los datos se recuperaron del programa de prescripción electrónica asistida y la historia clínica digital.

RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes, 17 (54,8%) mujeres, edad media 52,8 [SD20,3]. El 100% CDAg positivo, 21(67,7%) toxina B positiva, 7(22,6%) negativizan a los 16 días (SD13,3), 16(51,6%) ICD de adquisición nosocomial, 2 (6,4%) recidivas, 23 (74,19%) pacientes hospitalizados. Manejo antibiótico: 18(58%) vancomicina oral: 14(78%) con una pauta de 125 mg/6 h durante 11,14 días (SD 5,70) y 4(22%) siguieron una pauta descendente de 30 días (vancomicina 125 mg/6 h 10 días, seguidos de 125 mg/12h 1 semana, 125 mg /24h 1 semana, 125 mg /48h 1 semana); 4(13%) metronidazol oral 500 mg/8h durante 7,8 días (SD 2,88), de éstos, 2 (50%) previos a vancomicina; 1(3%) vancomicina oral 125mg/6h más metronidazol oral 500mg/8h 10 días; 3(10%) fidaxomicina 200 mg/12h durante 10 días,1(33%) tras fracaso inicial con vancomicina; 8 (26%) no precisaron tratamiento. Criterios de gravedad: 11(35%) edad > 65 años, 5(16%) leucocitosis, 8(26%) hipoalbuminemia, 8(26%) creatinina > 1,5mg/L, PCR promedio 11,06 g/dL[SD9,15], 2(6%) fiebre y 1(3%)portaba SNG. Tratamiento base: 25 (81%) Inhibidores de la bomba de protones, 11(35%) en tratamiento inmunosupresor, 21(68%) antibioterapia: 17(81%) betalactámicos, 13(62%) quinolonas, 2(10%) lincosamida. En 8(38%) se interrumpió el antibiótico por ICD y en 1(5%) se sustituyó por otro con perfil favorable a ICD.

CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes con la PCR de toxina negativa no precisaron tratamiento. La baja tasa de negativización se debe a que solo se analizó en esos 7 pacientes. En la población de estudio, existe una baja tasa de recurrencia, que se resolvió con el cambio de antibioterapia dirigida a ICD. No se encuentran diferencias entre las pautas antibióticas empleadas

para ICD en función de los criterios de gravedad, siendo la vancomicina el tratamiento de elección. La hospitalización, el uso de IBP y antibioterapia son los principales factores de riesgo involucrados en el desarrollo de ICD. Los antibióticos involucrados en la aparición y desarrollo de ICD son de amplio espectro, principalmente betalactámicos y quinolonas.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

902. PREVALENCIA DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS SEGÚN CRITERIOS MARC, STOPP Y PRISCUS EN UNA COHORTE DE PACIENTES VIH+ DE EDAD AVANZADA

AUTORES
GARCÍA LLORET P, BORREGO IZQUIERDO Y, GUTIÉRREZ PIZARRAYA A, MORILLO VERDUGO R
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. CTRA. DE CÁDIZ KM. 548,9, 41014 SEVILLA. SEVILLA

OBJETIVOS
Comparar la prevalencia de medicación potencialmente inapropiada según los criterios Marc, STOPP y Priscus en pacientes VIH+ de edad avanzada.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, transversal y unicéntrico. Se incluyeron aquellos pacientes VIH+ con 65 años o mayores en tratamiento antirretroviral activo (TAR) que acudieron a consultas externas de Atención Farmacéutica entre marzo-abril de 2021, y que tenían tratamiento concomitante crónico (prescripción activa con una duración mayor de 3 meses). Se excluyeron los pacientes participantes en ensayos clínicos o con expectativa de vida corta (menor de 3 meses).
Se recogieron variables demográficas: sexo y edad; clínicas: carga viral, nivel CD4, cociente CD4/CD8, presencia de comorbilidad y su patrón (Prados-Torres et al. 2012); farmacoterapéuticas: tipo de TAR [dos análogos de inhibidor de transcriptasa inversa más inhibidor de integrasa (2ITIAN+INI), dos análogos de inhibidor de transcriptasa inversa más inhibidor de proteasa (2ITIAN+IP) o régimen con biterapia], polifarmacia (> 6 fármacos concomitantes incluido TAR), polifarmacia mayor (> 11 fármacos concomitantes incluido TAR) y su patrón (Calderón Larrañaga et al. 2013) e índice de complejidad farmacoterapéutico (IC) medido mediante la herramienta ‘‘Medical Regimen Complexity Index’’; y de optimización farmacoterapéutica: cumplimiento de criterios Marc, STOPP y Priscus.
La información clínica y farmacoterapéutica se obtuvo de la historia electrónica, programa de receta electrónica y programa de dispensación de pacientes externos. Las variables cuantitativas se mostraron con medianas y rango intercuartílico (RIQ) y las categóricas con frecuencia y porcentaje. El cumplimiento de criterios por las diferentes herramientas se comparó con el test Chi-cuadrado.

RESULTADOS
Se incluyeron 32 pacientes (84.4% hombres); mediana de edad 69 años (RIQ 68-75). Todos presentaban carga viral indetectable, el 84.4% con un nivel CD4≥200 céls/µl así como un cociente CD4/CD8 > 0.4. Todos los pacientes presentaban alguna comorbilidad (mediana 4, RIQ 2-6) con patrón cardio-metabólico, depresivo-geriátrico, mecánico-tiroideo o mixto en el 53.1%, 6.3%, 3.1% y 9.4% de los casos, respectivamente.
Se identificó presencia de polifarmacia en el 75.0% de los pacientes, y de éstos, el 45.8% presentaban polifarmacia mayor (patrón cardiovascular, depresión-ansiedad o mixto en el 50.0%, 6.3% y 6.3% respectivamente). El tipo de TAR prescrito en los pacientes era 34.4% 2ITIAN+INI, 6.2% 2ITIAN+IP y el 59.4% restante un régimen con biterapia. La mediana de IC fue 13.5 (RIQ 8.8-19.3).
Se analizaron un total de 230 prescripciones donde se identificaron 72 criterios mediante las tres herramientas (53 criterios Marc, 15 criterios STOPP y 4 criterios Priscus). El cumplimiento de algún criterio Marc, STOPP o Priscus se observó en el 71.9% (n=23), 37.5% (n=12) y 12.5% (n=4) de los pacientes respectivamente, con diferencias significativas entre los tres listados (p=0.001). El grupo farmacoterapéutico mayoritariamente implicado en los criterios identificados fue el de las benzodiazepinas para las tres herramientas (66.7% con STOPP, 50.0% con Priscus y 18.8% con Marc).

CONCLUSIONES
La prevalencia de medicación potencialmente inapropiada según los listados utilizados fue alta en la cohorte analizada, existiendo una gran variabilidad en la identificación de este concepto entre las diferentes herramientas, lo que hace necesaria la creación de unos criterios propios adaptados a la tipología de los pacientes en estudio.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

914. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH: EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN

AUTORES
LÓPEZ CENTENO B, ALIOTO D, ALONSO CASTRO V, MARTÍN CASASEMPERE I, GIL MARTÍN A, 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 la evolución de la gestión del tratamiento antirretroviral (TAR) con una orientación hacia resultados en salud (efectividad) en una Comunidad Autónoma (CA).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo de la información obtenida a partir de herramientas informáticas que permiten la monitorización mensual de pacientes VIH con TAR. Los sistemas de información autonómicos integran datos de adquisiciones hospitalarias, dispensación a pacientes externos e indicadores farmacoterapéuticos. La información comparativa sobre indicadores se pone a disposición de los hospitales en una plataforma web para su gestión interna. Variables informadas:

desde 2004 gasto farmacéutico total TAR, nº pacientes dispensado medio/año y coste por paciente dispensado medio/año; desde 2012 se incluye el primer indicador de resultado en salud: porcentaje de pacientes con carga viral plasmática (CVP) indetectable según criterios GESIDA. En paralelo y mediante un grupo multidisciplinar (médicos de enfermedades infecciosas, farmacéuticos de hospitales y servicios centrales) se diseñan estrategias de ayuda para la toma de decisiones clínicas (protocolos, tablas de eficiencia).

RESULTADOS

Desde 2004 a 2020, el gasto total en TAR ha incrementado un 130% (82 millones de euros) y el número de pacientes un 153% (15.187 pacientes más), pasando de 9.907 pacientes dispensado medio en 2004 a 25.094 en 2020. La tendencia del coste ha sido descendente pese a la entrada en el arsenal terapéutico de nuevos fármacos. El coste por paciente dispensado año ha sido un 31% menor que en 2004, pasando de 7.735€ (2004) a 5.364€ (2020). El valor máximo de éste indicador se alcanzó en 2009 con un incremento del 24% respecto al 2004, y ha ido disminuyendo progresivamente hasta 2020 (disminución del 44% desde 2009).

A partir de 2012 se incluye en el seguimiento el indicador de efectividad, que se ha mantenido en valores prácticamente estables entre el 94-95% desde 2014. En el año 2020 el 92% de los pacientes en TAR tienen CVP indetectable (rango: 91-99%), disminuyendo 3 puntos porcentuales desde su inclusión en 2012.

En 2018, se publicó un protocolo de uso del TAR de inicio y simplificación de pacientes VIH con el objetivo de servir de referencia a profesionales sanitarios de nuestra CA implicados en la atención de pacientes VIH. Dicho protocolo incluyó una tabla de eficiencia con los costes/año de las pautas de tratamiento recomendadas que se actualiza y publica semestralmente como ayuda a la gestión del TAR.

En 2020, las combinaciones a dosis fija en comprimido único correspondientes a 5 marcas comerciales (bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida, dolutegravir/lamivudina/abacavir, dolutegravir/lamivudina, rilpivirina/emtricitabina/tenofovir alafenamida, darunavir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamida) concentran el 58% del gasto total en TAR (84 millones de euros).

CONCLUSIONES

Se ha conseguido disminuir el coste por paciente manteniendo la efectividad de los tratamientos, con un 92% de los pacientes VIH como mínimo, con CVP indetectable. La introducción de nuevos genéricos y las herramientas de ayuda proporcionadas para la gestión de estos tratamientos han podido contribuir a esta disminución pese al incremento del número de pacientes.

Avanzar en resultados de efectividad añade valor a los indicadores puramente económicos.

Tener los indicadores disponibles en una plataforma a tiempo real facilita el acceso a los datos por parte de los profesionales.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

945. ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LA UTILIZACIÓN DE LA PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

AUTORES

MECA CASASNOVAS N, PARDO PASTOR J, SEBASTIÁN CARRASCO C, IGLESIAS RODRIGO M, MARCH LÓPEZ P, GARRETA FONTELLES G, NICOLÁS PICÓ J

HOSPITAL UNIVERSITARI MUTUA TERRASSA. PLAÇA DEL DOCTOR ROBERT 5º. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar y describir el uso de la profilaxis postexposición (PPE) para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y determinar el cumplimiento en base a las recomendaciones establecidas por las guías de referencia (GESIDA® 2018).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital universitario de tercer nivel entre agosto-2014 hasta enero-2021. Se incluyeron todos aquellos pacientes que durante el período de estudio recibieron PPE para el VIH.

Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), tipo de exposición (ocupacional/no ocupacional), riesgo de contagio (considerable/intermedio/bajo), fuente de contacto (desconocido/conocido), inicio del tratamiento durante las primeras 72 horas post-exposición, lugar dónde se prescribió la PPE, medicación indicada, número de tratamiento previos y seroconversión. Los datos se obtuvieron mediante el programa de prescripción electrónica e historia clínica de HCIS®.

Se realizó un análisis estadístico de tipo descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas para las variables categóricas.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se iniciaron 105 tratamientos de PPE al VIH a un total de 95 pacientes. En concreto, 8 pacientes ya habían recibido tratamiento profiláctico previamente (n=2) y 2 de estos un total de tres veces. El 68,4% eran hombres, con una mediana de 34 años de edad para la población expuesta (Rango Intercuartílico=12,6). Se excluyó un paciente por falta de datos recogidos.

El tipo de exposición predominante resultó no ocupacional en el 73,3% de los casos, siendo la principal vía de contacto sexual, representando el 66,6%. El riesgo de contagio resultó ser considerable en el 58,1%, 21,9% riesgo intermedio, 19,0% bajo riesgo y 1,0% desconocido.

La fuente de contacto fue desconocida en el 65,7% de los pacientes y en el 33,3% de los casos era conocedor del estado seropositivo. Fueron motivo de consulta al servicio de urgencias en el 87,5%, 10,5% atención primaria, 1,0% salud laboral y 1% desconocido.

Respecto al tratamiento, el 5,7% inició tratamiento con lopinavir/ritonavir+ emtricitabina/tenofovir-disoproxilo (DP),

el 39,0% recibió tratamiento con raltegravir+ emtricitabina/tenofovir-DP y el 55,3% de los pacientes con dolutegravir+ emtricitabina/tenofovir-DP durante 28 días de acuerdo con las recomendaciones de las guías GESIDA®.
El 94,3% de las profilaxis se iniciaron antes de las 72 horas post-exposición y ningún paciente desarrolló seroconversión. No obstante, en el 2,9% de las PPE no se completó el tratamiento por problemas de tolerancia.

CONCLUSIONES

La mayoría de la población usuaria de la PPE son hombres jóvenes, siendo la principal vía de exposición no ocupacional, mayoritariamente por contacto sexual.
El 90,4% de los inicios de tratamiento estaba indicada la profilaxis post exposición y en el 94,3% se realizó durante las primeras 72 horas. En ningún caso desencadenó en seroconversión, demostrando buenos resultados en la práctica clínica. Los tratamientos indicados fueron variando a lo largo de los años en línea a lo establecido por las guías de referencia, adoptando las recomendaciones según convención del paciente. De este modo, facilitando la adherencia y la eficacia del tratamiento, pasando de 3 comprimidos/día a 2 comprimidos/día en el caso de dolutegravir+ emtricitabina/tenofovir-DP, simplificando la pauta en la actualidad.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

957. ANALISIS DE LA EFECTIVIDAD EN VIDA REAL DE BITERAPIA BASADA EN DOLUTEGRAVIR Y LAMIVUDINA

AUTORES

DE FRUTOS DEL POZO M, ARNAIZ DIEZ S, ORTOLL POLO MV, VICENTE GONZÁLEZ B, SÁNCHEZ LUQUE L, UBEIRA IGLESIAS M, GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ I, REVILLA CUESTA N
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. AVENIDA ISLAS BALEARES Nº3. BURGOS

OBJETIVOS

Evaluar la no inferioridad del cambio a tratamiento con biterapia: Dolutegravir (DTG) + lamivudina (3TC) en pacientes diagnosticados de VIH, frente al tratamiento previo con triterapia estándar según el protocolo de tratamiento del hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo con todos los pacientes VIH+ en tratamiento con triterapia estándar del centro, que pasaron a biterapia con DTG/3TC desde septiembre de 2018 hasta mayo de 2021. Los criterios de inclusión fueron: tratamiento en biterapia 6 meses o más, disponibilidad de datos analíticos con carga viral (CV) y linfocitos CD4 (CD4) (previos y posteriores al cambio) y cumplimiento terapéutico según el análisis de registro de dispensaciones.
Se recogieron variables demográficas y clínicas a partir de la Historia Clínica Electrónica y del módulo de dispensación a pacientes externos de Farmacia. Las variables fueron: fecha de nacimiento, sexo, fecha de inicio biterapia, cifras de linfocitos CD4 en cel/mm3 y carga viral en copias/ml. Las cifras de CD4 y CV recogidas fueron: la correspondiente a la última analítica justo antes del cambio de tratamiento (previa) y todas las cifras posteriores desde el cambio de tratamiento hasta la fecha fin del estudio. Se consideró como CV indetectable CV < 50 copias/ml. Las CV observadas entre 50-500 copias/ml de manera aislada (un único hallazgo en las analíticas de seguimiento) se categorizaron como blips, según guías GESIDA 2020.
La recogida de datos y el análisis estadístico se realizó con hoja de cálculo Microsoft-Excel2010.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 65 pacientes, (72,7% hombres) con una media de edad de 48,4 años (IC95% 45,4-51,3 años). La media de meses en tratamiento con biterapia fue de 22,7 meses (IC95% 18,5-26,9 meses)
Todos los pacientes tenían CV indetectables previo al cambio de tratamiento. Desde el cambio a biterapia, todos los pacientes presentaron CV indetectables excepto 6 pacientes (9,2%) que presentaron un blip como hallazgo único en alguna de las analíticas de control (no considerado fracaso terapéutico según guías GESIDA 2020).
En el análisis de los valores de CD4 previos al cambio se observó una media de 833 cel/mm3 (IC95% 751,7-914,4cel/mm3). La media de CD4 observada tras el cambio de terapia fue de 899,5cel/mm3 (IC95% 812,2-986,8cel/mm3). La diferencia de medias fue 66,5cel/mm3 (IC95% -71,6-204,6cel/mm3). Mediante prueba t Student bilateral, se obtuvo una p=0,277. Ambos valores indican que las diferencias no son estadísticamente significativas, ya que p > 0,05 y el intervalo de confianza incluyó la hipótesis nula (diferencia=0).

CONCLUSIONES

El análisis de los valores analíticos seleccionados ya sea CV o CD4 indicó que, las diferencias observadas entre los valores previos y los valores tras el inicio de la biterapia y hasta el fin del estudio, no son estadísticamente significativas.
El control de estos valores analíticos, estándares para la evaluación de la eficacia de las terapias de manejo del VIH, es igual para los pacientes que simplifican el tratamiento a biterapia basada en DTG+3TC frente a la triterapia estándar.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

959. SEGURIDAD, FARMACOCINÉTICA/FARMACODINAMIA Y EFICACIA DE DAPTOMICINA A DOSIS ELEVADAS. ¿HAY SUFICIENTE EVIDENCIA SOBRE LA PREVALENCIA DE SU POTENCIAL TOXICIDAD MUSCULAR?

AUTORES

RÍO NO L, PÉREZ DE AMEZAGA TOMÁS L, LUQUE S, SORLI L, CAMPILLO N, PRIM N, GRAU S
HOSPITAL DEL MAR. Pº MARITIMO, 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

El uso de daptomicina a dosis superiores a las prescritas en los ensayos clínicos (4-6 mg/Kg/día) es una práctica habitual derivada de su actividad terapéutica.

El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad, farmacocinética/farmacodinamia (PK/PD) y eficacia de daptomicina a dosis elevadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado en un hospital terciario (Septiembre2015-Diciembre2019).
Datos recogidos: demográficos, clínicos, microbiológicos, PK/PD, eficacia, efectos adversos (EA) y tratamientos concomitantes.
Ajuste proactivo de dosis de daptomicina desde Farmacia basado en monitorización de las concentraciones plasmáticas. Considerando como objetivo PK/PD óptimo un área bajo la curva concentración-tiempo de 0-24h frente a la concentración mínima inhibitoria, (AUC024h/CMI) > 666 mg*h/L y como supraterapéutica una concentración mínima o valle en el estado estacionario (ss), Cmin,ss > 24,3mg/L. Niveles de daptomicina obtenidos pre-dosis (Cmin,ss) y 30-minutos post-infusión (Cmax,ss), y determinados mediante HPLC. AUC024h estimado a partir de la ecuación de Pai MP et al. CMI determinada mediante MicroScan según el EUCAST y en algunos casos, confirmada por Etest.
Los potenciales EA fueron monitorizados durante el tratamiento (toxicidad muscular (síntomas y creatina fosfoquinasa (CK), recuento total/relativo de eosinófilos), considerando elevación de CK y de eosinófilos cualquier valor por encima del límite superior de la normalidad (LSN). Se recogieron los tratamientos concomitantes con potencial toxicidad muscular (estatinas, fibratos, colchicina, voriconazol). Datos cuantitativos expresados como mediana (rango interquartil)

RESULTADOS

Se incluyeron 62 pacientes (38,7% críticos). Indicaciones más frecuentes: endocarditis (22,6%), bacteriemia asociada a catéter (21,0%) e infección de prótesis articular (19,4%). Tratamiento dirigido en 41(66,1%), aislándose principalmente Staphylococcus aureus meticilin resistente (14;34,1%). CMI disponible en 30 pacientes (48,4 %) cuyo valor fue < 0,5mg/L en el 93,3%.
Dosis media de daptomicina empleada 9,1±2 mg/kg/día, durante una mediana de 16 días (3-49). Datos PK/PD: Cmin,ss 13,7 mg/L (20,2), concentración máxima o pico en el estado estacionario (Cmax,ss) 65,2mg/L (53,4), AUC024h,ss 776,1 mg*h/L (789,2). Se alcanzó un objetivo PK/PD óptimo en 95,0% de los pacientes y curación clínica en 82,2%. Tasa de mortalidad a los 30 días 25,1%.
Diecisiete pacientes (27,4 %) (6 de ellos (35,3%) con niveles supraterapéuticos) sufrieron algún EA: 15 pacientes eosinofilia, 2 con neumonitis asociada (uno de ellos junto aumento de CK) y ambos con suspensión del tratamiento), 2 sólo aumento de CK. Ningún paciente con elevación de CK seguía tratamiento concomitante con otro fármaco potencialmente tóxico a nivel muscular. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre Cmin,ss; Cmax,ss o AUC024h,ss en los pacientes sin o con EA (13,1(18,4), 66,5(42,9) y 777,9(680,0) frente 18,1(18,8), 65,0(86,2) y 742,1(914,5); p > 0,05).

CONCLUSIONES

Menos del 30% de los pacientes experimentaron algún EA, siendo el más frecuente la eosinofilia. Únicamente 2 pacientes suspendieron el tratamiento con daptomicina (por neumonitis). La elevación de CK fue menos frecuente que la descrita en ficha técnica (de hasta el 10%) y el tratamiento concomitante con estatinas o los niveles plasmáticos no se revelaron como factores de riesgo asociados. El uso de dosis elevadas de daptomicina no parece relacionarse con un mayor riesgo de EA en los pacientes estudiados.
Los datos obtenidos respaldan que daptomicina es segura y eficaz incluso a dosis altas y en tratamiento asociado a estatinas.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

962. BEZLOTOXUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: EFICACIA Y SEGURIDAD

AUTORES

DE FRUTOS DEL POZO M, MACHÍN MORON MA, ARNAIZ DIEZ S, UBEIRA IGLESIAS M, ESPINOSA GÓMEZ MP, SÁNCHEZ LUQUE L, VICENTE GONZÁLEZ B, INFANTE CAMARERO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. AVENIDA ISLAS BALEARES Nº3. BURGOS

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio fue evaluar la eficacia y seguridad del bezlotoxumab en pacientes adultos con infecciones graves por Clostridium difficile(CD).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo, retrospectivo, desde julio de 2019 hasta mayo de 2021. Se recogieron datos demográficos (sexo y fecha de nacimiento) y datos clínicos como: categoría de la infección por CD (primer episodio grave o recurrencia) evaluado según escala ZAR de puntuación, cepa de CD, patología de base, fecha de la administración de bezlotoxumab, tiempo de recurrencia (infección por CD (ICD) después de la administración de bezlotoxumab), efectos adversos y éxitus. Se compararon los resultados obtenidos con los estudios pivotales (MODIFY I y II)

RESULTADOS

Se trataron doce pacientes con bezlotoxumab (6 mujeres), con una mediana de edad de 69,2 años (45,8-87,4 años) en el momento de la administración del fármaco.
La mediana del tiempo de seguimiento postadministración fue de 4,8 meses (2,0-21,9 meses).
La indicación para iniciar tratamiento con bezlotoxumab fue, diagnóstico de ICD grave (ZAR > 2) y/o inmunosupresión severa en nueve pacientes. De los restantes, un paciente inició tratamiento por recidiva grave tras episodio de ICD y dos pacientes presentaron una primera ICD por una cepa hipervirulenta (027).
Dos pacientes sufrieron recidivas tras el tratamiento con bezlotoxumab dentro de los primeros 3 meses de seguimiento, presentando uno de ellos megacolon tóxico como complicación de la infección.

La gravedad de las patologías de base de cuatro de los pacientes, desencadenó su fallecimiento, acortando por ello el tiempo de seguimiento de los tres últimos, debido a la proximidad entre la ICD y el éxitus.
El riesgo de sufrir un fracaso terapéutico (aparición de 1 o más recurrencias) en los 22 meses de seguimiento es de 16,7% y la tasa observada es de 2,64 recurrencias por cada 100 pacientes tratados y mes de seguimiento. La prevalencia de las recurrencias observadas es del 16,7%.
La mayoría de los pacientes (once) fueron tratados para indicaciones distintas a la recogida en los ensayos pivotales (tratamiento de primeras recidivas graves). Dichos estudios obtuvieron una prevalencia de recurrencia postratamiento del 10% frente al 16,7% observado en nuestros pacientes.
Debido a las diferencias entre las poblaciones, los resultados no son comparables.
Ningún paciente presentó efectos adversos al tratamiento.

CONCLUSIONES

La prevalencia de recurrencia postratamiento observada es mayor a la esperada según los datos recogidos en la bibliografía. La limitación que nos encontramos para realizar un análisis comparativo mayor, es la diferencia entre las poblaciones, tanto por la n como por la indicación.
El perfil de seguridad observado es similar al de los estudios previamente comentados.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

979. CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO. IMPLICACIÓN DE LA INCORPORACIÓN DE LA UNIDAD DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

AUTORES

GARCIA MOLINA O, ROLDAN VALCARCEL MD, PEREZ LUJAN R, CANO MOLINA JA, DIAZ RAMON M, LA ORDEN CARRASCO A, TORRO GARCIA L, GIL ALMELA J
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CARRETERA MADRID-CARTAGENA S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir el consumo de antibióticos (ATB) en un Centro Sociosanitario (CSS) de personas mayores vinculado a un Servicio de Farmacia (SF). Analizar la implicación en el consumo de antibióticos (ATB), tras la formación de un equipo multidisciplinar compuesto por el Servicio de Medicina Interna (responsables de la Unidad del Paciente Crónico Complejo (PCC) en el hospital) y el Servicio de Farmacia, junto con el personal sanitario del CSS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en el que se incluyeron a todos los residentes institucionalizados en el CSS a lo largo del año 2019 y 2020. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, ATB utilizados, coste de tratamiento, consumo de antibióticos mayor de 7 días y número de ciclos recibidos. Se obtuvieron los datos de la historia clínica y prescripciones médicas.Para el análisis del consumo de ATB se obtuvieron las DDD (dosis diaria definida)/100 estancias, dicho dato se calculó:consumo en gramos/DDD x 100/ estancias. Durante el año 2020, se formó el equipo mustidisciplinar sirviendo de apoyo al CSS, que durante la época de pandemia no disponía de médico propio para el CSS.

RESULTADOS

El CSS estudiado tiene una capacidad de 40 camas, con una media de ocupación de 35 camas. En la actualidad, el 48,5% son mujeres con una media de edad 82± 9,2 años. En 2019 (n=40), el 70% de los residentes consumieron algún antibiótico, con una media de ciclos de 3,46 [1-11]. El número total de ciclos recibidos fue de 98 con un coste total de 400 euros, siendo el grupo de las cefalosporinas el de mayor coste (38%), seguido de fosfomicina (19%). El consumo fue mayor en FOSFOMICINA (32,6%) seguido de QUINOLONAS (27,5%), y PENICILINA Y DERIVADOS (15,3%). En 2020 (n=35), un 60% consumieron algún antibiótico, la media de ciclos fue de 2 ciclos [1-5]. El número total de ciclos recibidos fue de 42 con un coste total de 136 euros, el grupo de fosfomicina (35%) fue el de mayor coste, seguido de quinolona (31%). El consumo fue mayor en FOSFOMICINA (40,4%), seguido de QUINOLONAS (33,3%) y CEFALOSPORINAS (9,5%). El consumo de ATB mayor de 7 días fue del 9,1% (n=9) en 2019 y de 7,1% (n=3) en 2020. Las principales infecciones reportadas fueron infección urinaria, respiratoria y de piel y partes blandas. Las DDD/ 100 estancias que generaron más consumo por grupo de antibiótico en 2019 fue: cefalosporinas: 1,24; penicilina y derivados: 1,06; quinolonas: 1,02 y fosfomicina: 0,47. En 2020 fue: quinolonas: 0,73; cefalosporina: 0,33; fosfomicina: 0,31 y macrólidos: 0,17. El consumo total de ATB expresado en DDD/100 estancias fue de 4,58 en 2019 y de 1,78 en 2020.

CONCLUSIONES

El consumo de antibióticos en el último año ha disminuido considerablemente. Dicho descenso se puede atribuir a la incorporación del equipo multidisciplinar al CSS, que ha sido de gran utilidad, ya que ha proporcionado una oportunidad de mejora, cuyo objetivo ha sido fomentar el uso racional de antibióticos, limitando su uso tras una correcta evaluación de la infección, realizando cultivos cuando ha sido necesario para la realización de un tratamiento dirigido.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

991. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ISAVUCONAZOL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

JIMENEZ DE-JUAN MC, LOMARES MANZANO I, PLA PASAN R, FERNANDEZ ANGUITA MJ, MANZANO MARTIN MV
HOSPITAL PUERTA DEL MAR. AV ANA DE VIYA Nº21. CÁDIZ

OBJETIVOS

Isavuconazol es un antifúngico cuyo uso se ha visto incrementado a raíz de un desabastecimiento de voriconazol, el cual tuvo especial importancia entre finales de 2020 y principios de 2021.

El objetivo fue describir el perfil de utilización de isavuconazol en un hospital de tercer nivel, valorando la adecuación de las prescripciones a las indicaciones autorizadas, así como calcular el impacto económico que ha supuesto este desabastecimiento en el hospital al favorecer la prescripción de isavuconazol.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en el que se incluyeron a todos los pacientes tratados con isavuconazol entre enero de 2019 y abril de 2021.
Las variables recogidas fueron: edad, sexo, indicación, vía de administración, posología, duración del tratamiento, tratamiento previo, efectos adversos (RAMs) y motivo de suspensión de isavuconazol.
Los datos se obtuvieron tanto de la historia clínica digital como del programa de gestión del Servicio de Farmacia.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 23 pacientes (57% hombres) con una media de edad de 60,6 años (14-79).
Las indicaciones de prescripción fueron: 47,8% (11 pacientes) aspergilosis pulmonar invasiva, 8,7% (2) mucormicosis y 43,5% (10) fuera de ficha técnica (sospecha de infección fúngica invasora no confirmada por cultivo).
Todos los pacientes recibieron la pauta intravenosa recogida en ficha técnica, y solo un paciente requirió ajuste de dosis por insuficiencia hepática.
Isavuconazol se indicó como tratamiento de primera línea en 8 pacientes (34,8%). 12 pacientes (52,2%) habían recibido un azol en alguna línea previa (11 voriconazol y 1 fluconazol) y 7 (30,4%) anfotericina B liposomal.
Isavuconazol fue prescrito en 10 pacientes (43,5%) como consecuencia del desabastecimiento de voriconazol, en 6 (26%) por contraindicación de voriconazol (5 de ellos por RAMs y uno por insuficiencia hepática), en 1(4,3%) por mala respuesta a voriconazol y en 5(21,7%) por indicación del equipo PROA del hospital.
La mediana de duración del tratamiento fue de 17 días [2-60], siendo los principales motivos de suspensión del tratamiento la mejoría o alta hospitalaria en 7 pacientes (30,4%), negativización de los cultivos en 3(13%), falta de respuesta en 3(13%), muerte en 3(13%, aunque ninguna estuvo relacionada con el tratamiento) y en 2(8,7%) por efectos adversos (alteraciones visuales y vómitos).
La administración intravenosa de isavuconazol en los 10 pacientes en los que se indicó por el desabastecimiento supuso un coste aproximado de 65.468 €, frente a los 8.360€ que hubiese costado tratar a estos pacientes con voriconazol, lo que supuso un coste incremental de +57.108€.

CONCLUSIONES

Según nuestra experiencia, a raíz del desabastecimiento de voriconazol, el uso de isavuconazol en indicaciones no recogidas en ficha técnica se ha visto incrementado en base a un supuesto mejor perfil de seguridad y de interacciones aún no confirmado. El impacto económico de dicho desabastecimiento ha sido considerable debido al alto precio de isavuconazol, por lo que consideramos de vital importancia fomentar desde el Servicio de Farmacia el uso adecuado de este antifúngico para optimizar los recursos sanitarios disponibles.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1004. REVISION FARMACOTERAPÉUTICA DE PACIENTES VIH EN TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES. PAPEL DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO.

AUTORES

PÉREZ ALPUENTE I, FERNANDEZ MARCHANTE AI, DE LAS HERAS AGUILERA J, MONTEAGUDO MARTINEZ N, SERNA SERRANO B, GARCIA MARTINEZ EM
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VILLARROBLEDO. AV. MIGUEL DE CERVANTES S/N. ALBACETE

OBJETIVOS

El farmacéutico hospitalario es un agente importante en el seguimiento de la efectividad y la seguridad de los tratamientos, así como en proporcionar las opciones terapéuticas más eficientes a los clínicos, importante dentro de la política de uso racional de los medicamentos.
El objetivo del estudio es realizar una revisión de los pacientes en tratamiento con antirretrovirales en un hospital comarcal, para conocer la efectividad, seguridad y eficiencia de los tratamientos pautados, así como detectar oportunidades de mejora en estos ámbitos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se obtuvieron los pacientes del módulo “dispensación a pacientes externos” de Farmatools®.
Se registraron los datos clínicos obtenidos del programa de historia clínica de Mambrino®: carga viral, linfocitos CD4+ (LCD4+), creatinina, enzimas hepáticas, bilirrubina y fósforo. Se registraron los tratamientos concomitantes. La efectividad del tratamiento se valoró mediante la carga viral y los niveles de LCD4+. Se calculó el número de pacientes adherentes mediante la recogida de medicación durante el último año. La seguridad se comprobó por comprobación de interacciones farmacológicas en la base de datos “HIV Drug Interactions” de la Universidad de Liverpool y las reacciones adversas notificadas. Para conocer la eficiencia, se calculó el coste anual por paciente y se buscaron alternativas más eficientes dentro de los mismos grupos farmacológicos . Se valoraron aquellos pacientes candidatos a simplificación con biterapia dolutegravir + lamivudina.

RESULTADOS

34 pacientes en tratamiento con antirretrovirales, 76,5% varones y con una media de edad de 50 años (88-25) El 79,4 % de los pacientes mantenían cargas virales suprimidas. Un 73,5 % de los pacientes mantenían más de 500 LCD4+/µL, 11,8% entre 200-500 LCD4+/µL y 8% menos de 200 LCD4+/µL. No se encontraron parámetros analíticos bioquímicos alterados. El 76,5% de los pacientes recogió la medicación correctamente durante el último año. Se detectaron 3 interacciones (2

correspondían a rilpivirina con omeprazol, y otra de suplementos de hierro con bictegravir). No se detectaron reacciones adversas . El gasto medio por paciente fue de 6615,5 €/año. Entre las oportunidades de mejora: rotura del combo rilpivirina/tenofovir-disoproxilo/emtricitabina por rilpivirina + tenofovir-disoproxilo/emtricitabina en 11 pacientes con un ahorro de 4440 €/paciente/año (total 48840 €/año de ahorro); 2 pacientes simplificación de sus terapias a dolutegravir/lamivudina, reduciendo de 2 a 1 comprimidos por día sin cambios en el coste; cambio de dos pacientes con raltegravir + emtricitabina/tenofovir-alafenamida por bictegravir/emtricitabina/tenofovir-alafenamida con un ahorro 2004 €/paciente/año (4008 €/año de ahorro) y reducción de 3 a 1 comprimido por día; cambio a un paciente de dolutegravir + emtricitabina/tenofovir-alafenamida por bictegravir/emtricitabina/tenofovir-alafenamida con un ahorro de 2280 €/año y reducción de 2 a 1 comprimido por dia; cambio de elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir-alafenamida por bictegravir/emtricitabina/tenofovir-alafenamida con un ahorro de 240 €/año. El ahorro anual total alcanzable fue de 55.368,0 €, con un posible ahorro de 1628 €/paciente/año, y disminución del coste por paciente a 4986,5 €/año (reducción del 24,7%). Las propuestas fueran notificadas al servicio de medicina interna para su valoración.

CONCLUSIONES

El farmacéutico hospitalario es un pilar fundamental en el seguimiento de la eficacia y seguridad de los tratamientos, así como en la mejora de la eficiencia.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1010. ANÁLISIS DEL CONTROL DEL USO DE ANTIBIÓTICOS RESTRINGIDOS DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS

AUTORES

MARTÍNEZ-BROCAL OGÁYAR I, LÓPEZ GÓMEZ C

HOSPITAL VITHAS XANIT INTERNACIONAL. AVDA DE LOS ARGONAUTAS S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

El incremento de resistencias bacterianas constituye un grave problema sanitario, habiéndose relacionado con un aumento en la utilización de antimicrobianos. Los Programa de Optimización de uso de Antimicrobianos (PROA) han demostrado ser una herramienta efectiva para optimizar su uso. Se plantea un estudio para analizar las intervenciones realizadas por el PROA del hospital en pacientes en tratamiento con antimicrobianos restringidos, así como el nivel de aceptación por parte del facultativo responsable.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de nivel dos. El grupo PROA del centro está constituido por un equipo multidisciplinar: médico internista, microbiólogo, enfermera de control de infecciones y farmacéutico hospitalario. Semanalmente, se revisan los tratamientos de los pacientes con algún antimicrobiano restringido (aztreonam, caspofungina, cefepime, ceftazidima/avibactam, ceftolozano/tazobactam, daptomicina, ertapenem, imipenem, linezolid, meropenem, teicoplanina, voriconazol). Se registran las siguientes variables: servicio prescriptor, tipo de antibiótico restringido, prescripción de antibiótico empírico o dirigido, adecuación del tratamiento, recomendación realizada y aceptación por parte del prescriptor.
Se analizaron los datos recogidos por el grupo PROA entre Mayo de 2018 a Abril de 2021.

RESULTADOS

Se hizo seguimiento a un total de 481 pacientes de los que se revisaron 1.194 prescripciones de antibióticos restringidos. El 33,69% de los antibióticos fueron prescritos por Medicina Interna, 22,58% por UCI, 14,72% por Hematología, 11,53% por Traumatología, 6,19% por Neumología, 5,69% por Urología y 5,60% por Cirugía. Los antibióticos restringidos prescritos por orden de frecuencia fueron: meropenem (469), linezolid (195), daptomicina (131), cefepime (75), imipenem (71), teicoplanina (71), ertapenem (53), caspofungina (39), aztreonam (33), ceftazidima/avibactam (25), voriconazol (24), ceftolozano/tazobactam (8). El 51,59% de los tratamientos se prescribieron de forma empírica, el 27,68% de forma dirigida y el 20,74% empezaron siendo tratamientos empíricos que se desescalaron a terapia dirigida según antibiograma. El grupo PROA consideró que el 31,19% de los tratamientos se había prescrito de forma incorrecta. Se realizaron un total de 373 intervenciones, siendo aceptadas el 81,63% de forma completa y el 2,72% de forma parcial.

CONCLUSIONES

Existe un alto nivel de aceptación de las propuestas realizadas por el grupo PROA.
La actividad de los grupos PROA, constituye una herramienta muy útil en el ámbito hospitalario para mejorar el uso de antimicrobianos.
La participación del farmacéutico en equipos multidisciplinares y de forma especial en los grupos PROA, es a día de hoy una realidad en el ámbito hospitalario, mejorando la calidad de la prescripción de antibióticos.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1012. IMPACTO DE LA PANDEMIA SARS-COV-2 SOBRE EL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS Y RESISTENCIAS A LOS ANTIMICROBIANOS

AUTORES

TEJEDOR PRADO P, LÁZARO CEBAS A, SUCH DÍAZ A, ESTEBAN CASADO S, SALSO ORTIZ S, SÁNCHEZ ARTOLA B, PALENCIA HERREJÓN E, ESCOBAR RODRÍGUEZ I

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. AVDA GRAN VÍA DEL ESTE 80 28031. MADRID

OBJETIVOS
Analizar el consumo de antibióticos en el área de hospitalización, así como los aislamientos bacterianos y sensibilidad antimicrobiana durante el año 2020, comparándolos con los datos correspondientes al 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, descriptivo, transversal, con recogida de datos de consumo de antibióticos en el área de hospitalización correspondientes al período 2019-20. La dosis diaria definida por cada 100 estancias (DDD/100E) se utilizó como unidad de medida del consumo, expresando las variaciones en términos relativos. Los datos de consumo se obtuvieron a través del programa de gestión FarmaTools® y el análisis se realizó empleando Microsoft Excel 2016®.
Se analizaron los aislamientos de Enterobacterias (Escherichia coli y Klebsiella pneumoniae) y Enterococos correspondientes al período 2019-20, expresando los aislamientos de cepas productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y Enterococcus faecium en términos relativos sobre el total de sus aislamientos. También se analizó la sensibilidad de Pseudomonas a distintos grupos de antimicrobianos antipseudomónicos.

RESULTADOS
Para el período objeto de estudio, el consumo de antibióticos aumentó de 87.57 a 96.03 DDD/100E en 2020, lo que representa un incremento en el consumo del 10% respecto a 2019. Los grupos de antibióticos de mayor consumo durante 2020 fueron cefalosporinas (26.64 DDD/100E), penicilinas (17.69 DDD/100E) y macrólidos (14.96 DDD/100E), siendo los macrólidos y cefalosporinas los grupos que experimentaron una mayor variación respecto al año previo. El consumo de macrólidos fue 5.36 veces superior (2.79 DDD/100E 2019) y el de cefalosporinas se multiplicó por 1.56 (17.10 DDD/100E 2019). Por principio activo, azitromicina y ceftriaxona fueron los de mayor consumo y mayor variación respecto a 2019, su consumo fue mayor 8.44 veces (13.66 frente 1.62 DDD/100E) y 2.22 veces (19.23 frente 8.66 DDD/100E) respectivamente. No se registró una variación apreciable para meropenem (4.61 frente 4.60 DDD/100E), mientras que se observó un descenso en el consumo en DDD/100E de imipenem (0.69 frente 0.87), piperacilina-tazobactam (3.99 frente 4.50), y ciprofloxacino (2.07 frente 2.70) respecto al año previo.
En cuanto a los aislamientos de enterobacterias productoras de BLEE, el porcentaje de Escherichia coli BLEE se mantuvo constante en 11% (218/1978 aislados en 2020 y 273/2494 aislados en 2019), mientras que los aislamientos de Klebsiella pneumoniae BLEE se incrementaron de 24% (153/642 aislados) en 2019 a 29% (151/524 aislados) en 2020. Así mismo, también se registró un aumento en los aislamientos de Enterococcus faecium de 23% (136/600 aislados) en 2019 a 31% (202/642 aislados) en 2020. La sensibilidad de Pseudomonas aumentó para meropenem (95.2% a 96.3%), imipenem (93.2% a 94.2%), piperacilina-tazobactam (89.7% a 90.2%) y ciprofloxacino (77.2% a 80.8%). Para ceftazidima se mantuvo estable (90.6% a 90.5%) y descendió para cefepime (94.9% a 93.9%).

CONCLUSIONES
En 2020, el aumento global y el cambio en el patrón de consumo de antibióticos debidos a la pandemia SARS-CoV-2 han contribuido a los cambios en la ecología de nuestro hospital. El incremento de aislamientos de Enterococcus faecium coincide con el aumento en el consumo de cefalosporinas de tercera generación y azitromicina. Por otro lado, el descenso en el consumo de antipseudomónicos se ha traducido en una mejora de la sensibilidad de Pseudomonas.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1055. CARACTERIZACIÓN DEL ESTIGMA SOCIAL EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

AUTORES
LÓPEZ GARCÍA Á, VÉLEZ DÍAZ-PALLARÉS M, PEÑA PEDROSA JA, SANMARTÍN FENOLLERA P, MARTÍNEZ NIETO C, SÁNCHEZ-RUBIO FERRÁNDEZ J, ONTENIENTE GONZÁLEZ A, IGLESIAS PEINADO I
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARRETERA DE TOLEDO, KM 12,500. MADRID

OBJETIVOS
Las personas que viven con VIH (PVVIH) son víctimas del estigma social que, por su impacto sobre la salud mental, puede afectar a la salud global, a la calidad de vida y a la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR).
El estigma tiene dos componentes, experimentado, compuesto por vivencias personales (PS) y la percepción de estigma en la sociedad (CPA), e internalizado, compuesto por la autopercepción negativa (NSI) y el estigma anticipado (DC).
Este trabajo pretende cuantificar el estigma de las PVVIH en TAR y analizar los posibles factores relacionados.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio multicéntrico (5 centros), observacional, prospectivo y transversal. Se incluyeron PVVIH adultas en TAR dispensado desde el área de pacientes externos. Se excluyeron pacientes con tiempo desde diagnóstico (TD) inferior a 3 meses.
El estigma global y sus componentes se midieron mediante el cuestionario validado VIH-Stigma-Scale traducido al castellano, con 40 ítems, puntuados de forma directa del 1 al 4 (“muy en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “de acuerdo” y “muy de acuerdo” respectivamente). El resultado es directamente proporcional al estigma; para cada componente se obtiene sumando los valores de los ítems que lo conforman.
Como posibles factores asociados se analizaron edad, edad de diagnóstico, vía de transmisión, género, orientación sexual, identidad de género, soporte familiar, soporte de grupo, visibilidad social del estado serológico, situación de pareja, situación laboral e implicación en el trabajo sexual.
Para la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas, y según su normalidad, se utilizó la T de Student o la U de Mann Whittney. Entre variables cuantitativas se estudió la correlación de Spearman.
Se consideraron estadísticamente significativos los p-valor inferiores al 5%.
El estudio fue aprobado por el comité ético y de investigación con medicamentos.

RESULTADOS
Se incluyeron 60 participantes, de entre 26 y 63 años (x̄=44,8±10,5); 52 eran hombres, 7 mujeres, y 1 persona no binaria.
La puntuación media del VIH-Stigma-Scale fue de 2,37/4 (PS=2,1/4; CPA=2,3/4; NSI=1,7/4; DC=3,0/4). El porcentaje de respuestas sugestivas de estigma (valores 3 y 4) fue del 44,96% (PS=31,9%; CPA=40,9%; NSI=32,2%; DC=71,8%).
Las mujeres reportaron mayor estigma que los hombres (Δx̄=25,5 IC95%:4,3-42,7; p=0,017), incluyendo CPA (Δx̄=14,18 IC95%:4,6-23,8; p=0,004).
La falta de apoyo familiar se relacionó con mayor estigma (Δx̄=20,9 IC95%:5,3-36,5; p=0,010), incluyendo PS (Δx̄=13,1 IC95%:5,6-20,7; p=0,001), CPA (Δx̄=10,4 IC95%:2,4-18,4; p=0,012) y NSI (Δx̄=8,5 IC95%:2,7-14,3; p=0,004). También se relacionó la falta de apoyo de grupo con mayor estigma (Δx̄=18,1 IC95%:3,7-32,5; p=0,015), incluyendo PS (Δx̄=9,7 IC95%:2,5-16,8; p=0,009), CPA (Δx̄=10,2 IC95%:2,9-17,5; p=0,007) y NSI (Δx̄=7,5 IC95%:2,2-12,8; p=0,006).
Las personas socialmente visibles reportaron menor estigma (Δx̄=20,4 IC95%:8,4-32,3; p=0,001), incluyendo CPA (Δx̄=8,3 IC95%:2,0-10,8; p=0,011), NSI (Δx̄=7,4 IC95%:2,9-11,9; p=0,003) y DC (Δx̄=7,3 IC95%:3,8-10,8; p=0,000).
La vía de transmisión sexual se asoció con mayor DC que la vía de transmisión parenteral (Δx̄=7,8 IC95%:2,7-13,0; p=0,011).
Se confirmó correlación entre DC y TD (r=-0,295; p=0,01).

CONCLUSIONES
El estigma social en PVVIH sigue siendo un problema actual. El componente con más peso es el anticipado, relacionado con mantener en secreto el estado serológico.
Las mujeres, las personas infectadas por vía sexual, sin apoyo social, no visibles socialmente o diagnosticadas recientemente son más vulnerables frente al estigma del VIH, lo cual deberá considerarse en posibles intervenciones futuras.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1068. IMPACTO DEL COVID-19 EN EL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES
OTERINO MOREIRA I, CARRASCO PIERNAVIEJA L, SILVA RIÁDIGOS GM, JAMART SÁNCHEZ L, MESEGUER BARROS CM, ESCUDERO VILAPLANA B, PICAZO SANCHIZ G, PÉREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. C/ BUDAPEST 1. MADRID

OBJETIVOS
Analizar el impacto del COVID-19 en el consumo de antimicrobianos en un área de salud de atención primaria (AP).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 48 meses de duración (marzo 2019-febrero 2021). Se incluyeron pacientes con dispensación de medicamentos del subgrupo terapéutico ATC J01-"Antibacterianos para uso sistémico". Los datos se exportaron de la aplicación Business Intelligence.
Las variables recogidas fueron: sexo, edad, subgrupo terapéutico farmacológico ATC, principio activo ATC, consumo en Dosis Diaria Definida (DDD), asegurados con Código de Identificación Personal Autonómico (CIPA), envases dispensados y gasto final.
La población de estudio se dividió en dos periodos: marzo 2019-febrero 2020 (preCOVID) con 744.737 tarjetas sanitarias individuales (TSI) y marzo 2020-febrero 2021 (COVID) con 752.191 TSI.
Se realizó el análisis estadístico mediante el programa SPSS v22.0

RESULTADOS
La mediana de edad de la población preCOVID (171.194) fue de 53 años (IQR 31-73), el 61% mujeres. La población COVID (109.229 pacientes) tenía una mediana de edad de 53 años (IQR 32-74), siendo un 64% mujeres.
Comparando ambos periodos, la incidencia de uso de antimicrobianos en la población se redujo del 22,8% al 14,5%, disminuyendo en un 36,2% la proporción de pacientes con dispensaciones del grupo J01.
El consumo de antimicrobianos, expresado en DDD, disminuyó en un 34,8%, resultando en 120.823 envases de antimicrobianos menos que el periodo previo, lo que supuso una reducción del gasto farmacéutico de 456.500€.
El patrón de mayor consumo de antimicrobianos, clasificado por subgrupos terapéuticos farmacológicos fue, por orden: penicilinas, macrólidos/lincosamidas, quinolonas, otros antibacterianos betalactámicos (cefalosporinas) y tetraciclinas en el periodo preCOVID; y penicilinas, quinolonas macrólidos/lincosamidas, tetraciclinas y otros antibacterianos betalactámicos (cefalosporinas) en el periodo COVID.
El mayor descenso se apreció en las penicilinas con una disminución del 44% de DDD en comparación con el periodo preCOVID, seguido de macrólidos/lincosamidas, que se redujeron en un 35,3%. Las quinolonas, cefalosporinas y tetraciclinas disminuyeron su consumo de DDD en un 24,9%, 9% y 5,6% respectivamente.
Los principios activos más consumidos en el periodo preCOVID fueron: amoxicilina > amoxicilina/clavulánico > doxiciclina > azitromicina > ciprofloxacino; y el periodo COVID: amoxicilina/clavulánico > amoxicilina > doxiciclina > ciprofloxacino > azitromicina.
Se produjo una disminución del consumo en DDD del 51,7% para amoxicilina, 34,9% para amoxicilina/clavulánico, 28,3% para azitromicina, 11,4% para ciprofloxacino y 5,5% para doxiciclina.

CONCLUSIONES
La pandemia COVID19 ha supuesto una disminución importante del consumo de antimicrobianos en nuestra población de estudio con respecto al periodo preCOVID, manteniéndose el perfil de prescripción. Esto puede ser debido a las medidas preventivas (mascarilla, higiene de manos, distanciamiento social, etc) y a los cambios en la atención asistencial llevados a cabo durante la pandemia.

Son necesarios estudios adicionales para conocer si la reducción del consumo de antimicrobianos en AP ha tenido alguna repercusión en los patrones de resistencia y contrastar nuestro trabajo con el impacto del COVID-19 en el consumo de antimicrobianos en atención hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1069. REPERCUSIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN LA PERCEPCIÓN DEL ESTIGMA SOCIAL

AUTORES
LÓPEZ GARCÍA Á, VÉLEZ DÍAZ-PALLARÉS M, PEÑA PEDROSA JA, SANMARTÍN FENOLLERA P, MARTÍNEZ NIETO C, SÁNCHEZ-RUBIO FERRÁNDEZ J, FERNÁNDEZ FRAGA F, IGLESIAS PEINADO I
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARRETERA DE TOLEDO, KM 12,500. MADRID

OBJETIVOS
El estigma social del VIH sigue siendo un problema actual que puede afectar a la salud, calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) de las personas que viven con VIH (PVVIH).
El estigma tiene dos componentes, experimentado, compuesto por vivencias personales (PS) y la percepción de estigma en la sociedad (CPA), e internalizado, compuesto por la autopercepción negativa (NSI) y el estigma anticipado (DC).
Este estudio pretende analizar la repercusión del conocimiento sobre la transmisión del VIH en la percepción del estigma en PVVIH.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio multicéntrico (5 centros), observacional, prospectivo y transversal. Se incluyeron PVVIH adultas en TAR dispensado por el área de pacientes externos. Se excluyeron pacientes con tiempo desde diagnóstico inferior a 3 meses.
Se midió el estigma y sus componentes mediante el cuestionario VIH-Stigma-Scale en castellano, con 40 ítems puntuados de forma directa del 1 al 4. El resultado es directamente proporcional al estigma; para cada componente se obtiene sumando los valores de los ítems que lo conforman.
Se evaluó el conocimiento sobre la transmisión del VIH mediante un cuestionario diseñado ad hoc de 20 enunciados, a responder “verdadero” o “falso”. El resultado es el porcentaje de acierto, considerando resultados mayores o iguales al 80% como conocimiento óptimo.
Se preguntó sobre la autopercepción del conocimiento, a responder “insuficiente”, “regular”, “bueno” o “muy bueno”.
Como covariables se analizaron edad, género, soporte familiar, soporte de grupo, nivel educativo, situación laboral, poder adquisitivo y uso de drogas.
Para la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas se utilizó, según su normalidad, la T de Student o la U de Mann Whittney, y entre variables cualitativas, la Chi-cuadrado. Posteriormente se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística binaria, ajustado por las covariables significativamente asociadas.
Se consideraron estadísticamente significativos los p-valor inferiores al 5%.
El estudio fue aprobado por el comité ético y de investigación con medicamentos.

RESULTADOS
Se incluyeron 60 participantes, de entre 26 y 63 años ($\bar{x}$=44,8±10,5); 52 eran hombres, 7 mujeres, y 1 persona no binaria.
La puntuación media del VIH-Stigma-Scale fue de 2,37/4 (PS=2,1/4; CPA=2,3/4; NSI=1,7/4; DC=3,0/4).
La evaluación del conocimiento obtuvo de media un 87,1±11,4% de acierto. 53 participantes (88,3%) tenían un conocimiento óptimo.
49 participantes (81,7%) consideraron tener un conocimiento bueno o muy bueno, aunque 4 de ellos (8,2%) tienen un conocimiento subóptimo; 11 (18,3%) consideraron tener un conocimiento regular o insuficiente, aunque 8 de ellos (72,7%) tienen un conocimiento óptimo.
Las personas con conocimiento óptimo reportaron menor PS ($\Delta\bar{x}$=13,1 IC95%:3,7-22,5; p=0,007), CPA ($\Delta\bar{x}$=10,3 IC95%:0,5-20,1; p=0,040) y NSI ($\Delta\bar{x}$=9,0 IC95%:1,9-16,1; p=0,045). El análisis ajustado por las covariables mantuvo la relación del conocimiento con PS (Odds-Ratio=0,92 IC95%:0,86-0,98; p=0,016) y NSI (Odds-Ratio=0,90 IC95%:0,82-0,99; p=0,026).
Quienes consideraron tener un conocimiento bueno o muy bueno reportaron menor estigma ($\Delta\bar{x}$=16,1 IC95%:0,1-32,1; p=0,049), incluyendo PS ($\Delta\bar{x}$=8,3 IC95%:0,3-16,3; p=0,041).

CONCLUSIONES
Las PVVIH tienen, mayoritariamente, un conocimiento óptimo sobre el VIH y, en general, así lo consideran.
Sin embargo, las PVVIH que tienen o consideran tener un conocimiento subóptimo son más vulnerables al estigma. Se deberá estudiar la posibilidad de que las intervenciones en educación sanitaria pudieran disminuir la percepción del estigma en estas PVVIH.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1070. EXPERIENCIA DE USO DE CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM EN INFECCIONES CAUSADAS POR ENTEROBACTERIAS MULTIRRESISTENTES

AUTORES
AGUADO PAREDES A, MOÑINO DOMINGUEZ L, MARTÍNEZ SUÁREZ A, BELTRÁN GARCÍA M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. C/ DOCTOR FEFRIANI 3. SEVILLA

OBJETIVOS
Describir el perfil de utilización y la efectividad de ceftazidima/avibactam en infecciones causadas por bacterias Gram negativas multirresistentes productoras de carbapenemasas en un Hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes que recibieron ceftazidima/avibactam desde febrero de 2019 hasta abril de 2021. Para la recogida de datos se utilizó la Historia Clínica Electrónica y el programa de Prescripción Electrónica. Se recogieron variables demográficas, relativas a la infección -microorganismo aislado, foco- relativas al tratamiento –duración, dosis prescrita, antibiótico concomitante-, y de eficacia -resolución de la infección y supervivencia a los 30 días de tratamiento-.

RESULTADOS

Se incluyeron 16 pacientes, el 56% fueron mujeres con mediana de edad de 65 años. Se utilizó como tratamiento dirigido en 15 pacientes (93,8%) y empírico en 1 paciente portador de microorganismos multirresistentes (6,2%). Los microorganismos aislados fueron Klebsiella pneumoniae productor de carbapenemasa por mecanismo OXA-48 (33,3%), metalo-betalactamasas VIM (13,3%), KPC (13,3%), y por varios mecanismos de resistencia (6,7%); Enterobacter cloacae productor de carbapenemasas OXA-48 (6,7%) y Pseudomona aeruginosa multirresistente (26,7%).
Los focos de infección fueron: urinario (31,3%), intrabdominal (18,8%), piel y partes blandas (18,8%), respiratorio (12,5%), asociado a catéter (6,3%) y foco no claro (12,5%).
La mediana de duración de tratamiento fue 8,5 días (5-35) y la dosis empleada fue 2g/500mg cada 8 horas en 12 pacientes (75%) y 1g/250mg cada 8 horas en 4 pacientes (25%) que presentaban insuficiencia renal. Se monitorizaron los niveles plasmáticos de ceftazidima a dos pacientes, recomendándose a uno de ellos el cambio de administración de perfusión intermitente a perfusión extendida para así cumplir el criterio de eficacia.
En 13 pacientes se utilizaron otros antimicrobianos de forma concomitante (81,3%) siendo el aztreonam el más frecuente (31,3%) seguido de tigeciclina (18,8%).
En los 2 casos en los que se aisló Klebsiella pneumoniae productor de carbapenemasa tipo VIM, se utilizó ceftazidima/avibactam combinado con aztreonam para revertir la sensibilidad al aztreonam.
Se produjo resolución de la infección en 14 de los casos (87,5%). La supervivencia a los 30 días fue del 93,8%.
Además de estos 16 pacientes, 4 más estuvieron en tratamiento con ceftazidima/avibactam durante un día por sospecha de Klebsiella pneumoniae y Escherichia coli multirresistentes, pero se desescaló inmediatamente al obtener el antibiograma.

CONCLUSIONES

Ceftazidima/avibactam se utiliza acorde con las indicaciones para enterobacterias multirresistentes productoras de carbapenemasas, en la mayoría de los casos para Klebsiella pneumoniae. La experiencia de uso muestra una relevante efectividad en la resolución de la infección (87,5%), aunque se utilizó antibioterapia concomitante en el 81,3% de los casos. La correcta utilización puede ser debida a la supervisión por un equipo multidisciplinar que garantiza el uso racional y evita el desarrollo de resistencias.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1071. ESTABILIDAD DE ANTIBIÓTICOS EN INFUSORES ELASTOMÉRICOS PARA TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DOMICILIARIO ENDOVENOSO

AUTORES

ESTEBAN CARTELLE B, VICENTE OLIVEROS N, PÉREZ MENÉNDEZ-CONDE C, SERRANO LÓPEZ DR, LEÓN GIL LA, MARTÍN DÁVILA P, FORTÚN ABETE J, ÁLVAREZ DÍAZ AM

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. M-607, KM. 9, 100. MADRID

OBJETIVOS

Revisar la bibliografía acerca de la estabilidad de antibióticos en infusores elastoméricos que apoyen su uso como tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática entre el 26/12/2020 y el 07/01/2021 empleando como modelo la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) en las bases de datos PubMed, Embase, Web of Science y Cochrane. Los criterios de inclusión fueron estudios que demostrasen estabilidad fisicoquímica a 32±1ºC o más y que empleasen HPLC o espectrómetro de masas como instrumento de medida. Estos valores de temperatura se corresponden con los recomendados por el Yellow Cover Document (YCD). Se consideró estable si se conservaba más del 90% de la concentración inicial de fármaco.
Se recogieron los siguientes datos: antibiótico, concentración, disolvente, temperatura y tiempo de estabilidad.

RESULTADOS

Se encontraron un total de 1615 estudios. Tras limpiar duplicados, se revisaron los títulos de 1044 artículos, seleccionando 78 tras la lectura del abstract. Finalmente, 11 artículos fueron incluidos. Los antibióticos sobre los que se han encontrado datos son: aztreonam, cefazolina, ceftarolina, piperacilina/tazobactam, cefmetazol, flucloxacilina y ticarcilina/ácido clavulánico. De ellos, los 3 últimos no se encuentran comercializados en España.
Los datos de estabilidad encontrados fueron:
- Aztreonam: 72h a 35±1ºC a concentración entre 1,1-11,3 mg/mL en suero salino fisiológico (SSF).
- Cefazolina (2 artículos): el primero, 12h a 35ºC seguido de 12h a 25ºC a concentración 12,5 y 25 mg/mL en SSF o glucosa 5% (G5%), previamente refrigerado durante 3 días. El segundo, reporta estabilidad durante 24h a 31,1ºC a 25 mg/mL en SSF o G5%.
- Cefmetazol: 24h a 31,1ºC a 33mg/mL en SSF y G5%.
- Ceftarolina: 12h a 35ºC a 6 mg/mL en SSF.

- Flucloxacilina (3 artículos): el primero, 24h a 32ºC a concentración de 10 y 50 mg/mL en tampón citrato 0,3% estando previamente refrigerado 13 días. El segundo, muestra estabilidad durante 24h a 31ºC a 50 mg/mL en SSF, previa refrigeración 6 días. El tercero, 24h a 37ºC a 50 mg/mL en SSF o agua para inyectables con tampón fosfato 0,384M, previa refrigeración 6 días.
- Piperacilina/tazobactam (6 artículos): El primero, estable 24h a 37ºC a 50/6,25 mg/mL en SSF con tampón citrato sódico 4%, refrigerado previamente 7 días. El segundo, 24h a 35±1ºC a concentraciones 9/1,1 y 49,5/6,2 mg/mL en SSF. Estos resultados a 9/1,1 mg/mL fueron también reforzados por el tercer estudio . En el cuarto trabajo, piperacilina/tazobactam 67/8 mg/mL en SSF y G5% resultó estable durante 24h a 31,1ºC. El quinto, 24h a 32ºC a concentraciones 22/3 y 80/10 mg/mL en SSF tamponado con citrato 0,3%, tras 13 días refrigerado. El sexto, 24h a 32ºC a 50/6,25 mg/mL en SSF tras 7 días refrigerado.
- Ticarcilina/ácido clavulánico: 24h a 35±1ºC a concentración entre 12/0,8-150/10 mg/mL en SSF.

CONCLUSIONES

- Existen pocos estudios en los que se demuestre la estabilidad de antibióticos en elastómeros en las condiciones de temperatura recomendadas por el YCD .
- Aztreonam, cefazolina, ceftarolina y piperacilina/tazobactam son antibióticos disponibles en España y con datos de estabilidad favorables para su uso en TADE.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1074. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN INFECCIONES ODONTOLÓGICAS EN UN CENTRO PENITENCIARIO

AUTORES
FERNÁNDEZ LÓPEZ DE VICUÑA EM, NOGALES GARCÍA M, VELASCO GARCÍA R, PORTU ZAPIRIAIN J, VARGAS AXPE A, VALDAZO MARTÍN C, MARTÍNEZ MARTÍNEZ C, LÓPEZ DE ARCAUTE TRINCADO A
CENTRO PENITENCIARIO ARABA - CENTRO SALUD ZABALLA. CALLE PORTILLO DE SAN MIGUEL 1 01230. ÁLAVA

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de una intervención (sesión formativa) en la calidad de la prescripción de un centro penitenciario (CP) en el tratamiento de infecciones odontológicas, las más prevalentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasiexperimental pre y post intervención entre enero de 2019 y junio de 2020 (18 meses en total, 9 pre-intervención y 9 post-intervención). Los criterios de adecuación se establecieron según las recomendaciones de una guía de tratamiento de enfermedades infecciosas en Atención Primaria de ámbito local. Se tomó como tratamiento estándar indicado para las infecciones odontológicas tratadas en el CP amoxicilina 500 mg – 1 g cada 8h durante 5-7 días y, en caso de alergia a beta-lactámicos, clindamicina 300 mg/8h de 5 a 7 días. En octubre de 2019 se diseñó una intervención en forma de sesión clínica sobre la optimización del tratamiento antimicrobiano en infecciones odontológicas. Dicha sesión fue impartida al equipo médico, enfermería y farmacia por un médico de Atención Primaria adscrito al centro. En estos 18 meses se registraron las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico/tipo de infección y tratamiento antimicrobiano (dosis, frecuencia y duración). El consumo se obtuvo calculando las DDD/100 estancias. Para el procesamiento de los datos estadísticos se utilizó SPSS v.23. Las variables categóricas se compararon utilizando la prueba chi-cuadrado, con un nivel de significación elegido de $p < 0,01$. Criterios de exclusión: no se incluyeron los tratamientos con espiramicina/metronidazol por no disponer de la DDD correspondiente (en total 12 tratamientos).

RESULTADOS

Se registraron en total 306 líneas de tratamiento, correspondientes a 219 pacientes, en su mayoría hombres (82%) y con una edad promedio de 38 años. Del total de prescripciones, 151 fueron registradas antes de la sesión formativa y 155 después. Antes de la intervención, 90 tratamientos (59,6%) cumplían con los criterios de adecuación a las guías; después de la intervención, 134 prescripciones fueron adecuadas (86,4%), resultando este incremento estadísticamente significativo. En cuanto a los consumos, en la fase pre-intervención las DDD/100 estancias fueron amoxicilina: 7,2, amoxicilina/clavulánico: 6 y otros: 0,5. Tras la intervención, amoxicilina: 9, amoxicilina/clavulánico: 2,2 y otros: 0,2. Este cambio de tendencia a amoxicilina también resultó estadísticamente significativo.

CONCLUSIONES

La sesión formativa mejoró la adecuación de los tratamientos a la guía de referencia sobre infecciones odontológicas en el CP. A la vista de los resultados, parece interesante extender el programa a otros tipos de infecciones habituales en prisión con la implantación de un programa de optimización de antibióticos, incluyendo en éste sesiones formativas para fomentar la adecuación a las guías. Limitaciones: al CP acuden odontólogos ajenos al centro que no estuvieron presentes en la sesión formativa y cuyas prescripciones se tuvieron en cuenta en el estudio. Además de suponer un sesgo, es también un punto de mejora.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1078. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDINA FRENTE ABACAVIR/DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDINA EN UNA COHORTE REAL DE PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA PRETRATADOS.

AUTORES
MENDOZA ACOSTA I, LÁZARO LÓPEZ A, TARDÁGUILA MOLINA P, LAVANDEIRA PÉREZ M, CASARRUBIOS LÁZARO GI, DEÁN BARAHONA C, HORTA HERNÁNDEZ AM, TORRALBA GONZÁLEZ DE SUSO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJAR. C DONANTE DE SANGRE. GUADALAJARA

OBJETIVOS
La simplificación del tratamiento antirretroviral con dolutegravir/lamivudina (2-DR) mejora el perfil de seguridad y el coste-efectividad del tratamiento. Aunque su eficacia y seguridad frente a triple terapia (3-DR) en pacientes pretratados se ha demostrada en ensayos clínicos, los datos de vida real son escasos.
El objetivo de este estudio es analizar la efectividad y seguridad de 2-DR frente a 3-DR con abacavir/dolutegravir/lamivudina en una cohorte real de pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) pretratados.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional ambispectivo en pacientes VIH-1 con 2-DR o 3-DR pretratados, en un área de salud desde julio-2018 hasta noviembre-2020. El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación hospitalario y registrado en la Agencia Española del Medicamento. La efectividad se midió mediante un diseño de no inferioridad estableciendo un valor delta del 12%. Se calculó la diferencia de proporción de pacientes (DPP) con carga viral (CV) < 50 copias/ml y 200 copias/ml entre 2-DR y 3-DR a las 24 y 48 semanas mediante un análisis por intención de tratar.
Variables recogidas mediante la historia clínica: edad, sexo, tratamiento previo, CV y recuento de CD4+ (basal y cada 16-24 semanas), fracaso virológico (FV), aparición de resistencias y de efectos adversos (EA). Se utilizaron las pruebas de chi-cuadrado o Fisher y T de Student mediante Stata 15.0.

RESULTADOS
Se incluyeron 189 pacientes, 45% con 2-DR. La mediana de edad fue 48 (40-54) en 2-DR y 50 (44-54) años en 3-DR (p=0,48). El porcentaje de varones fue 71,8% y 70,2% respectivamente (p=0,81). El 80% de pacientes con 2-DR presentaban CV basal < 50 copias/ml frente a un 52,5% de 3-DR (p < 0,001). El recuento basal de CD4+ fue de 625 (425-825) y 610 (350-880) células/µL (p=0,40) en 2-DR y 3-DR respectivamente.
En la semana 24, el 85,2% de 2-DR presentaban CV < 50 copias/ml frente al 67,4% de 3-DR, DPP:17,9 (IC95%:4,9 a 30,9; p=0,01). El 90,2% de 2-DR tenían CV < 200 copias/ml y el 87% de 3-DR, DPP:3,2 (IC95%:-7 a 13,4; p=0,55). A las 48 semanas, el 75,5% con 2-DR presentaban CV < 50 copias/ml frente al 75,3% en 3-DR, DPP: 0,2 (IC95%:-15,4 a 15,7; p=0,98). El 91,8% presentaban CV < 200 copias/ml en ambos grupos, DPP: 0,06 (IC95%:-9,9 a 10, p=0,99). Todas las DPP se situaban a favor de 2-DR. El porcentaje de FV en 2-DR fue de 3,5% y 7,7% en 3-DR (p=0,35). Se detectaron mutaciones de resistencia en uno y dos pacientes respectivamente (p=0,35). No se observaron diferencias entre el incremento de CD4+ frente al nivel basal en ambos grupos, p=0,12 y p=0,08 en la semana 24 y 48 respectivamente. El 10,6% de pacientes con 2-DR presento algún EA frente al 32,7% con 3-DR, p < 0,001.

CONCLUSIONES
Este estudio demuestra la no inferioridad de 2-DR frente a 3-DR en pacientes con VIH-1 pretratados a las 24 y 48 semanas, estableciendo CV < 200 copias/ml como criterio de supresión virológica. No se observan diferencias en la aparición de FV entre ambos grupos. El perfil de EA es significativamente mejor en pacientes con 2-DR. Estos datos apoyan la simplificación del tratamiento con 2-DR en pacientes con VIH-1 pretratados.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1142. EVALUACIÓN DE LOS CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

AUTORES
MARTÍNEZ SOTO AM, GARCÍA CORONEL M, PASTOR MONDEJAR C, ORTIZ FERNANDEZ P, SALAR VALVERDE I, CABALLERO REQUEJO C, RENTERO REDONDO L, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS
Evaluar la incidencia y los motivos de cambio de tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por VIH activos en el año 2020.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel desde enero 2019 a marzo 2021 en el que se recogieron todos los cambios de tratamiento antirretroviral comprendidos entre estos años en los pacientes con VIH activos en el año 2020.
Se recogieron de la historia clínica informatizada (HCI) los datos demográficos (sexo y edad), tratamientos previos y posteriores al cambio, carga viral (CV) y CD4 en ese momento y motivo del cambio.
Para la recogida de datos se analizaron los registros informáticos de las dispensaciones en el programa informático de gestión de farmacia SAVAC.

RESULTADOS
De los 503 pacientes que recogieron su medicación antirretroviral en el Servicio de Farmacia en el año 2020 se incluyeron los 216 en los que se habían producido cambios en la prescripción desde enero de 2019 hasta la marzo del 2021, encontrando un total de 245 switch.
El 78.24% de los pacientes fueron hombres, con una media de edad de 48,9±11.8 años. En el momento del cambio el 84.49% tenía CV indetectable, la media de CD4 fue 774,14±370.71x10^3/uL.
El 78.3% de los cambios fueron proactivo (entendiendo esto como un cambio en ausencia de reacciones adversas o fracaso terapéutico) siendo el 21.7% reactivos.
Los principales motivos de cambio proactivo fueron: simplificación en 57.29% (37.5% en número de comprimidos, 13.02% en número de principios activos y 6.77% en ambos, entendiendo así que en los dos últimos casos venía implícito evitar toxicidad futura), 13.02% evitar toxicidad exclusivamente y 26.56% evitar interacciones futuras. Mientras que los

principales motivos de cambio reactivo fueron en primer lugar toxicidad 62.26% (siendo las más habituales, toxicidad neurológica, digestivas, hepáticas, renal, aumento de peso y toxicidad ósea), fracaso terapéutico 22.64%, interacciones 9.43 %, embarazo 3.77% y adherencia 1.89%.
Las combinaciones de tratamiento más frecuentes antes del cambio fueron 2 inhibidores de retrotranscriptasa análogos(ITIAN)+un inhibidor de integrasa(INI) 37.96%, 2ITIAN+un inhibidor de proteasa(IP) 11.02%, 2 ITIAN+un inhibidor de retrotranscriptasa no análogo ITINN 9.83%, 16.32% llevaban biterapia (dolutegravir (DTG)+ lamivudina (3TC) 15.10% y rilpivirina (RPV) + DTG 1.22%) y el 25.31% otras combinaciones.
Tras el switch los tratamientos más frecuentemente prescritos fueron 2 ITIAN+ INI 45.3%, 2 ITIAN+IP 13.87%, 2 ITIAN+ ITINN 3.67%, 35.51% llevaban biterapia (DTG+3TC 28.98 % y RPV+ DTG 6.53%) y el 1.63 % otras combinaciones.

CONCLUSIONES

La mayoría de nuestros pacientes tenía CV indetectable en el momento del switch, lo cual muestra la gran eficacia de los antirretrovirales actuales empleados en el tratamiento del VIH. También hemos observado que éstos fármacos tienen un buen perfil de seguridad, siendo según lo observado en nuestros pacientes una de las causas minoritarias de cambio de tratamiento.
Los cambios de tratamiento observados actualmente van dirigidos hacia mejorar tanto la adherencia como la calidad de vida de los pacientes con infección por VIH, siendo la mayoría por simplificación tanto en número de comprimidos como en principios activos estando incluida en este último término una mejoría en el perfil de seguridad e interacciones.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1161. EFICIENCIA DE LA SIMPLIFICACION A BITERAPIA CON DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDINA EN PACIENTES VIH

AUTORES

CUERVO ESCRIBANO K, FERNÁNDEZ PACHECO M, ÚBEDA RUIZ B, SAN ANDRÉS CORRAL C, ESCRIGAS FERNÁNDEZ C, GONZÁLEZ TRIGUEROS C, UREÑA AGUILERA I
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. CARRETERA DE ALCALÁ-MECO S/N MADRID. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la eficiencia de la simplificación a biterapia con Dolutegravir/Lamivudina (DTG/3TC) en pacientes VIH con un régimen previo basado en 3 fármacos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo llevado a cabo en pacientes VIH en tratamiento con un régimen basado en 3 fármacos, en un hospital español de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamida (BIC/FTC/TAF) y Dolutegravir/Abacavir/Lamivudina (DTG/ABC/3TC) desde enero de 2021 hasta abril de 2021. Las variables analizadas fueron sexo, edad, presencia de fracaso virológico o mutación de resistencia (FV/MR), carga viral indetectable durante > 6 meses, niveles de linfocitos T CD4 y CD8, cociente CD4/CD8, infección por el virus de la Hepatitis B (VHB), afectación hepática grave (Child-Pugh C) e impacto económico de la simplificación del tratamiento antirretroviral (TAR). Se realizó una reunión con el equipo médico de Enfermedades Infecciosas para evaluar la posibilidad de simplificación a biterapia con DTG/3TC en aquellos pacientes con una buena situación inmunovirológica, definida como carga viral indetectable durante > 6 meses, recuento de linfocitos T CD4 > 200/µL, sin FV/MR previos ni afectación hepática grave. Se evaluó también el mantenimiento de la supresión virológica un mes después de la simplificación del TAR y el impacto económico que supone dicha estrategia.

RESULTADOS

Se seleccionaron 329 pacientes, 270 (82%) eran hombres, con una media de edad de 42 ± 10 años. Un 75% (248/329) de los pacientes estaban en tratamiento con DTG/ABC/3TC y un 25% (81/329) con BIC/FTC/TAF. Un 85% (280/329) de los pacientes presentaba CV indetectable durante > 6 meses, con un recuento medio de linfocitos T CD4 de 695/µL, habiendo presentado un 6% (20/329) algún FV/MR. A su vez, un 22% (73/329) tenía afectación hepática grave (Child-Pugh C) y ninguno (0/329) presentaba infección activa por VHB. Tras finalizar el periodo de estudio, 83 pacientes del total (25%) fueron simplificados a biterapia con DTG/3TC, 74 (89%) estaban en tratamiento con DTG/ABC/3TC y 9 (11%) con BIC/FTC/TAF. Un mes después de la simplificación del TAR, la totalidad de los pacientes presentaba una CV indetectable. Esta estrategia supuso un ahorro para el hospital durante este periodo de 45.000 euros con respecto a la terapia basada en 3 fármacos.

CONCLUSIONES

La simplificación de TAR a DTG/3TC consiguió mantener la supresión virológica y supuso un ahorro económico en aquellos pacientes VIH con una buena situación inmunovirológica. No obstante, se deberá evaluar el mantenimiento de la supresión virológica en sucesivas consultas.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1168. EVOLUCIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: 5 AÑOS DE PROA

AUTORES

FERNÁNDEZ POLO A, MELENDO PÉREZ S, PAU PARRA A, MENDOZA PALOMAR N, PUJOL JOVER M, PARRAMÓN TEIXIDÓ CJ, BALCELLS RAMÍREZ J, SOLER PALACÍN P
HOSPITAL VALL D'HEBRON. Pº VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS
Las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCI-P) a menudo presentan un elevado consumo de antimicrobianos, especialmente de antimicrobianos de amplio espectro. El estado crítico de los pacientes, la mayor susceptibilidad a infecciones nosocomiales y la elevada presión antimicrobiana favorece la aparición de microorganismos multiresistentes (MMR) en estos pacientes. En 2015, se implantó un Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) pediátrico de carácter no restrictivo en el hospital infantil. En él, se establecieron estrategias específicas en la UCI-P: asesorías multidisciplinares bisemanales, elaboración conjunta de protocolos clínicos y monitorización del consumo de antimicrobianos y del patrón de resistencias. El objetivo del estudio es analizar la evolución del consumo de antibióticos y antifúngicos en la UCI-P durante los 5 años del PROA pediátrico.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo unicéntrico en el que se recogieron los datos de prescripción de antibióticos y antifúngicos en la UCI-P de un hospital de tercer nivel de enero de 2015 a diciembre de 2019, a través del programa de prescripción electrónica (Centricity Critical Care®). El consumo de antimicrobianos se midió como días de tratamiento (DOT) por 100 pacientes-día (PD). Se utilizó la regresión lineal para evaluar la significación estadística de las tendencias del consumo de antimicrobianos. Para medir los cambios en las tasas de consumo de antimicrobianos de 2015 a 2019 se calculó mediante la tasa de crecimiento anual compuesto (CAGR), que muestra el cambio anual medio como porcentaje del consumo en el año de inicio.

RESULTADOS
El consumo global de antibióticos disminuyó de 109,80DOT/100PD en 2015 a 71,96 DOT/100PD en 2019 [p=0,01], con una CARG -8,0%. Se observó una disminución del consumo de las principales familias de antibióticos de 2015 a 2019: combinaciones de penicilinas incl. inhibidores de betalactamasas (31,35→20,64DOT/100PD; CARG -8,1%), glucopéptidos (21,91→14,12DOT/100PD; CARG -8,4%), carbapenémicos (19,20→12,02DOT/100PD; CARG -8,9%), fluoroquinolonas (10,01→2,48DOT/100PD; CARG -24,4%), aminoglucósidos (5,20→1,55DOT/100PD; CARG -21,4%) y cefalosporinas de 3ª generación (5,68→4,79DOT/100PD; CARG -3,3%). La disminución fue estadísticamente significativa en piperacilina-tazobactam (17,37→8,80DOT/100PD; CARG -12,7%) [p=0,05] y levofloxacino (4,87→0,60DOT/100PD; CARG -34,3%) [p=0,03]. Además, se observó una disminución de la relación entre DOT/100PD de piperacilina-tazobactam y amoxicilina-clavulánico (17,37/13,98 en 2015 frente a 8,80/11,84 en 2019).
El consumo total de antifúngicos también disminuyó de 26,57 DOT/100PD en 2015 a 9,13 DOT/100PD en 2019 [p=0,04] con una CARG de -19,2%. Se evidenció una disminución del consumo de anfotericina B liposomal (11,88→3,26 DOT/100PD; CARG -22,8%), del conjunto de azoles (7,78→2,74 DOT/100PD; CARG -18,8%) y de las equinocandinas (6,91→3.4 DOT/100PD; CARG -13,2%). La disminución fue estadísticamente significativa en las equinocandinas [p=0,05].

CONCLUSIONES
La implementación del PROA pediátrico ha contribuido a una disminución sostenida del consumo global de los antimicrobianos en la UCI-P. La reducción se ha producido principalmente en los antibióticos de amplio espectro, disminuyendo de esta manera la presión antibiótica frente a bacterias resistentes. Además, se ha observado una reducción de todos los antifúngicos de uso sistémico y de la relación del consumo de piperacilina-tazobactam/ amoxicilina-clavulánico contribuyendo a una menor presión antibiótica sobre Pseudomonas aeruginosa.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1172. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA SIMPLIFICACIÓN A DOLUTEGRAVIR+LAMIVUDINA DE PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUDEFICIENCIA HUMANA PRETRATADOS CON DOLUTEGRAVIR+LAMIVUDINA+ABACAVIR

AUTORES
FEIJOO VILANOVA P, GIMÉNEZ ARUFE V, CID SILVA P, MARTÍNEZ PRADEDA A, ROTEA SALVO S, FERNÁNDEZ OLIVEIRA C, MARGUSINO FRAMIÑÁN L, MARTÍN HERRANZ I
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS, Nº 84. A CORUÑA

OBJETIVOS
Las biterapias son una estrategia de simplificación empleada en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con carga viral indetectable (< 50 copias/mL). El objetivo de este estudio es comparar la efectividad y la seguridad del tratamiento antirretroviral en pacientes en los que se simplificó el tratamiento de triterapia con dolutegravir, lamivudina y abacavir (DTG+3TC+ABC) a la biterapia DTG+3TC.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en pacientes VIH adultos tratados con DTG+3TC+ABC que simplificaron a DTG+3TC entre marzo de 2020 y enero de 2021. Las variables recogidas fueron edad, sexo, vía de transmisión, fecha del cambio a DTG+3TC y motivo de simplificación. Para el análisis de la efectividad y seguridad, se recogieron la carga viral (CV, copias/ mL), el recuento de linfocitos T-CD4 (LT-CD4, cel/mL), los efectos adversos (EAs), la concentración sérica de creatinina y el perfil lipídico (triglicéridos-TG, colesterol total-CT, LDL y HDL), en tres momentos diferentes: 24 semanas previas a simplificación, momento del cambio a biterapia y 24 semanas después. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSSv15. Para la significación estadística, se usó la t de Student. Todos los datos se presentan como media ± desviación estándar.

RESULTADOS
Un total de 42 pacientes a tratamiento con DTG+3TC+ABC simplificaron a DTG+3TC en el periodo de estudio: 27 (64%) hombres. La edad media en el momento del cambio fue de 46,7±12,4 años. Los mecanismos de transmisión fueron hombres que tienen sexo con hombres-HSH (22), heterosexual (16), usuarios de drogas por vía parenteral-UDVP (2)

y desconocido (2). En todos los pacientes, el motivo de cambio a DTG+3TC fue la simplificación para evitar EAs de los análogos a nucleósidos a largo plazo. Además, en 4 de los pacientes, el cambio también pretendía evitar el posible riesgo cardiovascular asociado a ABC.
A las 24 semanas previas a la simplificación, 4 pacientes presentaban CV detectable y una media de LT-CD4 de 802,8±341,3. En el momento del cambio, todos presentaban CV indetectable y una media de LT-CD4 de 849,6±350,3 cel/mL. Tras 24 semanas con la biterapia, se obtuvieron datos de 34 pacientes (pérdida de seguimiento en 8 pacientes), todos ellos con CV indetectable y con una media de LT-CD4 de 818,2±357,0 cel/mL, sin diferencias estadísticamente significativas vs datos basales.
En relación a la seguridad, la concentración de creatinina sérica disminuyó significativamente (p=0,04) de 0,96±0,21 a 0,93±0,22 mg/dl y las concentraciones de lípidos obtenidos en las 24 semanas previas y posteriores, respectivamente, fueron: TG (145,0±93,3 vs 145,2±192,7 mg/dL, p=0,65), CT (184,8±27,6 vs 177,1±34,5 mg/dL, p=0,22), LDL (109,9±26,9 vs 108,8±28,9 mg/dL, p=0,44), HDL (49,1±14,0 vs 49,8±11,3 mg/dL, p=0,94).
Ninguno de los pacientes analizados en la semana 24 tras la simplificación presentó EAs.

CONCLUSIONES

La simplificación de DTG+3TC+ABC a DTG+3TC mantiene la efectividad de la triterapia a las 24 semanas del cambio, manteniéndose la CV indetectable y los valores de LT-CD4 estables.
En cuanto a la seguridad del tratamiento, no se detectaron EAs tras la simplificación y los parámetros analíticos del perfil lipídico permanecieron estables. Se observó un cambio estadísticamente significativo en el valor de la creatinina sérica, pero no se considera clínicamente relevante.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1180. ¿QUÉ TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL RECIBEN NUESTROS PACIENTES VIH EN LA ACTUALIDAD?

AUTORES

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ IM, GARCÍA LAGUNAR MH, JUEZ SANTAMARÍA C, MONTOYA EGEA JM, MARTÍNEZ MARCOS JM, ASENSI CANTO A
HOSPITAL SANTA LUCÍA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir las pautas de tratamiento antirretroviral(TAR) utilizadas actualmente en los pacientes infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en un hospital de tercer nivel, el gasto medio por paciente, así como conocer el perfil de carga viral (CV), recuento de linfocitos CD4 y cociente CD4/CD8.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal de todos los pacientes VIH con TAR en un hospital de tercer nivel. Se obtuvieron, a través de la historia clínica electrónica Selene® y el programa de dispensación de farmacia Savac®, las siguientes variables: sexo, edad, cantidad de comprimidos diarios que toma el paciente, número de principios activos y tipo de TAR utilizado (inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (iTINN), inhibidores de la integrasa (INI), de la proteasa (IP) e inhibidores del CCR5), CV en la última determinación, recuento de linfocitos CD4, cociente CD4/CD8 e importe paciente/mes. Para simplificar los resultados no se describen los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (iTIAN), utilizados en coformulación por la mayoría de los pacientes en sus combinaciones habituales: emtricitabina/tenofovir alafenamida, emtricitabina/tenofovir disoproxilo, abacavir/lamivudina o lamivudina (si biterapia).
Se realizó un análisis descriptivo, presentando las variables continuas, como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico en función del ajuste de normalidad y las variables categóricas, como número y frecuencia.

RESULTADOS

Se registraron un total de 629 pacientes (74,56% varones) en TAR en marzo-2021, con una edad media de 51,43±10,87 años. La media de comprimidos/día prescritos era de 1,56±1,15, encontrándose el 70,74%(n=445), 14,31%(n=90), 10,33%(n=65) y 1,53%(n=9) de los pacientes en tratamiento con uno, dos, tres o más de tres comprimidos al día, respectivamente. El 59,46% de los pacientes son tratados con triple terapia, el 39,11% con biterapia y el 1,43% con más de tres principios activos. En cuanto a la distribución del TAR utilizado, el 81,87% de los pacientes (n=515) son tratados con algún INI (dolutegravir: n=305; bictegravir: n=122; raltegravir: n=74; elvitegravir: n=14), el 20,66% (n=130) con un IP (darunavir: n=127; atazanavir: n=2; fosamprenavir: n=1), el 14,14% (n=89) con un iTIIN (rilpivirina: n=68; etravirina n=11; nevirapina: n=4; efavirenz: n=3; doravirina: n=3) y un 3,02% (n=19) con un inhibidor del CCR5 (maraviroc). El 60,45% de los pacientes presentaban CV indetectable, el 28,10% tenía una CV < 50 copias/ml y el 11,27% presentaban CV detectable con una mediana de 122 [77,75-1029,5] copias/ml. La media de linfocitos CD4+ detectada era de 720,47±358,26 cé¬lulas/mm3: el 70,74%, 23,68% y el 3,49% presentaban un recuento de CD4 > 500, entre 200-500 y < 200 células/mm3, respectivamente. El cociente CD4/CD8 era > 0,5 en el 75,35% (n=474) y < 0,5 en el 22,57% (n=22,57) de los pacientes.
La mediana del importe por paciente/mes es de 480,04 [420,44-553,15]€.

CONCLUSIONES

La mayoría de nuestros pacientes se encuentran en tratamiento con alguna de las pautas preferentes de inicio según las últimas guías de referencia, encontrándose la mayoría de ellos con CV indetectables y buenas cifras de CD4.
En cuanto al gasto por paciente/mes, el TAR preferente de las ultimas guías oscila entre 400-700€, por lo que nuestros pacientes son tratados con combinaciones costo-efectivas.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1185. ESTRATEGIA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA EN INDIVIDUOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA CON AGONISTAS OPIÁCEOS

AUTORES
ROCH VENTURA MA, RODRIGUEZ CASTELLANO A, QUER BONIQUET JC, MÉNDEZ SIERRA P, SENDRA SOLÉ MA, SABATÉ SALES M, LLABERIA PEDRET MA, VARGAS LAGUNA M
HOSPITAL JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS
Caracterizar, tratar y curar a pacientes con Hepatitis C Crónica, usuarios del Centro de Atención y Seguimiento (CAS), y en Terapia con Agonistas Opiáceos (TAO).

MEJORAS ESPERADAS
Los usuarios en programas de deshabituación de drogas son un colectivo vulnerable con elevada prevalencia de la infección y alto riesgo de transmisión del virus C (VHC). Solo un bajo porcentaje acude a la consulta de hepatología e inicia tratamiento. Este proyecto, como estrategia de microeliminación, pretende que en un mismo día, en el CAS y sin necesidad de desplazamientos se valore su enfermedad hepática y se les proporcione la medicación.

DISEÑO
Hepatólogos, especialistas en adicciones, psiquiatras, farmacéuticos y enfermeras integran equipo multidisciplinar. Criterios de inclusión: pacientes estables en el tratamiento con metadona, comprometidos a realizar y cumplir con el tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) y de acudir al CAS para recoger la medicación.

CIRCUITO Y ETAPAS
1.CAS:
-Sesiones informativas y de sensibilización para los usuarios.
-Obtención de un registro de pacientes en TAO y cribado de la infección por VHC.
2.Laboratorio: determinación de anticuerpos VHC. Si positivo: carga viral, genotipado e índices de fibrosis.
3.Servicio de gastroenterología:
-Presentación del protocolo y funciones de los profesionales.
4.Circuito:
-Personal del CAS: citación de 3-4 pacientes virémicos 1día/semana.
-Inclusión de casos (día 1):
-Hepatólogo: anamnesis, exploración física, valoración resultados del Fibroscan® y prescripción del tratamiento.
-Enfermera clínica: realiza una elastografía. Si fibrosis F3-F4 acompañamiento para realización de ecografía hepática.
-Farmacéutica: estudio previo de la medicación crónica y análisis de interacciones con los AAD a prescribir. Entrevista clínica al paciente: se descartan interacciones debidas al
consumo de plantas medicinales, productos dietéticos, de herboristería, suplementos nutricionales y vitaminas. Le informa sobre el tratamiento, manejo de efectos adversos y le
facilita un teléfono de contacto. Dispensación mensual al CAS de la medicación y seguimiento del paciente.
-Enfermería (CAS): extracción de analítica basal.
-Seguimiento:
-CAS: dispensación del tratamiento (coincidente con las dispensaciones de metadona), seguimiento y control de adherencia. Extracción de analíticas en semana 4, 8 o 12, y 3 meses
post-finalización del tratamiento.
-Respuesta viral sostenida semana 12 post-tratamiento (RVS12).
-Prevención de la reinfección y cribado cada 6-12 meses (usuarios en prácticas de riesgo).
-Seguimiento de pacientes con fibrosis avanzada o cirrosis (F3-F4).
-Informe con los pacientes tratados y resultados de eficacia, efectos adversos, adherencia, tasas de seguimiento y de reinfección.

IMPLANTACIÓN
Inicio del programa: enero de 2020.

RESULTADOS
Del 30/01/2020 al 06/05/2021 han iniciado tratamiento 36 pacientes (edad media 46,86±9,30 años, 32/36hombres). El 25% ha presentado interacciones entre su medicación crónica y los AAD; el 66,67% han sido con fármacos antipsicóticos y el 33,33% con otros fármacos. Al 75% se les ha prescrito glecaprevir/pibrentasvir y al 25% sofosbuvir/velpatasvir. Carga viral basal: 3224851,52±3621866,76UI/ml. Grado de fibrosis(F) y genotipo(G): F0-1(66,67%), F2(19,44%), F3(8,33%) y F4(5,56%); G1a(56,25%), G1b(9,38%), G2(3,12%), G3(18,75%) y G4(12,5%), respectivamente. Buena tolerancia (69,70%) y adherencia: 96,67%. El 69,70% (23) ha alcanzado RVS12, el 24,24% (8) tiene pendiente su determinación, 1 reinfectado y 1 éxitus.

LIMITACIONES
Pacientes con otras adicciones, coinfectados y otras áreas de atención han quedado al margen.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Aplicable por cualquier servicio de farmacia.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1198. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA BITERAPIA ANTIRRETROVIRAL CON LAMIVUDINA MÁS DOLUTEGRAVIR EN EL PACIENTE VIH

AUTORES
MARTÍNEZ SOTO AM, GARCÍA CORONEL M, ORTIZ FERNANDEZ P, PASTOR FERNANDEZ C, SALAR VALVERDE I, MARTINEZ SOTO G, QUESADA ASENCIO A, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS
Evaluar la eficacia y seguridad del paciente VIH en el que se realizó switch a la biterapia antirretroviral con Lamivudina(3TC) y Dolutegravir(DTG).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, restrospectivo realizado en un Hospital General de Referencia de Área que atiende a una población aproximada de 201.000 usuarios, desde enero 2019 hasta enero del 2021 en el que se recogieron los cambios de tratamiento antirretroviral a biterapia con 3TC+DTG realizados entre estos años en los pacientes con VIH activos en el año 2020.
Se recogieron de la historia clínica informatizada(HCI) los datos demográficos (sexo y edad), tratamientos previos, carga viral(CV) y CD4 en ese momento, motivo del cambio, CV y CD4 a los 3, 6 y 12 meses siguientes al switch y reacciones adversas notificadas tras el inicio de tratamiento.
Se excluyeron pacientes en los que no se encontró información del seguimiento.
Para la recogida de datos se analizaron los registros informáticos de las dispensaciones en el programa de gestión de farmacia SAVAC.

RESULTADOS
De los 503 pacientes que recogieron su medicación antirretroviral en el Servicio de Farmacia en el año 2020, 216 pacientes presentaron cambios en la prescripción desde enero de 2019, encontrando un total de 31 switch a 3TC+DTG, no encontrando información de un paciente.
El 80% de los pacientes fueron hombres, con una media de edad de 50 ± 11.19 años. En el momento del cambio el 96,67% tenía CV indetectable, la mediana de CD4 fue 774(258-2439)x10^3/uL.
Los motivos de cambio fueron simplificación en un 90%, evitar toxicidad en 6.67% y reacción adversa a terapia previa en el 3.33%.
Las combinaciones de tratamiento previas al switch fueron 2 inhibidores de retrotranscriptasa análogos (ITIAN)+un inhibidor de integrasa(INI) 56.67%, 2ITIAN+un inhibidor de proteasa(IP) 6.67 %, 2 ITIAN+un inhibidor de retrotranscriptasa no análogo ITINN 13.33%, 3 ITIAN 10% y 13.33% otras combinaciones.
Tras tres meses del inicio 3TC/DTG se obtuvieron datos de 24 pacientes teniendo el 83.33% CV indetectables (< 20 copias/ml) con una mediana de CD4 de 731,2(401-1983)x10^3/uL . En cuatro pacientes se detectó CV, considerándose blips en tres de ellos y fracaso virológico en un paciente. En 17 pacientes se encontró información de seguimiento a los seis meses teniendo el 88.23/%CV indetectable con una mediana de CD4 de 776(321-1830)x10^3/uL. En dos pacientes se detectó CV considerándose blips. Al año de tratamiento se obtuvo información de trece pacientes, teniendo el 92.3% CV indetectable, con mediana de CD4 805(305-1733). Un paciente presentó un repunte de CV que se consideró fracaso virológico por estar detectable en tres determinaciones tras el inicio de DTG+3TC.
Se detectó una reacción adversa de tipo neurológico que podría atribuirse a DTG por lo que se decidió nuevo cambio de tratamiento antirretroviral .

CONCLUSIONES
El switch a la biterapia con 3TC+DTG parece ser una opción de tratamiento antirretroviral eficaz y segura para pacientes que presentan buena adherencia al tratamiento y carga viral indetectable al inicio del mismo, además de ofrecer un mejor perfil de seguridad e interacciones que la triple terapia convencional.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1238. ESTUDIO DEL USO CLÍNICO DE DAPTOMICINA EN ESPAÑA: PROYECTO DAPTOMISE

AUTORES
RODRIGUEZ GONZALEZ CG, CHAMORRO DE VEGA E, VALERIO MINERO M, GUTIÉRREZ URBÓN JM, FERNÁNDEZ DE GAMARRA MARTÍNEZ E, COBO SACRISTÁN S, MUÑOZ GARCÍA DE PAREDES P, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑON. DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS
El uso de daptomicina en la práctica clínica se ha extendido a numerosas indicaciones no contempladas en ficha técnica, y la variabilidad en las recomendaciones de dosificación facilita que se infradosifique en determinadas infecciones graves.
Objetivos:
1. Identificar la prevalencia real de uso de daptomicina en España.
2. Evaluar la variabilidad en las indicaciones clínicas y la dosificación en pacientes de diferentes hospitales nacionales.
3. Evaluar la efectividad clínica, la seguridad y adecuación del tratamiento con daptomicina.

MATERIALES Y MÉTODOS
Diseño del estudio: Estudio multicéntrico, nacional, observacional, transversal.
El reclutamiento de los hospitales participantes se realizó mediante invitación a todos los farmacéuticos socios de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

Criterios de inclusión: Todos los pacientes adultos y pediátricos que recibieron tratamiento con daptomicina en los 98 hospitales participantes durante la semana prefijada del 17–24 Junio de 2019.
Variables analizadas: epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y de tratamiento, incluyendo el resultado clínico final al alta hospitalaria y la adecuación del tratamiento de acuerdo a las guías locales.
Los datos se registraron en la aplicación RedCap de la SEFH. El estudio fue aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y por el Comité Ético de Investigación del hospital de referencia (código FAR-DAP-2019-01).

RESULTADOS

Se incluyeron 615 pacientes (611 adultos y 4 pediátricos) pertenecientes a 78 hospitales españoles. La prevalencia de uso de daptomicina fue de 13.2 pacientes/1.000 ingresos. El 64,1% de los pacientes eran varones, con una mediana de edad de 70 años (rango intercuartílico 57-78) y un índice de comorbilidad de Charlson de 3 (1-5). Las infecciones más frecuentes fueron: bacteriemia (44,1% -25,1% relacionadas con el catéter-), infecciones de piel y partes blandas (27,3%), osteoarticular (17,1%), endocarditis (13,3%) y fiebre sin foco (10,4%).
Daptomicina se inició de forma empírica en el 50,0% de los casos. El aislamiento microbiológico se confirmó en el 60,1%, siendo los microorganismos más frecuentes: Staphylococcus coagulasa negativo (37,3%), Staphylococcus aureus sensible a la meticilina (29,0%), Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (25,0%), Enterococcus faecium (10,2%) y Enterococcus fecalis (6,5%).
Un 13,0% de los casos fueron tratados con dosis < 6mg/kg/día y un 47,8% con dosis > 8mg/kg/día, con una mediana de duración del tratamiento de 11 días (6-20).
Se produjo curación clínica en el 80,1% de los pacientes. La mortalidad global relacionada fue del 9,5%, siendo significativamente mayor en la endocarditis (20,7%). Se reportaron eventos adversos graves en el 3,4% de los casos, siendo los más frecuentes el incremento de creatina fosfoquinasa > 5 veces el límite superior de normalidad (1,1%) y el exantema (0,6%).
El 55,3% de las prescripciones se consideraron en algún aspecto inadecuadas. Los motivos más frecuentes de inadecuación fueron la infradosificación (21,1%), con un 45,9% de las bacteriemias tratadas con dosis < 8mg/kg/día, la ausencia de terapia secuencial (18,3%) y de ajuste microbiológico (15,1%).

CONCLUSIONES

La prevalencia de uso de daptomicina en España fue de 13.2 pacientes/1.000 ingresos. Daptomicina se utiliza con frecuencia de forma empírica y a dosis bajas. Si bien su efectividad global resultó del 80%, la mejora de su utilización debería considerarse una línea de trabajo prioritaria de los programas de optimización de antimicrobianos.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

1314. ANALISIS DE LAS ALTERACIONES PRODUCIDAS EN EL PACIENTE VIH TRAS EL CAMBIO DE TRATAMIENTO A TENOFOVIR ALAFENAMIDA

AUTORES

MARCOS DE LA TORRE A, NOTARIO DONGIL C, PEREZ FACILA A, ALAÑON PARDO MM, GOMEZ LLUCH MT, ARAQUE ARROYO P

HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO. AVDA CONSTITUCION, 3. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

La comercialización de tenofovir alafenamida ha supuesto una mejora en la seguridad del tratamiento antirrretroviral sin verse afectada la eficacia del mismo. El objetivo del estudio fue evaluar si existía una mejora en los parámetros analíticos tras el cambio a tenofovir alafenamida tanto en pacientes que presentaban tratamiento previo con tenofovir disoproxilo, como en aquellos que partían de un esquema de tratamiento que no incluía tenofovir disoproxilo. Por otro lado, se determinó si la efectividad del tratamiento se vio comprometida con dicho cambio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. El periodo de inclusión fue de enero de 2017 a agosto de 2020. Se incluyeron todos los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) del área de salud que recogían tratamiento en el área de pacientes externos del hospital y en los cuales se había realizado el cambio de tratamiento antirretroviral a un esquema que contuviese tenofovir alafenamida. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, carga viral (CV), nivel de linfocitos CD4, perfil renal (creatinina, aclaramiento renal (CLCR)), perfil hepático (enzimas hepáticas), perfil lipídico (colesterol total, niveles de LDL, HDL, triglicéridos) y electrolitos. Se analizaron dos determinaciones anteriores al cambio a tenofovir alafenamida y dos posteriores al mismo. Los datos fueron obtenidos del módulo de pacientes externos de Farmatools (v3.0) y de la historia clínica informatizada, Mambrino XXI®. El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS® (v.18.).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se incluyeron 42 pacientes con una media de edad de 46,6 años (21-63). El 64% fueron varones y el 36%, mujeres. Los esquemas de tratamiento previos al cambio fueron: emtricitabina/tenofovir disoproxilo/elvitegravir/cobicistat (31%), emtricitabina/tenofovir disoproxilo/efavirenz (21%), emtricitabina/tenofovir disoproxilo/darunavir/ritonavir (21%), otros esquemas (27%). Tras el cambio a tenfovir alafenamida, los esquemas prescritos fueron: emtricitabina/tenofovir alafenamida/elvitegravir/cobicistat (52%), emtricitabina/tenofovir alafenamida/darunavir/cobicistat (33%), otros esquemas (15%). Tras el cambio a tenofovir alafenamida, se produjo un aumento en la creatinemia (mg/dL): [0.778 (DE:0.2) vs 0.85 (DE:0.2), p=0.019]. El CLCR (mL/min) no se vio afectado: [101.5 (DE:18.5) vs 98.5 (DE:19.6) p=0.096]. Se observó una modificación en el perfil lipídico: colesterol total (mg/dL): [178.5 (DE:62)

vs 195 (DE:59.3) p < 0,001]; LDL (mg/dL): [103.25 (DE:49.9) vs 117.9 (DE:60.6) p=0.002]; HDL (mg/dL): [43 (DE:17.8) vs 47.6 (DE:16.9) < 0.001]; triglicéridos (mg/dL): [121 (DE:90.3) vs 136 (DE:98.8) p=0.047]. Respecto a la efectividad del tratamiento, se mantuvo una adecuada CV, con un aumento en los niveles de linfocitos CD4 (célula/mcL): [596.5 (DE:441.9) vs 693 (DE: 508.9) p=0.014]. El resto de variables recogidas no se vieron afectadas.

CONCLUSIONES

En base a los resultados de nuestro estudio, el cambio a tenofovir alafenamida no afectó a la efectividad del tratamiento. Es necesario analizar otro tipo de variables relacionadas con la eficacia, como es la adherencia al mismo. El aumento en los niveles de lípidos tras el cambio a tenofovir alafenaimida puede guardar relación con la pérdida del efecto hipolipemiante demostrado de tenofovir disoproxilo en los ensayos clínicos. Sería interesante ampliar tanto el tamaño muestral del estudio, como el tiempo de seguimiento a largo plazo para extraer premisas más concluyentes.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

28. TOXICIDAD DE LOS INHIBIDORES DE BRAF-MEK EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

AUTORES

BÁEZ GUTIÉRREZ N, PÉREZ-TORRES LOBATO MR, RODRÍGUEZ RAMALLO H, RODRIGUEZ DE FRANCISCO L, FERNANDEZ GONZALEZ M, ALVAREZ DEL VAYO BENITO C

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Los gliomas pediátricos de bajo grado (GPBG) son los tumores cerebrales más frecuentes en la infancia. La mayoría de GPBG presentan activación de la vía MAPK / ERK. Esta vía también se activa en neurofibromas plexiformes (NP). Las terapias dirigidas como los inhibidores de BRAF y MEK han mostrado resultados prometedores. Sin embargo, a medida que estos medicamentos progresan a través de ensayos clínicos pediátricos, se han identificado toxicidades. El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad de dabrafenib y trametinib en niños con GPBG o NP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes pediátricos en tratamiento dabrafenib o trametinib desde enero de 2017 hasta junio de 2020. Se recogieron las siguientes variables: demográficas (edad y sexo), indicación, dosis, posología, duración del tratamiento, motivo de suspensión. Para evaluar a seguridad se recogieron todos los efectos adversos (EA). Los EA fueron notificados al Centro Andaluz de Farmacovigilancia.

La información se obtuvo de la Historia Clínica Digital y del programa de prescripción electrónica ATHOS-PRISMA®.

RESULTADOS

Se identificaron nueve pacientes tratados con dabrafenib (3/9) o trametinib (6/9). Los diagnósticos de los pacientes fueron 7 (77,77%) GPBG y dos (22,22%) tenían NP. La mediana de edad fue de 13 años (rango 4-21) y 8 (88.88%) eran varones.

La mediana de dosis de dabrafenib y trametinib (mg / kg / día) fueron 4 (rango 2.6-6.2) y 0.025 (rango 0.02-0.035) respectivamente.

La mediana de duración del tratamiento con dabrafenib y trametinib (meses) fue de 32 (rango 4,93-42,46) y 15,23 (rango 3,26-38) respectivamente.

Todos los pacientes presentaron EAs. Los EAs asociados a dabrafenib fueron dermatológicos (3/3) y hemorrágicos (hemorragia tumoral y epistaxis en 2/3 pacientes). Los EA asociados a trametinib fueron erupción cutánea (6/6), onicocriptosis (2/6), gastrointestinal (4/6), epistaxis (2/6), alopecia (1/6).

Debido a la toxicidad, 3/9 pacientes interrumpieron el tratamiento; dos pacientes fueron tratados con trametinib (erupción cutánea G4 y epistaxis), uno con dabrafenib (hemorragia tumoral).

CONCLUSIONES

Todos los pacientes tratados con inhibidores de la BRAF presentaros EAs.

La toxicidad dermatológica fue el EA más frecuente en ambos tratamientos afectando al 100% de los pacientes.

A pesar de los resultados prometedores de estos fármacos en los ensayos clínicos, su perfil de seguridad es un factor limitante para su administración, por lo que es fundamental realizar un seguimiento estrecho de estos pacientes durante el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

40. ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA, MICROBIOLÓGICA Y ETIQUETADO DE LOS COLIRIOS DE SUERO AUTÓLOGO.

AUTORES

CARVAJAL SÁNCHEZ MA, TORRANO BELMONTE P, MANRESA RAMÓN N, PACHECO LÓPEZ P, CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, IBAÑEZ CATURLA J, FRUCTUOSO GONZALEZ L

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. CALLE CONDESTABLE LOPEZ DAVALOS, 19. MURCIA

OBJETIVOS

Los colirios de suero autólogo (CSA) son preparaciones elaboradas con el propio suero de los pacientes a través de una extracción sanguínea. Son prescritos frecuentemente para el tratamiento de patologías como el síndrome de Sjögren, quemaduras oculares o el síndrome del ojo seco.

Se implantó un circuito para garantizar la correcta elaboración y etiquetado de los CSA elaborados en la sala blanca del Área de Farmacotecnia mediante la inclusión de una serie de parámetros incluidos en los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) del Servicio de Farmacia (SF).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo desde mayo de 2019 hasta marzo de 2021. Implantamos un circuito para garantizar que los CSA elaborados por parte de enfermería en las cabinas de flujo vertical a través de una técnica aséptica eran correctos. Para validar dichos colirios (ya cerrados de forma estéril en su frasco de acondicionamiento primario), el farmacéutico deberá comprobar un documento completado por dicho enfermero elaborador. Nuestros PNT recogen las características necesarias para superar el control de calidad. Este documento consta de tres secciones:
1) Estabilidad fisicoquímica: pH (medido mediante papel indicador), cristalización, turbidez y coloración.
2) Estabilidad microbiológica: control de esterilidad procesado por el Servicio de Microbiología.
3) Etiquetado: condiciones de almacenamiento, lote, caducidad y correcta identificación.

RESULTADOS

Elaboramos un total de 589 CSA a distintas concentraciones [CSA al 20% (543 unidades), CSA al 30% (6 unidades), CSA al 50% (40 unidades)]. Los resultados obtenidos fueron:
1) Estabilidad fisicoquímica:
pH medio: CSA 20%: 8,16; CSA 30%: 8; CSA 50%: 8,25. Estos resultados se encuentran dentro de los rangos de referencia.
Cristalización y turbidez: ninguno de los colirios elaborados presentó cristalización. El 2,89% de los CSA mostró turbidez debido a una mayor concentración lipídica.
Coloración: las tonalidades válidas abarcan desde transparente hasta amarillento, en función de la concentración de lípidos. El 94,91% de los colirios fueron amarillentos, 4,07% fueron transparentes y 1,02% fueron rojizos a causa de la hemólisis. Los colirios hemolizados fueron desechados y elaborados nuevamente precisando una nueva extracción sanguínea.
2) Estabilidad microbiológica: el 100% de los CSA fueron estériles.
3) Etiquetado: se encontraron 5 errores en la caducidad y 2 lotes incorrectos (1,18%). Dichas incidencias fueron detectadas y corregidas. El 100% estaban correctamente identificados como preparaciones termolábiles.

CONCLUSIONES

- Gracias a la puesta en marcha del protocolo se detectó un 2.02% de errores en la elaboración y el etiquetado, los cuales fueron corregidos.
- La comprobación de los parámetros validados por parte del farmacéutico garantiza la elaboración de CSA de acuerdo a los estándares de calidad de los PNT del SF.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

98. UTILIZACIÓN DE SIROLIMUS EN EL TRATAMIENTO DE ANOMALÍAS VASCULARES COMPLEJAS EN PEDIATRÍA

AUTORES

FERNÁNDEZ OLIVEIRA C, MARTÍNEZ ROCA C, SALVADOR GARRIDO MDP, YÁÑEZ GÓMEZ P, OUTEDA MACÍAS M, ROTEA SALVO S, MARTÍNEZ PRADEDA A, MARTÍN HERRANZ MI

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

En los últimos años, los inhibidores de la molécula diana de la rapamicina se han empleado en anomalías vasculares complejas (AVC) refractarias al tratamiento estándar (indicación fuera de ficha técnica). El objetivo del estudio es describir nuestra experiencia en la utilización de sirolimus en AVC en pacientes pediátricos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes < 18 años tratados con sirolimus entre 2014-2021, a seguimiento en la consulta multidisciplinar de malformaciones vasculares pediátricas. Se evaluó: 1) Efectividad del tratamiento considerando la variación en las características de la lesión (tamaño, color y consistencia), capacidad funcional (dolor, limitación de la movilidad, sangrados, infecciones recurrentes), respuesta analítica (parámetros de la coagulación) y evolución radiológica; y 2) Seguridad. Para ello se recogieron los siguientes datos de la historia clínica electrónica: 1) Demográficos: edad, sexo; 2) Relacionados con la AVC: diagnóstico acorde a la clasificación de la Sociedad Internacional para el Estudio de las Anomalías Vasculares 2018 y tratamientos previos; 3) Relacionados con el sirolimus: dosis y vía de administración, concentraciones sanguíneas mínimas obtenidas (Cmin) -rango terapéutico (RT) objetivo: 4-15 ng/mL-, número de monitorizaciones y grado de aceptación por el clínico de las propuestas farmacocinéticas, respuesta obtenida y perfil de efectos adversos derivados de su utilización. Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas.

RESULTADOS

Se incluyeron 13 pacientes (10 niños) con malformaciones linfáticas (ML) (n=8), venosas (n=2), combinadas (n=2), o tumoración vascular localmente agresiva (n=1). Edad al diagnóstico: 1,4(0,2-17) años. La mediana de tratamientos previos a sirolimus fue de 1 (0-4), siendo los procedimientos intervencionistas los más frecuentes. Sirolimus fue administrado por vía tópica cada 12 horas, como gel 0,1% (4/13), pasta bucal 0,1% (1/13), pomada 0,4% (1/13), o vía oral o (7/13) a una dosis de inicio de 0,8 mg/m²/12 horas. Para el ajuste posológico tras la administración oral, en su seguimiento se realizaron de media 6 determinaciones por paciente (rango: 1-12); inicialmente se obtuvieron unos niveles sanguíneos de 14,8±12,8 ng/mL que determinaron que 4/7 pacientes requirieran una optimización farmacocinética para obtener unos niveles objetivo de 11,75±6,86 ng/mL, siendo aceptadas el 97,4% de las propuestas

farmacocinéticas recomendadas. La evolución de las lesiones fue favorable en 6/13 y la capacidad funcional en 7/13. En 1/13 la evolución fue desfavorable radiológica, clínica y funcionalmente. Los eventos adversos más frecuentes por vía oral fueron: dislipemia (2/7) y mucositis (2/7) y por vía tópica: prurito (2/6). La duración mediana del tratamiento fue de 4(1,5-74) meses y solo se interrumpió el tratamiento en un único caso de ML por evolución clínica y funcional desfavorable.

CONCLUSIONES

En pacientes pediátricos sirolimus es una opción terapéutica eficaz en el tratamiento de las AVC refractarias, con un perfil de seguridad aceptable. La elaboración de fórmulas magistrales para utilización tópica permitió conseguir un mejor perfil de seguridad en los pacientes candidatos. Por vía oral, la alta aceptación de las propuestas farmacocinéticas garantizando la personalización del tratamiento, permitió optimizar la efectividad en más del 50% de los pacientes así como minimizar los efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

106. LA VÍA SUBCUTÁNEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NECESIDADES DE ATENCIÓN PALIATIVA: FÁRMACOS UTILIZADOS Y COMPLICACIONES OBSERVADAS

AUTORES

GARCÍA LÓPEZ IM, MARTÍN ROMERO I, CHOCARRO GONZÁLEZ L, VÁZQUEZ SÁNCHEZ JM, AVILÉS MARTÍNEZ M, AGUI CALLEJAS AM, GONZÁLEZ ANDRES D, POZAS DEL RÍO M

HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS. AVD. MENÉNDEZ PELAYO Nº 65. MADRID

OBJETIVOS

Describir los fármacos utilizados por vía subcutánea (VSC) y las complicaciones observadas en pacientes atendidos en una Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica (UAIPP).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo realizado entre enero 2020-abril 2021. Se incluyen pacientes atendidos en una UAIPP, tanto en régimen de hospitalización convencional como en hospitalización a domicilio, portadores de una VSC y cuyos padres/tutores hubieran otorgado su consentimiento informado.

Durante el periodo del estudio, se recogieron datos clínicos/demográficos del paciente (sexo, edad y diagnóstico), variables de los tratamientos farmacológicos administrados por cada VSC (número de componentes de la mezcla, fármaco(s) implicados, concentración, diluyente, forma de administración y ritmo de infusión) y las complicaciones relacionadas con dicha vía.

Los datos fueron recogidos por el equipo investigador durante el seguimiento domiciliario/hospitalario habitual del paciente; también se revisaron datos procedentes de la Historia Clínica y Prescripción Electrónica. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS© Statistics-V26; la relación entre variables se consideró estadísticamente significativa si $p < 0,05$

RESULTADOS

Se incluyeron 19 pacientes (52,6% niños; 47,4% niñas) con una edad media de 10±7,9 años (mínimo: 4 meses; máximo: 24 años). El 84,2% tenían una enfermedad neurológica de base y 15,8% cáncer. En estos pacientes se registraron un total de 56 VSC diferentes (69,6% cogidas en el domicilio del paciente y 30,4% en el hospital). Los fármacos administrados por VSC fueron: midazolam (49%), morfina (42,9%), haloperidol (6,1%) y clonidina (1%). El 94% de los tratamientos se administraron en perfusión continua y el 6% en bolo. En forma de bolo se administró: midazolam (n=2), con volúmenes de 0,4ml y 1ml respectivamente y midazolam+morfina (n=2) con volúmenes de 1,8ml y 1,9ml. Los tratamientos administrados en forma de perfusión continúa tuvieron la siguiente composición: a) mezclas con un único componente (n=35): midazolam puro 5 mg/ml (n=7); midazolam diluido a concentraciones entre 1-3,6 mg/ml (n=11); morfina diluida a concentraciones entre 0,37-1,2 mg/ml (n=13); haloperidol diluido a 0,45 mg/ml (n=1) y clonidina diluida a 60 mcg/ml (n=1); b) mezclas con varios componentes (n=29): morfina+midazolam (n=24), morfina+haloperidol (n=1); morfina+midazolam+haloperidol (n=4). En todas se utilizó suero fisiológico como diluyente. Los ritmos de infusión subcutánea registrados oscilaron entre 0,1-1,5 ml/hora. En una ocasión la VSC se utilizó para hipodermoclisis, administrando suero glucosalino (5%/0,9%) a un ritmo de 18 ml/h, siendo bien tolerado por el paciente. Se observaron un total de 27 complicaciones en 8 pacientes diferentes (42%): induración (85,2%), salida por exceso de hipertonía (7,4%); acodamiento de la vía (3,7%) y picor/irritabilidad (3,7%); todas ellas leves y sin repercusión clínica para el paciente, resolviéndose cambiando el punto de inserción. La presencia de complicaciones fue independiente de la edad del paciente (U Mann-Whitney-p=0,66). La aparición de induración y picor/irritabilidad estuvo relacionado, de manera estadísticamente significativa, con el ritmo de infusión (Chi-Cuadrado-p=0,024) pero no con la composición farmacológica (Chi-Cuadrado-p=0,48).

CONCLUSIONES

En pacientes atendidos en una UAIPP la VSC se utiliza mayoritariamente para la administración en perfusión continúa de midazolam, morfina y haloperidol, solos o combinados entre sí. La principal complicación observada es la induración de la zona de inserción de la VSC.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

114. UTILIZACIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL CONTROL DE SÍNTOMAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NECESIDADES DE ATENCIÓN PALIATIVA

AUTORES
GARCÍA LÓPEZ IM, MARTÍN ROMERO I, CHOCARRO GONZÁLEZ L, VÁZQUEZ SÁNCHEZ JM, AVILÉS MARTÍNEZ M, GONZÁLEZ ANDRÉS D, AGUI CALLEJAS AM, POZAS DEL RÍO M
HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS. AVD. MENÉNDEZ PELAYO Nº 65. MADRID

OBJETIVOS
Describir la utilización de la vía subcutánea (VSC) en pacientes pediátricos con necesidades de atención paliativa.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, observacional y prospectivo realizado entre enero 2020-abril 2021. Se incluyeron pacientes atendidos, tanto en ámbito hospitalario como domiciliario, por una Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica, que requiriesen una VSC y cuyos padres/tutores hubieran otorgado su consentimiento informado.
Se diseñó una hoja de recogida de datos incluyendo las siguientes variables: sexo, edad y diagnóstico; número de VSC diferentes que requirió cada paciente, localización de inserción y duración de la vía(s), dispositivo de administración y motivo de retirada; fármaco(s) administrados e indicación de los mismos.
Los datos fueron recogidos por el equipo investigador durante la atención y seguimiento domiciliario/hospitalario habitual del paciente. También se revisaron datos procedentes de la Historia Clínica y Prescripción Electrónica. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS© Statistics-V26, considerándose significación estadística valores $p < 0,05$.

RESULTADOS
Se incluyeron 19 pacientes (10 varones/9 mujeres) con una edad media de 10 años (SD=7,9 años). El 84,2% tenían una enfermedad neurológica de base y 15,8% cáncer. 5 pacientes fueron atendidos en el hospital, 11 en el domicilio y 3 en ambos ámbitos. En el total de pacientes se registraron un total de 56 VSC diferentes, con una mediana de 2 VSC por paciente (IQI:1-3; mínimo:1- máximo:17). Las localizaciones de dichas vías fueron: muslo (83,9%), deltoides (8,9%) y zona infraclavicular (7,1%). La vía subcutánea fue utilizada para hidratación del paciente (hipodermoclisis) con suero glucosalino (5%/0,9%) en 1 caso; en el resto de casos se administraron fármacos para el control de diferentes síntomas, como: crisis epilépticas (35,7%), dolor (29,6%), disnea (22,4%), irritabilidad neurológica (6,1%), nauseas/vómitos (4,1%) y sedación (1%). Los fármacos (n=97) utilizados en el control de estos síntomas, solos o combinados entre sí en una mezcla, fueron: crisis epilépticas: midazolam (n=35); dolor: morfina (n=28) y clonidina (n=1); disnea: morfina (n=14) y midazolam (n=8); irritabilidad neurológica: midazolam (n=4) y haloperidol (n=2); nauseas/vómitos: haloperidol (n=4) y sedación: midazolam (n=1). La administración de estos fármacos se produjo mediante bomba de analgesia controlada por paciente (PCA) (63%) o bomba de jeringa (30,7%) principalmente. La mediana de duración de las VSC analizadas fue 7 días (IQI:2-14). Los principales eventos que motivaron la retirada de la VSC fueron: induración de la zona de inserción (41,1%), exitus (23,2%), control efectivo de síntomas (10,7%), cambio a una vía intravenosa (8,9%), retirada por parte del paciente (8,9%) y salida por hipertonía (3,6%). La retirada de la vía por complicaciones no se relacionó, de forma estadísticamente significativa, con su localización (Chi-cuadrado; p=0,17), ni con la duración de la misma (Chi-cuadrado; p=0,25).

CONCLUSIONES
Los principales síntomas atendidos por VSC en pacientes pediátricos con atención paliativa son: crisis epilépticas, dolor y disnea, siendo la hipodermoclisis una técnica minoritaria. Es frecuente que cada paciente requiera más de una VSC. La zona de inserción de la VSC preferente es el muslo, siendo la aparición de una induración el principal motivo de retirada de la vía. El control de estos síntomas se realiza más frecuentemente en el domicilio del paciente.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

124. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA DORNASA ALFA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FIBROSIS QUÍSTICA

AUTORES
FERNÁNDEZ RUBIO B, ALONSO MORENO M, DELGADO PELLECÍN I, ÁLVAREZ DEL VAYO BENITO C
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS
La dornasa alfa está indicada para mejorar la capacidad pulmonar en pacientes mayores de 5 años de edad con fibrosis quística (FQ) que tengan una capacidad vital forzada (CVF) mayor del 40% de la teórica. La eficacia y seguridad del fármaco se establecieron en dos ensayos clínicos pivotales (ECP) en los que los pacientes recibieron 2.5 mg de dornasa alfa una o dos veces al día durante 24 semanas. Otro ensayo clínico posterior evaluó el efecto sobre la CVF en la semana 96.
El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y la seguridad real de la dornasa alfa en pacientes pediátricos con FQ.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio multidisciplinar, observacional y retrospectivo que incluyó a todos los pacientes pediátricos con FQ tratados con dornasa alfa en un hospital de tercer nivel entre 2013 y 2020. Todos los pacientes tenían una CVF superior al 40% de lo previsto al inicio del tratamiento.
Variables recogidas: demográficas (sexo y edad), farmacoterapéuticas (posología), parámetros de efectividad medidos a través de pruebas de espirometría en las semanas 0, 24 y 96 [volumen espiratorio forzado en 1 segundo (VEF1), capacidad vital forzada (CVF) y cociente VEF1 / CVF)] y variables de seguridad [reacciones adversas (RA)].
La información se recopiló de la historia clínica y farmacoterapéutica (Diraya®) y del módulo de dispensación individualizada (Athos® prisma). Los cálculos se realizaron mediante el programa Excel®.

RESULTADOS

Se incluyeron 40 pacientes (21 hombres) con una mediana de edad de 13.23 años (5.16-17.79). Todos los pacientes recibieron 2,5 mg de dornasa alfa una vez al día durante al menos 96 semanas.
La media y la desviación estándar del VEF1, CVF y VEF1/CVF fueron, respectivamente:
• Semana 0: 79.09% (23.45), 90.51% (20.83) y 85.56% (13.20).
• Semana 24: 78.96% (22.31), 89.80% (20.51) y 87.32% (13.43).
• Semana 96: 78.59% (23.87), 87.35% (22.95) y 86.59% (10.94).
El porcentaje de cambio del VEF1 desde la semana 0 hasta la semana 24 fue de -0.13%, mientras que desde la semana 0 a la semana 96 fue de -0.5%.
Solo un paciente experimentó RA (tos y vómitos intensos) que provocó la interrupción permanente del tratamiento. El resto de pacientes no reportó ninguna RA relacionada con la dornasa alfa.

CONCLUSIONES

Los ECP mostraron un aumento significativo del VEF1 en la semana 24 (+ 5.1%) y la semana 96 (+ 0.03%). Sin embargo, ese beneficio no ha podido demostrarse en nuestros pacientes. Por el contrario, al igual que en los ECP, las RA producidas por la dornasa alfa han sido raras. Dada la diferencia en términos de eficacia entre nuestros resultados y los de los ECP, serían necesarios nuevos estudios en más pacientes que establezcan la eficacia real del fármaco.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

132. ERRORES DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN PACIENTES POLIMEDICADOS PEDIÁTRICOS

AUTORES

ALONSO MORENO M, FERNANDEZ RUBIO B, MOLEON M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar los errores de conciliación (EC) y el impacto de las intervenciones farmacéuticas en pacientes crónicos polimedicados pediátricos al ingreso en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo multidisciplinar de intervención de 15 meses de duración (Febrero de 2020 - Abril 2021) en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes polimedicados pediátricos (4 o más medicamentos) que se conciliaron al ingreso por un médico y posteriormente fueron revisados por un farmacéutico.
El farmacéutico diariamente revisaba las prescripciones de los pacientes polimedicados pediátricos que ingresaban en las últimas 24 horas mediante el módulo de prescripción electrónica ATHOS-Prisma®. Tras la revisión de la medicación domiciliaria en la historia clínica electrónica Diraya® y receta electrónica V.5®, se realizaba una entrevista con la familia del paciente para comprobar si existían discrepancias con la prescripción electrónica. Posteriormente, los EC (discrepancias no justificadas) eran comunicados al médico prescriptor.
Las variables recogidas fueron: sexo, grupos de edad, peso, número de medicamentos domiciliarios, número de discrepancias (desglosadas en EC y discrepancias justificadas), unidad de hospitalización donde más se intervino, tipo y relevancia clínica del EC, impacto de la intervención farmacéutica y grado de aceptación por parte del médico prescriptor.
Los EC se clasificaron en: omisión del medicamento, comisión, duplicidad, diferente vía/frecuencia/dosis y prescripción incompleta.

RESULTADOS

Se conciliaron un total de 48 pacientes polimedicados durante el periodo en estudio. 58,3% (n=28) eran varones con un peso medio de 32,0±5,0 kg. El 39,6% (n=19) eran adolescentes (13-18años); 31,3% (n=15) eran niños pre-escolares (> 1-5 años); 18,8% (n=9) niños escolares (6-12 años) y 10,3% (n=5) lactantes (1mes-1año). La media de medicamentos domiciliarios fue de 7±3,1 medicamentos por paciente.
Del total de pacientes polimedicados, 56,25% (n=27) pacientes tuvieron discrepancias durante la conciliación: 11,11% (n=3) discrepancias justificadas y 88,89% (n=24) EC. Las unidades con más EC fueron: nefrología (31,25%), pediatría general (18,75%), onco-hematología (16,66%), cirugía pediátrica (14,58%), paliativos (10,42%) y otras (8,34%). Los EC fueron: 45,84% (n=11) por diferente vía, frecuencia o dosis; 25% (n=6) por omisión del medicamento; 12,5% (n=3) por prescripción incompleta; 8,33% (n=2) por comisión y 8,33% (n=2) por duplicidad.
En cuanto a la relevancia clínica de los EC, el 54,17% (n=13) fueron considerados improbables que causaron un daño al paciente y 45,83% (n=11) probables de causar daño al paciente.
El 41,67% de las intervenciones farmacéuticas tuvo impacto clínico en la efectividad y seguridad del medicamento, 41,67% únicamente en la efectividad y 16,66% en la seguridad. El 100% de las intervenciones farmacéuticas fueron aceptadas por el médico prescriptor.

CONCLUSIONES

La mitad de los pacientes polimedicados pediátricos tuvieron EC al ingreso. El grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas por parte de los pediatras fue muy elevado lo que apoya la integración del farmacéutico en equipos multidisciplinares con el fin de mejorar la seguridad y/o efectividad del tratamiento farmacológico en este tipo de pacientes tan complejos.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

183. ANÁLISIS DE LA FARMACOCINÉTICA, EFICACIA Y COSTES TRAS EL SWITCH A FACTORES FVIII DE VIDA MEDIA EXTENDIDA

AUTORES
MEGÍAS VERICAT JE, BONANAD BOIX S, PALOMERO MASSANET A, LARRODE LECIÑENA I, MARQUES MIÑANA MR, HAYA GUAITA S, CID HARO AR, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE DE VALENCIA. AVINGUDA DE 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 (t1/2) 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 rurioctocog-alfa/damoctocog-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: t1/2, 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 t1/2, ratio AUC, nº dosis semanales, dosis/kg/semana, coste, tasa anual de sangrados totales (ABR) y articulares (AJBR), %pacientes cero sangrados. 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 75 pacientes procedentes de 7 hospitales (45 rFVIII-Fc; 30 PEG-rFVIII), 69 con HA grave y 6 HA moderada, con mediana de edad de 26 años (RIC:14-41) y sin diferencias de peso entre periodos.
Se redujo la frecuencia de dosis [3,0 (RIC:3,0-3,5) vs 2,0 (RIC:2,0-3,0); p < 0,0001] y la dosis/kg/semana [83,0 (RIC:64,3-111,1) vs 69,0 (RIC:48,8-97,0) UI/kg/semana; p < 0,0001]. Las medianas de reducción fueron 33,3% en frecuencia (RIC:0-33,3%) y 20,2% en dosis/kg/semana (RIC:9,7-33,3%), evitando 39,1 infusiones/paciente/año (RIC:0-52,2) y suponiendo ahorros de 24.112 €/paciente/año.
Mejoraron significativamente (p < 0,0001) todos los parámetros PK (mediana y RIC): t1/2 [11,5 (9,3-14,8) vs 16,5 (12,5-23,3) h]; AUC [8428 (6809-10941) vs 15957 (12005-24349)]; NP [71,0 (56,0-84,0) vs 93,5 (72,0-102,3)]; NV24 [12,4 (8,6-17,1) vs 24,7 (18,8-38,7)]; NV48 [3,6 (1,9-5,4) vs 9,8 (5,7-17,5)]; NV72 [1,3 (0,9-2,4) vs 3,9 (2,0-8,6)]; T5% [42,0 (31,8-50,0) vs 63,4 (50,5-91,1)]; T2% [59,0 (47,3-76,0) vs 87,4 (70,4-125,3)]; T1% [79,3 (63,1-101,1) vs 113,8 (89,6-159,5)].
Tras el switch a EHL se obtuvieron medianas en los ratios t1/2 y AUC de 1,3 (RIC:1,1-1,7) y 1,8 (RIC=1,3-2,3), menor ABR [2,0 (0,0-4,0) vs 0,0 (0,0-1,0); p < 0,001] y AJBR [1,0 (0,0-2,3) vs 0,0 (0,0-1,0); p < 0,001], y mayor %pacientes con ceros sangrados totales (27,3% vs. 57,6%) y articulares (42,4% vs. 74,2%). Los ratios t1/2 y AUC fueron 1,4 (RIC:1,3-1,7) y 1,9 (RIC:1,4-2,4) en ≥12 años, 1,3 (RIC:1,0-1,4) y 1,3 (RIC:1,1-2,0) en < 12 años tratados con rFVIII-Fc (aprobado en pediatría). No se observaron diferencias entre rFVIII-Fc y PEG-rFVIII, pero sí menor ABR [1,0 (0,0-2,0) vs 0,0 (0,0-1,0); p=0.022] y AJBR [0,0 (0,0-2,3) vs 0,0 (0,0-0,0); p=0,012] con PEG-rFVIII.

CONCLUSIONES
Los EHL de FVIII han demostrado mejorar significativamente PK y reducir ABR, AJBR, frecuencia semanal y dosis/kg/semana. En nuestra cohorte se cumplen las mejoras en los ratios de t1/2 y AUC definidas. El switch PK-guiado permite individualizar la profilaxis, mejorando la eficacia y reduciendo costes.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

309. ¿QUÉ HAY TRAS LOS TRATAMIENTOS DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO INFANTIL?

AUTORES
CANO MOLINA JA, GARRIDO CORRO B, MUÑOZ GARCÍA I, DÍAZ RAMÓN M, LAORDEN CARRASCO A, GOLNABI DOWLATSHAHI F, GIL ALMELA J, TORRÓ GARCÍA L
HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CARRETERA MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS
Revisar la prescripción de los tratamientos prescritos en una unidad de hospitalización a domicilio infantil (HADI), y analizar la existencia de interacciones medicamentosas en los mismos, los posibles mecanismos de acción y su implicación clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio transversal donde se analizaron los fármacos actualmente prescritos a los niños ingresados de HADI en marzo de 2021. Se utilizó el programa de prescripción electrónica asistida así como la historia clínica electrónica implantada en el Centro. Para la evaluación de las interacciones se utilizaron las bases de datos: Lexicomp®, Micromedex®, y se clasificaron según los criterios de gravedad: 1) A, B, C, D y X (según Lexicomp®); 2) importantes, moderadas y secundarias (según Micromedex®). Se consultó la base de datos DrugBank® para el estudio del metabolismo de los fármacos implicados. Los datos analizados fueron: sexo, edad, diagnóstico principal, nº de fármacos prescritos, nº de interacciones detectadas y gravedad de las mismas.

RESULTADOS
La población analizada fueron 43 pacientes (20 niños y 23 niñas) con una mediana de edad de 4 (0,8-20) años. El 60,5 % de los pacientes tenían como diagnóstico principal una patología neurológica, seguida de patología digestiva (18,6

%) y respiratoria (11,7 %). En relación con el número de medicamentos prescritos, la mediana fue de 3 (0-12) principios activos/tratamiento, y la mediana del número de interacciones descritas fue de 1 (0-15) interacción.
En la base de datos Micromedex® se encontraron 30 interacciones: importantes (15), moderadas (12), secundarias (3). Por otro lado, en Lexicomp® el análisis mostró 96 interacciones: 8 que no precisan intervención (B), 72 que requieren monitorización (C) y 10 interacciones donde debe considerarse el cambio de terapia (D). El 74 % de las interacciones eran debidas a fármacos depresores del sistema nervioso central (anticonvulsivantes en su mayoría), seguidas de antihipertensivos y antiagregantes plaquetarios.
De las interacciones detectadas, se seleccionaron aquellas coincidentes como importantes en Micromedex® y de categoría D en Lexicomp® y se informó al facultativo resonsable. Estas fueron: omeprazol-clopidogrel, warfarina-ácido acetilsalicílico y clobazam-perampanel.
Los mecanismos fueron: 1) omeprazol y clopidogrel: existe interacción farmacocinética, puesto que omeprazol inhibe la enzima del citocromo P450 (CYP) 2C19, encargada de la activación de clopidogrel, disminuyendo así su efecto antiagregante. 2) warfarina-ácido acetilsalicílico: el mecanismo implicado puede deberse a la inhibición que warfarina produce sobre CYP2C19, enzima que metaboliza el ácido acetilsalicílico, y de esta forma puede incrementar el riesgo de hemorragias. 3) clobazam-perampanel: esta interacción puede ser debida al efecto sinérgico que producen ambos fármacos sobre el sistema nervioso central (SNC), provocando un incremento del efecto depresor central de perampanel.

CONCLUSIONES

Se constata la necesidad de la atención farmacéutica dentro del programa de especial asistencia que requieren estos pacientes crónicos. Un aspecto fundamental en la validación de los tratamientos prescritos a los pacientes de HADI es la identificación de posibles interacciones medicamentosas, ya que son pacientes polimedicados y tratados por múltiples especialistas. El estudio y análisis proactivo de las interacciones en estos pacientes puede suponer una mejora en la eficacia y seguridad de sus tratamientos.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

313. FOTOGRAFIA DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ENDOVENOSO (TADE) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: ¿ES UNA ALTERNATIVA EFICIENTE Y SEGURA FRENTE A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL?

AUTORES

RANZ ORTEGA P, CABRERA LÓPEZ IM, AGÚNDEZ REIGOSA B, MARTÍNEZ GARRIDO PM, RAMOS CHUGANI A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NIÑO JESÚS. AVENIDA MENÉNDEZ PELAYO 65. MADRID

OBJETIVOS

El tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE) se plantea como una alternativa al ingreso hospitalario para el tratamiento de enfermedades infecciosas en niños estables clínicamente, que requieren tratamiento antibiótico prolongado y cuando no se puede administrar por vía oral. Son numerosas las ventajas del TADE, especialmente en la población pediátrica contribuye a la conciliación familiar y a la calidad de vida del paciente.
El objetivo es analizar las características del TADE en una Unidad de Hospitalización a domicilio para pacientes pediátricos y si es una alternativa segura y eficiente frente a la hospitalización convencional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo. Se incluyeron a pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD) en tratamiento antibiótico endovenoso desde que se puso en marcha la unidad, noviembre 2018 hasta la actualidad.
Las variables recogidas fueron: demográficas, relacionadas con la infección, el TADE, las complicaciones, la tasa y características de los reingresos, coste evitado frente a la hospitalización convencional.
Para el análisis de las variables cualitativas se realizó un análisis de frecuencias, mientras que para las cuantitativas se obtuvieron medidas de dispersión.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 388 pacientes con una edad media de 7,3 años (SD=5,3), de los cuales el 51,5% eran varones. La estancia media fue de 6,2 días (IC95% 5,5-6,9).
Las infecciones más frecuentes fueron: intraabdominales (20,9%), otorrinolaringológicas (16,8%), de piel y partes blandas (16,2%). Seguidas de infecciones del tracto urinario (10,8%), sistémicas (10%), osteoarticulares (9,5%), pulmonares (8,4%) y del sistema nervioso central (2,9%).
TADE
Los antibióticos por vía parenteral más utilizados fueron:
• Ceftriaxona (34,5%), especialmente en infección otorrinolaringológicas (32,1%).
• Piperacilina tazobactam (18,7%), fundamentalmente en infecciones intrabdominales (97,2%)
• Clindamicina (9,7%), en infecciones otorrinolaringológicas (51.4%) y de piel y partes blandas (46%)
• Cefazolina(7,1%), especialmente en infecciones de piel y partes (51,9%) y osteoarticulares (40,7%)
La administración de los antibióticos se realizó mayoritariamente a través de una bomba de infusión ambulatoria programable, modelo CADD®-Solis VIP (72,4%), estando generalmente algún familiar involucrado en la administración (88%). Se centralizó la preparación de ceftriaxona a dosis individualizadas en el servicio de farmacia, siendo paulatina la centralización del resto de antibióticos. Los antibióticos no centralizados, fueron prepararon por la UHAD.
Complicaciones
El 26,8% requirieron algún recambio de acceso venoso, fundamentalmente por extravasación y flebitis.
Solo 11,6% necesitaron de atención en urgencias durante el ingreso, fundamentalmente por empeoramiento (53,3%) y

problemas con el dispositivo (40%).De los cuales,el 41,9% requirió ingreso hospitalario.
El 8,7% reingresó a los 30 días del alta, estando relacionado con el ingreso anterior en el 57,1% de los casos.
Eficiencia
El coste derivado de la UHAD en TADE asciende a 717.900€, sin embargo, el ahorro evitado frente a la hospitalización convencional es de 957.200€.

CONCLUSIONES

El TADE se presenta como una alternativa segura y eficiente a la hospitalización convencional
La centralización de las preparaciones de antimicrobianos en los Servicios de Farmacia permite aumentar el periodo de estabilidad microbiológica de las mezclas intravenosas y podría reducir el número de visitas, haciendo más eficiente el circuito

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

393. ANÁLISIS DE LAS PRESCRIPCIONES DE ALBÚMINA SÉRICA HUMANA EN CIRROSIS HEPÁTICA

AUTORES
RODRÍGUEZ- MAURIZ R, BORRÀS TRIAS L, MONZÓ GALLO P, VILLAGRASA VILELLA A, CARDONA ROCA L, CORONEL CORDERO L, RUDI SOLA N
HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. FRANCESC RIBAS S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar la adecuación de las pautas posológicas de albúmina sérica humana (ASH) para indicaciones con alto grado de evidencia en cirrosis hepática descompensada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, multidisciplinar, realizado en un hospital de segundo nivel en 2019. Se incluyeron pacientes cirróticos descompensados > 18 años que hubiesen recibido como mínimo una dosis de ASH para indicaciones con grado de evidencia alto, ingresados o atendidos en el Servicio de Urgencias u Hospital de Día.
Variables del estudio: demográficas (sexo, edad), diagnóstico al ingreso, número de prescripciones de ASH, nivel de albúmina sérica previa, indicación de ASH, pauta posológica.
Se tomó como referencia la guía de la EASL “Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrosis” (2018) tanto para el grado de evidencia como la posología. Se consideró grado de evidencia alta aquellas prescripciones de ASH clasificadas con un grado de evidencia I o II asociadas a una recomendación fuerte. Se incluyeron en este grupo:
-Prevención de disfunción circulatoria post-paracentesis (DCPP) > 5 L: 8 g de HSA/L de líquido ascítico extraído.
-Diagnóstico y tratamiento del síndrome hepatorrenal (SHR) tipo I: 1 g de HSA/kg día 1 y 20-40 g/día hasta valores de creatinina sérica < 1,5 mg/dL o máximo 14 días si respuesta parcial o no respuesta.
-Prevención del fallo renal por peritonitis bacteriana espontanea (PBE): 1,5 g/kg al diagnóstico y 1 g/kg día 3.
Los datos se recogieron del programa de historia clínica electrónica (Savac® v3.41.6).

RESULTADOS

Se incluyeron 24 pacientes, 8 mujeres, edad media 64 años (DS 13). Principales diagnósticos de ingreso: cirrosis descompensada (82%) y shock séptico (6%). Recibieron un total de 56 tandas de ASH. La albúmina plasmática media previa a la administración de ASH fue 2,8 (DS 0,6) mg/dL.
Indicaciones de ASH: prevención de DCPP > 5 litros (67%), diagnóstico y tratamiento del SHR (21%), prevención del fallo renal por PBE (12%).
Se adecuaron a la GPC el 2% de las prescripciones tanto en dosis como duración: 81% de inadecuación en cuanto a la dosis y 38% en cuanto a duración. Analizando según la indicación:
DCPP > 5 L: 46% de sobredosificación en cuanto a la dosis y 32% de infradosificación; 24% no fueron dosis única.
SHR: 92% de infradosificación; 25% de menor duración y 17% mayor.
Prevención del fallo renal por PBE: 57% de infradosificación y 14% de sobredosificación; 72% de duración mayor y 29% menor de la recomendada.

CONCLUSIONES

La mayoría de las prescripciones de ASH no se adecuaron a la guía de práctica clínica en cuanto a la posología, destacando una adecuación menor respecto a la dosis que a la duración. Es necesario formar a los prescriptores para dosificar correctamente el uso de ASH en el hospital.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

560. EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE FACTORES IX DE LA COAGULACIÓN DE MEDIA VIDA MEDIA EXTENDIDA EN PACIENTES CON HEMOFILIA B.

AUTORES
JUAREZ GIMENEZ JC, BENÍTEZ HIDALGO O, MARTÍNEZ GARCÍA MF, ARÉVALO BERNABÉ Á, LALUEZA BROTO P, GIRONELLA MESA M, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D’HEBRON. Pº VALLE HEBRON S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

En la actualidad, se está produciendo un nuevo paradigma en la profilaxis de la Hemofilia B, mediante la introducción de concentrados de Factor IX de vida media extendida (FIX EHL). Principalmente, pueden permitir una disminución en el número administraciones intravenosas y de unidades internacionales (UI), respecto a los concentrados de Factor IX

de vida media estándar (FIX SHL). El objetivo es evaluar el numero de infusiones intravenosas, el consumo de unidades internacionales (UI) antes y después del cambio de FIX, determinar los parámetros farmacocinéticos y evaluar la seguridad de los FIX EHL administrados a una población de pacientes con hemofilia B grave (HB).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo en una población de pacientes con hemofilia B grave. También se incluyeron las variables edad, FIX actual y anterior, pauta de administración y un análisis intrapaciente para comparar el consumo de factor en UI y la pauta de administración antes y después del cambio. La evaluación farmacocinética fue realizada por el programa poblacional especifico WAPPS - HEMO. Se evaluó la seguridad basada en la aparición de inhibidores u otros efectos adversos destacables.

RESULTADOS

Se incluyeron 11 pacientes tratados en profilaxis con un FIX EHL, durante el período de octubre de 2020 a abril de 2021. Nueve pacientes fueron adultos y 2 pacientes pediátricos. Siete pacientes fueron tratados con eftrenonacog alfa y 4 pacientes con albutrepenonacog alfa. Nueve pacientes estaban en tratamiento profiláctico antes del cambio y requerían 2 infusiones por semana de su FIX SHL (6 pacientes estaban tratados con FIX SHL recombinante y 3 con FIX SHL plasmático). Tras el cambio, el número de infusiones se redujo a una media de infusiones semanales de 0.5 ± 0,36 y el consumo de unidades internacionales (UI) mensuales se redujo en un 40%. En cuanto a los resultados del estudio farmacocinético realizado en los pacientes adultos, los tratados con eftrenonacog alfa presentaron una media de t1/2= 170 ±32h, Cl= 0,116 ±0,03 L/h y Vss= 18,5 ± 2,8 L. Los tratados con albutrepenonacog presentaron una media de t1/2= 152h ±35h , Cl= 0,05 ± 0,02 L/h y Vss=7,6 ± 0,8 L . No se presentó ningún caso de inhibidores ni efectos adversos destacables.

CONCLUSIONES

Los datos recopilados muestran que los FIX-EHL es una opción de tratamiento segura para pacientes con HB. Se produjo una disminución del número de las infusiones intravenosas así como el consumo de UI respecto a los FIX SHL previamente administrados.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

600. REVERSIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN DE DABIGATRÁN CON IDARUCIZUMAB: RESULTADOS DE NUESTRA EXPERIENCIA.

AUTORES

MARTÍNEZ PRADEDA A, MAURIZ MONTERO MJ, FERNÁNDEZ DOCAMPO M, FEIJOO VILANOVA P, ROTEA SALVO S, FERNÁNDEZ OLIVEIRA C, GIMENEZ ARUFE V, MARTÍN HERRANZ MI

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. AS XUBIAS, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

El dabigatran es el único anticoagulante de acción directa que dispone de agente reversor específico comercializado en España, el idarucizumab.

El objetivo de este trabajo es describir el uso de idarucizumab en nuestro centro y analizar los resultados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes que recibieron al menos una dosis de Idarucizumab 5 mg. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), pauta del tratamiento con dabigatrán, filtrado glomerular estimado (eFG mediante CKD-EPI) previo y en el momento de la reversión, fecha y hora de la última administración del anticoagulante, hemoderivados o factores de la coagulación administrados durante el episodio, tiempos de coagulación (tiempo de trombina(TT), tiempo de tromboplastina parcial activada(TTPA) en el momento de la reversión y en las siguientes 24 horas. Se recogió la supervivencia a los 30 días de la reversión.

RESULTADOS

Idarucizumab fue empleado para la reversión de la anticoagulación en 20 pacientes (10 varones, media de edad de 68 años (27-89)) .

Las indicaciones fueron: 7 hemorragias graves (4 hemorragias digestivas-3 altas,1 baja-, 2 hematomas subdurales y 1 situación de alto riesgo de hemorragia intracraneal tras fibrinólisis); 12 previo a intervención quirúrgica urgente asociada a alto riesgo de sangrado (8 previo a trasplante cardíaco) y 1 previo a un procedimiento diagnóstico invasivo (punción lumbar).

El 50% de los pacientes estaban con dabigatrán 110 mg (ajustada por función renal o por edad). Uno de los pacientes estaba sobredosificado por recibir tratamiento con verapamilo y dosis de dabigatrán de 150 mg. En el momento de la reversión 5 pacientes presentaban una eFG inferior a 30 mL/min, situación en la que el dabigatrán está contraindicada (1 hemorragia grave, 4 pre-quirurgicos).

La fecha de la última administración era conocida en 18 casos. En 4 sujetos la reversión se realizó pasadas más de 12 horas desde la última dosis administrada.

Cuatro pacientes presentaban un TT y un TTPA basales elevados indicativo de efecto anticoagulante; 11 presentaban un TTPA basal elevado pero un TT desconocido.

Doce pacientes (60%) precisaron hemoderivados (12/12 concentrados de hematíes, 6/12 plasma fresco congelado, 5/12 pool de plaquetas). Seis de ellos precisaron también factores de la coagulación (3/6 fibrinógeno, 2/6 eptacog alfa, 1/6 complejo protrombínico inactivado), siendo el 83,33% sujetos sometidos a trasplante cardíaco.

Dos pacientes recibieron una segunda dosis de 5 mg de idarucizumab. Solo uno de los pacientes revertidos recibió carbón activado (administración de dabigatrán en las 2 horas previas). Ningun paciente fue dializado.

Tres pacientes fueron éxitus antes de 30 días (uno de ellos habiendo recibido 10 mg de idarucizumab). En 8 pacientes el TT continuaba elevado en las 24 horas post-reversión, si bien solo 4 presentaban una elevación 1,5 veces superior al límite superior normal (LSN) y ninguno presentaba valores de TTPA superiores a 1,5 veces el LSN.

CONCLUSIONES
El uso de idarucizumab para la reversión de la anticoagulación con dabigatrán fue seguro en la mayor parte de nuestros pacientes, permitiendo realizar intervenciones o manejar hemorragias de forma urgente con buenos resultados y buena recuperación de la hemostasia.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

650. IMPLANTACIÓN DE LA TELEFARMACIA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE CUIDADOS PALIATIAVOS PEDIÁTRICOS

AUTORES
ARRIETA LOITEGUI M, GARCÍA LÓPEZ I, GONZÁLEZ PEÑA A, MARTÍN ROMERO I, CATA DEL PALACIO E, AGÜÍ CALLEJAS A, GONZÁLEZ ANDRÉS D, POZAS DEL RÍO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS. AV. MENÉNDEZ PELAYO 65. MADRID

OBJETIVOS
Desarrollo de un programa de telefarmacia (atención farmacéutica (AF) y dispensación domiciliaria de la medicación) en pacientes pediátricos con patología crónica compleja atendidos por una Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica (UAIPP) en régimen de hospitalización a domicilio (HaD).

MEJORAS ESPERADAS
Facilitar el acceso a la medicación de pacientes con dificultades para acudir presencialmente a la consulta de AF de la UAIPP del Hospital.
Garantizar la continuidad de la prestación farmacéutica en cuanto a efectividad, seguridad y adherencia de la medicación mediante el establecimiento de procedimientos de AF telemáticos.

DISEÑO
Se consensuó y protocolizó un circuito de trabajo entre el Servicio de Farmacia (SF) y la UAIPP.

CIRCUITO Y ETAPAS
Etapas:
1.Evaluación multidisciplinar de las limitaciones del circuito de la consulta de AF presencial, recursos disponibles y necesidades de los pacientes.
2.Elaboración de un procedimiento de selección de pacientes. Dada la limitación de recursos, se tuvieron que priorizar aquellos pacientes cuya situación socioeconómica familiar y complejidad farmacoterapéutica pusiesen en peligro un adecuado cumplimiento terapéutico y utilización de los medicamentos.
3.Desarrollo del programa de telefarmacia, incluyendo las siguientes actividades: seguimiento farmacoterapéutico, información/formación de cuidadores y dispensación domiciliaria.
4.Elaboración de procedimientos de trabajo y formación del personal implicado.
Circuito:
1.Ante un nuevo ingreso en HaD: valoración multidisciplinar (trabajo social, enfermería y farmacéutica) de la necesidad de inclusión en el programa de Telefarmacia según los criterios previamente establecidos.
2.Primera consulta de AF telemática, con el objetivo de explicar el funcionamiento del circuito, obtener el consentimiento informado, revisar la medicación y dar la información farmacoterapéutica necesaria.
3.Validación farmacéutica de las prescripciones. Preparación de la medicación con doble revisión por parte del personal de enfermería del SF.
4.Dispensación a domicilio, asegurando conservación y transporte en condiciones adecuadas.
5.Seguimiento farmacoterapéutico: La farmacéutica de la UAIPP realiza consultas de AF telefónicas según las necesidades de cada paciente/familia (cambios de tratamiento, conciliación post-ingreso hospitalario, visita a especialistas, revisión de adherencia…).
6.Evaluación anual de la satisfacción mediante una encuesta a los usuarios.

IMPLANTACIÓN
El circuito se implantó en junio de 2020, y se mantiene en la actualidad.

RESULTADOS
Desde la implantación, 10 pacientes (10,2%) de los 98 atendidos en la consulta de AF de la UAIPP han sido incluidos en este circuito (50% mujeres, mediana de edad 6,5años (6meses-19años)). De ellos, 2 fallecieron y 1 fue dado de alta.
En abril de 2021 se realizaron 7 dispensaciones a domicilio. La mediana de medicamentos dispensados por paciente fue 7(5-10). Se realizaron 16 intervenciones farmacéuticas: discrepancia entre dosis prescrita y administrada(37,5%;n=6), revisión de adherencia(25%;n=4), conciliación al ingreso domiciliario(6,25%;n=1), información sobre cambio de presentación(n=1), omisión(n=1), suspensión de tratamiento innecesario(n=1), discrepancia entre pauta prescrita y administrada(n=1) y discrepancia entre medicamento prescrito y administrado(n=1).
Se recibieron 4 encuestas de satisfacción de 6 enviadas a aquellas familias con más de 3 dispensaciones en abril de 2021. La valoración global del servicio fue de 4,75/5.

LIMITACIONES
La escasez de recursos y sobrecarga de trabajo del personal del SF limitan la ampliación del circuito a un mayor número de pacientes.
Falta de soporte informático que facilite el registro de datos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Aplicable a todos los SF con dispensación a pacientes en HaD/pacientes externos.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

660. MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HEMOFILIA B AL UTILIZAR FACTORES DE COAGULACIÓN DE VIDA MEDIA EXTENDIDA

AUTORES
GOLNABI DOWLATSHAHI F, GONZÁLEZ PONCE CM, DÍAZ RAMÓN M, LAORDEN CARRASCO A, CANO MOLINA JÁ, GIL ALMELA J, MARTÍNEZ IBÁÑEZ MÁ, TORRÓ GARCÍA L
HOSP. CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA. MURCIA

OBJETIVOS
Evaluar la mejora de la calidad de vida en los pacientes diagnosticados de hemofilia B con tratamiento profiláctico al cambiar en la prescripción el factor IX (FIX) recombinante (de vida media corta) a FIX humano unido covalentemente al dominio Fc de la inmunoglobulina humana G1 (de vida media larga).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de hemofilia B tratados con nonacog alfa (40 UI/kg dos veces a la semana) y que realizaron el cambio (noviembre del año 2020) a eftrenonacog alfa (50 UI/kg una vez a la semana) en un hospital de tercer nivel, ambos como tratamiento profiláctico. Las variables analizadas fueron: número de pacientes con las indicaciones anteriormente comentadas, edad, sexo, UI administrados semanal y anualmente de ambos fármacos, porcentaje de UI ahorrados, número de inyecciones ahorrados, niveles del FIX de la última revisión en el que ya se administraba eftrenonacog alfa y valoración subjetiva de si ha habido mejoría en la calidad de vida. Las fuentes de información utilizadas han sido las historias clínicas informatizadas de los pacientes, el programa de prescripción electrónica (en concreto la sección de dispensación a pacientes externos) y las fichas técnicas de los dos factores.

RESULTADOS
Se analizaron 7 pacientes con una edad media de 31 (rango: 13 – 54) años. Todos ellos varones. El peso medio aproximado es de 77 (rango: 50 – 100) kg. La dosis semanales a administrar de nonacog alfa es de 43.000 UI, con una media semanal de 6.143 UI por paciente. Las dosis anuales llegarían a 2.242.145 UI. El cambio a efrenonacog alfa supone una suma semanal de 25.500 UI, con una media semanal de 3.643 UI por paciente. Las dosis anuales llegarían a 1.329.644 UI. El porcentaje de UI ahorrados llegaría a un 69% y el número de inyecciones evitadas sumarían un total de 52 administraciones. Todos los niveles basales de la última revisión de FIX son > 1% (rango: 4 – 10%) cuyo dato está respaldado por la evidencia, aunque lo ideal sería obtener un nivel situado en el rango de 3 – 5% (cuyo porcentaje solo se cumple en 2 de los 7 pacientes). Todos los pacientes tienen una valoración positiva en su última revisión: 6 pacientes no han presentado eventos hemorrágicos, 4 de ellos presentan una buena adherencia al tratamiento y 3 no refieren ningún tipo de reacción adversa relacionada con la medicación.

CONCLUSIONES
El cambio de nonacog alfa a eftrenonacog alfa supone una reducción de las dosis totales de FIX, menor número de inyecciones, un control óptimo de los niveles de FIX y una mejora global en la calidad de vida del paciente hemofílico tipo B. No obstante, el análisis incluye pocos pacientes y el tiempo de estudio es corto por lo que es necesario un mayor seguimiento en el tiempo.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

681. DUPILUMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: ANÁLISIS DE USO Y REDUCCIÓN DE COSTES

AUTORES
FERNÁNDEZ CUERVA C, GARCIA RODRIGUEZ MP, AGÜÍ CALLEJAS A, GONZALEZ ANDRES D, FREIRE BLANCO A, TORRELO FERNANDEZ A
HOSPITAL NIÑO JESUS. AV. DE MENÉNDEZ PELAYO, 65. MADRID

OBJETIVOS
- Describir el uso de dupilumab en la población pediátrica.
- Evaluar el impacto económico del reacondicionamiento de dosis en Farmacia gracias a la actuación coordinada dentro del equipo multidisciplinar (Farmacia-Dermatología y Hospital de Día)

MATERIALES Y MÉTODOS
Se consensuó dentro del equipo un circuito de prescripción, elaboración y administración. Se elaboró junto con Dermatología un protocolo de uso en el centro con solicitud individualizada por paciente y ajuste de dosis según peso. Farmacia se comprometió a reacondicionar las dosis para evitar posibles errores. Se acordó con Hospital de Día la citación conjunta de los niños para administrar en el centro y evitar pérdidas de dosis.
Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo de todos los pacientes pediátricos tratados con dupilumab en el centro.
Periodo de estudio: Enero de 2019-Marzo de 2021.
Variables analizadas: sexo, edad, patología, peso, dosis de carga y mantenimiento, número de dosis empleadas, fechas de inicio y fin de tratamiento y ahorro económico.
Fuentes informáticas: Farmatools® (prescripción y elaboración) y Hcis® (Historia Clínica)

RESULTADOS
Catorce pacientes iniciaron tratamiento con dupilumab en el periodo de estudio; mediana de edad 13 años (rango 3-15), 9 varones (64%), Fue empleado como tratamiento de la dermatitis atópica grave en 13 casos (93%) y en uno para ictiosis. Todos ellos cumplían criterios según el protocolo elaborado (uso previo de corticoides, metotrexato y/o ciclosporina) y los tratamientos fueron aprobados por la Dirección del centro como uso fuera de indicación y no financiado.

Las dosis fueron ajustadas por peso.
Los pacientes recibieron una mediana de 18 dosis (rango 4-68).
Siete pacientes (64,3%) se administraron dosis de carga de 600 mg seguido de 300 mg cada dos semanas (> 60kg). Los otros siete (64,3%), pesaban menos de 60 kg; tres pacientes de menos de 30kg iniciaron con dosis de carga de 300 mg seguido de 150 mg cada dos semanas, dos con dosis de 400 mg seguidos de 200 mg (> 30 kg) y 2 a dosis de 10 mg/kg por tener un peso menor de 10kg. En un caso se produjo subida de peso por lo se aumentó dosis de 200mg a 300mg desde la octava dosis.
Ningún paciente tuvo que abandonar el tratamiento por reacciones adversas; sólo uno de ellos disminuyó la dosis de 300 mg a 150 mg desde la cuarta dosis por reacción en el lugar de inyección.
Todos ellos presentaron mejoría clínica al inicio y pudieron minimizar el uso de corticoides. 5 niños que suspendieron el tratamiento por pérdida de eficacia con el tiempo.
El coste de la jeringa de 300 mg es 407€. La citación conjunta de pacientes y el reaprovechamiento de las jeringas ha permitido ahorrar 18.315 €.

CONCLUSIONES

La implantación de un circuito sistematizado con el equipo multidisciplinar es fundamental para realizar un uso eficiente y segura de los tratamientos.
La integración del farmacéutico en el equipo asistencial aporta un valor añadido de seguridad al circuito.
La colaboración estrecha entre Servicios permite optimizar los tratamientos y ahorrar en costes al sistema.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

808. ANÁLISIS DEL USO OFF-LABEL DE INMUNOGLOBULINAS INESPECÍFICAS INTRAVENOSAS

AUTORES

ESTRADA NIETO L, MORALES TRIADÓ A, ARIAS MARTÍNEZ A, TERRICABRAS MAS E, CODINA-JIMÉNEZ C, VALLS SÁNCHEZ E, CARABIAS ANÉ L, QUIÑONES RIBAS C
HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL. CARRETERA DE CANYET, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar el perfil de utilización fuera de ficha técnica (FFT) de las inmunoglobulinas inespecíficas intravenosas (IgIV) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes adultos tratados con IgIV en indicaciones FFT entre enero de 2017 y diciembre de 2020.
Las variables recogidas fueron las siguientes: sexo, edad, indicación, servicio prescriptor y motivo de discontinuación del tratamiento. La obtención de datos se realizó mediante la revisión de la historia clínica del paciente y el programa de prescripción electrónica.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 70 pacientes. Todos los tratamientos fueron evaluados y aprobados por la Subcomisión de Medicamentos en Situaciones Especiales del hospital previo a su inicio. La edad media fue de 57,74 años (19-90) de los cuales 38 (54,28%) eran mujeres.
Durante los dos primeros años de estudio, hubo 14 y 10 tratamientos aprobados respectivamente. En el 2019 se observó un aumento a 25 tratamientos y en 2020 una reducción a 21, coincidiendo con los meses en los que se desarrolló la pandemia de la COVID-19.
Las prescripciones se realizaron por los siguientes servicios médicos: 47,14% (33) Neurología, 18,57% (13) Nefrología, 14,29% (10) Reumatología, 11,43% (8) Dermatología, 7,14% (5) Unidad de Enfermedades Infecciosas y 1,43% (1) Neumología.
Las IgIVs se utilizaron en 27 indicaciones FFT, las más destacadas fueron: un 24,29% en miastenia gravis, un 14,28% en el rechazo humoral del trasplante de riñón y un 12,86% en dermatomiositis.
De los pacientes analizados, el 35,71% (25) continúa el tratamiento manteniéndose su enfermedad estable, mientras que el 64,29% (45) ha finalizado el tratamiento por distintos motivos. Las causas más destacadas de discontinuación fueron las siguientes: un 37,78% (17) por tratarse de un régimen puntual, un 24,44% (11) por falta de respuesta, un 13,33% (6) por mejoría o estabilidad de la enfermedad, un 6,67% (3) por mala evolución de la enfermedad, un 4,44% (2) por aparición de efectos adversos derivados de la administración y un 2,22% (1) por contraindicación posterior al inicio del tratamiento.

CONCLUSIONES

Durante el período de tiempo analizado se ha observado una tendencia ascendente del uso de inmunoglobulinas intravenosas en indicaciones fuera de ficha técnica, a excepción del último año, posiblemente, debido a la situación de pandemia.
El 65,71% de las inmunoglobulinas fueron prescritas por los servicios de Neurología y Nefrología, resultados acordes con la práctica clínica habitual.
Los resultados obtenidos muestran que aquellas inmunoglobulinas que ya no aportaban un beneficio clínico fueron suspendidas. Por lo tanto, y al tratarse de un medicamento con una disponibilidad limitada, realizar un uso eficiente y un seguimiento del manejo terapéutico del paciente es una estrategia crucial, para así, garantizar un mayor acceso de éste a la población.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

907. USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL REFRACTARIA PEDIATRICA

AUTORES
FERNÁNDEZ MARTÍN JM, YUNQUERA ROMERO L, PARADAS PALOMO JD, GALLEGO FERNÁNDEZ C
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO MALAGA-HOSPITAL MATERNO-INFANTIL. AVENIDA DEL ARROYO DE LOS ANGELES S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS
Evaluar el uso de ustekinumab (UST) y su perfil de seguridad en población pediátrica con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) refractaria.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo realizado en hospital de tercer nivel entre Abril 2019-Abril 2021 de pacientes pediátricos diagnosticados con EII tratados con UST. Se revisaron historias clínicas mediante Historia Clínica Digital y registro de dispensaciones del programa de dispensación a pacientes externos. Datos recogidos: demográficos, tipo EII, estadío al diagnóstico (edad, localización, comportamiento enfermedad, crecimiento), tiempo desde diagnóstico hasta inicio UST, terapia biológica previa, número fármacos biológicos previos, necesidad corticoides previa a UST, tratamiento inmunosupresor modificador de la enfermedad (FAME) previo, indicación UST, duración tratamiento, pautas posológicas (dosis inducción, intensificación de dosis, re-inducción y frecuencia de administración), marcadores efectividad (Calprotectina fecal (Cf), PCR, albúmina), concentración plasmática UST (Cp UST) valle (tomadas antes de la siguiente administración) y efectos adversos. Para evaluar efectividad sólo se seleccionaron los pacientes con > 16 semanas de tratamiento.

RESULTADOS
Total pacientes: 10. Edad: 14,2 ±3.2 años (9-19). Hombres: 8 (80%). Tipo EII: Enfermedad de Crohn (EC): 9; Colitis Ulcerosa (CU): 1 .Edad al diagnóstico: (A1a) < 10 años: 6/10 (60%); (A1b) > 10 años:4/10 (40%). Localización: ileocecal (L1): 3/9 (33%): colónica (L2): 2/9 (22%); Ileocolónica (L3): 3/9 (33%); con afectación alta proxima ángulo treitz: (L4): 1/9 (11%). Comportamiento enfermedad: Inflamatoria (B1): 7/9 (77%); estenosante (B2): 1/9 (11%); enfermedad perianal (B1+p): 1/9 (11%). Pacientes sin retraso en crecimiento: 7/9 (77%); con retraso: 2/9 (22%). Media de tiempo desde diagnóstico hasta inicio UST: 4.5±2.6 años. Terapia Biológica previa: Adalimumab: 9 (90%); Infliximab: 5 (50%); Golimumab: 1 (10%); Vedolizumab: 1 (10%). Número de fármacos biológicos previos: con 3:1(10%), con 2: 4 (40%), con 1: 5 (50%). Necesidad corticoterapia basal: 5 (50%) FAME previo: Azatioprina; 9/10 (90%), Metotrexato: 2/10 (20%), Tacrolimus: 1/10 (10%). Indicación UST: no respondedor a otros biológicos: 9/10 (90%); reacciones psoriásicas a biológico previo: 1/10 (10%). Duración media tratamiento: 10.5±8.2 meses. Dosificación: Todos los pacientes iniciaron con dosis de inducción de 6 mg/kg IV, seguidas de 90 mg SC c/8 semanas: 1/10 (10%), c/4 semanas: 6/10(60%); c/3 semanas: 3/10(30%). Necesitaron reinducción con nueva dosis IV: 3/10 (30%), de los cuales uno de ellos sigue en mantenimiento con dosis IV c/3 semanas. Pacientes tratados > 16 semanas: con disminución Cf: 5/8 (62%), con disminución PCR: 8/8 (100%). 6/8 (75%) mantuvieron niveles de albúmina en la normalidad. Número determinaciones Cp UST: 29. Media Cp UST: 4.65 mcg/ml. Efectos adversos: Tanto las administraciones IV como las SC no reportaron ninguna incidencia.

CONCLUSIONES
UST es un fármaco seguro en EII pediátrica y una de las alternativas para pacientes que han fracasado a anti-TNF clásicos, a pesar de no estar indicado en dicha población. Una posible explicación a que la mayoría de pacientes necesitara acortar intervalos e intensificar con dosis IV es que se trataba de pacientes fuertemente pretratados. Se necesitan estudios que definan los niveles de corte de Cp UST, ya que la estrategia de monitorización proactiva puede complicar la optimización de esta terapia.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

1222. EXPERIENCIA DE USO DEL DUPILUMAB EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE

AUTORES
FONT BARCELÓ A, WILHELMI ROCA E, CARRASCO TORRENTS A, ARROJO SUÁREZ J, GONZÁLEZ-ANLEO LÓPEZ C, LATRE GORBE C, FARRÉ RIBA R
SANT JOAN DE DÉU. Pº SANT JOAN DE DEU, 2. BARCELONA

OBJETIVOS
Evaluar la seguridad y la eficacia de dupilumab en el tratamiento de la Dermatitis Atópica (DA) grave en paciente pediátrico.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo de un año de duración (marzo 2020 – marzo 2021) realizado en un hospital pediátrico de tercer nivel.
Población de estudio: pacientes con DA grave, refractaria a terapia convencional, tratados con dupilimab. El inicio del tratamiento estaba sujeto al cumplimiento de los criterios establecidos por la Comisión de Evaluación de Medicamentos en Situaciones Especiales del CatSalut y del Hospital (CAMSE)
Variables: sexo, tratamientos previos, uso concomitante de corticoides tópicos, posología y reacciones adversas. La respuesta clínica se evaluó a las semanas 16 y 24 mediante la escala EASI (Eczema Area and Severity Index) y SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis), recogida en la historia clínica, según los criterios de seguimiento establecidos por la CAMSE del CatSalut

RESULTADOS

Se incluyeron 7 pacientes (4 niñas) con una mediana de edad de 11 años (5-18). Todos ellos diagnosticados de DA grave y refractarios al tratamiento tópico con inhibidores de la calcineurina y corticoides. Ninguno de los pacientes respondió a tratamiento sistémico con ciclosporina, metotrexato ni corticoides a altas dosis. Un paciente fracasó al tratamiento con baricitinib y cuatro a la fototerapia. Al inicio del dupilumab todos los pacientes recibían tratamiento concomitante con corticoides tópicos.

Dosificación: 5 pacientes recibieron una dosis inicial de 400 mg y posteriormente 200 cada dos semanas, para uno de ellos se cambió la pauta a 300 cada 4 semanas y otro a 300 cada 2 semanas. Los otros dos recibieron una dosis inicial de 600 mg, seguido de un mantenimiento de 300 cada 4 semanas.

Eficacia: En el inicio del tratamiento 2 pacientes tenían un EASI > 50 (DA muy grave) y 5 EASI 21,1-50 (DA grave). En la semana 16 se vio una reducción del 90,19% (66,7%-92,4%) del EASI y en la semana 24 del 92,1% (89,2%-100%), 6 de 7 pacientes en la semana 24 tenían un EASI < 14. La SCORAD de los pacientes se vio reducido en la semana 24 un 67,15% (29%-100%).

Seguridad: En uno de los casos se tuvo que suspender el dupilumab tras la primera dosis por reacción adversa.

CONCLUSIONES

- Existe una necesidad no cubierta de tratamientos sistémicos aprobados en ficha técnica para la dermatitis atópica grave en la población pediátrica.
- Dupilumab mejora los índices de gravedad de la enfermedad DA, como el SCORAD o EASI. Estos valoran la gravedad global de la enfermedad y se han convertido en herramientas de referencia en el seguimiento y evaluación de la enfermedad.
- Ha demostrado ser efectivo en pacientes pediátricos con múltiples fracasos a terapias convencionales.
- Es un fármaco generalmente bien tolerado. El único motivo en nuestro caso que provocó la suspensión fue una reacción local en el lugar de inyección.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

1300. UTILIZACIÓN DE CONCENTRADO DE COMPLEJO PROTROMBÍNICO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA.

AUTORES

ESPINA LOZANO JM, CANTUDO CUENCA MD, CONTRERAS MACÍAS E

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. AVENIDA BELLAVISTA S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar la utilización de concentrado de complejo protrombínico (CCP) en pacientes con anticoagulantes de acción directa (ACOD) y recuperación de la hemostasia tras su administración.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con ACOD a los que se les administró CCP desde enero de 2017 hasta abril de 2021. Se recogieron de la historia clínica las siguientes variables: demográficas (edad, sexo y peso), clínicas (insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, diabetes), anticoagulante (rivaroxabán, edoxabán, apixabán, dabigatrán), indicación y posología de CCP (UI/kg), analíticas antes y después de la administración de CCP (international normalized ratio (INR) y tiempo de protrombina (TP)), necesidad concomitante de concentrado de hematíes o pool de plaquetas, aparición de fenómenos tromboembólicos, infarto o accidente cerebrovascular durante el ingreso y mortalidad a 30 días. La recuperación de la hemostasia se midió según valores de INR y TP pre y post-administración de CCP. Se realizó la prueba no paramétrica para variables cuantitativas apareadas (test de Wilcoxon) comparando el TP pre y post-administración de CCP y la prueba de Mann-Whitney para comprobar la relación entre TP-post y la dosificación empleada. Los resultados se expresan con medianas y rango intercuartílico (RIC).

RESULTADOS

Se analizan 33 pacientes (60,6% hombres), con una mediana de edad de 81 años [RIC 76-84] y peso de 80 kg [RIC 75-90]. El 90,9% de los pacientes presentaban hipertensión arterial, el 45,5% diabetes y el 27,3% insuficiencia cardíaca. Un 33,3% de los pacientes estaban anticoagulados con rivaroxabán, 30,3% con edoxabán, 30,3% con apixabán y 6,1% con dabigatrán. El 57,6% de los pacientes precisaron de la administración de CCP por hemorragia (digestiva (n=6), intracraneal (n=13)), y un 42,4% por procedimientos invasivos o intervención quirúrgica (endoscopia digestiva alta (n=11), pericardiocentesis (n=1), sondaje suprapúbico (n=1), laparotomía (n=1)). En el subgrupo de pacientes con indicación de CCP por hemorragia, éste se administró a 50 UI/kg a un 68,0% y a dosis inferiores a 50 UI/kg a un 32,0%, mientras que en el subgrupo de procedimientos invasivos se administró a 42,9% dosis de 50 UI/kg y a un 57,1% dosis inferiores. La mediana de INR antes de la administración de CCP fue de 1,37 [RIC 1,26-1,69] y de 1,13 [RIC 1,05-1,30] tras la administración. En el caso del TP, la mediana previa administración fue de 15,75 segundos [RIC 14,10-20,20], y de 13,55 segundos tras CCP [RIC 12,60-15,80] tras la administración, con resultados estadísticamente significativos (p < 0,001). No se observó relación estadísticamente significativa entre la dosificación (U/Kg) empleada y la disminución del tiempo de protrombina. De forma concomitante, un 30,3% de pacientes precisaron concentrados de hematíes. Ninguno de ellos requirió la administración de pool de plaquetas. No se observaron fenómenos tromboembólicos, infartos ni accidentes cerebrovasculares en ninguno de los pacientes durante el ingreso. El 15,2% fueron exitus, todos ellos derivados de la hemorragia intracraneal.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, el CCP se perfila como una herramienta útil en la restauración de la hemostasia, destacando la variabilidad de dosis empleada.

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

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

2. CARROS DE PARADA LIBRES DE LÁTEX: UN PASO MÁS HACIA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES
IGLESIAS BARREIRA R, LÓPEZ-PARDO Y PARDO C, GRANDÍO IGLESIAS E
SANATORIO NOSA SEÑORA DOS OLLOS GRANDES. C/MONTEVIDEO, 23. LUGO

OBJETIVOS
Describir el proceso de revisión del contenido en látex de los medicamentos y productos sanitarios realizado por el Servicio de Farmacia y el Departamento de Compras respectivamente para la certificación de los carros de parada existentes en nuestro centro hospitalario como “libres de látex”.

MEJORAS ESPERADAS
Permitir una actuación rápida ante una situación de emergencia, aumentando tanto la seguridad del paciente como la del personal sanitario que lo atiende ante un caso de alergia al látex, dada la posible gravedad de la reacción que se puede producir.

DISEÑO
En octubre de 2020 se seleccionaron los medicamentos inyectables y los productos sanitarios susceptibles de contener látex en su material de acondicionamiento o en el producto en sí mismo incluidos en los carros de parada del hospital. Se elaboró una hoja de recogida de datos común en la que Farmacia y Compras registraron los siguientes conceptos: código nacional/referencia del producto sanitario, nombre comercial/descripción del producto sanitario, forma farmacéutica, laboratorio fabricante/distribuidor, presencia/ausencia de látex, localización del contenido en látex y fuente de información utilizada.

CIRCUITO Y ETAPAS
- Revisión de las fichas técnicas, prospectos y etiquetado de todas las presentaciones de medicamentos y productos sanitarios existentes en los carros de parada del hospital.
- Comparación de las fichas técnicas/etiquetado con los listados de las publicaciones científicas sobre medicamentos/productos sanitarios y alergia al látex.
- Solicitud de confirmación posterior mediante certificado expedido por el laboratorio titular, de forma individualizada por cada una de las presentaciones del medicamento/producto sanitario. Se consideró válida sólo aquella información recibida por escrito.
- Cumplimentación de la base de datos elaborada y presentación de resultados y propuestas a Dirección de Calidad.

IMPLANTACIÓN
Se realizó la revisión bibliográfica y recogida de datos entre los meses de octubre-diciembre de 2020. Con la información aportada, Dirección de Calidad certificó los carros como “libres de látex” en enero de 2021, colocando en un lugar visible de todos los carros de paradas un cartel con el símbolo “LATEX FREE”.

RESULTADOS
Se revisaron un total de 60 productos (8 medicamentos y 52 productos sanitarios). Se obtuvo información en la ficha técnica/etiquetado en 47 (78,3%) especialidades y el resto 13 (21,7%) fue proporcionada por los laboratorios fabricantes correspondientes. Ningún medicamento ni producto sanitario ubicado en los carros de parada contenía látex en ninguno de sus componentes, por lo que no fue necesario realizar ninguna sustitución de producto en los mismos.

LIMITACIONES
Puede necesitarse la colaboración de otros servicios o departamentos en los casos en los que el Servicio de Farmacia no esté directa o totalmente implicado en la gestión de los productos sanitarios en el centro. Debido al alto porcentaje de rotación de medicamentos y productos sanitarios presentes en el hospital principalmente causado por problemas de suministro, se precisa de una actualización continua de esta certificación.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Esta iniciativa es extensible a cualquier Servicio de Farmacia, ya sea como participación parcial en la revisión exclusivamente de los medicamentos o de forma integral en la revisión de medicamentos y productos sanitarios si el Servicio de Farmacia está implicado también en la gestión de estos últimos.

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

11. CREACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN CHECK LIST DE VERIFICACIÓN EN LA ELABORACIÓN DE CITOSTATICOS PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL CIRCUITO

AUTORES
GONZÁLEZ DE LA ROSA C, VICO GARCÍA V, ESQUINAS PADÍN A, NOGALES REY G, CASTRO FIUZA MJ, SERRANO LABRADOR L, GONZÁLEZ AVILÉS C, RODRÍGUEZ LABRADOR J
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES. AVENIDA MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS
Describir el diseño e implantación de un check-list dirigido a la detección precoz de errores de elaboración de citostáticos (CT) abarcando desde el nombre del paciente hasta la revisión final de la elaboración.

MEJORAS ESPERADAS

- Garantizar la calidad de la preparación en todas las etapas de la elaboración.
- Filtrar cualquier error antes de su envío.
- Asegurar que la medicación administrada al paciente ha pasado correctamente el control de calidad.

DISEÑO

Se forma un equipo integrado por el farmacéutico responsable de la unidad y la coordinadora de técnicos de Farmacia (TF) para diseñar nuevas medidas de seguridad.
Se analizaron las fases de la elaboración del CT, detectándose como punto crítico de seguridad y calidad en la elaboración la preparación y revisión del CT.
Se diseñan un check-list de verificación que contiene los siguientes ítems:
RC 04.3-06 HOJA DE REVISIÓN CITOSTÁTICOS
MEDICAMENTO/NÚMERO DE ORDEN: _____
1- PACIENTE coincide en hoja y etiqueta SI/NO
2-PRESENTACIÓN del medicamento utilizado correcta SI/NO
3- RECONSTITUIDO con: (rodear)
a. Agua / Fisiológico 0,9 % / Otro:
b. Viene líquido
4- SUERO mezcla: (rodear)
a. Fisiológico 0,9 % / Glucosado 5 % / Sin suero
b. Otro:_____
5- VOLUMEN suero mezcla: (rodear)
a. 50 mL / 100 mL / 250 mL / 500 mL / 1.000 mL
b. Sin suero
c. Otro: _____
6- FUNGIBLE: (rodear)
a. Bolsa suero/ bolsa EVA/ Otro: _____
b. Jeringa (siempre con etiqueta identificativa y volumen correcto).
c. Infusor: 1 día/ 2días/ 5días/ 7 días.
7. ALARGADERA: (rodear)
a. Amarilla/ blanca/ sin alargadera.
b. Clampado correcto OK / NO OK
8. COLOR de la preparación (rodear)
a. Incoloro
b. Rojo / azul / amarillo / blanco
Si tiene color corresponde con la tabla OK / NO OK
9. UBICACIÓN (rodear)
a. Hospital de día.
b. Otro: _____
Firma del farmaceútico Nombre técnico

CIRCUITO Y ETAPAS

- Creación del check-list
- Terminada la elaboración del citostático se coteja la preparación y la hoja de elaboración con el check-list (rodeando la opción adecuada) por el técnico correspondiente.
- Firmar la comprobación por el técnico y avisar al farmaceútico para la revisión final.
- Revsión y firma del farmaceútico.
- Envío al servicio correspondiente.

IMPLANTACIÓN

• La implantación se inició en octubre de 2020 con una sesión educativa de errores de medicación y de correctas normas de elaboración de CT.

RESULTADOS

• Mejora de la seguridad en el proceso de control de calidad al establecer un check-list de comprobación y verificación obligatoria posterior a la elaboración.
• Se detectan 6 incidencias de 1057 preparaciones en el año 2020.

LIMITACIONES

• Es necesario un técnico más en el área, por lo que afecta a la organización de la plantilla teniendo que reestructurar la misma.
• Aumenta el tiempo que tarda la preparación en subir al servicio correspondiente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

• Aplicable a cualquier servicio de farmacia que prepare CT.

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

53. IMPLEMENTACIÓN DEL CÓDIGO MEDICAMENTO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL HABITUAL

AUTORES
JUANES BORREGO A, RUIZ RAMOS J, PUIG CAMPMANY M, LOPEZ VILARDELL L, GILABERT PERRAMON A, BLAZQUEZ ANDION M, GUIU SEGURA JM, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. SANT ANTONIO MARIA CLARET, 167. BARCELONA

OBJETIVOS
El "Código Medicamento" (CM) es un programa de prevención secundaria de Problemas de Salud Relacionados con los Medicamentos (PSM) que causan consulta a Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) e incluye revisión de medicación centrada en la persona, coordinación asistencial y visita telefónica al alta. Este programa ha demostrado en el ensayo clínico (EC) NCT03607097 disminuir reingresos a 30 días por cualquier causa. El objetivo del proyecto es implementar el CM en la práctica asistencial habitual.

MEJORAS ESPERADAS
Disminuir reingresos a corto plazo en pacientes que consultan el SUH por PSM, mejorando la sostenibilidad del sistema sanitario

DISEÑO
Tras finalizar el EC, se ha firmado un acuerdo colaborativo entre un hospital universitario y una entidad pública local con base asociativa. Se ha diseñado un plan estratégico y un protocolo de implementación en la práctica asistencial, definiendo indicadores de seguimiento y mejora continua. Se han realizado reuniones con responsables del área básica de salud (ABS) para incluir el CM en los sistemas de información.

CIRCUITO Y ETAPAS
Un facultativo del SUH activará el CM en los pacientes con diagnóstico de PSM. Sobre estos pacientes, el farmacéutico especialista:
1. Verificará la historia farmacoterapéutica. Validará/desactivará el CM.
2. Filiará el proceso relacionado con el PSM (prescripción/adherencia/reacción adversa/otros) que ha promovido la activación del CM e indicará un programa de prevención secundaria.
3. Transmitirá al ámbito de Atención Primaria (AP) la prevención secundaria indicada (revisión de la medicación centrada en la persona, visitas de seguimiento y/o dispositivos facilitadores de adherencia).
4. Desde el ámbito de AP se desactivará la alerta CM y se codificará el PSM como problema de salud activo.

IMPLANTACIÓN
Se implementará como práctica asistencial en la ABS donde se realizó el EC como plan piloto en el segundo semestre del 2021. Se pretende extender la práctica al resto de la Comunidad Autónoma durante 2022. Se analizará a través del código diagnóstico PSM las características de los pacientes para implementar programas de prevención primaria sobre pacientes de alto riesgo de consulta del SUH por PSM.

RESULTADOS
En el EC, sobre 769 parientes incluidos [edad media (SD), 80,3 (12,2) años], 68 (8,8%) reingresaron por cualquier causa a 30 días (Grupo control, 40 de 386 (10,4%); grupo intervención, 28 de 383 (7,3%)). En el modelo ajustado hubo menor incidencia de ingresos a 30 días en los pacientes del grupo intervención (OR:0,61 (IC95%:0,37-0,97]; P < .044). Se espera tener resultados similares en la práctica asistencial habitual.
Tras el análisis y puesta en común de los resultados en el ABS, se han realizado reuniones con los responsables de la coordinación del área sanitaria y gestión de los sistemas de información para la puesta en marcha de un modelo de activación sistemática del CM.

LIMITACIONES
Las diferencias en los servicios sanitarios, incluyendo la gestión de los pacientes crónicos en el ABS podrían dar lugar a resultados y circuitos distintos entre CCAA.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
El CM es aplicable a cualquier Servicio de Farmacia que colaborando con el SUH pueda detectar y codificar los PSM en urgencias y activar un programa de coordinación de todo el entorno asistencial para la resolución del mismo.

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

108. ELABORACION DE UNA GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL

AUTORES
RODRÍGUEZ ESQUIROZ A, EGÜES LUGEA A, LARRAYOZ SOLA B, LAMAS PILLO A, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. IRUNLARREA, 3. NAVARRA

OBJETIVOS
Disponer de una herramienta de consulta que promueva la administración segura de medicamentos a través de los diferentes accesos vasculares: vía central, vía periférica (VP) y catéter línea media (CLM).

MEJORAS ESPERADAS
- Minimizar las complicaciones asociadas la administración de fármacos por vía intravenosa (IV).
- Disminuir la incidencia de errores en la administración de medicamentos.
- Mejorar la calidad de los cuidados prestados.

DISEÑO
La "Guía de administración de medicamentos por vía parenteral" recoge los medicamentos de administración parenteral incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital, incluyendo antineoplásicos y agentes inmunomoduladores.
Se clasificó a los fármacos, siguiendo el sistema ATC, especificando la dilución y diluyente utilizados en la práctica clínica habitual. Se implementó un sistema de semáforo para indicar la idoneidad de administración del medicamento a través de los distintos accesos vasculares según las características fisicoquímicas del medicamento (pH y osmolaridad) y su naturaleza vesicante/irritante. Se creó una columna de observaciones para aportar datos complementarios (qué hacer en caso de urgencia, posibilidad de utilizar otros diluyentes/concentraciones, excepciones, etc.)

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Revisión bibliográfica sobre las vías de acceso y sus requerimientos para la administración de fármacos.
2. Elaboración de un algoritmo de elección de la vía de acceso considerando: patrimonio venoso del paciente, duración del tratamiento, carácter vesicante y/o irritante del fármaco, pH y osmolaridad.
3. Elaboración de la guía mediante un sistema de semáforo indicando la idoneidad de administración del fármaco a través de los diferentes accesos vasculares según el riesgo de complicaciones:
- Verde: bajo riesgo.
- Naranja: riesgo moderado, vigilar estrechamente la administración.
- Rojo: riesgo alto, no usar esta vía.
4. Creación de un sistema de alertas automáticas en el sistema de prescripción electrónica sobre condiciones de administración asociadas a todos los medicamentos, visibles directamente por el personal de enfermería al visualizar la prescripción.

IMPLANTACIÓN
La elaboración del borrador inicial se realizó desde Servicio de Farmacia entre noviembre y febrero de 2021 y posteriormente, se revisó y consensuó en el seno del grupo de trabajo multidisciplinar de terapia endovenosa del hospital. Se difundió a todo el personal del hospital mediante los soportes electrónicos y la dirección de enfermería.

RESULTADOS
Se incluyeron en la guía 248 fármacos del total de medicamentos IV de la guía farmacoterapéutica del hospital (56%). En base a los criterios previamente definidos, un total de 78 medicamentos (31.45%) se consideraron adecuados exclusivamente para su administración por vía central. Fundamentalmente fármacos de los grupos: cardiovasculares, soluciones electrolíticas y oncohematológicos. Para 142 fármacos se consideró adecuada su administración por VP y 60 fármacos riesgo moderado de complicaciones.
Sobre la administración por CLM, se consideró segura para un 35% (n=88) de los fármacos y 22% (n=54) se categorizó como riesgo moderado. En un 10.48% de los casos no pudieron hacerse recomendaciones por falta de datos. En 2 medicamentos la idoneidad de administración variaba en función de la concentración.

LIMITACIONES
- Dificultad de acceso a información relativa a características químicas de medicamentos (pH, osmolaridad y carácter irritante).
- Falta de estudios previos en el área de investigación.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
La elaboración de guías similares es útil para evitar errores en la administración de fármacos por vía IV, podría ser implementada en cualquier Servicio de Farmacia.

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

112. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN UN CENTRO PSIQUIATRICO SOCIOSANITARIO

AUTORES
SÁNCHEZ RUIZ A, MARISCAL VAZQUEZ R
CENTRO SAN JUAN DE DIOS CIEMPOZUELOS. AV. SAN JUAN DE DIOS, 1, 28350 CIEMPOZUELOS, MADRID. MADRID

OBJETIVOS
Implantar un protocolo de manejo de medicamentos peligrosos (MP) en un Centro Psiquiátrico Sociosanitario de más de 1.000 camas, de acuerdo a las recomendaciones y normativa vigente.

MEJORAS ESPERADAS
Se pretenden establecer prácticas seguras en la manipulación de medicamentos peligrosos que eviten o minimicen la exposición al trabajador, así como disminuir en la medida de lo posible el potencial impacto presupuestario de las medidas a implantar en el Centro.

DISEÑO
Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por dos farmacéuticos, un técnico de prevención en riesgos laborales, tres enfermeras y un médico y se definieron las tareas a realizar por cada una de las partes. Se elaboró un cronograma de trabajo.

CIRCUITO Y ETAPAS
Se realizaron reuniones mensuales establecidas previamente en el cronograma de trabajo. Como base bibliográfica se partió del Documento del Instituto Nacional de Salud e Higiene del Trabajador (INSST), las listas de la NIOSH y la web INFOMEP del Instituto Nacional de Salud y Seguridad del Trabajador y se siguieron las instrucciones de la Circular 51-

2018 de la Comunidad de Madrid. Los fármacos se identificaron con la ayuda del Programa de prescripción electrónica Ticares®. Se revisó bibliografía sobre manipulación de medicamentos en pacientes con dificultades en la deglución o con sonda nasogástrica y se realizaron ensayos de dispersión de comprimidos en jeringa en los casos necesarios. Se elaboró un protocolo que recoge la identificación de los MP, los criterios de selección, las normas en cuanto a recepción y almacenaje, recomendaciones de preparación, transporte y administración de forma general y plan de formación.

IMPLANTACIÓN

Se impartieron sesiones formativas dirigidas a todo el personal manipulador por parte del Servicio de Farmacia y el de Medicina Preventiva y el protocolo se difundió a través de la intranet del Centro.

RESULTADOS

Se identificaron 32 MP en el hospital: 13 de ellos pertenecientes a la lista 1. Estos se identificaron con una pegatina con un triángulo rojo. Se elaboró una tabla con recomendaciones detallando la especialidad recomendada en caso de requerir manipulación y las recomendaciones de acondicionamiento en farmacia y de administración de forma específica para cada especialidad. Se definieron los procedimientos a realizar y las medidas de seguridad a tomar en farmacia en función del fármaco, la presentación que venía del laboratorio y el tipo de acondicionamiento e identificación requerida (blíster unidosis, blíster no unidosis, forma multidosis, jeringa precargada). 14 de los 24 fármacos de las listas 1 y 2 eran presentaciones sólidas orales. Para estos MP orales que precisaban manipulación se implantaron diferentes estrategias consistentes en; Adaptación y adquisición de otras formas farmacéuticas en el centro (comprimidos dispersables, soluciones y suspensiones, fórmulas magistrales), técnica de dispersión de comprimidos en jeringa y adquisición de sistemas cerrados sencillos para la manipulación.

LIMITACIONES

La principal dificultad radica en la dificultad de seguimiento del cumplimiento del protocolo debido al tamaño del Centro.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable sobre todo a Servicios de Farmacia de tamaño medio-grande que no dispongan de cabinas de flujo laminar.

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

118. RESULTADOS INFORMADOS POR EL PACIENTE EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA PROPORCIONADA A PACIENTES ONCOLÓGICOS

AUTORES

CASTRO BALADO A, TOURÍS LORES M, BERNÁRDEZ FERRÁN B, LÓPEZ MONTERO E, VARELA REY I, BUSTO IGLESIAS M, CAJADE PASCUAL F, ZARRA FERRO I

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

El paciente oncológico es un tipo de paciente particularmente complejo. El tratamiento del cáncer implica una amplia variedad de fármacos y problemas psicosociales, además de las comorbilidades concomitantes, siendo muchos de ellos pacientes de edad avanzada. La atención farmacéutica en la consulta de farmacia oncológica proporciona una gestión de la terapia farmacológica basada en la evidencia y centrada en el paciente, en la que se incluyen la evaluación del tratamiento, la detección de posibles interacciones, y la monitorización de las posibles reacciones adversas a los medicamentos. El objetivo es conocer el grado de satisfacción con la atención farmacéutica ofrecida a los pacientes que acuden a la consulta de farmacia oncológica e identificar las áreas de mejora más relevantes desde el punto de vista del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboró una encuesta anónima con preguntas relacionadas con los horarios de funcionamiento y tiempos de espera, utilidad de la información recibida, disposición a resolver dudas, información escrita complementaria, tiempo dedicado por el paciente en la consulta, respeto a la privacidad, confianza y seguridad transmitida, trato recibido por personal de farmacia y satisfacción general. La evaluación de cada ítem se puntuó de 0 a 5, siendo 5 la puntuación más positiva. Se entregaron encuestas a todos los pacientes que acudieron a la consulta de farmacia de oncología entre el 2 y el 6 de marzo de 2020 (una semana antes de la declaración del estado de alerta en España por COVID-19) y se devolvieron en la siguiente visita. Del programa de prescripción electrónica (Silicon®) se extrajeron las patologías de los pacientes a los que se les dispensó medicación oral desde la consulta de farmacia oncológica en esas mismas fechas.

RESULTADOS

Se entregaron encuestas a un total de 152 pacientes: 38,3% tenían cáncer de mama, 19,7% cáncer gastroenterológico, 15,1% genitourinario, 13,8% pulmón, 5,9% ginecológico, 2,6% sarcoma, 2,6% sistema nervioso central, 1,3% cabeza y cuello y 0,7% un tumor cutáneo. Se recibieron un total de setenta y siete respuestas, menos de las esperadas debido a la situación de alerta sanitaria por COVID-19 y a la limitación de visitas hospitalarias que esto supuso. Las horas operativas y el tiempo de espera recibieron la puntuación más baja, 3.8 ± 1.2 y 3.2 ± 2.3 respectivamente. El resto de los ítems se evaluaron con puntuaciones medias entre 4,6 y 4,8. La puntuación de satisfacción global fue de 4,6 ± 0,8.

CONCLUSIONES

La encuesta anterior nos ha permitido saber que nuestros pacientes están altamente satisfechos con la atención farmacéutica ofrecida en nuestra consulta de farmacia oncológica en términos de utilidad de la información recibida, resolución de dudas, tiempo por consulta y confianza transmitida por el farmacéutico y auxiliar de farmacia. Gracias a esto, hemos podido conocer la importante necesidad de implementar mejoras en los horarios de consulta y reducir nuestros tiempos de espera, siendo este el punto a tener en cuenta para incrementar la satisfacción en la atención farmacéutica ofrecida a nuestros pacientes.

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

137. RESULTADOS DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES
ALONSO PERALTA C, GONZALEZ FRANCO RM, SÁNCHEZ GUNDÍN J, FERNANDEZ MARTINEZ V, DEL RÍO HORTEGA P, RIOJA CARRERA M, ARAGÓN GRACIA I, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVENIDA DE VALDECILLA, 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, el tipo de errores de conciliación (EC) y los grupos farmacológicos más implicados, y determinar la relación entre el número de medicamentos crónicos y la presencia de EC.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio unicéntrico, prospectivo y de intervención (noviembre 2020-marzo 2021) en las unidades de Observación y Corta Estancia del SU en un hospital de tercer nivel con presencia física de un farmacéutico (lunes-viernes; 08.00h-15.00h). Se incluyeron todos los pacientes polimedicados (≥5 fármacos crónicos). Se excluyeron aquellos con sedación paliativa e institucionalizados.
El circuito de conciliación siguió las directrices del método FASTER. Se obtuvo la historia farmacoterapéutica, utilizando diferentes fuentes de información (prescripción electrónica asistida, historia clínica electrónica y receta electrónica) y complementándolo con la entrevista con el paciente y/o cuidador. A continuación, se comparó con la medicación activa del paciente y se detectaron y analizaron las discrepancias encontradas para comunicárselo oralmente al médico.
Variables recogidas: edad, sexo, número de medicamentos crónicos, discrepancias no justificadas (discrepancias no resueltas y EC), tipo de EC (omisión, comisión, dosis-frecuencia, confusión principio activo y duplicidad) y grupo terapéutico del medicamento implicado.
Para comparar la presencia o no de EC según el número de medicamentos crónicos prescritos se empleó la prueba t student para muestras independientes (programa SPSS®). Se tomó $p < 0.05$ como relación estadísticamente significativa.

RESULTADOS
271 pacientes incluidos, con una edad mediana de 77 años (24-97), siendo el 49% hombres. Se revisaron 2.795 medicamentos crónicos, con una mediana de 10 medicamentos/paciente (5-25).
Se registraron 201 discrepancias no justificadas (93 discrepancias no resueltas [46%] y 108 EC [54%]) lo que suponía una media de 0.7 discrepancias no justificadas por paciente conciliado. Además, sólo el 43% (117) de los pacientes presentaron alguna discrepancia no justificada, con una media de 1.7 discrepancias/paciente.
En cuanto a los EC, se detectaron 108 que suponían una media de 0,4 EC por paciente conciliado. Sólo el 25% (68) de los pacientes presentó EC, presentando una media de 1,6 EC/paciente. El tipo de EC más frecuente fue la omisión (44%), seguido de comisión (25%), dosis-frecuencia (22%), confusión principio activo (5%) y duplicidad (4%). Los grupos terapéuticos más frecuentemente implicados fueron hipnótico-sedantes (14%), terapia ocular (10%), hipolipemiantes (9%), antidepresivos (5%), laxantes (5%), hiperplasia benigna de próstata (4%), digoxina (3%), antiparkinsonianos (3%) y antiagregantes/anticoagulantes (3%).
Al comparar el número de medicamentos crónicos que llevaban los pacientes sin y con EC, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas (9,82±11,48 vs. 11,76±20,04, respectivamente; $p < 0,005$).

CONCLUSIONES
Un cuarto de los pacientes que ingresaron en el SU presentaron algún EC, siendo esto más probable cuanto mayor es el número de medicamentos crónicos prescritos. El tipo de EC más frecuente fue la omisión y los hipnótico-sedantes los fármacos mayormente involucrados. Por todo ello, los SU son un escenario idóneo donde el farmacéutico puede liderar programas de conciliación de la medicación, e incluso de desprescripción, suponiendo una garantía de seguridad para el paciente y un estándar de calidad dentro de los centros sanitarios.

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

141. INGRESO EN URGENCIAS POR EFECTOS SECUNDARIOS DEBIDOS A MEDICAMENTOS: ANÁLISIS DE PACIENTES

AUTORES
ALONSO PERALTA CÁ, GONZALEZ FRANCO RM, SÁNCHEZ GUNDÍN J, RAMÍS BARCELÓ MB, DEL RÍO HORTEGA P, RIOJA CARRERA M, PÉREZ PERIÁNEZ L, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVENIDA DE VALDECILLA, S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS
Analizar los efectos secundarios (ES) por medicamentos que propiciaron una visita al Servicio de Urgencias (SU) de un hospital de tercer nivel, y determinar si existe relación entre el número de medicamentos crónicos y la aparición de estos ES.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio unicéntrico, descriptivo y prospectivo (noviembre 2020-abril 2021) en las unidades de Observación y Corta Estancia del SU con presencia física de un farmacéutico (lunes-viernes; 08.00h a 15.00h). Se incluyeron pacientes polimedicados (≥5 fármacos crónicos). Se excluyeron aquellos con sedación paliativa e institucionalizados.
Se revisó la información que motivó la visita al SU: historia clínica electrónica, receta electrónica y prescripción electrónica asistida. Variables recogidas: edad, sexo, número de medicamentos crónicos, fármaco que ocasionó el ES (según clasificación ATC), tipo de ES, suspensión o no del fármaco tras la visita al SU, necesidad de ingreso hospitalario y resolución del caso.

Para comparar la presencia o no de ES según el número de medicamentos crónicos prescritos se empleó la prueba t student para muestras independientes (programa SPSS®). Se tomó p < 0.05 como relación estadísticamente significativa.

RESULTADOS

Se incluyeron 363 pacientes con una edad mediana de 71 años (rango: 24-99) y el 51% mujeres. La mediana de medicamentos crónicos fue de 10 medicamentos/paciente (rango: 5-25).
Se registraron ES en 31 pacientes (9%). Los fármacos que ocasionaron el ES fueron: 13 fármacos (42%) del grupo C (sistema cardiovascular), 5 (16%) del grupo B (sangre y órganos hematopoyéticos), 4 (13%) del grupo A (digestivo y metabolismo), 4 (13%) del grupo H (preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales), 3 (10%) del grupo L (agentes antineoplásicos e inmunomoduladores), 1 (3%) del grupo J (antiinfecciosos sistémicos) y 1 del grupo N (sistema nervioso).
Los ES por orden de frecuencia fueron: alteraciones gastrointestinales (6 pacientes; 21%), hemorragia (5 pacientes; 16%), alteraciones en la glucemia (4 pacientes; 13%), alteraciones renales (3 pacientes; 10%), alteración de la tensión arterial (3 pacientes; 10%), síncope (2 pacientes; 6%), fibrilación auricular (2 pacientes; 6%), alteraciones electrolíticas (2 pacientes; 6%), reacción anafiláctica (1 paciente; 3%), astenia (1 paciente; 3%), alteraciones del tiroides (1 paciente; 3%) y alteraciones visuales (1 paciente; 3%).
En total, 18 (58%) pacientes suspendieron el tratamiento tras la visita al SU y 15 (48%) requirieron ingreso hospitalario. En todos los pacientes se resolvió el caso de manera favorable y ninguno fue éxitus a causa del ES.
Al comparar el número de medicamentos crónicos que llevaban los pacientes sin y con ES, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (10,48±12,87 vs. 11,77±24,84, respectivamente; p = 0,066).

CONCLUSIONES

Uno de cada diez pacientes polimedicados que visitan urgencias lo hacen por ES a determinados fármacos e incluso uno de cada veinte finalmente ingresa. Los ES más frecuentes fueron los gastrointestinales y los fármacos más implicados los cardiovasculares, sin existir relación entre el número de medicamentos crónicos prescritos y la aparición o no de ES. Esto pone de manifiesto la importancia de la revisión por parte del fármacéutico de todos los pacientes polimedicados en el servicio de urgencias, ya que la mitad de estos pacientes acaban ingresando

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

147. INFLUENCIA DEL GENERO SOBRE EL SINDROME METABOLICO ASOCIADO AL USO DE ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACCION

AUTORES

LOZANO ORTIZ R, MARTINEZ CRESPO A, APESTEGUÍA EL BUSTO A, ALCÁZAR RODRIGUEZ M
HOSPITAL REAL DE NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. RAMÓN Y CAJAL, 60. ZARAGOZA

OBJETIVOS

El objetivo ha consistido en comparar la presencia de parámetros bioquímicos asociados al síndrome metabólico entre dos grupos de pacientes en tratamiento con aripiprazol (ARI) o risperidona (RIS), en forma de inyectable de larga actividad (ILAs).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, entre los años 2018 y 2019, sobre pacientes con trastorno mental grave (diagnosticados de trastornos psicóticos severos: esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo), pertenecientes a una unidad de salud mental comunitaria y en tratamiento con ARI (370±50 mg/28 días) o RIS (45.9±26 mg/14 días), en forma de ILAs.
Se analizaron los siguientes parámetros: colesterol total (col-T), colesterol unido a lipoproteínas de alta (col-HDL) o baja (col-LDL) densidad, glucosa (Glu), hormona crecimiento (GH), índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA), prolactina (PRL) y triglicéridos (TG).
Finalmente se comparó el valor de dichos parámetros entre ambos grupos; para valorar la influencia del sexo, se comparó también los valores de dichos parámetros en hombres y mujeres.
Como prueba estadística se utilizó la “t” de Student, presentándose los datos como media (DS).

RESULTADOS

Grupo risperidona [RIS n=30]:43% mujeres, edad=43(13)años, IMC=36(7.9)Kg/m2, PA=104.9(8.6)cm, Glu=115.2(38)mg/dL, TG=138.4(64)mg/dL, col-T=190(29.5)mg/dL, col-HDL=49.5(14.2)mg/dL, col-LDL=119.7(2.7)mg/dL, GH=0.2(0.5)ng/ml, PRL=481(133)µUI/ml.
Grupo aripiprazol [ARI, n=44]:52% mujeres, edad=39(14)años, IMC=28.4(6.2)kg/m2, PA=98.8(13.5)cm, Glu=102.9(39.9) mg/dL, TG=129.7(78.2)mg/dL, col-T=188.5(34.9)mg/dL, col-HDL=54.8(16.6)mg/dL, col-LDL=111.7(25)mg/dL, GH=0.7(0.9) ng/ml, PRL=284(237)µUI/ml
Se encontraron diferencias estadísticamente significativas intergrupales (ILA-RIS vs ILA-ARI) para: GH (0.2 vs 0.7 ng/ml; IC95%=-0.861 a -0.139, p=0.0073), IMC (36 vs 28 kg/m2, IC95%= 4.75 a 11.25, p < 0.0001) y PRL (481 vs 285 µUI/ml; IC95%=101.81 a 292.19, p < 0,0001); y para PA (100 vs 111 cm, p=0.0353, 95%CI =0.811 a 21.189), Glu (115 vs 92 mg/dl, IC95%=-43.17 a -2.83, p=0.0026) y HDL (48 vs 59; IC95%=0.40 a 21.60, p=0.0424), en estos tres últimos casos únicamente en el caso de mujeres frente a hombres.
Es sabido que la enfermedad cardiovascular (CV) es una causa primaria de mortalidad entre los individuos con esquizofrenia, con hasta 20 años de pérdida de vida en comparación con la población general. En este sentido, los antipsicóticos atipicos, directa o indirectamente, se asocian con mayor riesgo CV, debido a factores tales como obesidad abdominal, dislipemias y alteración de la homeostasis de la glucosa, observándose diferencias específicas de genero, con una mayor prevalencia en mujeres. De acuerdo a nuestros resultados, RIS aumentaría el riesgo CV en mayor proporción que ARI, y sobre todo en mujeres.

CONCLUSIONES
Los pacientes tratados con risperidona en comparación con aquellos tratados con aripiprazol, presentan un mayor riesgo de síndrome metabólico y, por tanto, de enfermedad cardiovascular, sobre todo en mujeres.

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

163. ANÁLISIS DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES
FRA YÁÑEZ J, MARTÍN CARRO C, GARCÍA LASTRA S, ZAPICO GARCÍA I, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J, PÉREZ DOMÍNGUEZ N, GONZÁLEZ SÁNCHEZ N, BECERRA INGERTO L
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HEROS, 6. ASTURIAS

OBJETIVOS
Analizar la carga anticolinérgica (CA) y el riesgo anticolinérgico (RA) asociado en los pacientes institucionalizados en un centro sociosanitario (CS) e identificar los fármacos que contribuyen en mayor medida a dicha carga.
Establecer el grado de concordancia entre las escalas utilizadas para determinar la CA.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en junio de 2020 que incluyó a todos los pacientes institucionalizados en un CS.
Las variables, recogidas de la historia clínica y receta electrónica del paciente, fueron: edad, sexo y tratamiento farmacológico crónico. Se calculó la CA asociada al tratamiento farmacológico de cada paciente mediante la herramienta online Anticholinergic Burden Calculator, que emplea las siguientes 10 escalas: Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB), Anticholinergic Risk Scale (ARS), Chew's Scale (Chew), Anticholinergic Drug Scale (ADS), Anticholinergic Activity Scale (AAS), Anticholinergic Load Scale (ALS), Clinician-Rated Anticholinergic Scale (CrAS), Duran's Scale (Duran), Anticholinergic Burden Classification (ABC) y Drug Burden Index (DBI).
Los pacientes fueron clasificados según el RA en: sin riesgo, riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto.
El grado de concordancia entre las escalas se comparó mediante el índice Kappa, a través del programa SPSS®.

RESULTADOS
Se incluyeron 87 pacientes con una mediana de edad de 86 años [55-108]. El 62% (n=54) eran mujeres.
La mediana de fármacos prescritos por paciente fue 6 [1-19]. La mediana de fármacos que aportaban CA fue 2 [0-7]. Presentaron una CA elevada y, por tanto, un RA alto: 33 pacientes en la escala DBI (37,9%), 22 en ABC (25,3%), 20 en Duran (23%), 19 en ACB y ADS (21,8%), 11 en CrAS (12,6%) y 6 en las escalas Chew, ALS, AAS y ARS (6,9%). Más del 50% de pacientes (n=50) tenían alto RA en alguna de las escalas medidas.
Del global de líneas prescritas en todos los pacientes (n=536), el 32,5% (n=174) aportaban cierto grado de CA. Los grupos de fármacos anticolinérgicos más prescritos fueron: antidepresivos (21,3%), ansiolíticos (18,4%), antipsicóticos (17,2%), diuréticos del asa (8%), antiepilépticos (5,8%), opioides (5,8%), hipoglucemiantes (4,6%), agentes dopaminérgicos (4%) y otros (14,9%). Más del 70% de las prescripciones de fármacos con CA correspondieron a fármacos para el sistema nervioso (Grupo N de la Clasificación ATC).
Se calculó el índice Kappa entre las diferentes escalas, realizándose un total de 45 comparaciones. El 8,9% (n=4) de las comparaciones presentaron concordancia moderada, el 37,8% (n=17) concordancia débil y el 53,3% (n=24) un índice de concordancia insignificante (Landis & Koch, 1977).

CONCLUSIONES
Existe un gran número de pacientes con CA elevada y, como consecuencia, con alto riesgo de desarrollar efectos adversos anticolinérgicos. Los fármacos más frecuentemente implicados son los pertenecientes al Grupo N de la Clasificación ATC, entre los que destacan antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos. Estos resultados orientan a la necesidad de implementar estrategias de deprescripción con la participación del Servicio de Farmacia Hospitalaria.
El grado de concordancia entre las distintas escalas utilizadas en la determinación de la CA es muy bajo por lo que no se puede recomendar el uso de una escala frente a otra.

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

165. CONTROL DE CALIDAD DEL SISTEMA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS

AUTORES
RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Z, GONZÁLEZ PÉREZ P, LLAMAS LORENZANA S, MARTÍNEZ ÁLVAREZ E, CASÁS FERNÁNDEZ X, VÉLEZ BLANCO A, ÁLVAREZ NÚÑEZ N, ORTIZ DE URBINA GONZÁLEZ JJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. ALTOS DE NAVAS, S/N. LEÓN

OBJETIVOS
Diseño e implantación de un protocolo de control de calidad de la medicación en unidosis que incluya su revisión, análisis y corrección de errores.

MEJORAS ESPERADAS
Se detectó la necesidad de mejorar la calidad del sistema de dispensación en dosis unitaria. La implementación de este procedimiento espera conseguir: disminuir errores de dispensación; evitar la repetición de estos; concienciar al personal de enfermería implicado de la repercusión de su trabajo en la seguridad de nuestros pacientes.

DISEÑO
Para la aplicabilidad de este procedimiento se diseñó un procedimiento para el control de calidad del sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria. Los apartados del escrito fueron: descripción del proceso de revisión; registro y análisis diario; evaluación mensual y difusión de los resultados.

CIRCUITO Y ETAPAS
Etapas del proceso de validación, carga de medicación, y control de calidad del llenado de la medicación:
1. Validación de tratamientos por el farmacéutico, y posterior carga de medicación por el personal de enfermería.
2. Comparación, por un farmacéutico, de listados de medicación por paciente, de dos unidades de hospitalización elegidas aleatoriamente entre 16 unidades de hospitalización (589 camas), con el contenido de los carros de unidosis.
3. Registro y análisis diario de los datos por el farmacéutico, mediante hojas de recogida de datos tanto para el análisis cuantitativo (número de errores tasa de error, entendiendo como tal el número de errores de dispensación por cada 100 cambios que se realizan…), como cualitativo (tipo de errores, medicamentos afectados…), fecha, hora y firma del farmacéutico que realiza la revisión.
4. Evaluación mensual de los datos mediante el empleo de hojas de cálculo del programa informático Excel® y difusión de los resultados, por el farmacéutico interno residente y facultativo del área de dispensación.

IMPLANTACIÓN
Se realizó un piloto de 3 meses, desde noviembre del 2019 a enero del 2020. El procedimiento se implantó en febrero del 2020, tras la elaboración y aprobación.

RESULTADOS
Durante 45 días de estudio, tras la implantación del proceso de control de calidad, se detectaron 247 errores de dispensación. Siendo la mediana de tasa de errores durante el primer mes 1,61 (RI: 1,13- 3,07), mientas en el segundo esta disminuye a 0,45 (RI: 0-0,91). Se detecta una mayor tasa de error en las plantas cargadas manualmente que en las que se dispensan mediante armarios dispensadores 1,56 (RI: 0,67- 2,21) frente a 0,92 (RI: 0,57-1,24). En febrero el mayor porcentaje de errores fue en el número de unidades cargadas 40,22% (n=74); error que se extiende a marzo, siendo también el mayoritario y apuntando un 56,25% del total (n= 35). Las medidas de mejora se dirigirán, a solventar en los futuros meses estos problemas detectados.

LIMITACIONES
Disponibilidad horaria del personal farmacéutico para realizar la revisión de los carros, puesto que la puesta en marcha de este procedimiento aumenta la carga de trabajo en un intervalo horario en el que la actividad asistencial es elevada.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Este modelo es extrapolable a todos los Servicios de Farmacia con dispensación en dosis unitaria.

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

216. IDENTIFICACIÓN DE LOS ENVASES DE MEDICACIÓN MEDIANTE ETIQUETAS PARA FACILITAR LA CORRECTA TOMA Y CONSERVACIÓN DIARIA DEL PACIENTE

AUTORES
GONZALEZ DE LA ROSA C, VICO GARCÍA V, ESQUINAS PADÍN A, NOGALES REY G, CASTRO FIUZA MJ, RODRIGUEZ LABRADOR J, GONZÁLEZ AVILÉS C, SÁNCHEZ SERANO L
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES. AVENIDA MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS
Describir un protocolo de etiquetado de medicamentos de pacientes externos para facilitar la adecuada toma y conservación domiciliaria de los medicamentos de uso hospitalario

MEJORAS ESPERADAS
Debido a la detección, por parte del equipo multidisciplinar del servicio de farmacia del hospital, de la falta de adherencia a los tratamientos de un número considerable de pacientes, se decidió pensar en alguna solución que pudiera ayudar a los pacientes y asi poder cumplir de forma correcta y fácil los tratamientos que debían seguir para sus patologías.

DISEÑO
Se diseñó un protocolo de etiquetado de medicamentos de uso hospitalario destinados a pacientes externos para mejorar conseguir la adherencia al tratamiento, garantizar la correcta conservación y administración de los medicamentos y evitar errores asociados al uso domiciliario inadecuado de los mismos. El protocolo incluía el diseño de etiquetas identificativas para cada presentación farmacéutica. Se priorizaron además aquellos medicamentos con pautas de administración y tomas más complejas, y aquellos otros destinados al tratamiento de patologías de pacientes con mayor dificultad comprensión de la toma y conservación de la medicación.

CIRCUITO Y ETAPAS
Los pasos a seguir fueron:
- Elaboración de un listado con todos los medicamentos que se dispensan para pacientes externos en la farmacia hospitalaria.
- Elaboración de etiquetas para cada medicamento en donde se incluía:
o Nombre del hospital y servicio.
o Nombre del medicamento.
o Frecuencia de las tomas.
o Dosis pautada.

o Indicación de con/sin alimentos.
o Conservación.
- Etiquetado de cada envase.
- A la hora de la dispensación, se anota en la etiqueta el número de tomas y su frecuencia.

IMPLANTACIÓN
Este procedimiento se instauró en Noviembre de 2018.

RESULTADOS
Se han elaborado 15.905 etiquetas diferentes para 34 presentaciones farmacéuticas. En el momento de la dispensación se le entrega al paciente el medicamento reetiquetado con la etiqueta correspondiente elaborada por el servicio de farmacia con la información básica personalizada para el paciente, en la que se indica el día y pauta de la administración, además se le explica la utilidad de la etiqueta y la información contenida en la misma para garantizar el uso seguro del medicamento, como refuerzo a la información incluida en la etiqueta y para resolver dudas o cuestiones relacionadas con la información escrita aportada en la etiqueta.

LIMITACIONES
Se requiere tiempo y personal para poder realizar el etiquetado.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
La medida implantada pude contribuir en la mejora del uso seguro del medicamento al incrementar la comprensión de la forma adecuada de conservación y administración de los medicamentos de uso hospitalario destinados a pacientes externos del hospital.

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

230. COMPATIBILIDAD EN Y DE ATOSIBAN Y FÁRMACOS HABITUALMENTE UTILIZADOS EN OBSTETRICIA

AUTORES
LARROSA GARCIA M, JIMÉNEZ LOZANO I, BOIX MONTAÑÉS A, MALLANDRICH MIRET M, CLEMENTE BAUTISTA S, CABAÑAS POY MJ, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. PASEO DEL VALLE DE HEBRÓN, 119, 129 C.P.08035. BARCELONA

OBJETIVOS
Estudiar la compatibilidad física entre atosiban y metoclopramida, omeprazol, sulfato de magnesio, clindamicina, labetatol, ampicilina, gentamicina, paracetamol, metamizol y dexketoprofeno para perfusión endovenosa, mediante el análisis visual e instrumental.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se prepararon las diluciones de cada fármaco en suero salino fisiológico según práctica habitual, de acuerdo con las recomendaciones de ficha técnica: atosiban (0,75mg/ml), metoclopramida (0,1mg/ml), omeprazol (0,4mg/ml), sulfato de magnesio (0,15mg/ml), clindamicina (9mg/ml), labetatol (1mg/ml), ampicilina (10mg/ml), gentamicina (0,8mg/ml), paracetamol (10mg/ml), metamizol (20mg/ml) y dexketoprofeno (0,5mg/ml) y se mezcló cada una con la dilución de atosiban en proporción 1:1 por duplicado, invirtiendo el orden de adición de los fármacos.
Se estudió la compatibilidad mediante el control visual por dos observadoras (frente un fondo blanco y uno oscuro, acorde a la Farmacopea Europea), y el análisis por triplicado de la turbidez por nefelometría (nefelómetro HI 98713; Hanna Instruments) y la variación de pH (pHímetro Testo 206 pH3). Las determinaciones se realizaron justo al mezclar los fármacos (t0) y a los 30 minutos, 1 hora y 3 horas.
La incompatibilidad física se definió como la presencia de turbidez o aparición de cualquier partícula visible, formación de gas o cambio de color; un aumento de 0,5 unidades de turbidez nefelométrica (del inglés, NTU) y/o una variación de pH superior a 1 unidad respecto al control de atosiban.

RESULTADOS
No se detectó la formación de precipitados, aparición de color ni formación de gases mediante control visual en ninguna de las mezclas durante el tiempo de estudio. La variación de turbidez fue inferior a 0,5 NTU para todos los fármacos. La combinación atosiban-ampicilina mostró un aumento de 0,26 y 0,41 NTU respecto al basal, según el orden de adición. No se observaron cambios de pH > 1 para las mezclas de atosiban con labetalol, paracetamol, metoclopramida, sulfato de magnesio, gentamicina y dexketoprofeno. Las mezclas de atosiban con omeprazol, y ampicilina presentaron un pH a t0 de 8,66 y 8,19 respectivamente, que implica una variación respecto al control de 3,99 y 3,56 unidades de pH, respectivamente. Estos valores de pH se encuentran fuera del rango de estabilidad establecido para atosiban (4-7). En cuanto a las mezclas de atosiban con clindamicina y metamizol, el pH de la mezcla a t0 fue de 6,42 y 6,32 respectivamente, que implica una variación respecto al control de atosiban de 1,75 y 1,73 unidades de pH, respectivamente. Sin embargo, la variación de pH durante el estudio fue de 0,04 y 0,2 unidades, respectivamente. El pH final de estas mezclas está por tanto dentro del rango de estabilidad de atosiban (4-7), metamizol (5-7) y clindamicina (5,5-7).

CONCLUSIONES
- No se ha observado incompatibilidad física mediante control visual y turbidimetría para ninguna de las mezclas analizadas.
- En cuanto al pH, las mezclas de atosiban con ampicilina, clindamicina, metamizol y omeprazol no cumplen el criterio de compatibilidad. Para ampicilina y omeprazol el pH de la mezcla se encuentra fuera del rango de estabilidad del atosiban, no así para clindamicina y metamizol, por lo que son necesarios estudios de estabilidad química que permitan confirmar su compatibilidad.

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

238. ¿QUÉ OPINAN NUESTROS PACIENTES EXTERNOS DE LA DISPENSACIÓN DOMICILIARIA?

AUTORES
MAYO CANALEJO B, ROMERA GARCÍA JM, ÁREAS DEL ÁGUILA VL, PALACIOS MOYA E, JIMÉNEZ LUQUE M, DONAIRE MARTÍNEZ S, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. C/ OBISPO RAFAEL TORIJA, S/N. CIUDAD REAL

OBJETIVOS
La pandemia COVID-19 y la entrada en vigor del estado de alarma permitieron a las Áreas de Pacientes Externos (APE) de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH) acogerse a la Dispensación Domiciliaria (DD), previa Atención Farmacéutica Telefónica (AFT), para facilitar el acceso a la medicación.
Objetivo primario: valorar mediante una encuesta, la satisfacción sobre la AFT y DD del APE de un hospital de tercer nivel.
Objetivo secundario: analizar si los resultados variaron según situación laboral o distancia al hospital, al ser una extensa área sanitaria con municipios a más de 100km del hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, descriptivo, prospectivo en abril de 2021, mediante encuesta de satisfacción anónima telefónica o presencial de cinco preguntas con respuesta dicotómica Si/No, valorando, satisfacción global, satisfacción con horarios y fechas de entrega, si el paciente recogía su medicación o una persona autorizada, resolución de dudas y necesidades durante la AFT, y accesibilidad del SFH.
Otras variables: edad, sexo, servicio médico, situación laboral, y municipio, que se tradujo en distancia < o > 10km del hospital. A todos los pacientes se les solicitó consentimiento informado.
El tamaño muestral se calculó para una tasa de respuesta y grado de satisfacción esperados de 45% y 76% respectivamente, con precisión estimada del 10% e índice de confianza del 95%. Se analizaron diferencias mediante pruebas Kolmogorov-Smirnov según normalidad, U de Mann-Whitney y t de Student para variables cuantitativas, y chi2 de Pearson para variables categóricas (programa SPSS).

RESULTADOS
Se encuestaron 158 pacientes (de los 2.149 incluidos en la DD), edad media 51.1 años (±1.281), 52.5% mujeres. Situación laboral: 53.8% activos, 29.1% jubilados y 17.1% parados. El 61.8% vivía a < 10km del hospital, y el porcentaje restante a mayor distancia, superior a 100km en dos de los casos. Los servicios médicos más identificados fueron neurología (24.7%), reumatología (21.5%), medicina interna (17.1%) y nefrología (12%).
El 78.5% de los pacientes contestó positivamente todas las preguntas, tasa media de respuesta de 4.75 (±0.043); mostraron satisfacción global con el servicio (98.1%), y con sus horarios y fechas de entrega (98.7%). El 87.8% de los pacientes recogía su medicación. Todos, a excepción de un paciente, consideraron haber resuelto sus dudas y necesidades durante la AFT. Un 92.4% consideró que el SFH estuvo accesible.
Los pacientes laboralmente activos contestaron positivamente con una media de 4.78 (±0.063) vs. 4.73 (±0.056) para los inactivos. Respecto a los pacientes que vivían a < 10km, la media fue de 4.81 (±0.046) vs. 4.67 (±0.087) para los más alejados. No hubo diferencias significativas (p > 0.05).

CONCLUSIONES
Los pacientes del APE se muestran satisfechos con la AFT y la DD, independientemente de su situación laboral o distancia al hospital. Si bien, una mejora en la accesibilidad del SFH podría mejorar su satisfacción.
Aunque, aumentar el periodo de evaluación y/o tamaño muestral podría ayudar a valorar de manera más precisa y extrapolable la satisfacción, estos resultados muestran la rápida adaptación a un nuevo modelo de atención farmacéutica, y el avance y disponibilidad de las nuevas tecnologías como posibles aliados en la actividad asistencial diaria de los SFH.

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

290. SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON HEPATITIS C CRÓNICA

AUTORES
AMORÓS REBOREDO P, ERRA CALDUCH P, SOY MUNER D, LENS GARCIA S, MESTRES MIRALLES C, HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ M
HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS
Los pacientes geriátricos con hepatitis C crónica presentan alta comorbilidad y están expuestos a polimedicación. Los objetivos del estudio son:
- Identificar los medicamentos potencialmente inapropiados (PIM) en una población de pacientes geriátricos con hepatitis C crónica.
- Analizar el impacto en seguridad que tienen los medicamentos potencialmente inapropiados en esta población.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes ≥65 años que iniciaron tratamiento con antivirales de acción directa durante un período de 11 meses. Se recogieron variables demográficas y farmacológicas. Se analizó la prevalencia de PIM mediante los criterios “PRISCUS” y “American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria” (AGS Beers). Los medicamentos prescritos se clasificaron según la clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC). Se evaluó la relación entre efectos adversos (EA) y medicación inapropiada según estos criterios mediante una regresión lineal (IBM SPSS statistics 26).

RESULTADOS

Se incluyeron 261 pacientes geriátricos, con una edad media de 71,7 (SD: 4,7), 61,3% mujeres, 73,2% cirróticos y con un promedio de 4,2 principios activos (APIs)/paciente (dentro de un rango de 0 y 16). El 42,9% (n=112) de los pacientes tomaba ≥5 medicamentos. Según los criterios PRISCUS y AGS Beers, el 34,5% (n=90) y el 47,1% (n=123) de los pacientes recibían medicación potencialmente inapropiada. Los fármacos para el sistema cardiovascular (C) fueron los más prescritos con un 33,0% del total de APIs (n=349). El grupo farmacológico con mayor relación PIM de nuestro estudio fueron los fármacos para el sistema nervioso (N) que representaban el 17,7% (n=187) del total de APIs. El 40,1% (n=75) y 40,6% (n=76) eran PIMs para los criterios PRISCUS y AGS Beers respectivamente. Los fármacos más usados por los 261 pacientes fueron omeprazol 28,7% (n=75), hidroclorotiazida 18,4% (n=48) y lorazepam 14,6% (n=38), este último, considerado un PIM en ambos criterios. Los PIM con más prevalencia para los criterios PRISCUS fueron: lorazepam 14,6% (n=38), alprazolam 4,6% (n=12) y lormetazepam 3,1% (n=8), todos ellos código ATC: N. Los más prevalentes para los criterios Beers fueron: lorazepam 14,6% (n=38), ácido acetilsalicílico 8,8% (n=23) y alprazolam 4,6% (n=12). El 86,2% de los pacientes presentó algún evento adverso leve (N=225) durante el tratamiento con antivirales de acción directa. No se observó relación significativa entre PIM PRISCUS y AGS Beers y los EA, r2= 0,006 p= 0,198 y r2= 0,003 p= 0,357 respectivamente.

CONCLUSIONES

Los pacientes geriátricos con hepatitis C crónica reciben medicación que puede ser potencialmente inapropiada según los criterios PRISCUS y AGS Beers. En nuestra población, entre el 35% y el 50% de los pacientes han estado expuestos a PIM, principalmente en fármacos del sistema nervioso central (código ATC: N). Sería necesario una revisión de las prescripciones para reducir la prevalencia de medicación potencialmente inapropiada en ambos criterios y sustituir los fármacos inadecuados. En este grupo de pacientes no se ha observado relación entre PIM y eventos adversos.

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

348. UTILIZACIÓN DE PARCHES TRANSDÉRMICOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

PRIETO GONZALEZ J, GARZON GAGO MJ, ESTEBAN TEJERO MI, FERNÁNDEZ DE LA VEGA L, BORREGO VILLANUEVA C, ALONSO CASTAÑÉ MD, DOMINGUEZ JUAN M, GIL VALIÑO C

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVDA REQUEJO, 35, 49022. ZAMORA

OBJETIVOS

Los parches, en general, no se deben cortar, ya que el fármaco podría liberarse de golpe, produciendo una sobredosificación o salirse del parche antes de ser absorbido por la piel, reduciendo así su efecto. Por ello, es importante respetar las condiciones de uso recogidas en ficha técnica y no modificarlas sin asegurarse de que existe evidencia disponible de ello. Nuestro objetivo fue analizar su uso por el personal de enfermería de aquellos disponibles en el hospital y comprobar su correcta utilización.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo donde se realizó una revisión bibliográfica utilizando la ficha técnica además de distintas bases científicas, también se comprobó si existían diferencias entre las presentaciones existentes, tanto genéricas (g) como marca comercial (m). Se elaboró una encuesta para conocer el uso de estos parches: rotigotina (m), nitroglicerina (m1 y m2), buprenorfina (m), rivastigmina (g y m), fentanilo (m), lidocaína (m), capsaicina (m), povidona iodada(m).Se repartió al personal de enfermería de los servicios de Traumatología, Urología, Cirugía, Neumología, Medicina Interna, Cardiología, Digestivo, Hematología-Neurología, Unidad de cuidados intensivos (UCI) y Urgencias. La encuesta constaba de 11 preguntas con respuestas dicotómicas si/no en la mayoría:

¿Se prepara y revisa la zona de aplicación antes de administrarlo?
¿Rotáis las zonas de aplicación?
¿Cuál es la zona más frecuente de administración? brazo, tronco, otras.
¿Los cortáis? En caso de afirmación cuál: rotigotina, nitroglicerina (m1 y m2),buprenorfina, rivastigmina (m y g), fentanilo, lidocaína, capsaicina y povidona yodada
¿Si se mojan tenéis especial cuidado?
¿Cómo los manipuláis a la hora de administrar y retirar? Guantes, no protección
¿Anotáis la hora de administración y retirada?
¿Qué frecuencia es la más utilizada?24, 48, 72 ó 96 horas (h).
Cuándo lo retiráis ¿tomáis alguna medida (contenedor residuos, plegarlo…)?
Si se despega, ¿lo reemplazáis o esperáis a la siguiente administración? reemplazo, espero
¿Retiráis el parche si se va a realizar alguna prueba diagnóstica?

RESULTADOS

Distribución: 200 encuestas, participación: 55%(110). Los servicios de Digestivo, Urgencias y UCI mayor participación.
Resultados de la encuesta:
-90,9%(100) prepara y revisa la zona de aplicación.
-97,3%(107) rota la zona de aplicación.
-Zona de administración: tronco: 90,9%(100), brazo: 4,5%(5) otras: 4,5%(5).
-50,9%(56) los cortan: 1,8%(1) nitroglicerina m1; 5,4%(3) nitroglicerina m2; 1,8%(1) rivastigmina m; 3,6%(2) rivastigmina g; 21,4%(12) buprenorfina; 46,4%(26) fentanilo; 51,8%(29) povidona yodada.
-74,5%(82) tienen especial cuidado si se mojan.

-97,3%(107) utilizan guantes para manipularlos.
-86,4%(95) anota la hora de retirada y administración.
-Frecuencia: 50%(55): 72h; 40%(44): 24h y 10%(11): 48h.
-50,9%(56) toma medidas para desecharlo.
-73,6%(81) lo reemplaza; 16,4%(18) espera; 5,5%(6) depende; 1,8%(2) pregunta al médico; 2,7%(3) no contestaron.
-3,6%(4) lo retira previo a realizar prueba diagnóstica.
De la revisión bibliográfica se obtuvo que sólo los parches de matriz homogénea y totalmente adhesivos podrían fraccionarse nitroglicerina (m1), nitroglicerina(m2),buprenorfina, capsaicina y povidona yodada. En ningún caso se podrían cortar rotigotina, rivastigmina (m y g),ni fentanilo.

CONCLUSIONES

En general se hace un uso correcto de los parches transdérmicos en nuestro hospital a excepción de los parches de fentanilo por lo que los técnicos de Farmacia podríamos elaborar herramientas (etiquetas, posters…) para fomentar una buena utilización de ellos.

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

364. DISEÑO DE UNA INFOGRAFÍA SOBRE EXTRAVASACIÓN DE NO CITOSTÁTICOS: PREVENCIÓN Y ACTUACIONES INMEDIATAS

AUTORES

PRIETO PARADELO M, GALLARDO ANCIANO J, SAINZ ROZAS C, PÉREZ LAPIDO M, IZQUIERDO LARA A, GONZÁLEZ PÉREZ Y, ALCONADA CALLES J, ARRIOS FERNANDEZ DE LAS HERAS C
HOSPITAL SAN PEDRO. C/ PIQUERAS Nº 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

La extravasación es una complicación frecuente de la administración intravenosa, con una incidencia entre el 0.3 y 6 % en catéteres centrales con reservorio subcutáneo y 22 % en catéteres periféricos en adultos. Considerando que la administración intravenosa es una de las prácticas de enfermería más empleada en el ámbito hospitalario y que la extravasación precisa medidas inmediatas, es necesario disponer de una herramienta de consulta rápida de su manejo con directrices claras e información de fácil acceso sobre el tratamiento. Por ello se incorporó como objetivo estratégico del Servicio de Farmacia Hospitalaria, dentro de la elaboración de protocolos generales en colaboración con enfermería.

MEJORAS ESPERADAS

Proporcionar pautas de actuación rápida a enfermería ante las extravasaciones, aumentar la calidad de los cuidados, mejorando la seguridad de los pacientes en relación a la administración de medicamentos.

DISEÑO

Los profesionales de enfermería precisan de información para prevenir, reconocer y manejar las extravasaciones, con directrices claras. Por ello se eligió el formato infografía, por ser una imagen explicativa que combina texto e ilustraciones, de fácil consulta y comprensión. Se decidió incorporar , con los siguientes elementos informativos: medidas generales de prevención de extravasaciones, medicamentos incluidos, y tratamiento.

CIRCUITO Y ETAPAS

Etapa 1: Selección de fármacos a incluir por su agresividad.
Etapa 2: revisión de la bibliografía, utilizando como fuentes de información bases de datos farmacológicas y diferentes guías clínicas de algunos hospitales sobre extravasaciones de fármacos no citostáticos tanto nacionales como extranjeros.
Etapa 3: elaboración de la infografía.

IMPLANTACIÓN

Distribución en las distintas unidades de hospitalización en forma de poster.

RESULTADOS

Elaboración de un poster para consulta rápida de las medidas preventivas más importantes para evitar las extravasaciones y del tratamiento en caso de que se produzcan. Para ello se utilizó el programa de edición de infografías gratuito.

LIMITACIONES

Necesidad de permanente actualización, dada la continua introducción de fármacos nuevos en la farmacoterapia hospitalaria.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Fácil, dado que se han utilizado fuentes de información habituales y el coste de impresión es asumible.

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

380. SEGURIDAD DE ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB: DATOS DE VIDA REAL

AUTORES

SANCHEZ RODRIGUEZ B, ELVIRA LADRON DE GUEVARA E, TEJEDOR TEJADA E, GAMEZ TORRES D, TAUSTE HERNANDEZ B, RODRIGUEZ GOICOECHEA M
HOSPITAL UNIV. TORRECARDENAS. CALLE HERMANDAD DE DONANTES DE SANGRE, S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad de ALIROCUMAB y EVOLOCUMAB.
Analizar posibles diferencias entre ellos mediante cuantificación de aparición de eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE) u otros efectos adversos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio multicéntrico multidisciplinar retrospectivo observacional en que se analizaron los resultados de seguridad. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años en tratamiento con alirocumab o evolocumab entre enero de 2016 y noviembre de 2020. La información se obtuvo de la historia clínica. Se consideraron eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE) infarto de miocardio, ictus isquémico, muerte por isquemia cardíaca y hospitalización tras fallo cardíaco. Recogida de otros efectos adversos, y de la medicación concomitante.

RESULTADOS
Se reclutaron 141 pacientes, 90 en tratamiento con alirocumab y 51 con evolocumab sin problemas de adherencia. Media de edad de 58 años (38-80 años), 41 % mujeres. La media de seguimiento fue de 18 meses para evolocumab, 24 meses para alirocumab.
Se recopilaron un total de 9 MACE (6.4%), 7 (5%) hospitalizaciones por fallo cardíaco 5/90 en tratamiento con alirocumab y 2/51 con evolocumab (p = 0,668). Se registraron 2 (1.4%) infartos de miocardio en el grupo de alirocumab (p = 0,284). Otros efectos adversos: derivados de la administración (eritema en el sitio de inyección) 5 pacientes (3.5%), 4 en el grupo de alirocumab y 1 con evolocumab; daño muscular en 3 (2.1%) del grupo de alirocumab; síntomas respiratorios en 3 (2.1%), 1 en el grupo de alirocumab y 2 en el de evolocumab, y casos de astenia en 2 (1.4%), ambos en tratamiento con alirocumab.
La medicación más frecuente prescrita fue: estatinas en 94 pacientes (66.7%) en total, 56 (62.2%) en alirocumab y 38 (74.5%) en el grupo de evolocumab; terapia antiplaquetaria (66%) y ezetimibe con un (65.2%).

CONCLUSIONES
La seguridad de alirocumab y evolocumab en la práctica clínica habitual coincide con los resultados relativos a efectos adversos reportados en los ensayos clínicos pivotales y sin diferencias significativas entre ambos IPCSK9.

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

446. ANÁLISIS DE LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LAS VACUNAS ANTIGRIPALES DURANTE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN

AUTORES
IGLESIAS BARREIRA R, PEGO PÉREZ ER, LÓPEZ-PARDO Y PARDO C
SANATORIO NOSA SEÑORA DOS OLLOS GRANDES. C/MONTEVIDEO, 23. LUGO

OBJETIVOS
Las vacunas son medicamentos empleados de forma específica para la prevención de una enfermedad; esta particularidad supone la necesidad de realizar un seguimiento e indagar acerca de cualquier acontecimiento adverso que pueda ocurrir un tiempo después de la vacunación y analizar, entre otros factores, si ocurre con más frecuencia de lo esperado. El objetivo de este trabajo es analizar las variables sociodemográficas de la población vacunada en nuestro centro, describir los acontecimientos adversos (AEFI por las siglas en inglés de “Adverse Events Following Inmunisation”) relacionados con la vacunación antigripal, su frecuencia y analizar aquellas variables que puedan estar asociadas con los AEFI descritos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, observacional y prospectivo. Tras la autorización de Gerencia a la realización del estudio, se incluyeron todos los pacientes vacunados en nuestro centro hospitalario durante la campaña antigripal 2020 (13 Octubre-31 Diciembre) con las vacunas indicadas en población adulta y ≥ 65 años. Se excluyeron los pacientes institucionalizados y aquellos que aportaron sus propias vacunas. Mediante entrevista telefónica se recogieron los nueve AEFI más frecuentemente descritos en las fichas técnicas de las vacunas. Las variables cualitativas relacionadas se analizaron mediante la técnica Chi2. Se estableció una $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 821 pacientes (59% mujeres) con una media de edad de 65,9±16,1 años. El 64,2% tenían ≥ 65 años, mientras que el 35,8% restante tenían entre 18-64 años. 647 pacientes (78,8%) tenían algún factor de riesgo que indicaba vacunación: 564 (87,2%) eran > 60 años o pertenecían a otros grupos con vacunación indicada, el 79 (12,2%) eran personal sanitario en centros privados y 4 (0,6%) eran embarazadas. Además, 162 (19,7%) padecían alguna patología de riesgo, a destacar: diabetes (58%), asma (24,1%) y displasia bronco-pulmonar (6,2%). 512 (62,4%) habían recibido vacunación antigripal previa. Los AEFI referidos y su distribución fueron: dolor zona vacunación (41,3%), fatiga/cansancio (5,8%), cefalea (4,5%), malestar (4%), mialgia (2,6%), artralgia (2,2%), escalofríos (2,1%), alteraciones gastrointestinales (1,8%), fiebre (1%) y sudoración (0,7%). En relación con los resultados de la prueba chi2, se ha encontrado correlación entre las variables vacunación antigripal previa y dolor en zona de vacunación (p=0,003), mostrando la tabla de frecuencias sin dolor en la zona de vacunación en aquellos pacientes vacunados previamente (62,7%) vs sin dolor en pacientes no vacunados previamente (52,1%). Finalmente se correlacionó el sexo con dolor en la zona de vacunación (p=0,0001), presentando el grupo de mujeres más frecuencia en el dolor en punto de inyección (48,1%) vs hombres (31,5%).

CONCLUSIONES
La mayoría (61,2%) de la población vacunada en nuestro centro pertenecía al grupo de edad ≥ 65 años, más de la mitad (59%) eran mujeres y casi un 80% (78,8%) tenía algún factor de riesgo que indicaba vacunación. Destaca el dolor en la zona de vacunación como el AEFI más frecuente referido por nuestra población (41,3%), que se relacionó de forma estadísticamente significativa con no haber recibido vacunación antigripal previa y pertenecer al sexo femenino.

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

467. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO

AUTORES
SALOM GARRIGUES C, CAMPABADAL PRATS C, BEJARANO ROMERO F, MARCOS FENDIAN Á, CONDE GINER S, GREGORIO DE PASQUALE V, IVARS MARTÍNEZ A, CANADELL VILARRASA L
DAP CAMP DE TARRAGONA - HOSPITAL JOAN XXIII. DOCTOR MALLAFRÉ GUASCH 4. TARRAGONA

OBJETIVOS
Analizar el tratamiento farmacológico domiciliario de los pacientes y optimizar la seguridad de aquellos que lo precisen.

MEJORAS ESPERADAS
Disminución de las incidencias de seguridad del tratamiento crónico para contribuir al uso seguro del medicamento.

DISEÑO
Proyecto de coordinación entre farmacéuticos clínicos (FC) y médicos de atención primaria (MAP) iniciado en marzo de 2021.

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Selección de las incidencias de seguridad a revisar.
- Duplicidades de medicamentos: coexistencia de 2 o más medicamentos de administración sistémica con el mismo principio activo, subgrupo terapéutico y/o actividad farmacológica.
- Medicamentos con alertas de seguridad de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) u otras agencias reguladoras.
- Contraindicaciones definidas en les Guías de Práctica Clínica de nuestra Institución.
- Duraciones de tratamiento más largas de las establecidas.
- Interacción medicamentosa por combinación de antiespasmódicos urinarios con otro fármaco anticolinérgico.
- Medicación evitable por eficacia no demostrada y posibles efectos indeseados.
2. Obtención de un listado de los pacientes de cada MAP con incidencias de seguridad detectadas.
3. Revisión de las incidencias por el FC.
4. Registro de las propuestas en la historia clínica del paciente por el FC.
5. Envío de un listado de los pacientes con propuestas por el FC al referente de farmacia del equipo de atención primaria (EAP).
6. Citación de los pacientes por el responsable de cada EAP mediante una visita virtual en la agenda del MAP.
7. El MAP valora la propuesta y en caso de aceptación la implementa.

IMPLANTACIÓN
En marzo de 2021 se acordó el procedimiento de revisión con los diferentes EAPs.

RESULTADOS
Desde el inicio del proyecto hasta el 5 de mayo de 2021 se han revisado 179 pacientes asignados a 33 MAPs. Mediana de edad de 77 (69-85) años, 59,6% mujeres. Generaron 207 incidencias, de las cuales 174 tenían una propuesta de mejora, correspondientes a 150 pacientes.
Propuestas: suspender fármaco (71,3%), solicitar nuevo control analítico (13,2%), cambiar principio activo (8,1%), cambiar por equivalente terapéutico (6,3%) y rebajar posología (1,1%).
Motivos: duplicidad (39,7%), insuficiencia renal crónica (21,3%), efecto adverso (15,5%), simplificación del plan terapéutico (5,7%), adecuación a las recomendaciones (4,6%), falta de indicación (4,6%), no adherencia (4%), medicamento inapropiado (2,9%) y control analítico obsoleto (1,7%).
Fármacos implicados: inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (17,2%), del sistema nervioso central (15%), diuréticos (13,8%), sistema musculoesquelético (12,6%), sistema genitourinario (8%), aparato circulatorio (8%), hipolipemiantes (7,5%), antidiabéticos (6,3%), tracto alimentario y metabolismo (5,2%), antagonistas del calcio (4,6%), antibióticos (1,2%) y sistema respiratorio (0,6%).
A 7 de mayo se han implementado 58,6% de las propuestas.

LIMITACIONES
La elevada carga de trabajo de los MAPs por la pandemia COVID-19 provocó retrasos en la revisión de las propuestas, por lo que la implementación a más largo plazo podría ser mayor.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
La colaboración del FC con el MAP optimiza la seguridad del tratamiento del paciente, siendo extensible a otros Servicios de Farmacia con FCs encargados de revisar las prescripciones de atención primaria.

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

476. ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS NORMALIZADOS DE TRABAJO EN UN ÁREA NUEVO DEL SERVICIO DE FARMACIA UTILIZANDO EL MÉTODO DACUM

AUTORES
PABLOS BRAVO S, CANALES SIGUERO MD, GONZALEZ BARRIOS I, HERNANDEZ RAMOS JA, RUIZ MORA L, BUSTILLO GALAN O, GUEDE GONZALEZ AM, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVD. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS
Definir las tareas que se deben realizar en cada puesto de trabajo del nuevo área de Medicamentos Peligrosos (MP) creado en el Servicio de Farmacia (SF), siguiendo el método DACUM (“Develop A CUrriculum”). Elaborar los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) según las normas ISO.

MEJORAS ESPERADAS
Con la estandarización y protocolización de las tareas que se deben realizar en cada puesto de trabajo, se disminuyen los errores potenciales que podrían ocurrir al variar el personal que realiza cada trabajo, ya que todo el personal conoce cómo trabajar en cada puesto. Al definir los protocolos con personal experto que realiza tareas similares en otras áreas, la implicación en su adecuada ejecución es mayor.

DISEÑO
Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con farmacéuticos, supervisora de enfermería, enfermeras, auxiliares de enfermería y técnicos de farmacia. Se formó a los miembros del grupo de trabajo sobre el método DACUM, para cumplir las fases del mismo.

CIRCUITO Y ETAPAS
Se realizaron reuniones periódicas del grupo de trabajo según las fases de método DACUM:
1º Formar a todo el grupo de trabajo en el método.
2º Crear 2 grupos de expertos formados por un organizador, un facilitador, un coordinador y varios expertos en los puestos de trabajo.
3º Definir los puestos de trabajo y elaborar un listado de tareas, realizado por el grupo 1 de expertos.
4º Establecer los conocimientos requeridos, herramientas y equipos necesarios para cada tarea.
5º Validación del listado de tareas por el grupo 2 de expertos.
6º Publicación del listado definitivo y los PNT para conocimiento de todo el personal.

IMPLANTACIÓN
En junio de 2020 se formaron los grupos de expertos y se elaboraron los listados de tareas para su posterior validación y publicación.
Cada grupo de expertos se formó por una farmacéutica organizadora, una supervisora facilitadora, una enfermera coordinadora y 4 expertos (3 farmacéuticos, 1 enfermera y 1 técnico de farmacia/auxiliar de enfermería).

RESULTADOS
Se elaboraron 9 listados de tareas, en función del perfil del profesional y del puesto de trabajo:
- Farmacéuticos: 15 tareas en la zona de reenvasado (R) de MP; 19 tareas en la zona de elaboración de fórmulas magistrales no estériles (FM) de MP; y 15 tareas de la zona de elaboración de preparados estériles (E) de MP.
- Enfermeros: 9 tareas en la zona R; 12 tareas en la zona de FM; y 6 tareas de la zona de E.
- Auxiliares/técnicos de farmacia: 15 tareas en la zona de R; 20 tareas en la zona de FM; y 18 tareas de la zona de E.
Con estos listados se elaboraron y validaron los PNT del área.

LIMITACIONES
Este método se suele aplicar en puestos de trabajo ya establecidos donde hay personal trabajando. Al utilizarse en un área de nueva creación, las tareas se tuvieron que definir según la experiencia del personal en puestos de trabajo similares de otras áreas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
El método DACUM puede ser útil para establecer las tareas de cada puesto de trabajo en las diferentes áreas del SF de cualquier Hospital, lo que ayuda a elaborar unos PNT más completos.

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

488. DATA MINING EN DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE POSIBLES REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS: HEMORRAGIA DIGESTIVA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

AUTORES
SUCH DIAZ A, LAZARO CEBAS A, IZQUIERDO GARCIA E, TEJEDOR PRADO P, ESTEBAN CASADO S, MONTERO PASTOR B, ALVARO ALONSO EA, ESCOBAR RODRIGUEZ I
HOSPITAL INFANTA LEONOR. GRAN VIA DEL ESTE, 80. MADRID

OBJETIVOS
Detectar mediante data mining pacientes con episodios de hemorragia digestiva (HD) y hemorragia digestiva alta (HDA) y analizar la prescripción previa de anticoagulantes orales (ACO) (HD y HDA) y antiagregantes (HDA) entre 2017-2019.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio transversal entre el 1/01/2017 a 31/12/2019 de los pacientes atendidos en urgencias y hospitalización con episodio de HD o HDA.
Savana(R) es un software de data mining que procesa informes de alta mediante inteligencia artificial y procesamiento del lenguaje natural.
Como criterio principal de selección se utilizó el diagnóstico (principal o secundario) HD y HDA. Como variables adicionales: sexo, edad y prescripciones previas de ACO en HD y HDA; antiagregantes previos en HDA.
Las variables se resumieron como porcentaje (cualitativas) o media y desviación estándar (DE) (cuantitativas). Se compararon los resultados obtenidos por año mediante chi cuadrado o test de Fisher aplicando la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples mediante SPSS v15.

RESULTADOS
Los pacientes ingresados o atendidos en urgencias en 2017, 2018 y 2019 respectivamente fueron: 81.774 [0,97% con HD (34,38% HDA)], 83.463 [1,13% HD (33,40% HDA)] y 118.505 [0,78% HD (34,84% HDA)]

La edad media de los pacientes con HD fue 61,27 años (DE 23,87), 64,10 años (DE 22,68) y 61,08 años (DE 23,89) en 2017-2018-2019 respectivamente.
El 45,5% de los pacientes con HD fueron mujeres en 2017, 56,84% (2018) y 45,45% (2019).
14,75% de pacientes tenían prescripción de ACO previa al episodio de HD en 2017; 15,80% (2018) y 16,67% (2019).
La distribución de ACO en 2017, 2018 y 2019 respectivamente fue: 88,13% antivitamina K (AVK) y 11,87% anticoagulantes orales directos (ACOD), 82,55% AVK y 17,45% ACOD y 77,42% AVK y 22,58% ACOD.
La edad media de los pacientes con HDA fue de 62,85 años (DE 24,93), 65,90 años (DE 23,03) y 64,35 años (DE 22,70) en 2017, 2018 y 2019 respectivamente.
El 40,73% fueron mujeres en 2017, 41,59% (2018) y 40,43% (2019).
14,91% de pacientes tenían prescripción de ACO previa al episodio de HDA en 2017, 19,68% (2018) y 18,21% (2019).
La distribución de ACO fue 87,81% AVK y 12,19% ACOD, 82,26% AVK y 17,74% ACOD y 71,19% AVK y 28,81% ACOD en 2017, 2018 y 2019 respectivamente.
13,10% pacientes con HDA tenían prescripción previa de antiagregantes en 2017, 20,63% (2018) y 16,36% (2019).
2,55% pacientes tenían prescripción de antiagregante y ACO previa al episodio de HDA en 2017, 3,49% (2018) y 2,45% (2019).
No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los años 2017, 2018 y 2019.

CONCLUSIONES

Tanto los casos de HD como HDA se han mantenido estables de 2017 a 2019, así como las características de los pacientes en cuanto a sexo y edad.
Menos del 20% tenia ACO prescritos previos al proceso hemorrágico.
Encontramos aumento no estadísticamente significativo en los casos de HD y HDA con prescripción previa de ACOD de 2017 a 2019.
La utilización de metodología data mining (Savana(R)) se presenta como una alternativa eficiente en la detección, caracterización y monitorización de efectos adversos a fármacos permitiendo establecer posibles señales alertantes o intervenciones correctoras de forma precoz.

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

489. LOS 10 ERRORES DE MEDICACIÓN MÁS FRECUENTES

AUTORES
MAÑES SEVILLA M, FERNANDEZ GARCIA R, CRIADO GOMEZ L, GOMEZ HORMIGOS C, MOLINA ORTIZ JA, TAFALLA BORBONADA C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. C/ RÍO JÚCAR S/N. MADRID

OBJETIVOS

Con la publicación del boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación del Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos (ISMP) en Febrero del 2021, hemos querido analizar los Errores de Medicación (EM) notificados en nuestro centro, para ver si se corresponden con los 10 EM de mayor riesgo detectado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda observacional, retrospectiva, de los EM notificados a través de la plataforma del Servicio Madrileño de Salud CISEM durante los años 2019 y 2020 en un Hospital de segundo nivel. Las variables registradas en los informes de notificación fueron: características del paciente, notificador, ámbito hospitalario, tipo de EM, fármaco implicado. A continuación se compararon los resultados publicados en el boletín ISMP nº50 Febrero 2021.

RESULTADOS

Se detectaron un total de 109 EM notificados. El 64,4% de los pacientes eran hombres con una edad media de 63,72 años (SD: 16,6). La enfermera fue la principal notificadora de EM (44,9%), seguido del farmacéutico (34,9%). El ámbito donde se produjo el error fue principalmente en la Unidad de Hospitalización (49,5%), seguido de las Urgencias del Hospital (22,9%).
Al igual que lo publicado en el boletín ISMP, el error más frecuente en nuestro centro fue la omisión/retraso del medicamento (37,0%); La administración de medicamentos a un paciente equivocado y los errores asociados a alergias o efectos adversos conocidos a medicamentos también fueron importantes en nuestro centro (10,9% y 16,0% respectivamente). A diferencia del boletín, el 4º error de cálculo de la dosis en pacientes pediátricos, no fue característico en nuestro centro por no disponer de una gran Unidad Pediátrica. Los errores por similitud en el etiquetado o envasado de medicamentos comercializados fueron destacados en nuestro centro (12,6%); Los EM asociados a la falta de utilización de bombas de infusión se notificaron en un 1,7%. En cuanto al medicamento implicado en los EM, no se trataron de bloqueantes neuromusculares, sino de fármacos citostáticos y otros parenterales en un 20% de los casos. En las técnicas de administración equivocadas se notificaron 3,4% de los EM en nuestro centro. Los errores en la conciliación de la medicación al ingreso y al alta hospitalaria constituyeron 15,1%. Por último los errores por problemas de comprensión de los pacientes de cómo utilizar los medicamentos fueron de un 3,4% en nuestro centro.

CONCLUSIONES

Los EM constituyen una amenaza real en la actividad asistencial. La mayoría de los EM más frecuentes fueron similares con los publicados en el ISMP. Compartir esta información puede ser de utilidad para aprender y evitar que vuelvan a producirse incidentes del mismo tipo, en beneficio de la seguridad de los pacientes. Cabe destacar que estos incidentes son recurrentes y que podrían evitarse o minimizarse implementando prácticas seguras.

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

514. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL HEPÁTICO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON FINGOLIMOD

AUTORES
PÉREZ FÁCILA A, PROY VEGA B, NOTARIO DONGIL C, ANDRÉS NAVARRO N, GÓMEZ LLUCH MT, MARCOS DE LA TORRE A
HOSPITAL LA MANCHA CENTRO. AVDA. CONSTITUCIÓN, 3. CIUDAD REAL

OBJETIVOS
La AEMPS emitió en noviembre de 2020 una nota de seguridad alertando del riesgo de daño hepático en pacientes tratados con fingolimod. Objetivo: analizar el perfil hepático de pacientes tratados con fingolimod durante su primer año de tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo que incluyó todos los pacientes que iniciaron fingolimod desde enero 2012 en nuestro hospital, y que hayan completado el primer año de tratamiento.
Se analizaron las siguientes variables: sexo; edad al inicio del tratamiento; tipo de Esclerosis Múltiple (EM); niveles séricos de aspartarto aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT) y gamma glutamiltransferasa (GGT) séricas basales (6 meses previo al inicio) y en los meses 1, 3, 6, 9 y 12 tras iniciar fingolimod; niveles séricos de bilirrubina total (BT) basal (6 meses previo al inicio) y a los 12 meses tras iniciar fingolimod y; retirada por causa hepática. Los datos fueron obtenidos de la Historia Clínica Electrónica (Mambrino XXI®) y del programa de gestión de pacientes externos (Farmatools®).
Para analizar las diferencias entre valores basales de enzimas hepáticos (EH) respecto a los diferentes puntos corte, se realizó el test t-Student para datos relacionados. $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo. El análisis estadístico se realizó utilizando SPSS StatisticsV25.0.0.

RESULTADOS
Fingolimod se inició en 33 pacientes (66,7% mujeres; 34,8±8,9 años al inicio del tratamiento). 90,9% EM remitente-recurrente y 9,1% EM secundaria progresiva. Niveles basales medios de EH: AST 17,4±6,3 UI/l; ALT 19,2±14,6 UI/l y; GGT 18,1±12,4 UI/l. Todos los pacientes presentaron cifras de BT basal inferiores al límite de detección (LD) de la técnica analítica del laboratorio (< 1mg/dL). Niveles enzimáticos medios (expresados en UI/l) por puntos de corte: AST (mes 1: 19,8±8,8; mes 3: 30,9±50,3; mes 6: 22,7±9,5; mes 9: 22,9±11,3; mes 12: 25,9±12,1), ALT (mes 1: 23,1±15,4; mes 3: 41,7±77,2; mes 6: 32,6±24,0; mes 9: 31,1±23,7; mes 12: 36,6±24,0), GGT (mes 1: 36,3±46,2; mes 3: 51,8±58,9; mes 6: 60,5 ±70,5; mes 9: 58,7±69,9; mes 12: 72,8±83,9).
El análisis t-Student por EH en los diferentes puntos de corte (1, 3, 6, 9 y 12 meses), respecto a los niveles basales, mostró diferencias significativas a los 6, 9 y 12 meses para AST y ALT, y a los 1, 3, 6, 9 y 12 meses para GGT ($p < 0,05$). Los niveles de BT se mantuvieron en todos los pacientes inferiores al LD tras 12 meses de tratamiento.
Fingolimod fue retirado en 4 (12,1%) pacientes por hipertransaminemia. En 3 de ellos (2: GGT; 1: ALT) los niveles alcanzados en el momento de retirada superaron 5 veces el límite superior de normalidad (LSN) (definido como 40 UI/l para todos los EH) y en uno de ellos (GGT) se situó entre 3-5 veces el LSN. Ningún paciente reinició fingolimod debido al riesgo de recurrencia de disfunción hepática.

CONCLUSIONES
Fingolimod ocasionó un incremento de todos los EH, particularmente GGT, estadísticamente significativo especialmente a partir del sexto mes de tratamiento. El porcentaje de pacientes con EH > 5xLSN fue superior al establecido en Ficha Técnica (FT) y ocasionado por diferente EH (FT indica prevalencia ALT: 8% > 3xLSN; 1,8% > 5xLSN).

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

544. CIRCUITO DE USO DE TOXINA BOTULÍNICA FUERA DE FICHA TÉCNICA

AUTORES
PEREZ DIEZ E, IBARRA GARCIA E, BUSTOS MARTINEZ M, VALLINAS HIDALGO S
HOSPITAL DE URDULIZ ALFREDO ESPINOSA. GOIETA KALEA, 32. VIZCAYA

OBJETIVOS
Describir el proceso de implementación de un circuito electrónico de uso de toxina botulínica fuera de ficha técnica (FFT) en un hospital comarcal.

MEJORAS ESPERADAS
Mejorar la trazabilidad y seguridad del proceso.

DISEÑO
En nuestro hospital se utiliza la toxina botulínica como FFT en las siguientes patologías: eventración gigante y fisura anal (Cirugía); hiperhidrosis palmo-plantar (Dermatología); entropión y ptosis (Oftalmología), y disfonía espasmódica (Otorrinolaringología).

CIRCUITO Y ETAPAS
En una primera fase, se diseñó un procedimiento de gestión de cada solicitud a través de la historia clínica electrónica: interconsulta no presencial, autorización por parte de la Dirección Médica (DM), firma de consentimiento informado por parte del paciente, prescripción electrónica, validación farmacéutica, elaboración y dispensación de la dosis individualizada por paciente.
En una segunda fase, se ha solicitado a los servicios médicos un protocolo de uso FFT de toxina botulínica para estas patologías, con el objetivo de estandarizar la dosificación y concentración, agilizar la autorización e incrementar la seguridad del proceso.

IMPLANTACIÓN
Actualmente todos los servicios médicos realizan las solicitudes de toxina botulínica a través del circuito indicado.
Los servicios de Cirugía y Dermatología han elaborado protocolos de uso en eventración gigante y fisura anal e hiperhidrosis palmo-plantar, respectivamente. Estos protocolos han sido evaluados y aprobados por la DM y la Comisión de Farmacia y Terapéutica del centro.
Los protocolos de uso de Oftalmología y Otorrinolaringología aún no han sido elaborados; no obstante, se ha consensuado la dosis y concentración, de acuerdo a la bibliografía. En estos casos se sigue solicitando el visto bueno de la DM para cada solicitud de forma individualizada.

RESULTADOS
Durante el periodo 2019-2020 se preparó toxina botulínica como uso FFT para 61 pacientes: 14 con eventración gigante, 32 con fisura anal, 4 con hiperhidrosis palmo-plantar, 3 con entropión, 2 con ptosis y 1 con disfonía espasmódica.
Todas las solicitudes se realizaron según el circuito establecido. Se preparó la dosis por paciente a la concentración establecida y consensuada con cada servicio.
• Toxina botulínica 20 UI/ml:
o Eventración: 400 UI en 2 jeringas con 200 UI/10 ml.
o Hiperhidrosis palmo-plantar: 200 UI en 10 jeringas de 1 ml.
• Toxina botulínica 25 UI/ml:
o Fisura anal: 50 UI en 2 jeringas de 1 ml.
o Disfonía espasmódica: 7,5 UI en 1 jeringa de 0,3 ml.
• Toxina botulínica 50 UI/ml:
o Entropión: 10 UI en 2 jeringas de 0,1 ml.
o Ptosis: 10 UI en 1 jeringa de 0,2 ml.
Cada jeringa se envió identificada por paciente y la dispensación se realizó electrónicamente, haciendo constar el número de registro interno de la preparación.
La implementación de este procedimiento ha permitido que todo el circuito quede reflejado en la historia clínica, favoreciendo la trazabilidad y seguridad.

LIMITACIONES
El desconocimiento de la fecha de programación quirúrgica en el momento de la solicitud y/o la modificación posterior de la misma pueden enlentecer o dificultar el proceso.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Este sistema es aplicable a todos los servicios de farmacia con prescripción electrónica e historia clínica electrónica.

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

571. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES
RODRIGUEZ GONZALEZ CG, MARZAL ALFARO B, GONZÁLEZ-HABA PEÑA E, GARCIA LOPEZ N, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑON. DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS
Elaborar y poner en marcha un Programa de Humanización en un Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH), que oriente la organización y los procesos hacia una atención más personal y humana, y aumente la satisfacción de sus profesionales.

MEJORAS ESPERADAS
La puesta en marcha del Programa facilita:
• La creación de una cultura de humanización dentro del SFH, y la mejora de la capacidad de liderazgo y las habilidades personales y de relación de los profesionales.
• El despliegue de líneas de actuación específicamente diseñadas para lograr un mayor acercamiento al paciente en algunos ámbitos.
• Aumento de la participación del paciente en el diseño y evaluación de los procesos del Servicio.

DISEÑO
Este proyecto fue desarrollado en un SFH de más de 100 profesionales. Fue liderado por el Comité de Dirección del Servicio, con la colaboración de la Fundación HUMANS.

CIRCUITO Y ETAPAS
Se desarrolló en 3 fases, durante Mayo 2019-Diciembre 2020:
Fase I. Análisis de situación para conseguir una visión cercana y directa de las necesidades de los pacientes y profesionales. Se establecieron grupos focales con pacientes o cuidadores de los diferentes ámbitos asistenciales del Hospital y se celebraron entrevistas con médicos, personal de enfermería y profesionales del SFH.
Fase II. Sesiones de orientación estratégica con la Comisión de Dirección del SFH, para definir las bases fundamentales del programa y sus líneas de actuación.
Fase III. Definición de los objetivos y acciones a realizar mediante talleres de trabajo con profesionales del SFH.

IMPLANTACIÓN
El Programa fue presentado a todos los profesionales del SFH en Enero 2021. Se creó el Comité de Humanización del Servicio, quien actualmente se responsabiliza del seguimiento de las acciones del Programa.

RESULTADOS
El Programa de Humanización contempla 5 bases fundamentales y 11 líneas de actuación.
1. Cultura y gobierno. Contempla, entre otras líneas, la creación del Comité de Humanización, el plan de formación continuada en humanización y la difusión del Programa en la sociedad.
2. Organización y procesos. Contempla la reestructuración de los procesos y los recursos para mejorar la atención directa a los pacientes y la continuidad asistencial.
3. Participación e implicación de los pacientes. Incluye, entre otras acciones, la creación del Comité Asesor de Pacientes, actividades de formación y capacitación de pacientes y la mejora de la comunicación con la plataforma mHealth del Servicio.
4. Cuidado y desarrollo profesional. Contempla actuaciones como la mejora de la comunicación, el afrontamiento del estrés laboral, y la promoción de la carrera investigadora de todos los profesionales.
5. Entorno físico. Incluye mejoras concretas de las infraestructuras físicas para aumentar el confort de los pacientes y profesionales.

LIMITACIONES
La implantación de este Proyecto requiere de un elevado grado de implicación de los profesionales y pacientes. Sería recomendable desarrollar una adecuada estrategia de comunicación, participación y reconocimiento.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Este Proyecto puede ser fácilmente exportable a otros Servicios de Farmacia Hospitalaria. Para su extrapolación, deberán tomarse como referencia los planes de humanización autonómicos y locales en cada caso, así como la Guía de Humanización de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

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

596. DOSIFICACIÓN EN EL PACIENTE OBESO CRÍTICO, UNA HERRAMIENTA DE AYUDA A LA PRESCRIPICÓN Y VALIDACIÓN FARMACÉUTICA

AUTORES
SÁNCHEZ SANCHO P, GARCIA DIAZ HC, VARON GALCERA C, DEL RÍO GUTIÉRREZ JM, DOMENECH MORAL L, GORGAS TORNER MQ, LALUEZA BROTO P
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. Pº VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS
La prevalencia de obesidad adulta en España es aproximadamente del 17,5%. Su presencia en UCI ha aumentado hasta un 47% a raíz del SARS-COV2.
Una dosificación inapropiada en este grupo de pacientes puede dar lugar a un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas o a fracaso terapéutico.
Los objetivos del presente estudio son:
-Identificar las variables farmacocinéticas de los fármacos con implicación en la dosificación del paciente obeso crítico (POC) y revisar las pautas de los fármacos principalmente empleados en la UCI.
-Elaborar una Guía que sirva para la prescripción y validación en UCI en POC.

MEJORAS ESPERADAS
Optimización de la pauta de fármacos de uso frecuente en UCI en POC.
Incluir información sobre la dosificación en paciente obeso en el programa de prescripción electrónica asistida (PEA) con la finalidad de garantizar la eficacia y seguridad de la prescripción.

DISEÑO
Se creó un equipo de trabajo multidisciplinar formado por farmacéuticos e intensivistas, para la revisión, desarrollo e implementación de una guía de dosificación en POC.

CIRCUITO Y ETAPAS
1.Creación de un equipo multidisciplinar integrado por representantes de Farmacia y UCI.
2.Selección de fármacos de uso frecuente en UCI.
3.Búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos con las palabras claves "obese" "critically" "dosing" "patient".
4.Revisión por pares de la información obtenida y elaboración de una tabla con datos fisicoquímicos, farmacocinéticos y de dosificación. Cuando hubo discrepancias se amplió la búsqueda bibliográfica centrada en el fármaco en cuestión.
5.La tabla de dosificación se validó por la Comisión de Protocolos del hospital.

IMPLANTACIÓN
Una vez realizada la guía se introdujo la información en el programa de PEA, se hizo formación y difusión en la UCI y se elaboró una infografía para facilitar la prescripción.

RESULTADOS
Se describieron las variaciones farmacocinéticas en el POC.
Se incluyeron 43 fármacos de uso mayoritario en UCI (anticoagulantes, antimicrobianos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares, corticosteroides y protectores gástricos). Se revisaron 24 fuentes de información: 11 revisiones sistemáticas, 3 guías, 3 estudios retrospectivos, 2 prospectivos y 1 caso clínico. Se consultaron las fichas técnicas (16% con recomendación de dosificación según peso) de los medicamentos, Pubmed, Micromedex, Uptodate, DrugBank y Pubchem.
En 8 fármacos, aunque se establecía una dosis y consejos de administración en POC, la dosificación no se hacía por peso.
En 35 fármacos se consideraba el peso en la dosificación (en 7 se especificaba dosificación según rangos de índice de

masa corporal (IMC)). En 18 fármacos había consenso en cuanto al peso de dosificación: 4 según peso total (PT), 9 peso ajustado (PA) y 5 peso ideal (PI). De los 17 fármacos restantes que presentaban discrepancias, tras la revisión por pares, se consensuó dosificación según PT en 7 fármacos, PI en 6 y PA en 4.
No se encontró información acerca del valganciclovir.

LIMITACIONES

Información disponible escasa y no siempre hay consenso. La mayoría no diferencia según IMC.
Para garantizar una correcta prescripción y validación, el programa de PEA debería permitir la dosificación por PI, PA o PT.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Esta guía es una herramienta de ayuda a la prescripción médica y validación farmacéutica en el POC aplicable a cualquier hospital con UCI.

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

619. INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS EN LOS PROFESIONALES DEL CENTRO VACUNADOS FRENTE AL SARS-COV-2

AUTORES

PI SALA N, RAMIÓ MONTERO E, FELIU BUSQUETS N, VIÑOLAS CUADROS M, CASANOVAS QUIÑONES A, ODUBER MARTORELL S
CLINICA GIRONA. JOAN MARAGALL, 26. GIRONA

OBJETIVOS

En enero del 2021 se empezó a vacunar frente al SARS-CoV-2 a los profesionales de nuestro centro. Se planteó realizar una Farmacovigilancia exhaustiva para registrar la aparición de efectos adversos post vacunación, así como evaluar si existía correlación alguna en aquellos que habían pasado la infección previamente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo (enero-abril 2021) realizado con los profesionales del centro que se vacunaban frente al SARS-CoV-2. En la estancia habilitada para ello se les entregó un cuestionario para cumplimentar en los días posteriores a la vacunación con las siguientes variables: edad, sexo, primera/segunda dosis, historia previa de Covid19, aparición de efectos adversos, cuáles, duración de los síntomas y necesidad de medicación.
Se realizó un estudio descriptivo de las variables cualitativas y un análisis bivariante con la prueba Chi-cuadrado como estudio comparativo de las diferentes variables. Los datos fueron procesados con el programa informático SPSS.

RESULTADOS

Se recogieron 972 encuestas, 511 correspondientes a la primera dosis y 461 a la segunda. El 100% de los profesionales recibieron la vacuna de Pfizer-Biontech®. La media de edad fue de 46,97 años (DE 13,02) y el 74,7% del personal vacunado fueron mujeres. El 19,9% había pasado previamente la infección, de los cuales requirieron ingreso hospitalario el 15% (29).
El 79,9% de los encuestados afirmó haber sufrido algún efecto adverso post vacunación: 61,6% dolor en el punto de inyección; 28,7% fatiga; 28,6% dolor muscular; 24,8% dolor de cabeza; 12,3% inflamación local; 12,3% dolor articular; 11,1% fiebre; 9,3% sueño y 12,3% otros. El 49,8% tomó alguna medicación para paliar los síntomas (antipirético: 86%; AINE: 30%; otros: 4%), y solamente 10 personas requirieron valoración por un especialista (1,3%). En el 53,7% de los vacunados los síntomas duraron 24-48 horas, en el 37,2% < 24horas y en el 9,1% > 48horas.
El 85,8% de las mujeres y el 62,6% de los hombres sufrieron algún efecto adverso, observándose diferencias significativas entre ambos sexos (X2=-61,727 p < 0,005). Así como separando por franjas de edad, donde el 82,9% de los menores de 65 años sufrió algún síntoma frente al 41,2% de los mayores de 65 años (X2=-68,500 p < 0,005). Aquellos profesionales con historia previa de Covid19, presentaron significativamente más efectos adversos (87%) que los que no (78,2%) (X2=-7,588 p < 0,005), sin observarse diferencias entre los que requirieron ingreso (X2=-0,021 p=0,540). Respecto a las administraciones, la incidencia de aparición de efectos secundarios resultó ser significativamente mayor en la segunda dosis (86,6%) que en la primera (74%) (X2=-23,910 p < 0,005).

CONCLUSIONES

La incidencia de efectos adversos con la vacuna de Pfizer-Biontech® frente al SARS-CoV-2 es elevada; éstos se tratan básicamente con antipiréticos y AINES, y carecen de gravedad. Ser mujer, tener menos de 65 años y haber sufrido la enfermedad de la covid19 son factores de riesgo para padecer más efectos secundarios. Con la segunda dosis, la incidencia de efectos adversos es mayor.

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

626. EVALUACIÓN DEL GRADO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DEL USO INDIVIDUALIZADO DE PLUMAS DE INSULINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

AUTORES

MONTERO VILCHEZ C, GONZÁLEZ DEL VALLE E, SÁNCHEZ SUAREZ MDM, SÁNCHEZ MARTÍN A, GARCÍA DOMINGUEZ S, JIMENEZ MORALES A
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. AVENIDA DE LAS FUERZAS ARMADAS, 2. GRANADA

OBJETIVOS

Conocer y analizar el grado de implantación de un procedimiento del uso individualizado de plumas de insulina en un hospital de tercer nivel e identificar los puntos críticos y proponer medidas de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se elaboró por un grupo multidisciplinar de la Comisión de Seguridad, un procedimiento del uso individualizado de plumas de insulina que incluía la identificación y etiquetado de cada pluma por paciente para evitar riesgos en su uso. La implantación se realizó de forma escalonada durante 1 año hasta conseguir incorporarlo en todas las unidades de hospitalización excluyendo UCI y urgencias.
Para su evaluación 1 año después, se utilizó un cuestionario propio de autoevaluación del uso medicamentos de alto riesgo, con 18 items seleccionados del "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos, versión española II (2018)-ISMP-España". El item 15 evaluaba el uso seguro de insulinas, tenía 5 posibles respuestas y un valor máximo de 4 puntos.
Se incluyeron aquellas unidades que entre el 15 Diciembre 2020 y 30 Marzo 2021 cumplimentaron el cuestionario voluntariamente y era aplicable el item 15. Se realizó un análisis descriptivo de las unidades clínicas participantes según datos de consumo obtenidos mediante los registros de dispensación de 1 año (1 abril 2020-1 abril 2021) y se calculó el grado de implantación expresado en porcentaje sobre el valor máximo posible.

RESULTADOS
Participaron 25 unidades clínicas, el 96,15% del total de plantas de hospitalización que tenían el procedimiento implantado en el hospital. Se dispensaron un total de 2786 plumas de insulina etiquetadas e identificadas desde el Servicio de Farmacia. Las unidades con mayor consumo de plumas fueron: medicina interna(28,93%), neumología(14,57%), digestivo(6,75%), infecciosas(6,71%) cardiología(6,42%), traumatología(5,74%) y cirugía general(5,56%), respectivamente. El consumo del resto de unidades se mantuvo por debajo del 5% del total.
La puntuación media del ítem 15 en el total de unidades participantes fue de 3,59(89,77%) sobre 4. Respecto a la puntuación obtenida según los registros de dispensación, se observó que el grado de implantación fue mayor en aquellas unidades con mayor consumo de plumas de insulina: 100%(4) en unidades con un consumo superior al 10%, 93,75%(3,75) en unidades con consumo entre 5-10% y el 86,67%(3,47) en unidades con un consumo inferior al 5% del total.

CONCLUSIONES
El estudio ha permitido comprobar que el grado de implantación del procedimiento del uso individualizado de insulinas en el hospital es elevado, sobre todo en las unidades de mayor consumo.
La elaboración de procedimientos por grupos multidisciplinares facilita la implementación de prácticas seguras para prevenir errores con medicamentos de alto riesgo como las insulinas.
El cuestionario de autoevaluación del uso de medicamentos de alto riesgo ha supuesto una herramienta muy útil para evaluar la seguridad de estos medicamentos en el hospital, y para concienciar y motivar a los profesionales sanitarios sobre el uso seguro de la utilización individualizada de plumas de insulina.

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

629. ADAPTACIÓN DE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL ELABORADOR A UN FORMATO SEMIPRESENCIAL EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES
GARCÍA MORENO FJ, PERNÍA LÓPEZ MS, GONZÁLEZ-HABA PEÑA E, ROMERO JIMÉNEZ R, NARRILLOS MORAZA Á, FRESNO FLORES M, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ DOCTOR ESQUERDO 46. MADRID

OBJETIVOS
Ante el incremento de actividad asistencial originado por la pandemia por COVID-19, fueron contratados nueve técnicos de farmacia y parafarmacia (TFPf) para reforzar nuestro Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) y extender las tareas de elaboración al turno de noche.
El objetivo fue adaptar el plan formativo de acogida de nuevo personal elaborador de un SFH, del formato presencial previo a formato semipresencial.

MEJORAS ESPERADAS
El curso semipresencial permitiría formar a los 9 TFPf, evitando las reuniones presenciales en el contexto de pandemia por COVID-19. Este formato se podría utilizar posteriormente para todo personal de nueva incorporación.

DISEÑO
El plan formativo fue desarrollado por farmacéuticos y personal de enfermería.

CIRCUITO Y ETAPAS
1)Los temas teóricos se seleccionaron según anexo 5 de la Guía de Buenas Prácticas de preparación de medicamentos. Fueron: Buenas prácticas en preparación de medicamentos; Recepción, conservación, almacenamiento y gestión de stocks de medicamentos y preparaciones; Vestimenta de trabajo; Higiene de manos; Trabajo en sala limpia; Técnica de manipulación de medicamentos no peligrosos en cabinas; Manipulación de medicamentos peligrosos; Fundamentos del programa informático de soporte en elaboración; Reenvasado y fraccionamiento de medicamentos orales y Seguridad del paciente.
2)Se solicitó al servicio de informática crear un módulo en la plataforma virtual de formación del Hospital (Moodle) para impartir la parte teórica. En él se subieron las presentaciones de cada tema en formato vídeo mp4 de 30 minutos de duración, material complementario, test de evaluación inicial y final y encuesta de satisfacción. El personal docente contaría con acceso, posibilitando resolución de dudas a través del foro de debate.
3)Se seleccionaron temas para la parte práctica presencial: Vestimenta; Lavado de manos; Trabajo en cabinas; Manejo

práctico del programa informático de soporte en elaboración y Reenvasado de formas sólidas y líquidas.
4)Se asignaron tutores para acreditar la competencia de los nuevos TFPf en la preparación de medicamentos.

IMPLANTACIÓN

La plataforma virtual del curso permaneció abierta 30 días (15/09/2020-15/10/2020). Los talleres prácticos se desarrollaron en las dos semanas posteriores a superar la parte teórica, y en grupos de 3 alumnos, según instrucciones del Centro.

RESULTADOS

Todos los alumnos superaron la actividad formativa en el tiempo previsto, pasando a asumir tareas de elaboración de mezclas intravenosas y reenvasado.
La satisfacción global del alumnado con el curso fue alta, con nota superior a 7 en todos los aspectos evaluados, siendo el profesorado el aspecto con mejor valoración. Por el contrario, el aspecto peor valorado fue la adecuación del horario, manifestando algunos alumnos preferencia por horarios fijos para la docencia respecto al acceso a una plataforma durante un rango temporal según su propia organización.

LIMITACIONES

La preparación inicial del curso es costosa, pero perdura para posteriores alumnos, facilitando la acreditación de competencias del personal elaborador.
La atención prestada por los alumnos con la visualización de vídeos es inferior respecto a clases presenciales, y la gestión del tiempo de dedicación es más complicada. Esto se puede compensar con buenos talleres prácticos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este formato de formación es muy útil para la formación inicial de todo el personal del área de elaboración y se puede implantar en otras áreas del SFH

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

632. LOS SIETE MAGNÍFICOS Y LOS ODIOSOS OCHO, MEDICAMENTOS Y PROCESOS CON MÁS PROBLEMAS NOTIFICADOS

AUTORES

MORALES PORTILLO A, MIR CROS M, MARTÍNEZ SOGUES M, TABERNER BONASTRE P, GILABERT SOTOCA M, NEVOT BLANC M, RAMOS GIL MÁ, CABRE OLLE FX
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA. AV. ALCALDE ROVIRA ROURE, 80. LLEIDA

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es identificar en qué medicamentos, procesos y grupos de edad deben priorizarse medidas para evitar la aparición de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) en un hospital de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de los PRM notificados mediante encuesta TPSCloud® durante el periodo 2013-2020 por profesionales sanitarios del centro.
Se extrajeron los datos de la Aplicación de Seguridad del Paciente TPSCloud®. Se realizó un análisis estadístico mediante el programa IBM SPSS®.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 320 PRM notificados.
Los procesos más asociados a PRM fueron los siguientes: administración (129 PRM, 40,3%), prescripción (108 PRM, 33,8 %), gestión interna de Farmacia (27 PRM, 8,4 %), dispensación (14 PRM, 4,4%), preparado o etiquetado en área clínica (12 PRM, 3,8%), verificación de la prescripción incorrecta (12 PRM, 3,8%), transcripción de orden médica (9 PRM, 2,8%) y transición asistencial o conciliación (5 PRM, 1,5%).
Los siete medicamentos asociados en mayor frecuencia a PRM fueron: acenocumarol (28 PRM, 8,8 %), insulina (16 PRM, 5,0%), heparina sódica (11 PRM, 3,4%), enoxaparina sódica (10 PRM, 3,1%), piperacilina (8 PRM, 2,5%), amoxicilina (7 PRM, 2,2%), cloruro potásico (5 PRM, 1,6%). Cinco de los siete medicamentos con más PRM notificados son considerados medicamentos de alto riesgo.
Los PRM se distribuyeron por grupos de edad de la siguiente forma: menores de 1 año (7 PRM, 2,2%), 1-10 años (10 PRM, 3,1%), 11-20 años (7 PRM, 2,2%), 21-30 años (5 PRM, 1,6%), 31-40 años (15 PRM, 4,7%), 41-50 años (25 PRM, 7,8%), 51-60 años (36 PRM, 11,3%), 61-70 años (56 PRM, 17,5%), 71 a 80 años (74 PRM, 23,1%) y mayores de 80 años (85 PRM, 26,6%).

CONCLUSIONES

Los procesos sobre los que se deben priorizar medidas son la administración y prescripción, dado que suponen más del 70% de PRM notificados.
Se debería comenzar por el desarrollo e implementación de acciones de mejora que permitan reducir los PRM asociados a anticoagulantes e insulina, tanto por su frecuencia como por su condición de medicamentos de alto riesgo.
Las medidas sobre procesos y medicamentos que se lleven a cabo, deberían incidir especialmente sobre pacientes mayores de 70 años, ya que en estos pacientes se producen aproximadamente la mitad de las PRM notificadas.

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

635. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE EXTERNO ONCO-HEMATOLÓGICO EN HOSPITAL DE DÍA

AUTORES
GIL CANDEL M, VICENTE ESCRIG E, SOLANA ALTABELLA A, BODEGA AZUARA J, PUPLÁ BARTOLL A, CEBOLLA BELTRÁN T, SANTOS SAN SEGUNDO M, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CASTELLÓN. AVDA. BENICASSIM, NUM128. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS
En los últimos años la carga asistencial se ha incrementado de forma creciente en las Unidades de atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE). Se suma a esta situación, la pandemia causada por el SARS-CoV-2, que ha conllevado un cambio en la organización de las UFPE para evitar el acúmulo de los pacientes. El objetivo de nuestro trabajo es describir la implementación de un circuito de atención farmacéutica al paciente externo onco-hematológico en hospital de día (HDD).

MEJORAS ESPERADAS
Aumentar la eficiencia y la seguridad del proceso farmacoterapéutico en la dispensación de medicación oncohematológica con el soporte de un farmacéutico especializado, y humanizar la atención al paciente evitando la acumulación en el Servicio de Farmacia y disminuyendo la posibilidad de contagio en este grupo de pacientes de mayor riesgo.

DISEÑO
El proyecto de nuestro hospital se basó en la integración de un farmacéutico en HDD. Para ello se creó un equipo multidisciplinar formado por farmacéuticos, hematólogos y enfermeros. Se definió el circuito de trabajo, el personal implicado y sus funciones, la medicación y el tipo de paciente.

CIRCUITO Y ETAPAS
Fase 1: definición del circuito y modificación del PNT de la UFPE adaptándolo al nuevo modelo establecido y probación por la dirección del centro.
Fase 2: recursos estructurales, materiales y humanos. Asignación de una consulta en HDD a tiempo completo los dos días de la semana con mayor número de pacientes oncohematológicos citados. Disponibilidad de farmacéutico localizado, a través del teléfono corporativo, los días de la semana en los que no se dispone de la consulta.
Fase 3: funciones del personal. El hematólogo prescribe la medicación y deja constancia en la historia clínica del paciente. Enfermería contacta con el farmacéutico tras la consulta médica. El farmacéutico realiza atención farmacéutica, registro en la historia clínica, dispensación de la medicación y programación de la nueva cita.

IMPLANTACIÓN
Marzo de 2020.

RESULTADOS
Desde marzo de 2020 hasta abril de 2021 se prestó atención farmacéutica a un total de 690 pacientes y se realizaron 889 dispensaciones. La media de pacientes atendidos y dispensaciones al día fue de 5,4 (DE: 4,0) y de 7,0 (DE: 5,15), respectivamente.

LIMITACIONES
La incorporación de un farmacéutico especializado en HDD requiere más personal destinado a realizar esa función, lo que limita su implementación en determinados Servicios de Farmacia. Además, es importante disponer de una consulta en HDD que permita realizar una correcta atención farmacéutica, así como de un pequeño almacén de medicamentos, para un proceso más eficiente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Este circuito permite reducir el tiempo de espera de los pacientes y riesgo de contagio y o proveer de una atención más humanizada. Es aplicable y extrapolable a otros servicios de farmacia que cuenten con la posibilidad de incluir un farmacéutico en HDD, así como la disponibilidad de una consulta farmacéutica.

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

637. EFECTO DE LA PANDEMIA COVID19 EN LA NOTIFICACIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS

AUTORES
MORALES PORTILLO A, TABERNER BONASTRE P, MIR CROS M, MARTÍNEZ CASTRO B, RIUS PERERA J, GILABERT SOTOCA M, CABRE OLLE FX, SCHOENENBERGER ARNÁIZ JA
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA. AV. ALCALDE ROVIRA ROURE, 80. LLEIDA

OBJETIVOS
En el hospital disponemos de un sistema de comunicación interno de problemas relacionados con la medicación (PRM) en el que cualquier profesional sanitario puede registrar las incidencias ocurridas a lo largo del proceso farmacoterapéutico.
El objetivo del estudio es describir el impacto que la pandemia por COVID19 en el año 2020 ha tenido sobre la notificación de PRM en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS
Análisis retrospectivo de los PRM durante el periodo 2016-2020 y del número de ingresados COVID19+ durante el año 2020.

Se registraron los PRM notificados mediante plataforma tecnológica que permite a los profesionales el análisis y gestión de los riesgos relacionados con la seguridad de los pacientes (TPSCloud®). Se extrajo el número de ingresados en el hospital con diagnóstico COVID19+ del programa de historia clínica informatizada (SAP®).
A partir de los datos relativos a PRM notificados del periodo 2016-2019 se calculó el número de PRM notificados previsto para 2020 mediante cuatro modelos: polinómico de orden dos, exponencial, lineal y logarítmico. Se comparó el dato real con el previsto según el modelo polinómico.
Se tomó el número medio de ingresados COVID19+ como medida de la presión asistencial debida a la pandemia.
Se compararon los PRM notificados y número medio de ingresados en el hospital con diagnóstico COVID19+ para cada quincena del año 2020. Se compararon máximos y mínimos de las variables anteriormente descritas y se estudió la correlación lineal entre ellas.
Todos los datos se analizaron mediante el programa IBM SPSS®.

RESULTADOS

El porcentaje de PRM notificadas sobre el total de errores notificados se mantuvo estable durante el periodo 2016-2019 en el rango del 31-35%. Sin embargo, durante el 2020 bajó a un 20%.
Los PRM notificados anualmente fueron 117 (2016), 124 (2017), 121 (2018) y 162 (2019). De los modelos propuestos, fue el modelo polinómico el que se ajustaba mejor a los datos existentes (R2=0.89). Dicho ajuste predijo 207 PRM notificadas para el año 2020. El número real de PRM notificadas fueron 76 (36,8% de lo esperado).
Los máximos en número medio de ingresados COVID19+ (118, 74 y 77) coincidieron con los mínimos datos de PRM notificadas (1, 0 y 0 respectivamente), mientras que los mínimos en número medio de ingresados COVID19+ (0, 10, 26 y 46) coincidieron con los máximos datos de PRM notificados (8, 4, 3 y 4 respectivamente).
El estudio de correlación lineal entre PRM notificados y número de ingresados COVID19+ generó un modelo lineal ($y = -9,4801x + 61,28$; $R^2 = 0,3652$).

CONCLUSIONES

En análisis descriptivo de máximos y mínimos sugiere una relación entre PRM notificados y número de ingresados COVID+.
El estudio de correlación no muestra una asociación fuerte entre las variables estudiadas, pero sí que describe una relación inversamente proporcional entre ellas (a mayor número de ingresados COVID19+, menos PRM notificadas).
En definitiva, aunque no se pueden descartar otras causas, existe una relación proporcional entre la presión asistencial debida a la pandemia COVID19 y la bajada en la notificación de PRM.

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

670. EVALUACIÓN DE LA LEGIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN DIRIGIDA AL EMPODERAMIENTO Y FORMACIÓN DE PACIENTES EN MEDICAMENTOS Y FARMACOTERAPIA

AUTORES
MONTE BOQUET E, CUÉLLAR MONREAL MJ, TARAZONA CASANY MV, GARCÍA ROBLES A, FERNÁNDEZ SÁNCHEZ M, YEVES MÁRQUEZ V, COSTA NAVARRO AT, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE. AV. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

La formación e información a pacientes constituye una de las principales aplicaciones de la telefarmacia en atención farmacéutica a pacientes externos. Su objetivo es impulsar el uso de TIC (webs, redes sociales y otros recursos Web 2.0) para la transmisión de información rigurosa, veraz y actualizada a pacientes y población general. Para garantizar buenos resultados, la legibilidad de los contenidos constituye un indicador clave de calidad.
El objetivo del presente trabajo es evaluar la legibilidad gramatical del contenido de un programa de formación a pacientes en farmacoterapia y uso de medicamentos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se evaluó la legibilidad gramatical del contenido elaborado en un programa formativo dirigido a empoderar a pacientes en farmacoterapia y uso de medicamentos que consta de 81 temas agrupados en 7 módulos. Para ello se seleccionó una muestra de 35 temas (los 5 primeros de cada módulo) y para cada uno se determinó el número de caracteres, letras, sílabas, palabras, frases, párrafos, letras por palabra, sílabas por palabra y palabras por frase. En base a esto, se calculó el tiempo estimado de lectura, los años de escolaridad necesarios para entender el contenido (fórmula de Crawford), el índice Flesch-Szigriszt (IFZS) y su clasificación según la escala INFLESZ. En el análisis no se tuvieron en cuenta textos que no aportaran información (fecha, autor…), hiperenlaces ni vídeos. Para las variables cuantitativas se calculó la media y desviación estándar. Para las cualitativas se estimaron los porcentajes.

RESULTADOS

Los valores medios obtenidos en los temas evaluados fueron 6.376,06 caracteres (DE: 1.036,7), 5.253,3 letras (DE: 846,25), 2.216,6 sílabas (DE: 359,3), 982,8 palabras (DE: 169,7), 67,2 frases (DE: 14,4), 33,6 párrafos (DE: 10,3), 5,4 letras por palabra (DE: 0,2), 2,3 sílabas por palabra (DE: 0,1) y 14,9 palabras por frase (DE: 2,8). El promedio de años de escolaridad necesarios para entender el contenido fue de 6,2 (DE: 0,4) y el tiempo medio estimado de lectura de 4,9 minutos (DE: 0,9). El promedio de IFZS fue de 51,1 (DE: 5,1), lo que corresponde al valor “Algo difícil” de la escala INFLESZ (nivel bachillerato, divulgación científica o prensa especializada). El 71,4% (n: 25) de los temas analizados tenía nivel “Algo difícil” y el 28,6% (n: 10) eran de nivel “Normal” (nivel ESO, prensa general o prensa deportiva).

CONCLUSIONES

Los contenidos se consideran adecuados en cuanto a tiempo de lectura y legibilidad, ya que ningún tema resultó ser muy difícil. No obstante, conviene revisar algunos temas para reducir el porcentaje de los considerados algo difíciles. El análisis de legibilidad es una herramienta fundamental para garantizar que los pacientes puedan comprender la información dirigida a ellos.

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

672. INTERVENCIONES DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN UN HOSPITAL DE CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA EN 2020

AUTORES

NAVARRO CATALÁ A, GOMIS MASCARELL MT, MANRIQUE BLAZQUEZ R, VICENTE MAS J, CARRIÓ LLUESMA S, MOLL CERVERA F, SERRAT PÉREZ C

HOSPITAL LA PEDRERA DENIA. PLANA D'EST, 4, DENIA (ALICANTE). ALICANTE

OBJETIVOS

Evaluar el grado de aceptación de las intervenciones emitidas por el Grupo PROA en un hospital de atención a pacientes crónicos y larga estancia (HACLE) en el año 2020.

El HACLE tiene una media diaria de 90 pacientes ingresados, de los cuales, entre un 25-30% está en tratamiento con algún antimicrobiano. Con los objetivos de optimizar su uso y mejorar en seguridad, hace 6 años se instauró un programa PROA en el hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

El grupo PROA está formado por un equipo multidisciplinar: médico internista, farmacéutico, microbiólogo, médico preventivista y enfermera de la unidad de UPP (úlceras por presión). La metodología de trabajo establecida es: reunión semanal para realizar una revisión de todas las prescripciones con tratamiento antimicrobiano ese día. La revisión consiste en ver: antimicrobiano prescrito (dosis, vía de administración y pauta posológica), indicación del tratamiento, resultados de microbiología (muestra, microorganismo y antibiograma) y duración del tratamiento. Las intervenciones que acuerda emitir el grupo se comunican de forma verbal ese mismo día al médico responsable del paciente por parte del médico internista del grupo. El farmacéutico registra la intervención y la implantación de la misma. En 2020 se recogieron los datos para realizar un estudio retrospectivo del tipo de intervención y seguimiento de las recomendaciones.

RESULTADOS

En 2020 se realizaron 35 reuniones (2 de ellas a distancia), revisándose un total de 750 líneas de prescripción. Se realizaron 43 intervenciones en las que se sugirieron cambios en el tratamiento antimicrobiano de 36 pacientes distintos (23 hombres y 13 mujeres con una edad media de 72 años (rango de 49 a 91 años). Por programa asistencial, las recomendaciones se distribuyeron de la siguiente forma: 22 en ULE (Unidad de Larga Estancia), 8 en la Unidad de Daño Cerebral (UDC), 7 en CONVA (Convalecencia) y 6 en UCPA (Unidad de Cuidados Paliativos). Las recomendaciones emitidas en orden descendente fueron: revisión de la duración del tratamiento (17), cambio de tratamiento antimicrobiano (8), desescalado (6), retirada de tratamiento (6), adición de antimicrobiano (3), nueva toma de muestra para diagnóstico microbiológico/o prueba (1), cambio de pauta posológica (1) y cambio de vía (1). De las 43 intervenciones realizadas, 37 (86%) fueron implantadas y 6 (14%) no se implantaron. La intervención de mayor impacto fue la revisión de la duración del tratamiento, de las 17 intervenciones se aceptaron 15, el 88,2%. Esta intervención dio lugar a indicar fecha de fin del tratamiento antimicrobiano. Las recomendaciones: adición de antimicrobiano, retirada, desescalado, cambio de vía y cambio de pauta posológica tuvieron un 100% de aceptación. La recomendación de cambiar el tratamiento se aceptó en el 75% de los casos y la recomendación toma de nueva muestra para diagnóstico microbiológico no fue aceptada.

CONCLUSIONES

La instauración de equipos PROA en los hospitales ha demostrado en numerosas publicaciones que mejora la calidad de uso de los antimicrobianos. El elevado grado de aceptación de las recomendaciones (86%) en nuestro hospital sitúa al grupo PROA como eje fundamental en el uso de antimicrobianos.

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

710. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN TRANSVERSAL DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

AUTORES

GARCÍA MUÑOZ E, CID ALMENDROS S, PÉREZ RELUCIO D, ALVAREZ EXPÓSITO L, MARONG KINTECH F, MARÍN DORADO C, SABATE FRIAS N, MARTÍNEZ BERNABÉ E

HOSPITAL COMARCAL DE BLANES. ACCES CALA SANT FRANCESC 5. GIRONA

OBJETIVOS

Implantar un sistema de identificación de los medicamentos de alto riesgo (MAR) para facilitar su reconocimiento por los profesionales sanitarios y mejorar la seguridad del paciente según requerimientos del protocolo de seguridad MAR.

MATERIALES Y MÉTODOS

Proyecto realizado en dos hospitales comarcales que forman parte de una corporación sanitaria.

En respuesta a un objetivo de Seguridad del paciente de la Comunidad Autónoma (CA), la Comisión de Uso Seguro del Medicamento (CUSM) y la Comisión de Seguridad del paciente elaboraron un protocolo de Seguridad de MAR (medicamentos con elevado riesgo de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en su utilización).

El protocolo contiene el listado de los medicamentos MAR incluidos en la guía farmacoterapéutica (GFT) y detalla el procedimiento en cuanto a la selección, almacenamiento, prescripción, validación, dispensación, preparación y administración de los MAR, así como la clasificación según categoría definida por el Instituto Seguro del Medicamento (ISMP).
Para los medicamentos en GFT de la categoría 1 (MAR1), en los que se considera imprescindible establecer estrategias de gestión de riesgos, se efectuaron las siguientes acciones:
- Identificación de los principios activos con un icono MAR específico (triangulo rojo) que aparece adjunto al fármaco en la orden médica electrónica (OME) y hoja de administración de enfermería informatizada (FAM).
- Elaboración de fichas de seguridad por los farmacéuticos del Servicio de Farmacia (SF), accesibles como consulta a través del icono de la OME y FAM.
- Identificación por parte del técnico de Farmacia de los MAR1, con el triángulo rojo adhesivo, en todos los botiquines externos (unidades hospitalización, área quirúrgica, consultas externas, endoscopias y urgencias), y en el SF.
- Difusión vía correo electrónico al personal sanitario del concepto MAR y de la nueva herramienta para facilitar su reconocimiento.
- Difusión en el curso anual de utilización segura del medicamento.

RESULTADOS

Se elaboraron y revisaron 92 fichas de seguridad de principios activos MAR1, que corresponden al 100% de los medicamentos MAR1 incluidos en GFT.
Se identificaron con el icono MAR el 100% los medicamentos MAR1 en la OME y FAM de enfermería.
Se etiquetaron los medicamentos MAR1 en un total de 20 botiquines externos al SF y en los stocks del SF de ambos hospitales.

CONCLUSIONES

La elaboración del protocolo de MAR y la identificación de los medicamentos MAR1 en la OME, FAM y botiquines, ha permitido la adecuación de la utilización de los MAR a los estándares requeridos en el protocolo de seguridad de la CA.
Es fundamental la implicación del técnico del SF en la identificación activa de los MAR, contribuyendo a su reconocimiento así como al conocimiento de las recomendaciones en toda la cadena farmacoterapéutica para aumentar la seguridad del paciente con los MAR
Se plantea la posibilidad de realizar una encuesta normalizada para evaluar el conocimiento del proyecto MAR a personal sanitario externo al SF.

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

713. MAPPING THE PATIENT S JOURNEY FOR THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ALPHA-1-ANTITRYPSIN DEFICIENCY IN SPAIN

AUTORES

MONTORO RONSANO JB, CABEZA BARRERA J, CAMPINS L, QUINTERO P, QUIÑONES C, ROCH M, ZAMORA D, MARTÍNEZ SESMERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA VALL D´HEBRÓN. PASSEIG VALL D'HEBRON 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Alpha-1 antitrypsin deficiency (AATD) is an inherited disorder caused by mutation of the SERPINA gene, resulting in insufficient levels of functional A1-PI in the blood and tissues.
The aim of this study was to examine the patient journey in relation to the treatment of AATD from expert clinical involved in the management of patients with AATD in Spain as well as the burden of care on the healthcare system.

MATERIALES Y MÉTODOS

The study was carried out in three main phases. In the first phase, three face-to-face workshops were conducted with the multidisciplinary experts' panel to develop the patient journey model and, subsequently, the time dedicated by the clinical experts to each of the actions in the patient journey was estimated. In the second phase, a consensus meeting was carried out to validate and agree on the patient journey model developed to see if the members of the expert panel agreed with it and to ensure that it was representative of the Spanish clinical practice. Finally, in the third phase, the burden of care on the healthcare system and the cost associated with the entire process were quantified.
21 clinical experts participated in the design of patient journey model. These experts were from multiple specialties, including: pneumology (n=8), nurse (n=5) and pharmacy (n=8).

RESULTADOS

Three main phases were identified in the patient journey: 1) before treatment; 2) during treatment; and 3) after treatment. The starting point is determined at the time the patient arrives at the day hospital and the end point is determined once the patient leaves the day hospital immediately after receiving treatment.
The pre-treatment phase involved an average time per patient of 15.7 minutes (range, 11.0-20.0) for nursing, 11.7 minutes (5.0-20.0) for pharmacy and 7.1 minutes (2.0-10.0) for pneumology. During treatment, a total of 158.1 minutes (147.0-172.5), 48.3 minutes (45.0-52.5) and 11.7 minutes (10.0-15.0) per patient was estimated for nursing, pharmacy, and pneumology, respectively. In the post-treatment phase, an average time per patient was estimated at 10.7 minutes (7.0-15.0) for nursing, 0 inutes (0.0-0.0) for pharmacy and 2.5 minutes (0.0-7.5) for pneumology. Globally, the average time spent per patient is 265.8 minutes (227.0-312.5) (4.43 hours [3.78-5.21]). Most of time is spent directly in drug preparation and administration, 221 minutes (82%).

CONCLUSIONES

Use of the patient journey can help clinicians to understand the unique experiences their patients go through help them to develop patient-centred treatment. In this case, the patient journey in relation to the treatment of AATD is widely conditioned by the long time required to prepare and administrate the drug. Shortening significantly this time should be a priority to clinical experts to improve the burden of care on the healthcare system.

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

719. PARTICIPACION DEL TECNICO DE FARMACIA DE LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS EN EL PROGRAMA DE DISPENSACION DOMICILARIA DE MEDICAMENTOS

AUTORES

PEREZ MORET C, QUINTANA VERGARA B

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. CARRETERA DE CORBERA KM1. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar la actividad del técnico de farmacia (TF) de la Unidad de Atención Farmacéutica de Pacientes Externos (UFPE) antes y después de la implantación de un programa de dispensación domiciliaria de medicamentos (PDDM) de dispensación hospitalaria en un departamento de salud con población ampliamente diseminada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 6 meses sobre la actividad realizada por el TF antes (enero-marzo 2020) y después (abril-junio 2020) de la implantación de un PDDM en una UFPE de un Departamento de Salud con 270.000 habitantes diseminados en 39 municipios.

Con objetivo de reducir la presencia de los pacientes en el hospital por el estado de alarma/COVID-19 se nos ofreció la posibilidad de un servicio de transporte de paquetería con entrega directa en domicilio del paciente en 24 horas que se implementó en el mes de abril.

Las actividades del TF son:

En la dispensación presencial: Identificación del paciente mediante tarjeta sanitaria. Consultar el perfil farmacoterapéutico (historia clínica electrónica). Entrega y registro del tratamiento en el módulo de dispensación, impresión de la Hoja de Dispensación con fecha de próxima cita y obtención de la firma del paciente como justificante.

En el PDDM, además de las anteriores: Contacto telefónico del paciente seleccionado por el farmacéutico. Preparación y embalaje según condiciones de conservación. Entrega a la agencia de transporte garantizando la protección de la privacidad del paciente. Verificación de la entrega y valoración del grado de satisfacción del paciente telefónicamente.

RESULTADOS

El tiempo empleado por el TF es de 3.45 en la dispensación presencial y 7.62minutos/paciente en el PDDM.

Para disminuir la frecuentación de los pacientes se aumentó el periodo de cobertura terapéutica de 1mes a 2-3meses de tratamiento/dispensación. Con ello, la carga de trabajo del TF se redujo, disminuyendo las dispensaciones mensuales sucesivas de 2.117±116 a 1.335±182 ($P < 0.001$), con un ahorro de tiempo de 44,9 horas/mes, que permitieron el PDDM.

Así mismo se observó una disminución de primeras visitas de 63±15 a 45±22pacientes/mes.

Se realizaron 566 envíos a 38 municipios diferentes de dispensaciones sucesivas, con una media de 189±12dispensaciones/mes, lo que supone el 14% de las dispensaciones.

El coste económico del servicio domiciliario prestado durante los tres meses es de 2.737,24 €. Con respecto al tipo de transporte, 256 envíos fueron en transportes con cadena de frio (45,2%) y el resto a temperatura ambiente.

Todos los envíos fueron recepcionados por el paciente en menos de 24h y en ningún caso fue alterada la cadena de frio.

La satisfacción del servicio prestado confirmada telefónicamente fue muy buena (95%) fue el día posterior al envío

CONCLUSIONES

Los cambios introducidos en la planificación de las dispensaciones sucesivas y la adecuada gestión del tiempo del TF de la UFPE permite la implantación de nuevos métodos de dispensación hospitalaria, facilitando a los pacientes el acceso a su medicación de forma segura y manteniendo en todos los casos un correcto seguimiento farmacéutico.

El (PDDM) a través de una agencia de transporte, se ha mostrado como una herramienta eficaz y segura, para evitar los desplazamientos al hospital.

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

722. ELABORACIÓN DE MAPA DE BASES DE DATOS DESDE EL CENTRO DE INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

DEL RÍO GUTIÉRREZ JM, SÁNCHEZ SANCHO P, GRACIA MOYÁ A, PAU PARRA A, ARÉVALO BERNABÉ AG, LALUEZA BROTO P, ALERANY PARDO C, JUÁREZ GIMÉNEZ JC

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº. VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

La sobrecarga informativa por las tecnologías de la información genera un exceso de recursos que pueden enlentecer la toma de decisiones o disminuir su calidad.

Actualmente, los Centros de Información del Medicamento (CIM) reciben consultas complejas, planteando dudas de cómo y dónde realizar la búsqueda, además de la necesidad de garantizar una respuesta contrastada y de calidad.

El objetivo consistió en elaborar un mapa de recursos bibliográficos y de evidencia a partir de una Lista-Guía (LG) generada tras la implantación de las normas ISO 9001-2015 y utilizada para evaluar las consultas respondidas.

MEJORAS ESPERADAS
Garantizar un sistema eficiente y de calidad en la resolución de consultas farmacológicas.
Facilitar la búsqueda de información mediante un mapa de bases de datos elaborado a partir de la práctica real.

DISEÑO
En agosto de 2017 se implantó la LG según las normas ISO 9001-2015. Se recopilaron las distintas fuentes bibliográficas utilizadas según tipología de consulta respondida y se elaboró el mapa de bases de datos.

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Diseño de la LG por el comité de calidad, incluyendo:
a. Método de búsqueda bibliográfica.
b. Selección de fuente utilizada: Ficha técnica, PubMed, Micromedex, GoogleAcademics y UpToDate.
c. Necesidad de búsqueda en otras fuentes bibliográficas, especificando cuales en caso afirmativo.
d. Localización de la respuesta a la consulta en al menos dos fuentes bibliográficas diferentes.
e. Revisión por pares de la respuesta a la consulta.
2. Recopilación de las distintas fuentes bibliográficas consultadas.
3. Elaboración de un mapa de bases de datos con las distintas fuentes bibliográficas.
4. Difusión al resto de profesionales del servicio de farmacia como boletín informativo electrónico

IMPLANTACIÓN
Se genera una mejora en la eficiencia y en el tiempo de respuesta en la resolución de consultas. También ayuda a profesionales no expertos a la resolución de consultas farmacológicas.

RESULTADOS
Desde la implantación de la LG (agosto de 2017) hasta abril de 2021 se han resuelto 166 consultas escritas y documentadas. La distribución según el tipo de consulta ha sido: Indicaciones terapéuticas (23%), interacciones farmacológicas (23%), efectos adversos (18%), estabilidad (8%), dosificación (12%), administración (5%) y otros (12%).
De las bases de datos incluidas por defecto en la LG se emplearon: Ficha técnica del medicamento (89% de las consultas), PubMed (76%), UpToDate (74%), MicroMedex (46%) y GoogleAcademics (26%).
Se localizaron 27 fuentes de información adicionales, clasificadas en 6 categorías: Otras bases de datos de medicamentos, fitoterapia y medicina alternativa; interacciones farmacológicas; compatibilidad y estabilidad; administración de medicamentos; utilización de fármacos en situaciones especiales; y efectos adversos y farmacovigilancia. Cada categoría se dividió en subcategorías si se consideraba necesario.
Con la información recopilada se elaboró un mapa con un recurso 2.0 (Mindomo) y se realizó su difusión mediante un boletín informativo electrónico.

LIMITACIONES
Dada la heterogeneidad esperada en las consultas realizadas, se prevé que no todas puedan resolverse utilizando exclusivamente el mapa de bases de datos planteado. Es necesario un circuito de mejora continuo para introducir o eliminar nuevas recursos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Aplicable a cualquier Servicio de Farmacia cuente o no con un CIM.

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

759. SEGURIDAD DE LA MEDICACIÓN EN EL ENTORNO PERIOPERATORIO: ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS

AUTORES
TORROBA SANZ B, RIBED SÁNCHEZ A, DE LORENZO PINTO A, GIMENEZ MANZORRO Á, GARCÍA GONZALEZ X, IBAÑEZ GARCÍA S, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DEL DR. ESQUERDO, 46,. MADRID

OBJETIVOS
La Organización Mundial de la Salud estableció como uno de sus retos mundiales la iniciativa denominada la cirugía segura salva vidas. En España, la mitad de los eventos adversos están relacionados con la atención quirúrgica siendo el error de medicación el incidente más frecuente por lo que el ministerio de sanidad ha venido promoviendo diversas prácticas seguras en cirugía. Como farmacéuticos debemos analizar, gestionar los errores de medicación y promocionar el uso seguro del medicamento. Por ello, se llevó a cabo un análisis exhaustivo del proceso de utilización del medicamento en todo el entorno perioperatorio y así elaborar acciones dirigidas a mejorar la calidad y seguridad en el paciente quirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se formó un grupo de trabajo multidisciplinar liderado y coordinado por farmacia e integrado por farmacéuticos, cirujanos, anestesistas y enfermeras. Se aplicó la metodología de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) al proceso de utilización de medicamentos en todo el entorno perioperatorio, subdividiéndolo en 6 etapas (prehospitalización, preoperatorio, intracirugia, postcirugia inmediata, tardía y alta). Se describieron los potenciales modos de fallo y sus posibles causas y efectos. Para cada fallo, cada categoría profesional calculó la probabilidad de ocurrencia, gravedad y la capacidad de detección (escalas validadas de 1-10). Aquellas discrepancias superiores a 2 puntos fueron consensuadas en grupo. Se determinó el número de prioridad de cada Riesgo (NPR): gravedadXocurrenciaXdetección. Tras el análisis, se discutieron y priorizaron posibles acciones de mejora y se elaboró un plan de mejora.

RESULTADOS
Se identificaron 25 potenciales modos de fallo, 7 de riesgo bajo(NPR < 100), 11 de riesgo medio(NPR=200-100) y 7 de alto riesgo(NPR > 200): errores en la reintroducción de la medicación habitual postcirugia tardía (269,3) e inmediata (264,7), errores en la medicación al alta (232,8), errores en la prescripción y administración de analgesia postcirugia inmediata (229,5) y tardía (229,5), inadecuación de la profilaxis antibiótica administrada (203) y error en el tratamiento tromboembólico al alta(200,8). La alergia no documentada o mal codificada se clasificó como el modo de fallo más grave y con menos capacidad de detección y el error en la reintroducción de la medicación el de mayor ocurrencia.
Se consensuaron 32 acciones de mejora en las que habría que priorizar las siguientes para su implantación
- Desarrollo de un módulo para el volcado del tratamiento crónico en el programa de prescripción electrónico del hospital y viceversa
- Conciliación y seguimiento de pacientes alto riesgo durante el ingreso y al alta: anticoagulados, antiagregados, con enfermedad sistémica incapacitante (ASA IV) y pacientes crónicos complejos.
- Desarrollo de un sistema de soporte a la decisión clínica con alertas para la valoración y prescripción de analgesia y tratamiento tromboembólico.
- Implantación de un protocolo de prescripción electrónica automático de la profilaxis antibiótica según el tipo de cirugía integrado con alertas para el recordatorio de la redosificación en cirugías prolongadas.

CONCLUSIONES
La metodología AMFE ha resultado útil para resaltar los puntos críticos del proceso de utilización del medicamento en todo el entorno perioperatorio y así, establecer una serie de objetivos y líneas de trabajo para mejorar la calidad y seguridad en todo el proceso.

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

822. PANDEMIA POR SARS-COV2 Y NÚMERO DE INCIDENTES EN URGENCIAS POR INTOXICACIONES Y EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS

AUTORES
RAICH GUAL C, GALOFRE MESTRE L, SANCHEZ DORREGO L, PONS LLOBET N, MONTOLIU ALCON P, ESTEBAN GONZALEZ CC, DE TEMPLE PLA M, GONZALEZ VALDIVIESO J
HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. CARRER VILADOMAT, 288. BARCELONA

OBJETIVOS
Analizar la causa de los incidentes atendidos en un servicio de urgencias por intoxicación por sustancias o eventos adversos a medicamentos (EAM).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional y retrospectivo en pacientes mayores a 16 años que acudieron al servicio de urgencias durante los años 2019 y 2020. Los incidentes se clasificaron en: intoxicación por sustancias (medicamentos, drogas de abuso, productos químicos e inhalación a humo) o EAM. Las intoxicaciones por sustancias se definieron como intencionadas o accidentales. Las EAM se clasificaron como evitables o no evitables. Se registraron los incidentes (intoxicaciones y EAM) que precisaron de ingreso hospitalario, así como de antídoto.
Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante distribución de frecuencias en los casos de variables cualitativas, y se calculó la media y el intervalo de confianza del 95% cuando se trataba de variables cuantitativas. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS® v20 y se asumió un nivel de significación para P < 0,05.

RESULTADOS
Durante los años 2019 y 2020 se registraron un total de 91.083 urgencias atendidas, de las cuales un 0,18% y 0,09% fueron por intoxicaciones y por EAM, respectivamente. La edad media de los pacientes fue 48,4 años (IC95%; 71,4-25,3), y un 42,3% eran mujeres.
El 12,4 % de los pacientes precisaron de hospitalización, y un 21,6% requirieron de la administración de un antídoto.
El 49,4% fueron incidentes por medicamentos (intoxicaciones o EAM) y el 50,6% intoxicaciones por otras sustancias (drogas de abuso, productos químicos e inhalación a humo).
Del total de las intoxicaciones por sustancias el 45,2% fueron por causa accidental, y el 54,8% intencionadas, de las cuales un 9,5% con intención autolítica (un 8% y un 11,3%, en el año 2019 y 2020, respectivamente; P < 0,05), siendo las benzodiacepinas el grupo mayoritario (39,1% del total).
En cuanto a las EAM serían evitables en un 7,6% de los casos, y no evitables el 92,4%. Las EAM incluyeron a 21 familias de medicamentos, siendo el acenocumarol (19%), digoxina (5%), y enalapril (3,8%) los medicamentos más implicados.
Comparando datos entre 2019 y 2020, el 63% y el 71,7% de los pacientes acudieron por intoxicación por sustancias (P < 0,05), de los cuales el 0,74% y 8,5% fueron por productos químicos e inhalación de humo en 2019 y 2020 respectivamente.
El 37% y 28,3% acudieron por EAM, en el año 2019 y 2020, respectivamente (P < 0,05).

CONCLUSIONES
Durante el año de pandemia por SARS-Cov2 (2020) han aumentado significativamente los casos de intoxicación por sustancias, destacando productos de limpieza del hogar. También se han registrado más intentos de autolisis. La mayoría de las EAM atendidas están descritas en ficha técnica. Es importante establecer guías de actuación para los tóxicos de uso frecuente, e implementar estrategias de actuación específicas para disminuir los incidentes evitables. Aunque el uso de antídotos es vital, la mayoría de casos se manejan con medidas generales.

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

843. DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES EN LAS CONSULTAS DE FARMACIA HOSPITALARIA: IMPACTO Y REFLEXIÓN

AUTORES
MARTINEZ MARTÍNEZ-LÓPEZ DE CASTRO N, SAMARTÍN UCHA M, LÓPEZ-GIL OTERO MDM, PARADELA CARREIRO A
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO. CLARA CAMPOAMOR 341. PONTEVEDRA

OBJETIVOS
En la Comunidad Autónoma de nuestro Hospital no se permite el visado de medicamentos de diagnóstico hospitalario (DH) sino no se cumplen las indicaciones de la ficha técnica del producto y por ello, estas medicaciones son desviadas para su trámite a la Farmacia Hospitalaria (FH), que realiza la evaluación y valoración de la indicación solicitada. Si la medicación es finalmente autorizada por la Dirección del Hospital, los pacientes pasan a ser atendidos en las consultas externas de FH. El objetivo de nuestro estudio es conocer el impacto que la dispensación de medicamentos tiene en las Consultas externas de FH desde el punto de vista asistencial y económico.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo de todas las dispensaciones de medicamentos DH dispensados como “fuera de ficha técnica” en las Consultas Externas de FH durante el año 2020 en un Hospital de Tercer nivel. Los datos se volcaron a una tabla Excel totalmente anonimizada. Para el cálculo de los costes se tuvo en cuenta el coste de cada medicamento a PVL+IVA-descuento según RD y el coste de PVP+ IVA para esa misma especialidad según datos del Nomenclator. El dato de coste de la hora del farmacéutico del hospital se obtuvo a través de los datos de la propia Comunidad Autónoma.

RESULTADOS
Se contabilizaron un total de 308 pacientes que supusieron 1.206 dispensaciones de medicamentos DH “fuera de ficha técnica” (2,42% del total de dispensaciones realizadas en las Consultas Externas de FH en el año 2020). De ellas, 543 (45,02%) fueron inmunosupresores, 305 (25,29%) anticoagulantes de acción directa, 87 (7,21%) terapias hormonales, 78 (6,46 %) medicamentos para el dolor, 66 (5,47%) medicamentos anti-Alzheimer y 48 (3,98%) medicamentos antiacné. El gasto para el hospital correspondiente a estos medicamentos (PVL+ IVA- descuento según RD) fue de 144.744 €. El coste de estos medicamentos a PVP+ IVA hubiera sido de 234.864 €. El coste para el Sistema Sanitario del farmacéutico hospitalario fue de unos 7.500 € (15 minutos/ paciente). El ahorro final estimado en el año 2020 fue de 82.619 €.
Si realizamos un análisis de sensibilidad estimando un 30% de ahorro según negociaciones hospitalarias, el ahorro podría haber sido hasta de 134.000 € anuales. No se tuvieron en cuenta otros gastos directos como la gestión de estos medicamentos, el trabajo de otros profesionales de la FH o los costes indirectos por los desplazamientos de los pacientes.

CONCLUSIONES
La dispensación de medicamentos DH, “fuera de ficha técnica” en las Consultas de FH resulta económicamente beneficioso para el Sistema Sanitario. Sin embargo, puede producir un aumento en la actividad en las consultas FH. La aplicación de medidas de priorización en función del paciente y tipo de medicamento podrían ser de utilidad para buscar un equilibrio entre los costes y el valor aportado desde la FH.

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

869. DESCRIPCIÓN DE LA INTERACCIÓN DE ANTIMICROBIANOS Y METADONA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES
GEMENO LÓPEZ E, PINTOR RECUENCO R, FERNÁNDEZ FRADEJAS J, MARTÍN SANZ P, ÁLVAREZ DÍAZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CARRETERA DE COLMENAR, KM 9,1. MADRID

OBJETIVOS
Describir las interacciones identificadas de metadona oral con antimicrobianos. Revisar si han supuesto modificaciones en el tratamiento de los pacientes en cuanto a dosis o pauta del opioide durante el ingreso hospitalario.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo observacional en el que se revisan todas las dispensaciones de solución oral de metadona (10mg/ml, 50 ml) a pacientes ingresados durante el año 2020. Se hizo una selección aleatoria del 50% de los pacientes y se comprobó el tratamiento concomitante con antimicrobianos (antivíricos, antifúngicos o antibióticos).
Se recogieron las variables: edad, sexo, número de frascos de solución de metadona dispensados, episodios de ingreso, dosis de metadona pautada, antivíricos, antifúngicos y antibióticos prescritos, presencia de potencial interacción medicamentosa y modificación de dosis de metadona.
Los datos se obtuvieron utilizando el aplicativo de prescripción electrónica y registro de dispensaciones (HospiWin 2000®) y la historia clínica electrónica (HCIS®).
Se consultaron las siguientes fuentes para detectar las interacciones: artículos científicos, ficha técnica de los medicamentos y bases de datos de interacciones (Lexicomp®, Micromedex®, iDoctus® y Liverpool®).

RESULTADOS
Se dispensaron 113 frascos de solución oral de metadona, a un total de 39 pacientes (69.2% hombres, edad mediana 55 años (85-35)). Estos pacientes generaron 54 ingresos, un 21% de ellos (8 pacientes) registró más de un ingreso (media 1,3 (1-5)). Se dispensaron un máximo de 13 frascos por paciente y un mínimo de 1 (media 2.9 frascos).
Un 43.6% de los pacientes tenían prescritos antimicrobianos con interacciones potenciales con metadona, (4 de 12 antivíricos, 5 de 27 antibióticos y 1 de 3 antifúngicos). En un 35.3% de ellos se modificó la dosis de metadona. El 50% de los que presentaron cambio de dosis, estaban tratados con algún antimicrobiano que interaccionaba, pero que no requería ajuste de dosis.

El 44.4% de los pacientes con antivíricos presentaron alguna interacción potencial con metadona. Todos los tratamientos con antivíricos excepto 2 (oseltamivir y entecavir) correspondían a tratamientos para VIH. Los fármacos implicados en las interacciones fueron: abacavir, atazanavir, cobicistat y darunavir. Los 7 pacientes tratados con abacavir no necesitaron ajuste de dosis, solo en el que recibió darunavir/cobicistat se ajustó la dosis.
Un 74.4% de los pacientes tuvieron tratamiento con algún antibiótico, con una media de 2.1 (0 – 8). De ellos, un 51.7% presentaba una potencial interacción con metadona. Solo a 6 se les ajustó la dosis. Los antibióticos implicados en las interacciones fueron: azitromicina, ciprofloxacino, eritromicina, levofloxacino y linezolid.
Tres pacientes estuvieron tratados con antifúngicos (7.7% de los pacientes) y únicamente en uno, tratado con fluconazol (contraindicado) no se suspendió, pero requirió reducción de dosis de metadona.

CONCLUSIONES

En la bibliografía aparecen descritas un elevado número de interacciones, especialmente en el grupo de los antibióticos. En la práctica clínica, no todas requieren ajuste de dosis y, en la mayoría de nuestros pacientes estudiados, no ha sido necesaria una modificación.
La mayoría de los pacientes con modificación de dosis se ajustaron a las recomendaciones recogidas en la bibliografía.

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

890. CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON GALCANEZUMAB EN MIGRAÑA

AUTORES

BARREIRO BARREIRO FERNANDEZ EM, RIOS SANCHEZ E, SALMERON NAVAS FJ, MORENO RAMOS C, DOMINGUEZ SANTANA CM

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CTRA. NACIONAL IV, KM 665. CÁDIZ

OBJETIVOS

Determinar la mejora de la calidad de vida de pacientes con migraña en tratamiento con galcanezumab, así como efectividad y seguridad del fármaco en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes con migraña crónica y episódica en tratamiento con Galcanezumab según los criterios del informe de posicionamiento terapéutico (IPT), desde febrero de 2020 hasta abril 2021. Estos pacientes fueron valorados para inicio y seguimiento del fármaco en comités multidisciplinares. Los pacientes debían llevar al menos 12 semanas con el tratamiento y haber realizado los cuestionarios de calidad de vida. A partir del programa informático de prescripción de pacientes externos Farmatools® y de la Historia Única Digital Andaluza (Diraya®), se registraron variables demográficas y clínicas: sexo, tipo de migraña, duración del tratamiento, número de días de migraña al mes al inicio y al final del estudio, adherencia y efectos adversos.
Para evaluar la calidad de vida se realizó un cuestionario validado de calidad de vida específico de migraña (Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire version2.1), compuesto por 14 ítems donde se valora el impacto sobre las actividades habituales del paciente. Su puntuación va de 0 a 100, con puntuaciones más altas indicando mejor calidad de vida. Este cuestionario se llevó a cabo en la semana 0, 4 y 12, y se determinó la media de las diferencias respecto a semana 0.
Se evaluó la efectividad en función de la diferencia del número de episodios al mes y la suspensión del tratamiento; y la seguridad según los efectos adversos.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se incluyeron 22 pacientes,95% mujeres. Todos habían recibido tratamiento profiláctico anterior, y cumplían los criterios del IPT. 6 pacientes(27%) presentaban migraña episódica y 16 migraña crónica. La duración media del tratamiento fue de 9 meses(3-14).
La media de la puntuación del cuestionario en la semana 0 fue de 28(11,4;58,6), semana 4 de 29,8(15,7:89,8) y semana 12 de 37,6(8,6:89,9). La diferencia media entre semana 0 y 4 fue de 1,8(-15,7-; +89,8), y entre semana 0 y 12 fue 9,06(-14,3- +63,9), obteniéndose diferencias negativas respecto al inicio en 5 pacientes(22,7%), con empeoramiento de la calidad de vida.
Respecto de la efectividad, los pacientes presentaban una media de 10 episodios/mes al inicio (8-17) y una media de 9 al final (1-17). Cuatro pacientes redujeron un 50% el número de episodios. 4 pacientes(18%) suspendieron el tratamiento tras 12 semanas, 3 de ellos por falta de efectividad y 1 por fecundación in-vitro. Un paciente presentó falta de adherencia. Todos continuaron con su tratamiento profiláctico basal.
Ningún paciente presento efectos adversos.

CONCLUSIONES

1)Tras 4 y 12 semanas de tratamiento con Galcanezumab, no se consiguió una gran mejora en la calidad de vida de estos pacientes. 1 de cada 4 pacientes incluso empeoran su calidad de vida. Por ello, los cuestionarios de calidad de vida deberían ser una herramienta más para valorar la efectividad del tratamiento. 2)Galcanezumab ha presentado escasa efectividad ya que ha reducido de media 1 episodio de migraña al mes y todos han necesitado continuar el tratamiento profiláctico de base.3)El tratamiento fue bien tolerado.

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

893. RELEVANCIA DE LA INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOHEMATOLOGÍA

AUTORES
PARERA PASCUAL MM, GONZALEZ MORCILLO G, BELLO CRESPO M, NIGORRA CARO M, MANDILEGO GARCÍA A, PEREZ DE AMEZAGA TOMAS L, BRADY GARCÍA A
HOSPITAL SON LLÀTZER. CTRA. DE MANACOR, S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS
El farmacéutico clínico contribuye al uso eficiente y seguro del medicamento, optimizando la terapia y reduciendo los problemas relacionados con medicamentos(PRM). Proporciona una gestión integral a pacientes y profesionales sanitarios. El objetivo principal del estudio fue evaluar la relevancia de las intervenciones farmacéuticas(IF) en tres dimensiones independientes (clínica, económica y organizativa) en la atención al paciente hospitalizado en los servicios de Oncología-Hematología.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizó un estudio observacional, prospectivo e intervencionista de 6 meses de duración (octubre-2020 a marzo-2021) en los servicios de Oncología-Hematología de un hospital de 400 camas, para registrar la severidad de los PRM y la relevancia clínica, económica y organizativa de las intervenciones realizadas por los farmacéuticos clínicos.
Los datos fueron recogidos en una base de datos Microsoft-Excel® mediante la revisión sistemática de pacientes ingresados a través del programa de historia clínica electrónica (HPHCISv.3.8). Las variables registradas fueron: demográficas, servicio responsable del ingreso, PRM detectado, severidad y fármaco relacionado, IF recomendada y aceptación e implementación de la misma. Para evaluar la gravedad de los errores detectados se utilizó la escala de valoración modificada de Overhage & Lukes. A través de la herramienta multidimensional CLEO, se determinó el impacto clínico, económico y organizativo de las IF. Este análisis se realizó por los farmacéuticos responsables del área onco-hematológica.
La relación entre la relevancia clínica, económica y organizativa de la IF y la gravedad del PRM se evaluó mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS
Durante el período de estudio, se revisó la historia clínica y tratamiento farmacológico de 300 pacientes. La media de edad fue de 63,5 años, 55,6% hombres y el 62,6% ingresados a cargo de Oncología.
La IF tuvo lugar en 90 de los 300 pacientes revisados (30%), registrándose un total de 205. El 19% se consideró como intervención clínicamente relevante. El ajuste de dosis (30,7%) y completar la orden médica(27,8%) fueron las IF más prevalentes. De las intervenciones, un 97,6% fueron aceptadas por el equipo médico. Un 27,3% de las IF redujeron el coste del tratamiento y un 85,5% se consideraron favorables en la organización y atención del paciente.
Respecto a la severidad del PRM detectado, el 55,6% se consideró serio o potencialmente letal. La dosificación supraterapéutica (36%) y la indicación no tratada(14,6%) fueron los más notificados. El grupo farmacológico que más se asoció a PRM fue el del sistema nervioso(21%).
Atendiendo a la severidad del error detectado y la relevancia clínica, económica y organizativa de la IF, estas variables se correlacionaron con un nivel de confiabilidad media y moderada (Spearman's ρ=0,453; ρ=0,493 y ρ=0,523, respectivamente).

CONCLUSIONES
En este estudio, el servicio de farmacia identificó e intervino en un elevado número de errores de medicación y cuya gravedad se relaciona, en la esfera clínica, económica y organizativa, con la relevancia clínica de la intervención. La adaptación de las aportaciones proporcionadas por farmacéuticos clínicos por los servicios de Oncología-Hematología permitirá obtener mejores resultados en la gestión integral del paciente al mismo tiempo que entrega al farmacéutico la oportunidad de participar con el equipo multidisciplinar.

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

903. CLASIFICACIÓN DE FÁRMACOS NO CITOTÓXICOS SEGÚN RIESGO DE TOXICIDAD EN UNA EXTRAVASACIÓN

AUTORES
GIMENEZ PODEROS T, FERNÁNDEZ CABERO JJ, VALERO DOMINGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA. VALDECILLA, S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS
Caracterización de las propiedades fisicoquímicas de fármacos no citotóxicos de administración intravenosa, y clasificación según mecanismo de toxicidad tisular en caso de extravasación.

MATERIALES Y MÉTODOS
A partir del listado de fármacos incluidos en formulario del hospital de administración en infusión intravenosa intermitente o continua, se elaboró una base de datos (BD) para recoger la información obtenida de las fichas técnicas (FT) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y de Food Drug Administration (RxList), de revisión bibliográfica en Pubmed y Pubchem.
Para cada fármacos se registró en la BD: código nacional, fármaco/sal, dosis, volumen del medicamento o del diluyente si era polvo, excipientes, pH, vasoconstrictor, vesicante, efectos adversos (EAS) reportados en FT (frecuencia de dolor o flebitis en la administración y/o necrosis en extravasación: SI (muy frecuentes, frecuentes, poco frecuentes, raras, muy raras, sin informar frecuencia)/No (sin información)).

En la BD, se simuló la elaboración de las mezclas intravenosas (MIV) previamente definidas y se calculó su osmolaridad teórica con la siguiente formula:
Osmolaridad=Σ de cada soluto(M x n)
M(mol)=concentración Molar de soluto en la dilución= (Concentración(g/L)/Pm(g/mol))x1000(mOsm/L)
Pm= Peso molecular
n= número de partículas formadas por la disociación de una molécula de cada soluto.
Siendo necesario registro adicional en la BD del Pm del fármaco/sal e información del diluyente (tipo (Salino 0,9% o glucosa 5%), Pm, volumen).
Se clasificó cada fármaco según riesgo de daño tisular según los siguientes criterios:
• Alto riesgo, si osmolaridad de MIV > 500 mOsm/L o pH < 5 o > 9 o fármaco produce vasoconstricción o clasificado como vesicante o EAS muy frecuente, frecuente, poco frecuente.
• Riesgo moderado, si el rango de pH incluía valores de pH < 5 o > 9 o EAS con frecuencia rara, muy rara, o frecuencia no informada.
• Bajo riesgo, si osmolaridad de la MIV es < 500 mOsm/L, y pH del medicamento no está entre 5 y 9, y no produce vasoconstricción, y no clasificado como vesicante y sin EAS.

RESULTADOS

Se elaboró un listado con 138 fármacos, revisándose un total de 145 FT. Los fármacos se clasificaron como de alto riesgo (93),de riego moderado (23) y bajo riesgo (22). Los clasificados de alto riesgo por tener alguno de los criterios: 28 eran vesicantes, 10 producen vasoconstricción, 43 con valor extremo de pH (pH > 9 (9), pH < 5 (34), rango de pH incluye ph < 5 o ph > 9 (30), pH 5-9 (49)), 53 por frecuencia de EAS en FT (muy frecuentes (3), frecuentes (32), poco frecuentes (18), raras (8), muy raras(1), sin informar frecuencia (24), sin información (59)) y 24 MIV con valor de osmolaridad teórica > 500mOsmol/L (280 MIV (55 con Glucosa 5% como diluyente, 198 con Salino 0,9% y 27 listas para su uso).

CONCLUSIONES

El listado de los medicamentos clasificados según riesgo y mecanismo de toxicidad tisular en caso de extravasación permite que el hospital elabore protocolos específicos para una administración segura de los medicamentos, como sería el orientar en la selección del acceso vascular más adecuado o implantar medidas de prevención de las complicaciones asociadas al tratamiento de la terapia intravenosa como por ejemplo en caso de extravasación.

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

948. CALIDAD MICROBIOLÓGICA DE PREPARACIONES INTRAVENOSAS DE METOTREXATO Y GANCICLOVIR

AUTORES

MARTÍNEZ PUJOL G, REY VECINO P, VEGA HANNA L, CASANOVAS NAVARRO M, RODRÍGUEZ JÍMENEZ M, MARTÍ ORENCH N, JUANES BORREGO E, PELEGRIN CRUZ R
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CARRER DE SANT QUINTÍ, 89, 08041. BARCELONA

OBJETIVOS

Asegurar la ausencia de crecimiento microbiológico en preparaciones intravenosas de metotrexato y ganciclovir durante un periodo de 60 días .

MATERIALES Y MÉTODOS

Metotrexato y ganciclovir son dos fármacos empleados habitualmente en nuestro hospital con requerimiento urgente. Para permitir el uso de estos tratamientos sin producir demoras en el inicio se dispone de preparaciones estandarizadas de estos dos fármacos.
Las preparaciones de ganciclovir y metotrexato tienen amplia estabilidad fisicoquímica, sin embargo, según matriz de riesgo de la Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicio de farmacia hospitalaria, al categorizarse como de riesgo medio, el periodo de validez recomendado es de 9 días en nevera o 30 horas a temperatura ambiente. Tras realizar una búsqueda bibliográfica se observó que se podía ampliar dicho periodo hasta 84 días refrigerado en el caso de de metotrexato y 185 días tanto a temperatura ambiente como refrigerado en el de ganciclovir.
Las preparaciones de ganciclovir se realizaron a cuatro dosis distintas : 100mg, 200mg, 300mg y 400 mg acondicionadas en suero fisiológico 0.9% de 100 ml y envase de polietileno de baja densidad. Las de metotrexato fueron tres; 80mg, 100mg y 120 mg, acondicionadas en jeringas de polipropileno. Todas fueron elaboradas mediante técnica aséptica en cabinas de flujo laminar vertical de clase IIb ubicada en una en sala blanca clase C o ISO 7 a presión negativa. En todo el proceso se utilizaron los equipos de protección individual adecuados.
Una vez finalizada la elaboración se extrajo una muestra homogénea de 1 ml de cada una de las preparaciones y se inoculó en un frasco de hemocultivo BACT/ALERT PF Plus (Biomérieux) con medio complejo suplementado que contiene perlas poliméricas adsorbentes. Se etiquetó y se envió al servicio de microbiología para su posterior incubación a 37 ºC durante 48 horas.
El muestreo se realizó idénticamente a los 42 y 60 días. Durante todo el periodo de estudio se conservaron las preparaciones iniciales de ganciclovir a temperatura ambiente y metotrexato en nevera.

RESULTADOS

Los resultados de las muestras enviadas al laboratorio de microbiología cumplieron la ausencia de crecimiento microbiológico en todos los casos.

CONCLUSIONES

Las preparaciones de metotrexato y ganciclovir realizadas muestran estabilidad microbiológica a los 60 días tras su elaboración. Analizando el resto de características del proceso de elaboración se podría valorar un incremento del periodo de validez final.

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

975. ENCUESTA A PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA EN ADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA

AUTORES
PLASENCIA GARCIA I, MERINO ALONSO J, MONTERO DELGADO A, PEREZ PEREZ D, GONZÁLEZ CHÁVEZ J, JIMÉNEZ ORMAZÁBAL I, JOI CARMONA P, MARTIN LÓPEZ A
HOSPITAL NTRA. SRA. CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
Elaborar una encuesta dirigida a los pacientes con asma grave (AG) en tratamiento domiciliario con omalizumab, mepolizumab y benralizumab en seguimiento por el farmacéutico.
Resultados tras obtener las primeras 23 respuestas.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se ha elaborado un formulario en google® a partir de la publicación de H. Timmermann, C.Mailänder (https://doi.org/10.1055/a-1069-0900). Se incluyeron los siguientes ítems:
¿Acepta usted la realización voluntaria de este estudio y da su consentimiento para usar los datos que se extraigan de ella para fines académicos?(Si/No);
Sexo,edad,nivel de estudios,situación laboral,servicio,fármaco
Número jeringas y pauta(omalizumab)
Tiempo desde inicio del biológico
Tiempo desde inicio de la administración domiciliaria
Usted considera que la administración en domicilio de estos medicamentos supone(ventajas, inconvenientes/ indiferente)
¿Cuáles serían las principales ventajas de la administración de estos fármacos en domicilio?
¿Cuánto tiempo cree que se está ahorrando con la administración de estos fármacos en su domicilio EN UN AÑO de tratamiento?
¿Cuánto dinero cree que se estaría ahorrando con la administración de estos fármacos en su domicilio EN UN AÑO de tratamiento?
¿Cuál/es consideraría como principal desventaja de la administración de estos fármacos en domicilio?
¿Qué soportes utilizados para la formación le han parecido más útiles para facilitar la administración?
¿Qué apoyo le gustaría tener para la administración de estos fármacos en domicilio?
¿Considera que la formación recibida para el cambio a autoadministración ha sido suficiente?
¿Considera usted que el hecho de que se esté administrando la medicación en su domicilio ha supuesto una pérdida del seguimiento o empeoramiento de su asma?
¿Si pudiera elegir, seguiría con la administración en domicilio o cambiaría a la administración en el hospital?
Se solicitó al paciente la cumplimentación de la encuesta en el momento de espera en la Unidad de Pacientes Externos o preferentemente por email.

RESULTADOS
Tenemos en autoadministración 46 pacientes con omalizumab,29 con mepolizumab y 14 con benralizumab. Desde el 09/04/2021 han respondido la encuesta 23 pacientes:73,9% mujeres,65,2% entre 35-65 años,65,2% con estudios de ciclos superior o universitarios,47,8% en activo,56,5% de Neumología, 39,1% Alergología y 4,3% Pediatría.El 78,3% lleva entre 1-4 años de tratamiento.52,2% con mepolizumab,34,8% con omalizumab y 13% con benralizumab. El 100% pauta cada 28 días de omalizumab y el 65,2% con 300 mg. El 52,2% comenzó la autoadministración tras pandemia. El 95,7% consideró que la autoadministración tiene ventajas y el 4,3% neutral. La principal ventaja fue la reducción de visitas al centro(73,9%). Se han ahorrado más de 5 horas/año(47,8%).El 43,5% se ha ahorrado más de 10€(máx 5000€). El 47,8% consideró que no encontraba ninguna desventaja y el 26,1% posibles olvidos/despistes. El 82,6% puntuó 9-10 a la formación recibida durante el paso a autoadministración. El soporte más útil fue el calendario con programación de dosis(91,3%). Al 43,5% le gustaría recibir mensajes recordatorios de administración. El 95,7% consideró que no ha supuesto pérdida de seguimiento o empeoramiento de su asma. El 91,3% seguiría administrándose la medicación en domicilio.

CONCLUSIONES
Los pacientes con AG en tratamiento con terapia biológica y administración en domicilio consideran que tiene ventajas, se ahorran tiempo y dinero y no ha supuesto pérdida de seguimiento y control de su asma y seguiría administrándose la medicación en domicilio.

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

998. ADECUACIÓN A LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DEL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

AUTORES
MARTIN CEREZUELA M, FONT NOGUERA I, MOLINA GALLEGO I, LEIVA AGUADO G, BROCH PORCAR MJ, ALVAREZ CEBRIAN F, CASTELLANOS ORTEGA A, POVEDA ANDRES JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AV FERNANDO ABRIL MARTORELL 106. VALENCIA

OBJETIVOS
Evaluar la adecuación de un Servicio de Medicina Intensiva (UMI) a los estándares de calidad en el uso seguro de medicamentos establecidos por la delegación española del Institute of Safe Medication Practices (ISMP)

MATERIALES Y MÉTODOS
Se creó un equipo multidisciplinar formado por dos médicos intensivistas, supervisora de enfermería, supervisora de cuidados y dos farmacéuticas para realizar el cuestionario de autoevaluación distribuido a través del grupo de trabajo FARMIC de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Se evaluaron 147 ítems agrupados en 10 elementos clave de acuerdo a la escala Likert (A-E: A, no se ha realizado ninguna iniciativa para implantar el ítem; E, se ha implementado completamente). Cada miembro evaluó individualmente, posteriormente se debatieron las respuestas discordantes hasta alcanzar el consenso.

RESULTADOS
Se realizaron dos reuniones para realizar la autoevaluación. La puntuación total del cuestionario fue 44,39%. Se obtuvieron las mejores puntuaciones (> 60%) en: etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos; estandarización, almacenamiento y distribución de medicamentos; utilización de dispositivos para la administración de medicamentos; factores del entorno y recursos humanos y educación a pacientes y familiares. Se identificaron como puntos críticos (< 35%): información de pacientes y medicamentos; comunicación de las prescripciones e información de medicamentos; incorporación de farmacéuticos; competencia y formación del personal; programas de calidad y gestión de riesgos.
A partir de ahí, se creó un grupo de trabajo de seguridad del medicamento formado por dos médicos intensivistas, supervisora de enfermería, supervisora de cuidados, una enfermera, una auxiliar de enfermería y una farmacéutica. Se realizaron cinco reuniones mensuales en las que se establecieron las medidas prioritarias a implementar en la unidad.
En cinco meses, las medidas implantadas fueron: La creación de un buzón de notificación anonimizado de errores de medicación o eventos adversos junto a un programa de comunicación al resto de la unidad, protocolización del doble chequeo de preparaciones intravenosas, creación de un programa de etiquetado de vías de líneas de administración, revisión y protocolización de la compatibilidad en Y de los medicamentos más utilizados, realización de infografías para la correcta administración de medicamentos por sonda nasogástrica y las instrucciones de los fármacos más utilizados en la unidad, realización de infografías para la correcta utilización de los sistemas de almacenamiento automatizados, centralización y protocolización de la medicación fuera de pactos, modificación de las hojas de administración para evitar errores, modificación de la codificación de las alergias en el programa de prescripción electrónica y la determinación e implementación de indicadores de calidad para la evaluación mensual de los procesos más críticos en la seguridad del medicamento.

CONCLUSIONES
Medir con indicadores el estado actual de la UMI ayuda a identificar los puntos críticos y a establecer estrategias que potencien la calidad y el uso seguro de medicamentos en el paciente crítico que por sus características es una población con un elevado riesgo de sufrir errores de medicación. Es necesaria la colaboración entre Farmacia Hospitalaria y el equipo de Medicina Intensiva para alcanzar los objetivos y maximizar la seguridad del paciente.

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

1057. GESTIÓN DEL CAMBIO EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE CONTROL DE CALIDAD EN EL ÁREA DE ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS

AUTORES
REVUELTA HERRERO JL, MARZAL MARZAL B, HERRANZ ALONSO A, SAROBE GONZÁLEZ C, RUIZ BRIONES P, GARCÍA MORENO F, PERNÍA LÓPEZ MS, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ DOCTOR ESQUERDO, Nº 46. MADRID

OBJETIVOS
Describir la aplicación de un modelo de gestión del cambio en la implantación de una herramienta de control de calidad mediante fotografías y lectura de códigos de barras en la elaboración de medicamentos en el Servicio de Farmacia (SF).

MEJORAS ESPERADAS
Mediante el modelo se pretende: crear un clima para el cambio entre los profesionales (farmacéuticos, técnicos, enfermeros y auxiliares) implicados y gestionar sus expectativas; identificar y minimizar los riesgos durante la implantación para asegurar el triunfo a corto plazo; promover que los cambios sean efectivos y duraderos; mantener la transformación en la cultura de la organización; asegurar que se cumplen los objetivos de la organización.

DISEÑO
Se seleccionó el modelo de gestión del cambio de los 8 pasos de Kotter.

CIRCUITO Y ETAPAS
Se formó un equipo coordinador: tres farmacéuticos (FH) y una supervisora de enfermería para gestionar el cambio.
El modelo de Kotter consta de 8 etapas: 1.Establecer un sentido de urgencia; 2.Formar un grupo para el cambio; 3.Desarrollo de la visión clara del cambio; 4.Comunicar la visión; 5.Eliminar obstáculos; 6.Asegurar triunfos a corto plazo; 7.Construir sobre el cambio; 8.Anclar el cambio en la cultura de la organización.

IMPLANTACIÓN
La implantación del control de calidad se realizó en tres fases. Fase I: preparación por lotes (julio 2019). Fase IIA: preparaciones individualizadas de fármacos peligrosos (mayo 2021). Fase IIB: preparaciones individualizadas no peligrosas (junio 2021).

RESULTADOS
1. Los FH propusieron un estudio al colectivo enfermería sobre errores detectados en el proceso de elaboración y se definieron acciones de mejora. La jefatura del SF identificó como oportunidad el pilotaje de una nueva herramienta para el control de calidad.

2. Se identificaron los líderes: enfermería (seguridad, nuevas tecnologías), auxiliares y técnicos (organización) y FH (control de calidad, elaboración de medicamentos). Se contó con su compromiso e implicación: ergonomía de las tabletas; cambios en los flujos de trabajo; limpieza.
3. El equipo coordinador y los FH del área analizaron la situación para tener una visión clara del cambio que se quería lograr y cómo debía afrontarse. Se incluyó como objetivo en la línea estratégica "Farmacoterapia efectiva, segura y eficiente" dentro del plan estratégico del SF. Se elaboró un cronograma de las distintas tareas a implementar.
4. La visión se presentó al resto de la organización en cuatro sesiones.
5. Se identificaron los dos principales obstáculos para el cambio: la formación del personal y la carga de trabajo. Se realizaron talleres en cada turno y en cada fase para familiarizar al personal con la herramienta. El trabajo se redistribuyó contando con un nuevo turno en la noche.
6. Se celebraron los pequeños triunfos (ej.: mil preparaciones realizadas).
7. Se formó un grupo operativo (FH, supervisora, técnico, auxiliar y enfermería) para el seguimiento de las incidencias durante la implantación y la redacción de nuevas instrucciones técnicas.
8. Se promueve la participación del personal de enfermería y técnicos en congresos donde puedan difundir su experiencia con el cambio.

LIMITACIONES
Es necesario contar con personas formadas en gestión del cambio.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Todos los SF afrontan transformaciones que pueden beneficiarse de los modelos de gestión del cambio.

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

1058. IMPLANTACIÓN DE UN MODELO MIXTO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA PRESENCIAL/ NO PRESENCIAL A PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA.

AUTORES
CALLEJA BUENO A, BARROSO CASTRO J, LIGROS TORRES M, ANTÓN MÉNDEZ X, MOÑINO BLAZQUEZ B, CASAS ARRATE J, LURI FERNANDEZ DE MANZANOS M, FERNÁNDEZ PEÑA A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. PZA. DE CRUCES, S/N. VIZCAYA

OBJETIVOS
Rediseñar el circuito de atención farmacéutica (AF) a pacientes con fibrosis quística (FQ), adaptándolo a un modelo mixto de atención presencial y no presencial, con el fin de reducir tiempos de espera y optimizar el tiempo de consulta farmacéutica.

MEJORAS ESPERADAS
Se trata de pacientes crónicos polimedicados, atendidos en unidades de referencia por equipos multidisciplinares. Desde la unidad de AF a pacientes externos (UFPE) del hospital se dispensa todo su tratamiento.
El volumen y complejidad del tratamiento conlleva tiempo de dedicación en consulta para cálculo de necesidades de mediación, preparación por el personal auxiliar y espera de los pacientes, restándoselo, en ocasiones, a la AF. Así, se vio la necesidad de adecuar el modelo de atención en este grupo de pacientes.

DISEÑO
Tras la experiencia de AF no presencial durante la pandemia, se optó por establecer un circuito mixto. Se realiza una consulta telefónica, cuyo objetivo principal es consensuar la medicación a dispensar y detectar posibles problemas relacionados con la medicación (PRMs) o faltas de adherencia selectivas, registrándolo en la historia clínica electrónica (HCE), de modo que quede a disposición del médico, sirviendo de ayuda en la toma de decisiones.
La consulta presencial se centra en la entrevista clínica y la revisión de cambios, reduciendo además el tiempo en farmacia. Se realizó una comparativa de estos tiempos de los meses de enero y febrero de dos años consecutivos, extrayendo la información del gestor de colas.

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Se agenda una cita presencial en la consulta de farmacia hospitalaria el mismo día de la consulta médica y otra telefónica 24-48 horas antes.
2. Consulta telefónica de AF no presencial.
2.1. Validación farmacoterapéutica y detección de PRMs.
2.2. Seguimiento individualizado y necesidades de medicación.
2.3. Registro en HCE.
3. Preparación de medicación.
4. Consulta de AF presencial tras consultas médicas.
4.1. Revisión de cambios de tratamiento.
4.2. Entrevista clínica.
5. Preparación de cambios y dispensación.

IMPLANTACIÓN
Desde junio de 2021, cuando se retomaron las consultas presenciales en la unidad de FQ.

RESULTADOS
En nuestra UFPE se proporciona AF especializada a 106 pacientes con FQ, 68 adultos y 38 menores de 18 años. Durante los meses de enero y febrero de 2020 acudieron a la unidad un total de 75 (98 dispensaciones). El tiempo medio de estancia fue de 42'05'', con un máximo de 2h05'42''. El tiempo en farmacia fue < 15' en un 9% de las entregas y > 45' en un 37%.

Durante los mismos meses del año siguiente se atendió a 76 pacientes (106 dispensaciones). El tiempo medio de estancia fue de 18'31'', con un máximo de 1h16'43''. Un 42% < 15' y un 7% > 45'. Se redujo la media de tiempo de espera en 23'34''.

LIMITACIONES

La implantación de este modelo supone desplazar los tiempos de espera del paciente y realizar esas actividades en otro momento, por lo que es necesario redistribuir y reorganizar tareas en la UFPE. A esto se suma las limitaciones de la atención no presencial, la dificultad de contactar con los pacientes y las barreras en la comunicación telefónica.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a todas las UFPE que atiendan a pacientes con estas características.

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

1117. RESULTADOS DE UN CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN FARMACIA HOSPITALARIA PARA EL PERSONAL TÉCNICO DEL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

DEL ESTAL JIMÉNEZ J, LÓPEZ BROSETA PA, SANJUÁN BELDA A, MENDOZA AGUILERA M, ROCH VENTURA MA, JORNET MONTAÑA S, ESTEVE PITARCH E, CANADELL VILARRASA L

HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

El personal técnico del Servicio de Farmacia (SF) es una pieza clave en el correcto funcionamiento de la unidad. Por este motivo, es importante una actualización constante en diversos temas relacionados con la Farmacia Hospitalaria. Los diferentes estamentos presentes en nuestro servicio realizan actividades diferentes. Esto dificulta el conocimiento de los circuitos, así como la actualización en temas clínicos relacionados. Por este motivo, se diseñó un curso para técnicos de farmacia, técnicos superiores de laboratorio y personal de enfermería con el objetivo de mejorar el trabajo asistencial formándoles sobre aspectos clínicos, terapéuticos y logísticos que se encuentran en su actividad diaria.

MEJORAS ESPERADAS

Una vez finalizado el curso, el personal técnico habrá actualizado los conocimientos clínicos relacionados con su actividad asistencial, así como su aplicación a través de los Procesos Normalizados de Trabajo del SF.

DISEÑO

Se diseñó un curso de 60 horas de duración, compuesto de 12 temas teóricos relacionados con la actividad asistencial del SF. Cada tema contenía una parte práctica relacionada con la teoría que permitía evaluar los conocimientos adquiridos. Los temas fueron clasificados por aéreas temáticas e impartidos por el farmacéutico especialista responsable de dicha área. Los temas se dividieron en una parte de conocimientos clínicos, que abarcaban la fisiología y farmacología aplicada y otra parte de conocimientos logísticos y organizativos del SF. Los requisitos para poder superar el curso fueron: aprobar cada una de las tareas de los temas y realizar el examen final con al menos un 70% de respuestas correctas.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Estudio de las necesidades de formación continuada del personal técnico. Se consideraron aquellas áreas temáticas que podían ser de mayor interés para el personal técnico y de mayor utilidad para su labor diaria.
2. Creación y distribución del curso por parte de los farmacéuticos del SF y del área de docencia del hospital en una plataforma online.
3. Impartición y evaluación del curso. El curso se programó para que semanalmente se impartiese cada uno de los temas.
4. Encuesta de satisfacción de los alumnos.

IMPLANTACIÓN

El curso se realizó entre octubre de 2020 y abril de 2021.

RESULTADOS

Los temas del curso fueron analgesia, terapia respiratoria, terapia tópica, antiagregantes y anticoagulantes, hemoderivados, antiinfecciosos, farmacoterapia en geriatría, quimioterapia, farmacoterapia en pediatría, nutrición general, nutrición enteral y farmacoterapia en instituciones penitenciarias. El curso se ofreció a 33 personas y tuvo una participación del 75%(24). La totalidad de los alumnos realizaron las actividades prácticas de cada uno de los módulos y el cuestionario final. También la totalidad de los alumnos superaron los casos prácticos y el examen final. La nota media del examen fue 9,09±0,88 puntos. Los alumnos mostraron una satisfacción del 83% (20) con el curso y el 92% (22) consideró que los conocimientos impartidos son aplicables a su puesto de trabajo y útiles para su desarrollo profesional.

LIMITACIONES

Elevado consumo de tiempo en la preparación y realización del curso.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La actualización de los conocimientos permite realizar las tareas diarias con calidad. Al realizarse en una plataforma online puede exportarse y aplicarse a otros servicios de farmacia que estén interesados.

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

1131. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE MANEJO PREOPERATORIO DE LA MEDICACIÓN DE ALTO RIESGO

AUTORES

SÁEZ RODRÍGUEZ MI, MIRANDA MAGAÑA M, EGUILUZ SOLANA M, SALAMANCA CASADO A, TORTAJADA GOITIA B

HOSPITAL COSTA DEL SOL. A7 KM 187. MÁLAGA

OBJETIVOS
Introducción: La conciliación y revisión de la medicación ante una intervención quirúrgica programada (IQP) es un proceso que mejora la seguridad del paciente. Esta revisión implica una serie de recomendaciones o modificaciones previas a la IQP para minimizar los riesgos asociados a la intervención, que en ocasiones el paciente puede no realizar debido a falta de comprensión u olvido de las mismas.
Objetivos: Detectar y evitar la posible falta de adherencia a los cambios puntuales en el tratamiento domiciliario a realizar los días previos de la intervención quirúrgica.

MATERIALES Y MÉTODOS
En nuestro centro, la conciliación de la medicación en IQP es realizada por el farmacéutico con una semana de antelación, de manera planificada. Como parte del proceso de conciliación, se revisan tanto el tratamiento habitual del paciente como las modificaciones recomendadas por el anestesista.
Durante el año 2020, se llevó a cabo una consulta telefónica con todos aquellos pacientes en los que en el informe de preanestesia se recomendaba realizar alguna modificación de su tratamiento los días previos a la intervención, analizando la comprensión por el paciente de los cambios indicados por el anestesista.

RESULTADOS
Durante el período de estudio se entrevistó a 62 pacientes, un total de 73 recomendaciones de anestesia. De estas recomendaciones, 23 (31.5%) implicaban a antidiabéticos orales (ADO), 21 (28.8%) correspondían a anticoagulantes orales, 16 (21.9%) correspondían a antiagregantes plaquetarios, y 13 (17.8%) a otros grupos terapéuticos.
Del total de pacientes contactados, 11 (17,7%) no recordaban la recomendación de anestesia. En todos ellos esta modificación implicaba a un único medicamento, correspondiendo a los siguientes grupos terapéuticos: 6 (9,7%) a antidiabéticos orales, 1 (1,6%) a antiagregantes plaquetarios y 4 (6,4%) a otros grupos terapéuticos

CONCLUSIONES
Un 17.7% de los pacientes de la muestra estudiada no había comprendido las recomendaciones sobre la medicación previa a la IQP. La intervención del farmacéutico la semana previa a la IQP permite detectar y corregir falta de adherencia a las recomendaciones dadas por el anestesista, aumentando la seguridad del paciente y la calidad del procedimiento.
Los procedimientos de conciliación preoperatoria deben contemplar la verificación de la comprensión del paciente de las recomendaciones sobre la medicación

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

1134. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES RELACIONADAS CON INCIDENTES DE MEDICACIÓN

AUTORES
FERNÁNDEZ RUBIO B, RODRÍGUEZ DE FRANCISCO L, LADRÓN DE GUEVARA GARCÍA M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS
La seguridad del paciente es un problema de salud pública relevante que ocupa desde hace más de una década a organizaciones nacionales e internacionales. Con el fin de analizar los incidentes de seguridad que se producen en el ámbito hospitalario, la comisión de seguridad (CS) del hospital, en la que el Servicio de Farmacia participa activamente, ha desarrollado un programa de notificación de incidentes, entre los que destacan los errores relacionados con medicación.
El objetivo de este estudio es describir y analizar las notificaciones relacionadas con medicación realizadas a través del programa interno de notificación de incidentes desarrollado por la CS.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo y multidisciplinar llevado a cabo en un hospital de tercer nivel. Se analizaron todos los incidentes relacionados con medicación notificados entre enero de 2019 y abril de 2021. Las variables recogidas fueron: unidad de gestión clínica (UGC) donde se produjo el incidente de seguridad y profesional sanitario que lo notificó, medicamento implicado según el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC), tipo de incidente ocurrido, causa del error de medicación y consecuencias del incidente.
Los datos se extrajeron del programa Notifica® y se explotaron a través del programa Excel®.

RESULTADOS
Se notificaron 860 incidentes relacionados con la medicación. Las UGC en las que se produjeron los errores fueron: cuidados intensivos (17.21%), pediatría y sus áreas específicas (14.88%), cirugía (11.05%), medicina interna (8.37%) y otras (48.49%). Los profesionales sanitarios que más notificaron fueron enfermeros, médicos, farmacéuticos y otros (54.65%, 28.84%, 6.63% y 9.88%, respectivamente). Según la clasificación ATC, los fármacos implicados pertenecían a los grupos: N02-Analgésicos (11.05%), J01-Antibacterianos para uso sistémico (10.70%), L01-Agentes antineoplásicos (9.42%) y otros (68.84%). Los incidentes que se notificaron fueron: error en el almacenamiento (20.19%), omisión de dosis (18.40%), dosis incorrecta (18.16%), medicamento erróneo (11.23%) y otros tipos (32.02%). Las causas de los errores de medicación descritas fueron: problemas de comunicación (32.09%), problema en los equipos de dispensación, preparación o administración (19.30%), factores individuales (32,09%) y otros (16.51%). Se consideró que el 36.22% de los errores de medicación no llegaron a alcanzar al paciente, mientras que el 52.44% sí llegaron al paciente aunque no causaron daño, y el 11.28% alcanzaron al paciente y produjeron algún daño, desde la necesidad de monitorización estrecha hasta causar un daño permanente.

CONCLUSIONES
Gracias al desarrollo de un programa de notificación electrónico, ágil y accesible para todos los profesionales sanitarios, numerosos errores relacionados con la medicación han podido ser analizados por parte de la CS y, más concretamente, por los farmacéuticos hospitalarios que forman parte de ella.
Más de la mitad de los incidentes relacionados con la medicación llegaron al paciente, por lo que es necesario tomar medidas para mejorar la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario.

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

1135. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA INDIVIDUALIZADA EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS

AUTORES
MARTÍNEZ SOTO AM, GARCÍA CORONEL M, PASTOR MONDEJAR C, ORTIZ FERNANDEZ P, SALAR VALVERDE I, INIESTA NAVALÓN C, CABALLERO REQUEJO C, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVDA INTENDENTE JORGE PALACIOS Nº1. MURCIA

OBJETIVOS
Implantación de un circuito de mejora de la calidad de la atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico de forma programada, individualizada y adecuada al paciente externo atendido en la Unidad de Dispensación a Pacientes Externos(UDPE) según patología y situación.

MEJORAS ESPERADAS
- Favorecer una atención farmacéutica de mayor calidad en la UDPE.
- Creación de procedimientos normalizados de trabajo (PNT) enfocados en mejorar la calidad de la entrevista clínica.
- Realizar un registro de actividad sobre la atención farmacéutica ofrecida a los pacientes, incluyéndola en su historia clínica informatizada (HCI).

DISEÑO
Se diseñó una reestructuración del área física de la UDPE para dar un trato más individualizado al paciente.
Se implementó un sistema de citas.
Se incorporó un administrativo y un enfermero al personal de la UDPE.
Se diseñó un proyecto de creación de entrevistas estructuradas, elaboración de formularios específicos de seguimiento para registro de la atención farmacéutica en la HCI del paciente y elaboración de trípticos con información del medicamento más relevante para el paciente.
Se evaluó la actividad del área teniendo en cuenta que fármacos suponían mayor carga asistencial para el farmacéutico, seleccionando éstos para iniciar el proyecto.

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Reestructuración del área física de la UDPE.
2. Incorporación de un enfermero y un auxiliar administrativo al personal del área.
3. Implantación de sistema de citas.
4. Estratificación de patologías y fármacos según complejidad y tiempo consumido en consulta.
5. Formulación de entrevistas estructuradas adaptadas a la situación del paciente y patología.
6. Elaboración de plantillas de formularios por patología para inicios y seguimiento.
7. Registro de actividad mediante incorporación de formularios en la HCI del paciente.
8. Elaboración de trípticos con información del medicamento más relevante para el paciente.
9. Sentar bases para la estratificación de pacientes.

IMPLANTACIÓN
La implantación se inició en junio del 2018 de manera progresiva continuando en la actualidad.

RESULTADOS
Se crearon tres consultas de dispensación (Consulta1: de atención farmacéutica múltiples patologías, Consulta3: de atención farmacéutica en patologías autoinmunes y Consulta2: De dispensación por un técnico en farmacia).
Se incorporó un enfermero al personal de la consulta con el objetivo de optimizar el adiestramiento de los pacientes con medicación subcutánea.
Se creó un sistema de citas y se incorporó un administrativo para su gestión.
Se seleccionaron para iniciar la última fase del proyecto como fármacos de mayor impacto los Medicamentos susceptibles de Evaluar Resultados en Salud(MERS) según la Comisión de Farmacia y Terapéutica (anticuerpos monoclonales utilizados para el tratamiento de la migraña e hipercolesterolemia) y fármacos subcutáneos más empleados en esclerosis múltiple (glatirámero).
Desde la puesta en marcha de este último punto del proyecto en abril del 2021 se han creado 3 entrevistas estructuradas específicas, 3 fómularios para incorporar a la HCI y 6 trípticos (para erenumab, galcanezumab, alirocumab, evolocumab y glatirámero), dando cobertura al 2.85% de los pacientes atendidos, siendo éstos de los que mayor impacto generan sobre la consulta del farmacéutico.

LIMITACIONES
Dada la magnitud del proyecto requiere muchos recursos y constante actualización.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
El proyecto es aplicable a todos los hospitales que tengan UDPE.

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

1156. IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE PREPARACIÓN SEGURA DE CITOSTÁTICOS

AUTORES
DE LA RIVA BOHIGAS R, ULACIA EPELDE L, ILLODO BECERRA JA, DE MIGUEL GAZTELU M, TEJADA MARIN D, RODRIGUEZ ESQUIROZ A, ERDOZAIN SANCLEMENTE S, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. CALLE IRUNLARREA NUMERO 3. NAVARRA

OBJETIVOS
Garantizar la disminución de errores en la preparación de citostáticos en cabina de seguridad biológica del Servicio de Farmacia mediante un sistema capaz de detectar errores y parar el proceso de preparación.

MEJORAS ESPERADAS
Control cualitativo es decir garantizar la ausencia de contaminación cruzada (no se pueda sustituir un fármaco por otro)
Registro automático de todas las acciones: usuario, fechas, horas de preparación, lotes y caducidades de los productos usados en la preparación.
Control cuantitativo (gravimétrico) que consiste en un procedimiento de pesada durante y al finalizar el proceso de preparación para garantizar la dosis preparada.

DISEÑO
Programa informático que permite un control cualitativo (componentes) y cuantitativo (cantidad de cada componente) de modo que no permita continuar en proceso de preparación si no se cumplen las instrucciones proporcionadas para asegurar la introducción de dosis adecuadas en la mezcla para el paciente

CIRCUITO Y ETAPAS
- Informática: Se diseño el programa de preparación segura y se integró con la prescripción informatizada del centro (protocolos de Oncología) del hospital de día.
- Farmacéutico: Se creó un maestro de medicamentos en el programa de preparación segura con datos para realizar el control de calidad: densidad de los medicamentos , peso de los sueros sin medicación y código Data Matrix.
- Preparación: Programa que guía al enfermero/a; primero un control cualitativo mediante código Data Matrix y en segundo lugar gravimetría por pesada de la medida de la dosis preparada.

IMPLANTACIÓN
Se están realizando pruebas para poder implantarlo en septiembre de 2021.

RESULTADOS
Desde 2020 se lleva diseñando el programa de preparación segura y la integración con la prescripción electrónica de Hospital de día. A lo largo de este año se encontraron diversos problemas en la integración de la pesada con el sistema informático. Desde abril de 2021 se hacen pruebas que garanticen el correcto funcionamiento del programa. Se espera que este implantado totalmente en Septiembre del 2021.

LIMITACIONES
-Personal de enfermería nuevo.
-Para la utilización del programa se precisa una buena conexión WIFI.
-Precisa una inversión en equipos complementarios al programa: bascula y lectores de cogido Data Matrix.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Este programa es útil para evitar errores de preparación y aumentar la seguridad de los pacientes por lo que es de gran utilidad en los servicios de farmacia.

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

1182. ANÁLISIS DE LA ALERTA DE ALERGIAS RELACIONADAS CON ANTIBIÓTICOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA. IMPLICACIÓN EN EL TRATAMIENTO.

AUTORES
ALCONADA CALLES J, SAINZ DE ROZAS APARICIO C, PEREZ LAPIDO M, GALLARDO ANCIANO J, PRIETO PARADELO M, ITURBE HERAS M, SOILAN SACO J, LERALTA GONZALEZ C
HOSPITAL SAN PEDRO. C/ PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS
Analizar las alertas de alergias relacionadas con antibióticos registradas en la historia clínica electrónica. Determinar si fueron estudiadas por el Servicio de Alergología y si condicionaron el tratamiento antibiótico.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio prospectivo observacional, realizado entre el 15 de febrero y el 15 de abril de 2021 en un hospital de tercer nivel. Se recogió la información descrita en el campo “alergias”, correspondiente a las alertas del módulo de hospitalización de la historia clínica electrónica. Seleccionando aquellas relacionadas con antibióticos. Posteriormente se revisó el informe de Alergología.
Se recogió: El número de pacientes ingresados con alerta de alergia a antibióticos, el tratamiento antibiótico durante la estancia, la existencia de un informe Alergología y la valoración que se hace de la alergia.

RESULTADOS
Durante el período de estudio se registraron 128 alertas de alergia relacionadas con antibióticos correspondientes a 120 pacientes ingresados.

Se disponía de informe de Alergología en 58 (45.3%) alertas de las 128 registradas, de las cuales 15 (25.8%) de ellas fueron descartadas y 43 (33.5%) confirmadas.
El 74.2% estaban relacionadas con Beta-lactámicos. El segundo grupo más registrado fueron las Quinolonas (10.1%).
34 (28.3%) de los 120 pacientes precisaron tratamiento antibiótico. En 23 (67.6%) de esos 34 condicionó la elección de dicho tratamiento, optando por utilizar un fármaco alternativo. En el resto (32.2%), el fármaco seleccionado no estaba afectado por la alerta del paciente.
8 (34.7%) de los 23 tratamientos modificados no disponían de informe que confirmara la alerta al antibiótico utilizado.

CONCLUSIONES

Menos de la mitad de las alertas fueron estudiadas por el servicio de Alergología. Un cuarto de ellas fue descartado por dicho Servicio, por lo cual, esta información no es fiable a la hora de seleccionar el tratamiento adecuado.
La mayoría de las alertas estaban relacionadas con alergias a antibióticos del grupo de los Beta-lactámicos (74.2%), fármacos de primera línea en la práctica clínica.
En un 34,7 % de los pacientes el tratamiento fue modificado en base a una alerta no sustentada en la valoración de Alergología, por lo que la información del campo “alergias” de la historia clínica se debería revisar y actualizar regularmente, para conseguir una prescripción antibiótica adecuada.

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

1196. GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS QUE PRECISAN FILTRACIÓN PARA SU PREPARACIÓN Y/O ADMINISTRACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

CARRILLO LÓPEZ V, ESTAUN MARTÍNEZ C, PERELLO ALOMAR C, PÉREZ ALMAGRO MF, DELGADO SÁNCHEZ O
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. CARRETERA DE VALLDEMOSA 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Cada vez es más frecuente que los medicamentos hospitalarios requieran filtros para su preparación y/o administración. Estos medicamentos suponen un riesgo C según la guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos y el Servicio de Farmacia debe garantizar su adecuada gestión para una utilización segura.
Los objetivos son:
· Identificar los medicamentos parenterales que precisan filtro y determinar las etapas en las que es necesario.
· Definir acciones de mejora para minimizar el riesgo de que el medicamento llegue al paciente sin filtración previa

MEJORAS ESPERADAS

Aumento de seguridad y prevención de errores en el uso de medicamentos que requieren filtración.

DISEÑO

Se revisaron los medicamentos parenterales, excluyendo antineoplásicos, que requieren filtración. Se elaboró una base de datos definiendo medicamento, etapa de filtrado, tipo de filtro, recomendaciones del fabricante y lugar de preparación. Se identificaron acciones de mejora en las fases de dispensación, preparación y administración.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Revisión y selección de medicamentos incluidos en guía farmacoterapéutica de nuestro hospital que requieren filtro según ficha técnica.
2. Definición de grupos en función de el proceso en el que requiere filtración y la información disponible.
3. Implantación de acciones de mejora para garantizar la accesibilidad a esta información y promover un uso adecuado.

IMPLANTACIÓN

Se detectaron 24 medicamentos parenterales no antineoplásicos que precisan filtración: 7 durante la preparación y 17 durante la administración.
De los que requieren filtro en la preparación, 4 se preparan en farmacia y se envían junto al sistema de perfusión y el filtro adecuado.
De los 17 que precisan filtro durante la administración, en 5 de ellos se disponía de información en el programa de prescripción y administración electrónica, y no se indicaba en 12 medicamentos. Sólo en 9 del total de estos medicamentos, es el fabricante el que aporta el filtro y/o lo incluye en el acondicionamiento que se dispensa desde farmacia.

RESULTADOS

Se llevaron a cabo las siguientes acciones de mejora:
1. Revisión de la dispensación, incluyendo formación y cartelería para aquellos medicamentos que debían dispensarse con su acondicionamiento íntegro.
2. Revisión de los protocolos de elaboración de farmacia, prestando especial atención a que hicieran referencia al filtro que debía emplear en la reconstitución y el que se debiera incluir para su dispensación.
3. Se actualizó la información, relativa a los filtros, en el programa electrónico de prescripción y administración de medicamentos.

LIMITACIONES

En algunos medicamentos la ficha técnica no indica el tipo de filtro a utilizar. Se han excluido los medicamentos antineoplásicos porque siguen un circuito alternativo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La revisión y acciones son aplicables a cualquier hospital con o sin sistema de prescripción informatizado. Todo hospital debe tener actualizada la gestión de medicamentos que requieren filtración de forma permanente y debe revisarse con la inclusión de cada medicamento.

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

1200. EFECTOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE SISTEMAS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

AUTORES
LAGUNA MARMOL L, FLORIDO CASTELL L, RIBAS BONET N, HIDALGO DEL CASTILLO R, ESPUIS PEREZ V, FERNANDEZ DELGADO S, MARTIN VAL A, QUIÑONES RIBAS C
HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL. CARRETERA DE CANYET, S/N, 08916. BARCELONA

OBJETIVOS
Implantar un circuito eficiente de gestión de sistemas automatizados de dispensación a partir de los riesgos detectados en el análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO) y en el análisis modal de fallos y efectos (AMFE), utilizados en el sistema de gestión de calidad del Servicio de Farmacia (SF).

MEJORAS ESPERADAS
Optimizar el funcionamiento y gestión de los diez sistemas automatizados de dispensación del Hospital, así como establecer un sistema de comunicación accesible y efectivo entre el SF y el resto de unidades implicadas.

DISEÑO
En el AMFE y análisis DAFO realizados en Febrero de 2020 en el SF, se detectaron las siguientes debilidades y riesgos asociados con la gestión de sistemas automatizados de dispensación:
- Personal con poca formación en funcionamiento de sistemas automatizados de dispensación.
- Medicación poco actualizada.
- Falta de seguimiento de incidencias, registro insuficiente en base de datos (BBDD).
A partir de los riesgos y debilidades detectados, se elaboró un informe de calidad donde se propusieron acciones de mejora para optimizar el circuito de trabajo.

CIRCUITO Y ETAPAS
1.Formación de cuatro técnicos expertos en sistemas automatizados de dispensación.
2.Creación de un correo electrónico como medio oficial de comunicación de incidencias, nuevos usuarios y necesidades.
- Personas responsables de la gestión: farmacéutico y técnicos referentes, supervisora de farmacia.
- Personas que comunican nuevas necesidades: supervisión de enfermería y farmacéuticos responsables de unidades con sistemas automatizados de dispensación.
3.En el correo electrónico se localizan subcarpetas donde se ubican las incidencias registradas en la BBDD y las notificaciones resueltas, quedando en la bandeja de entrada únicamente aquellas sin resolver. Se establece un plazo máximo de 72 horas para la resolución de las notificaciones comunicadas.
4.Las personas referentes de sistemas automatizados de dispensación se encargan del registro en la BBDD de todas las incidencias detectadas, donde queda reflejado el estado de las mismas, que puede ser consultado por cualquier farmacéutico o técnico del SF.
5.Comunicación al servicio técnico de sistemas automatizados de dispensación de aquellas incidencias que no se hayan podido resolver.

IMPLANTACIÓN
El nuevo circuito se inició en noviembre de 2020, los cambios aplicados se comunicaron a través de formaciones realizadas en el SF y por medio de un correo electrónico a los supervisores de enfermería de las unidades con sistemas automatizados de dispensación.

RESULTADOS
Se realizó una encuesta de satisfacción al personal de enfermería antes y después de la reestructuración del circuito. Los resultados previos y posteriores a la implantación fueron (escala 0-5): tiempo resolución de incidencias: 2,72/3,44; tiempo creación de usuarios: 2,27/4; actualización de medicación: 3,61/3,88; funcionamiento general de los sistemas automatizados de dispensación: 2,61/3,88.
Se registraron un total de 16 incidencias relacionadas con sistemas automatizados de dispensación durante los tres meses previos a la implantación frente a 38 incidencias en los tres meses posteriores.

LIMITACIONES
Solo se dispone de un sistemas automatizado de dispensación vinculado al programa de prescripción electrónica, lo que implica que sea difícil mantener actualizada la medicación en el resto de sistemas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Este proyecto es aplicable a cualquier SF encargado de gestionar sistemas automatizados de dispensación que esté interesado en reorganizar el circuito para optimizar el tiempo y los recursos disponibles.

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

1260. UNIDAD CENTRALIZADA DE MEZCLAS INTRAVENOSAS: REFORZANDO LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y OPTIMIZANDO RECURSOS

AUTORES
ORTÍZ FERNÁNDEZ P, MARTINEZ SOTO A, PASTOR MONDEJAR C, SALAR VALVERDE I, SANCHEZ BLAYA A, REDONDO RENTERO L, CABALLERO REQUEJO C, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITAIO REINA SOFIA. AVDA INTENDENTE JORGE PALACIOS 1. MURCIA

OBJETIVOS
Asignar un nivel de riesgo a preparaciones estériles de antiinfecciosos mediante la matriz de riesgo que proporciona la Guía de buenas prácticas de preparación(GBPP) estableciendo las recomendaciones y condiciones óptimas de preparación y conservación para planificar la transferencia progresiva de la preparación de antiinfecciosos desde las unidades de hospitalización(UH) a la Unidad de Mezcla Intravenosas(UMI) del Servicio de Farmacia(SF).

MEJORAS ESPERADAS
1.Minimizar riesgos atribuidos a la manipulación de mezclas intravenosas en UH.
2.Ampliar el plazo de validez de las preparaciones.
3.Reducir carga de trabajo de enfermería de las UH.

DISEÑO
Se formó un grupo de trabajo para establecer el circuito de funcionamiento de la UMI y para toma de decisiones sobre las condiciones de preparación idóneas de mezclas intravenosas aplicándola a fármacos de gran relevancia en el medio hospitalario.

CIRCUITO Y ETAPAS
1)Selección de los antiinfeciosos disponibles en nuestro hospital.
2)Documentación y revisión de recomendaciones existentes en la bibliografía (consulta a laboratorios, fichas técnicas, guías de administración parenteral y base de datos Stabilis.org).
3)Diseño de base de datos con la información: principio activo, presentación, envase, fármaco acondicionado por la industria para administrar directamente, estabilidad microbiológica a temperatura ambiente/nevera y nivel de riesgo.
4)Revisión de estabilidad físico-química.
5)Analizar nivel de riesgo con el modelo propuesto por la GBPP.
6)Establecer condiciones de preparación, conservación y plazos de validez.

IMPLANTACIÓN
Se encuentra en fase de aprobación por parte de la dirección del centro para permitir ampliación de recursos materiales y humanos.

RESULTADOS
A partir de la guía farmacoterapéutica se seleccionó en total 51 principios activos (83 marcas comerciales) del grupo terapéutico J (antiinfecciosos vía general uso sistémico).
Se realizaron, un total de 51 matrices de riesgo informatizadas. La matriz se hizo por partida doble, según la preparación se realizara en planta o en el SF.
Las mezclas de bajo riesgo con estabilidad suficiente (> 24h), para responder a los horarios de dispensación de dosis unitaria, se prepararán en el SF. Se estableció para estas mezclas una estabilidad microbiológica máxima de 30h a temperatura ambiente y 9 días en nevera, siempre que la estabilidad físico-química fuera igual o superior a este periodo.
Se decidió que las preparaciones de riesgo medio y alto, independientemente de su estabilidad físico-química, se realizarán en la UMI del SF.
Se decidió preparar fuera del SF los antibióticos con baja estabilidad y la administración en situaciones especiales, estableciendo para éstas un periodo de validez máximo de 1h y una administración máxima de 12h desde su elaboración.
De 51 antibióticos revisados: 39 son susceptibles de prepararse en la UMI, 7 van acondicionados por la industria para administración directa y 5 se prepararán en planta por corta estabilidad. De 39 fármacos con preparación en la UMI: 19 se prepararán de forma programada por tener un periodo de estabilidad prolongado y 20 se prepararán bajo pedido por paciente, preparándose la primera dosis en la unidad de enfermería y las posteriores desde el SF.

LIMITACIONES
Validar la factibilidad del proyecto mediante un estudio piloto.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Es posible centralizar la preparación de mezclas intravenosas en el SF para minimizar riesgos asociados a su manipulación. Las UMI aminoran el peso económico, pues optimiza la utilización de recursos.

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

1267. EL TÉCNICO EN FARMACIA COMO GARANTE DEL CONTROL DE TEMPERATURA EN LOS ENVÍOS DE TELE-FARMACIA

AUTORES
MESA JIMENEZ A, VÁZQUEZ REAL M, GUARINO PANTIÓN DM, GUZMÁN MARTÍNEZ L, DE LA CUADRA BARCELÓ M, PAVÓN MÉNDEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. AVENIDA DOCTOR FEDRIANI, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS
La adecuada conservación de los medicamentos en los envíos de Telefarmacia es indispensable para asegurar la eficacia y seguridad de éstos. El Técnico en Farmacia es un eslabón más en los equipos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH), entre cuyas funciones se encuentra asegurar el uso adecuado de los medicamentos. El objetivo es monitorizar, analizar y detectar desviaciones de temperatura de los envíos de medicamentos de conservación entre 2 y 8 °C (MT) y los de conservación a < 25 °C (MTA) realizados a través de Telefarmacia, así como identificar puntos de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional prospectivo en el que se analizaron envíos aleatorios de medicación con destino a Oficina de Farmacia, así como al domicilio del paciente, mediante dispositivos de control de temperatura Tempmate®, en el período comprendido entre junio y septiembre de 2020. Se registraron distintas variables: distancia desde el Hospital hasta el lugar de destino, medicamento, precio del medicamento, temperaturas máxima, mínima y media.

RESULTADOS
Se monitorizó la temperatura de 169 envíos, de los cuales 21 (12,43%) sufrieron desviación en algún momento desde su preparación en el SFH hasta su entrega. De estas 21 desviaciones, 6 (28,57%) correspondieron a MTA. La distancia media de los envíos con desviación fue de 21,49 (± 32,99) km. La temperatura máxima alcanzada para los MTA fue de 30,92 (± 0,81) °C, y para los MT fue de 26,81 (± 3,52) °C. Para los MT la temperatura mínima media fue de 1,55 (±0,74) °C. El tiempo medio fuera del rango óptimo de conservación fue de 18,65 (± 8,46) horas en el caso de los MTA, y de 62,01 (±211,72) horas en los MT. El coste total de los envíos con desviación supuso un importe de 21.043,49 euros. Tras comprobar las fichas técnicas de los medicamentos correspondientes a los envíos con desviación, y a los laboratorios en los casos de duda, se identificaron 12 medicamentos no válidos, equivalente a un coste de 14.205,71 euros. Se identificaron puntos críticos de mejora en la permanencia de los envíos en los vehículos de reparto, así como en el protocolo de manipulación dentro de los almacenes distribuidores. Igualmente, se detectaron posibles mejoras en los procedimientos de preparación de MT.

CONCLUSIONES
Gracias al control de temperatura de los envíos, y la colaboración de los Técnicos en Farmacia de distintos niveles de Atención Sanitaria, se pudieron identificar desviaciones en la conservación de medicamentos MT y MTA, detectando medicamentos no aptos para su uso. Además, la monitorización continua de las temperaturas permitió detectar y corregir errores en los procedimientos de envío.

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

1271. GUIA DE INTERCAMBIO PARA LA DISPENSACIÓN SEGURA A PACIENTES CON FENILCETONURIA: RIESGO DE LOS MEDICAMENTOS CON EL EXCIPIENTE ASPARTAMO

AUTORES
HATHIRAMANI SÁNCHEZ M, PIZARRO DOMÍNGUEZ C, MAJUELOS AICART L, RUBIO ALMENDÁRIZ C, HARDISSON DE LA TORRE A
HOSPITAL DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN. BARRANCO DE LA BALLENA S/N. LAS PALMAS

OBJETIVOS
Diseño de una guía de intercambio para la dispensación segura de medicamentos a pacientes con fenilcetonuria.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se obtuvo de la Base Datos de Información Sanitaria del Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos (BOT plus) un listado de los medicamentos comercializados en España que contuvieran aspartamo (excipiente de declaración obligatoria que contiene una fuente de fenilalanina) en su composición. Se revisaron las fichas técnicas publicadas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) y del BOT plus. De los 583 medicamentos comercializados en España que utilizan aspartamo como edulcorante, nos quedamos con 484 pues descartamos las especialidades que se presentaban en envases con distinto número de comprimidos o ,en caso de presentaciones líquidas, las que contenían distinta cantidad de mililitros, quedándonos para el estudio sólo con una presentación. Para la elaboración de la guía se buscaron las alternativas seguras, sin aspartamo, para pacientes con fenilcetonuria.

RESULTADOS
Clasificando estos 484 medicamentos por grupos terapéuticos observamos que los 5 grupos mayoritarios corresponden con: N05A antipsicóticos, R03D otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias, M01A productos antiinflamatorios y antireumáticos no esteroideos, N02C preparados antimigrañosos y el A12A calcio. Tras analizar los 484 medicamentos y buscar las alternativas seguras para la elaboración de la guía de intercambio, se encontró que en todos los casos existía un medicamento con el mismo principio activo, pero sin aspartamo, correspondiendo en la mayoría de ellos con un cambio de forma farmacéutica o simplemente cambio de laboratorio fabricante. En algunos casos había que ajustar las dosis, ya que el cambio de forma farmacéutica impedía administrar con exactitud la misma cantidad de principio activo. Atendiendo a las formas farmacéuticas, más de la mitad correspondían a comprimidos bucodispersables en sus distintas variedades (bucodispersables, dispersables o liofilizados) suponiendo 56,8% del total. Los porcentajes para las otras formas farmacéuticas que utilizan aspartamo en su composición se reparten de la siguiente manera: comprimidos masticables 18,4%; sobres 15,3%; líquidos orales (suspensión oral, solución oral o jarabes) 3,1%; comprimidos efervescentes 2,3%; comprimidos 2,3%; comprimidos para chupar 1,4%; comprimidos solubles 0,2%.
Se observa que los comprimidos bucodispersables que pertenecen al grupo N05A, casi con toda seguridad, contienen aspartamo en su composición y, por ello, precisan de intercambio para su uso seguro en pacientes fenilcetonúricos. La guía que se propone en este estudio evita la inseguridad del excipiente aspartamo en la dispensación a pacientes con fenilcetonuria.

CONCLUSIONES
Aunque los medicamentos formulados con aspartamo como excipientes son una minoría respecto al total de las referencias autorizadas en España y, en la guía de nuestro hospital de los 484 estudiados existe un 2,6%, su uso debe realizarse con seguridad evitando su prescripción y dispensación en pacientes con fenilcetonuria. Esta guía de intercambio de especialidades con aspartamo supone una herramienta de trabajo de fácil uso en la asistencia a pacientes con fenilcetonuria tanto a nivel hospitalario como en la farmacia comunitaria y atención primaria.

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

1284. ESTRATIFICACIÓN DE ENVÍOS INFORMADOS DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA MÁS ALLA DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS

AUTORES
DÍAZ RUIZ P, VERA CABRERA M, MERINO ALONSO J, GONZÁLEZ CHÁVEZ J, SUÁREZ GONZÁLEZ M, GONZÁLEZ GARCÍA I, DÍAZ DÍAZ L, DE LEÓN GIL A
HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA. CALLE DE ADELANTADO, 23. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
En marzo 2020 se comenzó con la entrega informada de medicación a domicilio (EIMD) sufragada inicialmente por la Sociedad Española de farmacia Hospitalaria y posteriormente por nuestro hospital.
Con el fin de darle continuidad a la EIMD financiada de forma indefinida se propuso a la dirección del hospital un modelo de estratificación de pacientes para optimizar y consolidar esta prestación hospitalaria.
El objetivo es analizar los resultados de la estratificación utilizada para EIMD fuera del periodo de confinamiento.

MEJORAS ESPERADAS
Distribución racional y objetiva del recurso de EIDM con el fin de justificar su uso a la dirección hospitalaria y garantizar la continuidad del mismo más allá de la pandemia por SARS-COV-2, como una prestación asistencial continua.

DISEÑO
Se analizó el conjunto de pacientes más frágiles y se establecieron diversos criterios de inclusión para esta prestación:
Criterios clínicos:
• Inmunodeprimidos
•. Movilidad reducida o discapacidad.
• Patología respiratoria compleja: asma grave, fibrosis pulmonar idiopática, bronquiectasias, fibrosis quística.
• Aislamiento domiciliario con sospecha o confirmación de infección por SARS-COV-2.
Criterios sociodemográficos:
• Mayores de 65 años
•. Riesgo de exclusión social
• Municipios alejados del hospital
• Necesidad de utilizar varias conexiones de transporte público.
Criterios relacionados con el tratamiento:
• El peso del envío no debe superar los 5 kilogramos.
Criterios de exclusión:
Pacientes que tuviesen que acudir al hospital por cualquier motivo.
Preferencia del paciente por acudir al centro o utilizar otros sistemas de dispensación habilitados (Turno de tarde o dispensación en centro de especialidades dependiente del hospital)

CIRCUITO Y ETAPAS
Análisis de los EIDM en el periodo de confinamiento
Determinar los nuevos criterios de inclusión
Comenzar a aplicar la estratificación en cada una de las citas para envío

IMPLANTACIÓN
Se inició la nueva estratificación al finalizar el periodo de confinamiento, a partir de junio 2020.
En este proceso participan 2 farmacéuticos especialistas,1 residente y 1 auxiliar administrativo.
Se utilizan 2 agendas cuya actividad consta en la Historia Clínica Electrónica:
. Programación de EIDM
- Atención farmacéutica telemática

RESULTADOS
Se han realizado 1835 EIDM a un total de 425 pacientes, con mediana de 2,8(15-1) envíos/paciente en los 10 meses de análisis (junio 2020-marzo 2021)
La distribución por patologías de los pacientes que cumplían criterios de inclusión fueron:
esclerosis múltiple (24,9%), otras inmunomediadas (22,7%), fibrosis pulmonar idiopática (9,8%), Enfermedad renal crónica (8,6%), virus en la inmunodeficiencia humana (6,8%), hipertensión pulmonar arterial (5,6%), patología oncohematológica (4%), esclerosis lateral amiotrófica (3,8%), otros inmunodeprimidos (3,3%), infección por virus de hepatitis B (3,5%), migraña (3,1%), y otras patologías (3,9%).
El 35,3% de los pacientes cumplió criterio de edad mayor a 65 años y/o riesgo de exclusión social.
Respecto a la distribución geográfica: el 34,5% de los pacientes con EIDM reside a más de 60 kilómetros(km) del hospital, el 11,8% a más de 80 km. El 35,7% reside a menos de 15 km siendo este área metropolitana la más densamente poblada.
5 pacientes recibieron envíos informados por aislamiento por infección por SARS-COV-2 en este periodo.

LIMITACIONES
Para el desarrollo adecuado de este servicio es necesaria la dotación de recursos humanos y económicos específicos para ello.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Este modelo de estratificación puede aplicarse a otros servicios de farmacia que atiendan a pacientes con perfiles similares

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

91. EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON NEUMONÍA COVID-19 TRATADOS CON REMDESIVIR EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE DÍAS DE SÍNTOMAS PREVIOS AL TRATAMIENTO

AUTORES
TEJADA MARÍN D, JUANBELTZ ZURBANO R, RIVERO MARCOTEGUI M, SAN MIGUEL ELCANO R, CALVO ARBELOA M, RODRÍGUEZ ESQUÍROZ A, PINO RAMOS A, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. CALLE IRUNLARREA 3. NAVARRA

OBJETIVOS
Analizar diferencias en la evolución clínica de pacientes ingresados por neumonía COVID-19 que iniciaron tratamiento con remdesivir (RDV) con una evolución de síntomas ≤7 días o > 7días.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes tratados con RDV desde el 3 de julio hasta el 31 de octubre de 2020. Se estratificaron pacientes según días de evolución de síntomas previos al inicio del tratamiento con RDV (≤7 días y > 7 días). Se analizaron variables demográficas, estado clínico del paciente según la escala modificada de 6 puntos de la OMS al inicio del tratamiento, el día 7 y el día 28; estancia hospitalaria y en UCI, y mortalidad. Se realizó un análisis Kaplan-Meier para determinar si existían diferencias en días de ingreso entre ambos grupos.

RESULTADOS
Se incluyeron 92 pacientes: 52 iniciaron RDV con una evolución de síntomas ≤ 7 días y 40 > 7 días. Las características demográficas fueron similares en ambos grupos: edad media 58 años (59 vs 57 años) y 52% hombres. Aproximadamente la mitad de cada grupo presentaba 1-2 comorbilidades (50% vs 45%), siendo la obesidad (34,6% vs 37,5%) y la hipertensión (36,5% vs 20%) las más prevalentes.
Al ingreso en urgencias, los pacientes con > 7 días de síntomas presentaban mayor frecuencia respiratoria (24,7 rpm vs 26,3 rpm), menor saturación de oxígeno (92,2 % vs 91,8%) y mayor PaO2/FiO2, (304 mmHg vs 319 mmHg).
En lo relativo a su evolución clínica, los pacientes con ≤ 7 días de síntomas mejoraron su estado clínico en un 33% en el día 7 de seguimiento (7 altas y 10 con hospitalización sin oxigenoterapia). 21 (40%) pacientes se encontraban con oxigenoterapia de bajo flujo (OBF), 9 (17%) recibían oxígeno de alto flujo (OAF)/ ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y 1 (2%) ventilación mecánica invasiva (VMI). En esa semana post tratamiento hubo 4 fallecimientos. En el día 28, se habían producido 45 altas médicas, 2 (4%) pacientes requerían VMI y 1 OBF.
Dicha evolución en el grupo de > 7 días de síntomas mostró una mejoría en un 30% en el día 7 (4 altas y 8 pacientes sin oxigenoterapia). Catorce (35%) pacientes se encontraban con OBF, 7 (17,5%) con OAF/VMNI y 7 (17,5%) con VMI. En el día 28, el 95% habían recibido el alta médica, 1 requería con OBF y otro VMI.
No hubo diferencias en el tiempo de recuperación entre los dos grupos de pacientes (mediana de días de ingreso 14,9 vs 15,2, p=0,581)
La duración media de estancia en UCI (21 vs 16 días; p=0,553), de OAF (5 vs 4 días; p=0,973) y de VMI (45 vs 16 días; p=0,054) fue mayor para el grupo de ≤7 días de síntomas.

CONCLUSIONES
Los pacientes con mayor número de días de evolución de síntomas presentaban mayor gravedad al ingreso en urgencias, pero requirieron menor duración de OAF o VMI. Sin embargo, no hubo diferencias en días de ingreso iniciando RDV de manera más temprana (≤7 días de síntomas) o más tardía (> 7 días).

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

95. GANCICLOVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA REACTIVACIÓN DE CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CRÍTICOS CON SARS-COV-2

AUTORES
PAU PARRA A, VARON GALCERA C, ROCH SANTED M, TERRADAS CAMPANARIO S, GÓMEZ DOMINGO MR, GORGAS TORNER MQ, DOMÉNECH MORAL L
HOSPITAL VALL D'HEBRON. Pº VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS
La infección por COVID-19 puede desencadenar un síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), asociada a un estado hiperinflamatorio con manifestaciones multisistémicas y riesgo incrementado de coinfecciones bacterianas, fúngicas y víricas. El objetivo del estudio es describir la reactivación de citomegalovirus (CMV) en pacientes críticos con infección por COVID-19 y su tratamiento con ganciclovir.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo en el que se incluyen pacientes con COVID-19 ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel y que fueron tratados con ganciclovir por reactivación de CMV, entre marzo 2020 y abril de 2021. Se recogieron retrospectivamente variables demográficas, clínicas y analíticas, y el tratamiento farmacológico, a través del programa clínico Centricity Critical Care®. Las variables continuas se expresan como medianas (rango intercuartílico) y las variables categóricas como porcentaje (número de casos).

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes, de los cuales el 85% (17/20) eran hombres, con una mediana de edad de 57,0 (51,0–61,0) años. El 30% (6/20) eran obesos (IMC > 30 Kg/m2) y el 25% (5/20) presentaba un estado de inmunosupresión previo al ingreso: 3 trasplantados de órgano sólido, 1 trasplantado de progenitores hematopoyéticos y 1 paciente con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El 95% (19/20) requirió ventilación mecánica (VM) y el 40% (8/20) oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO). La estancia hospitalaria fue de 53,0 (47,0–97,0) días y en UCI de 51,0 (40,0–73,0) días. El APACHE II al ingreso en UCI fue 14,0 (9,0–20,0).

Los parámetros analíticos al ingreso en UCI fueron: leucocitos 9,0 (7,5–11,9) x109/L, linfocitos 0,9 (0,6–1,4) x109/L, proteína C reactiva 18,6 (9,1–30,8) mg/dL, ferritina 1664,0 (839,0–2767,0) ng/mL, interleukina-6 (IL-6) 187,0 (91,8–334,7) pg/mL y lactato deshidrogenasa 494,0 (413,0–772,5) UI/L. Durante el ingreso, el valor pico de IL-6 fue 650,7 (301,3–1612,0) pg/mL y el mínimo de linfocitos 0,3 (0,3–0,5) x109/L. El 80% (16/20) recibió tratamiento con corticoides previo a la reactivación de CMV.

El 25% (5/20) presentó sólo viremia por CMV en sangre, el 20% (4/20) sólo replicación en lavado broncoalveolar (BAL) y el 55% (11/20) en ambos, con un máximo de copias en sangre de 4.399 (2.224–15.723) UI/mL y en BAL de 4.063 (1.177–17.556) UI/mL. La replicación se evidenció a los 24,0 (18,0-32,0) días de ingreso.

La dosis estándar de ganciclovir fue de 5 mg/kg/12h, reduciéndose la dosis por insuficiencia renal en el 45% (9/20) e incrementándose por niveles plasmáticos infraterapéuticos en el 10% (2/20) de los pacientes. Se trataron hasta negativización o exitus, con una duración de tratamiento de 11,0 (6,0–14,0) días.

En cuanto a las complicaciones, el 75% (15/20) presentó neumonía asociada a VM, el 70% (14/20) bacteriemia y el 40% (8/20) shock séptico, con una mortalidad del 55% (11/20). Un paciente presentó síndrome de Guillain-Barré.

CONCLUSIONES

Los pacientes con enfermedad grave por COVID-19 pueden presentar alteraciones inmunológicas, como linfopenia, lo que puede favorecer la reactivación de CMV. Además, el uso de corticoides y el estado de inmunosupresión previo aumentan la susceptibilidad a infecciones oportunistas, como el CMV. La relevancia clínica de esta replicación es dudosa, especialmente en muestras respiratorias, aunque se decidió tratar a los pacientes dada su vulnerabilidad.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

127. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE CRÍTICO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORES

FERNÁNDEZ OLIVEIRA C, ALBIÑANA PÉREZ S, SALVADOR GARRIDO MDP, ROTEA SALVO S, MARTÍNEZ PRADEDA A, FEIJOO VILANOVA P, GIMÉNEZ ARUFE V, MARTÍN HERRANZ MI

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

La inestabilidad del paciente y sus continuos cambios de tratamiento son retos para desarrollar la atención farmacéutica (AF) en las unidades de críticos (UC), actividad cuya complejidad se ha visto agravada con la irrupción de la pandemia de COVID-19. Los objetivos del trabajo son: 1) Describir las actuaciones desarrolladas por el Servicio de Farmacia (SF) en las UC durante este periodo; 2) Analizar las intervenciones farmacéuticas realizadas en el proceso de validación farmacéutica y valorar su grado de aceptación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 12 meses de duración (marzo/2020-febrero/2021). Se incluyen las actividades de gestión logística y del conocimiento desarrolladas desde el SF, así como todas las intervenciones farmacéuticas realizadas a través del aplicativo de prescripción electrónica asistida (PEA) al paciente crítico. Para ello, se lleva a cabo un análisis individual de cada propuesta, realizada telefónicamente o a través de la mensajería disponible en el sistema, se establece su agrupación según el tipo de error detectado según la clasificación actualizada de errores de medicación del grupo Ruiz-Jarabo 2000, y se analiza el grado de aceptación de las recomendaciones. Se realiza un análisis descriptivo de las intervenciones realizadas.

RESULTADOS

En el periodo de seguimiento se crearon 67 camas de críticos COVID-19, adicionales a las 32 inicialmente asignadas en marzo/2020, y distribuidas en 3 localizaciones físicamente separadas.

El incremento de la demanda asistencial implicó: adaptación del inventario de los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos (SADME) preexistentes a las nuevas necesidades, o bien, donde no se disponía de esta tecnología, implantación de un sistema de dispensación individualizada para cada paciente junto con la estandarización de los medicamentos y cantidad a disponer como reposición; formación del personal en el programa de PEA y en el manejo de los SADME; creación de nuevos circuitos de reposición y dispensación, así como elaboración centralizada de 3 mezclas intravenosas (medicamentos de alto riesgo -cisatracurio, midazolam, midazolam/fentanest- y fórmulas magistrales de gran volumen-solución. Ingresaron 266 pacientes, de 65±12 años. Se realizaron 1275 intervenciones farmacéuticas motivadas por: dosis incorrecta: 22,7% (infradosificación: 72%); prescripción inadecuada: 22,4% (duplicidad: 46,6%; medicación inapropiada según contexto clínico del paciente: 30,9%; contraindicación/alergia: 11%; no indicación: 3,5%; otros: 8%); omisión dosis/posología: 14,7%; posología incorrecta: 8,5%; forma farmacéutica errónea: 9,2%; duración incorrecta: 6,7%; otros: 15,8%. Fueron aceptadas el 80,2% de las propuestas formuladas.

CONCLUSIONES

Este estudio recoge la actividad clínica diaria del farmacéutico en UC. A pesar de la dificultad para realizar el seguimiento continuado, debido al creciente número de pacientes y elevada la carga asistencial de los profesionales en estas unidades, el número de intervenciones y su grado de aceptación ponen de manifiesto el valor añadido de la AF. La implantación

de la PEA contribuyó a mejorar la seguridad e incrementar la comunicación inter-facultativos mediante el sistema de mensajería; los SADME permitieron dar soporte logístico al incremento de la demanda asistencial garantizando la seguridad, y la nueva gestión organizativa, protocolización, estandarización y elaboración centralizada de mezclas intravenosas permitió maximizar la seguridad conciliando la carga asistencial incrementada del personal de enfermería.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

249. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON EL SERVICIO DE TELEFARMACIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES
CIUDAD GUTIÉRREZ P, DEL VALLE MORENO P, ROBUSTILLO CORTES MDLA, FERNÁNDEZ RUBIO B, LOBATO PARRA S, DOMINGO FIGUERAS A
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. AVENIDA MANUEL SIUROT. ALMERÍA

OBJETIVOS
En Marzo de 2020 se decretó la pandemia por SARS-COV-2 a nivel internacional. Desde ese momento, se han puesto en marcha estrategias de telefarmacia para facilitar el acceso a la población de fármacos de dispensación hospitalaria y realizar atención farmacéutica no presencial. Por ello, el objetivo de este estudio fue evaluar el grado de satisfacción de los pacientes que recibieron medicación a domicilio a través del Servicio de Telefarmacia de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional prospectivo en el que se realizaron encuestas telefónicas anónimas y voluntarias a pacientes subsidiarios del Servicio de Telefarmacia entre los meses de Marzo y Abril de 2021.
Las variables recogidas fueron: edad, sexo y servicio médico al que pertenece el paciente. Para valorar el grado de satisfacción con el servicio de telefarmacia se elaboró un cuestionario que incluía los siguientes ítems: aviso sobre los días de entrega, el tiempo de espera hasta recibir la medicación en el domicilio, las condiciones en las que recibe la medicación, amabilidad y cortesía del Servicio de Farmacia y satisfacción global con el Servicio de Telefarmacia. La calificación fue entre 1 y 5 puntos, siendo 5 puntos la puntuación máxima y 1 punto la mínima.
La variables cuantitativas se expresaron con medias ± desviación estándar y medianas junto con rango intercuartílico en el caso de distribución asimétrica; las variables cualitativas se expresaron con frecuencias y porcentajes (SPSS 22.0 statistical package Windows).

RESULTADOS
Se realizaron 67 encuestas telefónicas, siendo el 65,67% mujeres, con una mediana de edad de 70 años (rango:33-95). 37 pacientes pertenecían al Servicio de Nefrología, 8 al servicio de Hematología, 6 al Servicio de Neurología, 4 al Servicio de Neumología, 4 al Servicio de Digestivo Convencional, 2 al Servicio de Enfermedades Infecciosas, 2 por el Servicio de Oncología Médica, 2 por el Servicio de Cirugía General, 1 por el Servicio de Urología General y otro paciente por el Servicio de Cardiología.
La mediana de puntuación recibida en todas las preguntas fue de 5 puntos (máxima satisfacción). La satisfacción general con el servicio de telefarmacia tuvo una media de puntuación de 4.96±0.21, seguido de la amabilidad y cortesía del servicio de farmacia (4.94±0.49) y las adecuadas condiciones en las que los pacientes reciben la medicación (4.94±0.24). Se valoró el aviso sobre los días de entrega con una media de puntuación de 4.82±0.69. Finalmente, el ítem con menor puntuación fue el tiempo de espera hasta recibir la medicación con una media de 4.76±0.58. La sugerencia más repetida en los pacientes (16,75%) fue conocer con mayor exactitud el horario de entrega de medicación en el domicilio.

CONCLUSIONES
Los pacientes subsidiarios del Servicio de Telefarmacia muestran un alto grado de satisfacción con el envío de medicación a domicilio y con la atención recibida por el Servicio de Farmacia. Sería recomendable una mayor precisión en el horario de entrega de medicación como oportunidad de mejora del Servicio de Telefarmacia.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

285. LA TÉCNICO DE FARMACIA COMO GESTORA DEL ENVÍO DE LA MEDICACIÓN HOSPITALARIA DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA A FARMACIA COMUNITARIA

AUTORES
MONCLÚS VILARROIG L, SERRANO JURADO E, TADEO SOLACHE A, PLA ARREBOLA L, LÓPEZ MARTÍNEZ R, MULLERA MARTI M
FUNDACIÓ PUIGVERT. CARRER CARTAGENA 340-350. BARCELONA

OBJETIVOS
A raíz de la pandemia de SARS-CoV-2 surgió la necesidad de hacer llegar al paciente la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA) limitando su desplazamiento al hospital.
El Col•legi Oficial de Farmacèutics (COF) de Catalunya, los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SF) y el almacén de distribución farmacéutica Fedefarma pusieron en marcha en abril de 2020 un circuito extraordinario de envío de MHDA desde los SF hasta las farmacias comunitarias de toda Cataluña adheridas al programa.
El objetivo de este estudio es describir el proceso de envío de MHDA a la farmacia comunitaria por una técnico de farmacia (TF).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo descriptivo realizado desde el 1 de enero hasta el 30 de abril de 2021 sobre la gestión de envíos de MHDA que realiza una TF en un hospital monográfico de referencia.

El TF recibía las prescripciones médica en papel, previa visita médica telemática al paciente, donde constaban sus datos personales, medicamento, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y la necesidad o no de envío a farmacia comunitaria. La TF se ponía en contacto telefónico con el paciente, que había dado su consentimiento verbal para participar en el circuito, para preguntarle la oficina de farmacia (OF) elegida para enviar la MHDA. Después de la validación farmacéutica, la TF consultaba el curso clínico para verificar todos los datos e introducirlos en el aplicativo informático de gestión de envíos de MHDA del COF. Para cada envío se generaba una etiqueta de envío. La MHDA se empaquetaba en un sobre opaco garantizando la confidencialidad del paciente y de acuerdo con sus condiciones de conservación. Durante todo el proceso es la TF quién se encargaba de gestionar y resolver los problemas logísticos que pudieran ocurrir y, en caso de duda, se consultaba con la farmacéutica adjunta. La farmacéutica dejaba constancia del envío de medicación en el curso clínico del paciente.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado se realizaron 627 envíos de MHDA a OF, siendo la media de 8 envíos diarios. El 63,16% de los medicamentos enviados fueron estimulantes de la eritropoyesis. El resto correspondían principalmente a calcimiméticos, antiinfecciosos y citostáticos orales. Desde el inicio del circuito nuestro SF realizó envíos a 550 pacientes.

CONCLUSIONES

Gracias a la participación del TF en este circuito se evitan desplazamientos de aquellos pacientes frágiles o que residen lejos del hospital. La seguridad de la dispensación se mantiene gracias a la revisión del curso clínico y al contacto telefónico con el paciente.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

312. FARMACOTERAPIA EN EL SINDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO VINCULADO A SARS-COV2. ¿INFLUYEN LOS PARÁMETROS INFLAMATORIOS EN EL AVANCE DE LAS LINEAS TERAPÉUTICAS?

AUTORES

RANZ ORTEGA P, AGUÍ CALLEJA AM, GONZALEZ ANDRES D, POZAS DEL RIO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NIÑO JESÚS. AVENIDA MENÉNDEZ PELAYO 65. MADRID

OBJETIVOS

A raíz de la pandemia por SARS-CoV2, se ha descrito un número de casos en población pediátrica con un síndrome inflamatorio sistémico con infección activa o reciente (SIM-PedS), caracterizado por hiperinflamación sistémica, alteraciones gastrointestinales y disfunción miocárdica.
El manejo farmacoterapéutico se basa en otras patologías con características similares. Se recomienda un uso escalonado del tratamiento inmunomodulador en función de la clínica y gravedad, no definiéndose ningún parámetro clínico objetivo para el avance de las líneas terapéuticas.
El objetivo es analizar la farmacoterapia en el manejo de esta nueva patología, el SIM-PedS, así como determinar si algún parámetro analítico de inflamación ha influido en el avance de las líneas terapéuticas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de SIM-Peds hasta marzo 2021.
Las variables recogidas fueron: demográficas, infección por SARS-CoV2, parámetros analíticos inflamatorios, así como los fármacos utilizados y su posología. La información se obtuvo a través de la historia clínica electrónica HCIS®.
Se evaluó la relación entre los parámetros analíticos inflamatorios y el avance hacia la segunda línea terapéutica, las inmunoglobulinas intravenosas (Igs), mediante una prueba exacta de Fisher y una prueba de tendencia lineal.
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, 56,3% varones, cuya edad media fue de 10,5 años (SD=3,3).Su estancia media fue de 8,1 días(SD=2,5). 93,3% tenían anticuerpos IgG+; mientras que 18,8% tenía infección activa en ese momento.Sólo en un paciente no se terminó infección activa ni IgG+.
El 43,8% de los pacientes recibieron tratamiento con Igs a una dosis media de 1,97gramos/kg durante 1 ó 2 días. Todos los pacientes recibieron tratamiento con corticoides por vía intravenosa a una dosis media de 1,8mg/kg/día con una duración media de 8,1 días. Según la evolución clínica se realizó la desescalada de dosis y el paso a vía oral. Ningún paciente recibió tratamiento con otros inmunosupresores.
El 87,5% recibieron tromboprofilaxis con heparinas de bajo peso molecular. Dos pacientes recibieron tratamiento con ácido acetilsalicílico a dosis antiagregantes de 3mg/kg por síndrome de Kawasaki-like.
Los parámetros analíticos inflamatorios en los pacientes que recibieron la segunda línea terapéutica, fueron: dímero D (mediana=3,34 mg/L; interleucina 6 (99 pg/ml); ferritina (741 ng/ml); fibrinógeno (554 mg/dl); PCR (21.1 mg/dl) y Procalcitonina (3.1 ng/ml).
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre parámetros analíticos inflamatorios de dímero D > 3mg/L (p=0.358); IL6 > 85 pg/ml (p=0.603); Ferritina > 120 ng/ml(p=1,00);Fibrinógeno > 400 mg/dl (p=0.262); PCR > 20 mg/dl (p=0.308); PCT > 0.5 ng/ml(p=1,00); PCT > 5 mg/ml (p=0.780) y la administración de Igs . Sin embargo, se observa que a mayores valores de dímero D ($p < 0.05$) y PCR ($p < 0.05$), es más probable la administración de Igs.

CONCLUSIONES

- El avance de las líneas terapéuticas se ha realizado teniendo en cuenta criterios clínicos más que parámetros analíticos de inflamación.
- El aumento del dímero D y la PCR podrían condicionar el avance de las líneas terapéuticas.
- Son necesarios análisis posteriores para evaluar el resto de las líneas terapéuticas, como otros inmunosupresores.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

324. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UNA UNIDAD DE NUTRICIÓN PARENTERAL DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS Y COSTE ASOCIADO

AUTORES
CANDELA BOIX MR, FUERTE NAVARRO A, BEJERANO MARTÍNEZ M, TALENS BOLOS A, HERNÁNDEZ PRATS C, SÁNCHEZ-PACHECO TARDÓN L, BUJALDÓN QUEREJETA N, RODRÍGUEZ SAMPER MC
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA. CARRETERA DE ELDA A SAX,7. ALICANTE

OBJETIVOS
Describir el perfil del paciente crítico con infección por coronavirus que requirió nutrición parenteral (NP), analizar la actividad asistencial de la unidad de NP del servicio de farmacia, y calcular el coste de las nutriciones en el periodo del estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo retrospectivo que incluye pacientes críticos con infección confirmada por coronavirus tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) que han requerido NP durante el mes de enero de 2021, revisando la evolución pre y post ingreso en la unidad de críticos. Las variables recogidas son: sexo, edad, servicio, diagnóstico, número pacientes ingresados, estancia media en el hospital, estancia media en la unidad de críticos, media de duración de NP, tasa de mortalidad y % altas, coste de nutrición parenteral global (pacientes con SARS-CoV-2 y pacientes con otro diagnóstico), incremento de coste respecto a periodo no pandémico.
Los datos se han obtenido a partir del programa de prescripción electrónica de NP y de la historia clínica. Los datos referentes al coste se han obtenido del programa corporativo. El análisis estadístico se ha realizado mediante SPSS® vs21, con un análisis descriptivo de las variables dependientes e independientes del estudio.

RESULTADOS
65 pacientes precisaron NP en las unidades de críticos. El 78 % (n=50) presentaban infección por SARS-CoV-2, siendo el 80% (n=40) hombres y el 20% (n=10) mujeres, con una media de edad de 65,5 ±11,2 años. La estancia media en el hospital fue de 42,5 ±36,4 días, siendo de 32,1 ± 32,8 días en las unidades de críticos. La mayoría de las solicitudes de NP fueron de pacientes ingresados en el servicio de reanimación (90%, n=45) y sólo el 10% (n=5) fueron de cuidados intensivos. El 50% (n=25) de los pacientes con infección por SARS-CoV-2 con NP fueron exitus.
Los pacientes incluidos (n=50) precisaron un total de 1.361 nutriciones parenterales, de las cuales el 80% fueron elaboradas por el servicio de farmacia. La mediana de duración de las mismas (100 %) fue de 16 días (RIQ= 6-47) por paciente. El coste de las nutriciones parenterales solicitadas durante enero de 2021 fue de 4.876 €, mientras que en el mismo mes del año anterior fue 672 €, suponiendo un incremento del gasto de 4.204 €. 65 pacientes requirieron NP en enero de 2021 y supuso un coste por paciente de 76,02 €. Sin embargo, el año anterior tan solo 17 pacientes precisaron NP y el coste por paciente fue de 39,53€.

CONCLUSIONES
Los pacientes críticos diagnosticados de coronavirus con NP son mayoritariamente hombres, la edad media de la muestra es de 65,5 ±11,2 años y presentan estancias prolongadas y elevada mortalidad. La pandemia ha supuesto un incremento en la actividad asistencial en el área de NP y del coste en NP consumidas por las unidades de críticos como consecuencia del aumento del número de ingresos y de las estancias de los pacientes. El coste por paciente en 2021 fue muy superior por la utilización distintos tipos de nutriciones individualizadas cuyo coste es superior a las que se utilizaron en 2020.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

352. PREPARACIÓN DE PRUEBAS CUTÁNEAS DE POLISORBATO 80 PARA DIAGNÓSTICO DE ALERGIA A VACUNAS COVID-19

AUTORES
ALBANELL FERNÁNDEZ M, BALLESTEROS CABAÑAS GI, ARANDA CORTES L, ESCOLA RODRÍGUEZ A, CEAMANOS RENOM S, GONZÁLEZ GARCÍA R, LÓPEZ CABEZAS MC, SOY MUNER D
HOSPITAL CLINIC. CALLE VILLAROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS
El polisorbato 80 (Tween) es un conocido alérgeno presente como excipiente emulgente, solubilizante y humectante en muchos fármacos y en las vacunas COVID-19 de AstraZeneca y Janssen. En nuestro centro, se incluye en el protocolo de pruebas cutáneas de excipientes de vacunas COVID-19 a concentración 0,04 mg/mL. Con la vacunación masiva frente a la COVID-19 prevemos un aumento de la demanda de diluciones para prick-test e intradérmicas de polisorbato 80. El objetivo del estudio es la validación del proceso de elaboración de la solución de Tween 80 0,04 mg/mL en jeringas de polipropileno, que es el envase final de conservación, para poder planificar su elaboración.

MATERIALES Y MÉTODOS
Para la preparación de la disolución partimos de polisorbato 80 (Fagron Iberica, Barcelona) y agua para inyección. Se elaboran en cabina de flujo laminar horizontal en el S.Farmacia, siguiendo técnica aséptica. Se realizan 3 diluciones seriadas (4; 0,4 y 0,04mg/mL); la última dilución se somete a filtración esterilizante y se envasa en alícuotas de 10mL en jeringas de polipropileno. El resultado final es una solución transparente, incolora sin partículas visibles, con pH medio=7,04.
Elaboramos dos lotes de 24 jeringas cada uno. De cada lote, la mitad de las jeringas se conservaron a temperatura ambiente (TA) (15-25ºC) y el resto en nevera (2-8ºC), todas fotoprotegidas de acuerdo con las indicaciones de la materia prima. Realizamos un seguimiento de las propiedades físicas, pH y esterilidad.

Inmediatamente después de la preparación (t0), día +3(t3) y día +7(t7), a ambas temperaturas, analizamos: cambio de color y/o precipitación de forma visual, turbidez por nefelometría y pH por potenciometría. Para comprobar la preservación de la esterilidad, se sembraron 10mL en cada medio de cultivo BD BACTEC para aerobios, anaerobios y hongos.

RESULTADOS

En las muestras conservadas a TA no se observó precipitación ni cambio de color. La turbidez se mantuvo estable en el intervalo: 0,06-0,07 y el pH también: 6,71-7,04.
Las muestras de nevera tampoco mostraron cambio de color ni precipitación, pero la turbidez según pasaron los días aumentó de 0,12 (t0) a 0,48 (t7), observándose el cambio a simple vista. El pH se mantuvo constante: 6,68-6,87.
Los cultivos microbiológicos fueron negativos en todas las muestras.
Las pruebas cutáneas de polisorbato 80, al partir de materia prima no estéril, se consideran preparación de alto riesgo según Guía de buenas prácticas de preparación (GBPP), así, el plazo de validez máximo asignable desde el punto de vista microbiológico no debe sobrepasar las 24h a TA o 3 días en nevera. En este caso, se asignó una caducidad de 24h a TA.
Actualmente los prick-test de polisorbato 80 (0,04mg/mL) se han utilizado en 9 pacientes, con resultado negativo en todos.

CONCLUSIONES

El seguimiento realizado indica que no hay cambios fisicoquímicos destacables a TA pero la turbidez se incrementa en las muestras refrigeradas; por tanto, asignamos una caducidad de 24h a TA. El estudio microbiológico muestra que en nuestras condiciones de trabajo se preserva la esterilidad durante 7 días. Si aumentara la demanda, plantearíamos la preparación anticipada de algunas unidades para facilitar la disponibilidad.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

357. RESULTADOS DE REMDESIVIR EN PRÁCTICA CLÍNICA: EFECTOS SOBRE LA SUPERVIVENCIA Y DÍAS DE INGRESO COMPARADOS CON EL ENSAYO CLÍNICO PIVOTAL.

AUTORES

TABERNER BONASTRE P, TORRES BONDIA F, CANO MARRÓN M, MOLINA LAZARO A, SALA PIÑOL F, MORALES PORTILLO A, MIR CROS M, SCHOENENBERGER ARNAIZ JA
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA. ALCALDE ROVIRA ROURE, 80. LLEIDA

OBJETIVOS

Remdesivir es el único antiviral autorizado de forma condicional el 3 de julio de 2020 por la Comisión Europea, para su uso en pacientes ingresados en el hospital con neumonía moderada-grave por el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-COV2) de menos de 7 días de evolución y saturación < 94%. El Ministerio de Sanidad ha establecido un protocolo farmacoclínico (Comisión Permanente de Farmacia, 08/09/2020) que requiere el registro de variables de inicio y seguimiento. El registro se inició tras establecer los criterios de uso exclusivo de remdesivir en pacientes que requerían oxigeno de bajo flujo y con una duración máxima de 5 días.
El objetivo es evaluar los efectos de la utilización de remdesivir sobre la supervivencia/mortalidad y los días de ingreso comparados con el ensayo clínico pivotal (Beigel et al).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio basado en el análisis de los datos registrados entre 1/11/2020 y 29/04/2021 en el proceso clínico remdesivir de la estación clínica de trabajo hospitalaria previamente anonimizado. Los datos de inicio se registran de forma prospectiva por el médico prescriptor y son los necesarios para autorizar el tratamiento. Los datos de seguimiento son registrados por el farmacéutico clínico una vez que el paciente es dado de alta o exitus. Las variables de inicio analizadas fueron: datos demográficos, peso, proteína C reactiva (PCR), dímero D y linfocitos en suero. Las variables de seguimiento fueron la mortalidad y/o ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI), días de ingreso hospitalario y la evolución de los parámetros analíticos. Estos datos se compararon con los resultados obtenidos en el ensayo clínico pivotal publicado por Beigel et al considerando el tiempo hasta recuperación como tiempo hasta alta hospitalaria.

RESULTADOS

En el registro de inicio se incluyeron 173 pacientes, 110 (63%) hombres, con una edad media de 67±14 años y un peso de 82±19 kilos. Los valores de PCR, dímeros D y linfocitos en la cohorte inicial fueron de 91±67mg/L, 628±1793 ng/mL y 0,97±0,70 x109/L respectivamente. Se dispuso de datos de seguimiento en 93 pacientes con tasas de mortalidad e ingreso en UCI de 11,8% y 9,7% respectivamente. De forma concomitante, el 98% de los pacientes recibió corticoides y el 35% tocilizumab. La estancia media en la cohorte de seguimiento fue de 10,5±10,3 días. Los valores finales de PCR, dímeros D y linfocitos fueron de 38±68 mg/L, 312±211 ng/mL y 1,86±3,39 x109/L respectivamente; las diferencias respecto a la cohorte inicial fueron estadísticamente significativas para PCR y linfocitos, pero no para los dímeros D.

CONCLUSIONES

La mortalidad y tiempo hasta recuperación de nuestra cohorte es similar a la descrita por Beigel et al. Al alta los pacientes consiguieron mejorar el perfil analítico relacionado con la infección vírica sin alcanzar valores de normalidad. El uso de corticoides en nuestro medio es muy frecuente comprado con el 21% referido por Beigel et al. El registro de las variables previo al inicio de tratamiento facilita la validación del tratamiento y garantiza su uso exclusivo en los pacientes que cumplen los criterios establecidos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

372. EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN LA PANDEMIA DE COVID-19

AUTORES
FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B, APARICIO CARREÑO C, GANDARA ANDE A, FÓRNEAS SANGIL A, MARTÍNEZ-MÚGICA BARBOSA C, BARBAZÁN VÁZQUEZ FJ, DURÁN ROMÁN C, RODRÍGUEZ DE CASTRO B
HOSPITAL DE CABUEÑES. CALLE LOS PRADOS 395. ASTURIAS

OBJETIVOS
Comparar el coste farmacéutico por ingreso y estancia en la segunda y tercera ola de la pandemia por coronavirus (COVID-19). Determinar qué grupos terapéuticos lideran el gasto y si la tendencia cambia con el avance de la pandemia.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se trata de un estudio descriptivo observacional transversal llevado a cabo en un hospital de tercer nivel. Se seleccionaron los pacientes ingresados por COVID-19 en una planta de cuidados no intensivos (no-UCI) en los días de máxima incidencia de la segunda y tercera ola (14/11/2020 y 30/01/2021, máxima incidencia acumulada a 7 días según el Observatorio de Salud del Principado de Asturias). Se calculó el coste total del ingreso para cada paciente, como gasto farmacéutico desglosado por grupo anatómico, terapéutico, químico (grupo ATC). Los costes se calcularon en base al precio de venta libre de los medicamentos (PVL).Se tuvo en cuenta el tiempo de ingreso (nº estancias). Los datos se recogieron con el programa informático Farmatools®.

RESULTADOS
Se incluyeron 40 pacientes, 18 correspondientes a la primera ola y 22 correspondientes a la segunda. La estancia media se duplicó de la segunda a la tercera ola (15 y 31 días respectivamente). El coste por ingreso creció también de manera proporcional (1036,13€ y 2188,49€) y el coste por estancia se mantuvo estable (68,04€ y 70,72€). El grupo J (antiinfecciosos de uso sistémico, clasificación ATC) supuso un 35,39% del gasto en los pacientes de la segunda ola y un 43,11% del gasto en los de la tercera. El grupo L, en el que se encuentra el tocilizumab (agentes antineoplásicos e inmunomoduladores, clasificación ATC) supuso un 38,65% del gasto en los pacientes de la segunda ola y un 17,62% del gasto en los de la tercera. Sin embargo, y teniendo en cuenta que el tocilizumab se administra en dosis única por paciente y que las estancias se habían duplicado de la segunda a la tercera ola, el coste del grupo L/ingreso se equipara en ambas olas: 400,45€ y 387,77€ respectivamente.

CONCLUSIONES
El coste farmacéutico ajustado por estancia en los pacientes ingresados por COVID-19 durante los picos de la segunda y tercera ola es equiparable. De la misma manera, el desglose por grupos terapéuticos apenas varía si se tiene en cuenta la duración de los ingresos. Los grupos terapéuticos que lideran el gasto son los antiinfecciosos (grupo J) y los inmunomoduladores (grupo L), entre los que se encuentra el tocilizumab.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

373. PROGRAMAS DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

AUTORES
MAYO CANALEJO B, PÉREZ SERRANO R, PORRAS LEAL ML, GONZÁLEZ GASCA FJ, COLMENAREJO SERRANO C, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. C/ OBISPO RAFAEL TORIJA, S/N. CIUDAD REAL

OBJETIVOS
Se ha comprobado, gracias a diversos estudios, que durante las diferentes olas de la pandemia COVID-19 la prescripción y uso de fármacos antimicrobianos en pacientes COVID-19 fueron elevados, aún cuando una alta tasa de sobreinfección bacteriana era poco probable.
El objetivo del presente estudio consiste en analizar el impacto de una nueva actividad del programa de optimización del uso de antimicrobianos (PROA) durante la pandemia, en relación a la prescripción de fármacos antimicrobianos en pacientes COVID-19, en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, entre noviembre 2020 y enero 2021, que analiza la adecuación de la prescripción antimicrobiana en pacientes adultos COVID-19 ingresados, siendo excluidas del estudio las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).
Diariamente se seleccionaban los pacientes COVID-19 que llevasen prescrito algún tratamiento antimicrobiano en plantas de hospitalización, y se recogían datos relativos al tratamiento antiinfeccioso. Tras una evaluación clínica por parte de los miembros del PROA, se emitía una recomendación al servicio prescriptor, y posteriormente, se analizaba si esa recomendación había sido aceptada.
Variables recogidas: edad, sexo, servicio prescriptor, antimicrobiano, tratamiento empírico o dirigido, días de tratamiento al momento del análisis, y cultivos extraídos previamente al inicio del tratamiento (respuesta dicotómica si/no).

RESULTADOS
Se analizaron un total de 84 antimicrobianos en 64 pacientes, un 18.7% tenía prescrito dos antimicrobianos diferentes y un 6.2% tenía prescritos tres. Edad media 72.8 años, 51.6% mujeres. El servicio de Medicina Interna prescribió el 71.4%, mientras que otros servicios minoritarios fueron geriatría (9.6%), oncología (6%) o neurología (4.8%).
Los antibióticos levofloxacino y ceftriaxona fueron analizados mayoritariamente (27.4% y 26.2%, respectivamente). En menor medida, amoxicilina/clavulánico (16.7%) y piperacilina/tazobactam (10.7%). Minoritariamente se analizaron cefepima, fluconazol y clindamicina (2.4% cada uno).

Únicamente en dos ocasiones, dos antimicrobianos, vancomicina y fluconazol, se prescribieron de forma dirigida, con lo que el 97.6% de los fármacos se prescribió empíricamente. El PROA analizaba los antimicrobianos cuando llevaban prescritos una media de 3.6 días (rango 1-12); en el 45.2% de los casos, antes de 72 horas desde el ingreso. A 35 pacientes (54.7%) no se les extrajo muestras para cultivos microbiológicos antes de iniciar el tratamiento.
Del total de prescripciones, el 59.5% fueron consideradas mejorables. Principalmente se recomendó suspender (88%); en otros casos, escalar (2%), desescalar (2%), y en el 6%, se emitió otra recomendación diferente. En un 64.3% de los casos, el PROA recomendó realizar una modificación del tratamiento, y entre estos, la tasa de aceptación global fuel del 70.4%. Del 60.9% de los pacientes a los cuales se recomendó suspender el tratamiento antimicrobiano, al 20.4% se le solicitaron pruebas microbiológicas antes de que pasaran 72 horas del inicio del tratamiento, y sólo en uno de los pacientes hubo crecimiento microbiano (Enterococcus faecalis en orina).

CONCLUSIONES

Estos resultados demuestran que la utilización de fármacos antimicrobianos en pacientes COVID-19 ha sido excesiva, siendo la recomendación más habitual suspender el tratamiento. Además, la tasa de aceptación a las recomendaciones conseguida fue elevada, lo que pone de manifiesto la importancia de mantener las actividades de los equipos PROA en tiempos de pandemia.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

383. ENSAYO CLÍNICO FASE II ALCOVID-19: DATOS PRELIMIRARES SOBRE SEGURIDAD DEL ETANOL INHALADO EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2

AUTORES

CASTRO BALADO A, NOVO VELEIRO I, VÁZQUEZ AGRA N, CRESPO DIZ C, DELGADO SÁNCHEZ O, MONDELO GARCÍA C, GONZÁLEZ BARCIA M, FERNÁNDEZ FERREIRO A
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

El etanol actúa como antiséptico frente a virus con envoltura, como el SARS-CoV-2. En pacientes con un cuadro leve de infección 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, la administración de etanol en el lugar de replicación inicial podría disminuir la viremia en estadios iniciales y, consecuentemente, mejorar su pronóstico. El objetivo del trabajo es mostrar los datos preliminares de seguridad del etanol inhalado obtenidos en el ensayo clínico fase II ALCOVID-19 promovido por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un ensayo clínico fase II, aleatorizado, triple ciego y controlado con placebo (EudraCT number: 2020-001760-29). Se incluyeron pacientes institucionalizados de ≥ 65 años, con < 7 días desde la aparición de los primeros síntomas, COVID-19 confirmado por RT-PCR, ausencia de disnea y neumonía, SO2 > 93% o pO2 > 70, y frecuencia respiratoria < 25 respiraciones/minuto. Se excluyeron aquellos pacientes con función renal alterada (creatinina > 2,5 veces el límite normal (LN)), necesidad de hemofiltración, función hepática alterada (ALT o AST > 3 veces LN), bronconeumopatía crónica, epilepsia, alcoholismo y/o alergia a alcohol etílico. En el grupo experimental se administró una formulación magistral de etanol 65º vaporizado en un humectador mediante oxigenoterapia a 2 L/min (15 min/inhalación) cada 8 horas con un sistema Ventimask®, durante 5 días. En el grupo placebo se realizó el mismo procedimiento, pero con agua para preparaciones inyectables en el humectador. En ambos grupos se administró de forma concomitante el tratamiento recomendado según el protocolo de manejo clínico de los pacientes COVID-19 del Ministerio de Sanidad. Se registraron las características demográficas, factores de riesgo, alteraciones en electrocardiograma (ECG) a día +1 y +5, aparición de afectos adversos durante o después de las administraciones y se realizó la determinación plasmática de etanol a día +5.

RESULTADOS

Un total de 75 pacientes fueron aleatorizados para recibir etanol o placebo 1:1 entre octubre 2020 y febrero 2021. La media de edad fue de 83 [65-97] años, con un 32 % de hombres. El 24% presentaba enfermedad cardiovascular previa, el 72% eran hipertensos, 27% diabéticos y el 14% obesos. En la población por intención de tratar, no se registraron alteraciones en las longitudes de los intervalos PR ni QT del ECG en ninguno de los grupos. No se produjo reacción adversa alguna a nivel respiratorio ni de otro tipo durante las administraciones del etanol/placebo, ni en el periodo posterior a las mismas en ninguno grupo. Tras el periodo de tratamiento, las concentraciones plasmáticas de etanol resultaron indetectables en todos los pacientes del grupo experimental.

CONCLUSIONES

La administración de etanol por vía inhalada durante un periodo de 15 minutos cada 8 horas durante 5 días de tratamiento resultó ser segura en pacientes mayores institucionalizados diagnosticados de infección leve por SARS-CoV-2, sin producirse reacciones adversas de ningún tipo ni absorción de etanol a nivel sistémico detectable.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

411. USO DE TWITTER COMO HERRAMIENTA PARA DIFUNDIR INFORMACIÓN ACERCA DE LA SEGURIDAD DE LAS VACUNAS CONTRA EL COVID-19

AUTORES

TORROBA SANZ B, DE LORENZO PINTO A, ORTEGA NAVARRO C, FRAILE GARCÍA C, GARCÍA GONZÁLEZ X, REVUELTA HERRERO JL, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DEL DR. ESQUERDO, 46,. MADRID

OBJETIVOS
Twitter es una red social con gran impacto mundial en la que se intercambia información, ideas y comentarios. La vacunación frente al COVID-19 constituye actualmente la estrategia prioritaria para superar la pandemia por el virus SARS-CoV-2. Los mensajes y comentarios sobre las vacunas contra el COVID-19 difundidos a través de Twitter no son examinados ni revisados por fuentes autorizadas. Esto podría dar lugar a una difusión de información errónea y generar miedo, desconfianza y falta de cumplimiento de las recomendaciones oficiales por parte de los ciudadanos.
Nuestro objetivo es analizar el impacto de la difusión de información sobre la seguridad de las vacunas contra el COVID-19 en Twitter.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se analizaron todos los tweets que contenían el hashtag #sideeffects y/o #efectosadversos y las palabras "vaccine" y/o "vacuna" publicados durante el mes de marzo de 2021. Se seleccionaron los relacionados con vacunas contra el COVID-19. De cada tweet se registró el tipo de vacuna a la que hacían referencia, tipo de usuario (cuenta privada o institucional), contenido del tweet (si incluía información procedente de fuentes médicas o no), tipo de opinión (positiva, negativa o neutra), objetivo del tweet (difundir experiencia personal, experiencia de familiares, transmitir una información concreta, comunicar una opinión personal, asesorar sobre el manejo de síntomas o realizar encuestas). Para conocer el alcance de cada tweet se registró el número de retweets de cada uno de ellos.

RESULTADOS
Analizamos un total de 387 tweets. En la mayoría de los tweets (46%) no se hacía referencia a una vacuna concreta. La vacuna de Astrazeneca fue la más mencionada (30,7%), seguido de las vacunas de Pfizer (9,7%), Moderna (7,5%) y Janssen (5,2%). Apenas hubo menciones de las vacunas Covaxin (0,7%) y Sputnik (0,2%). Únicamente el (9,3%) de los tweets procedía de cuentas institucionales o públicas. El número de tweets con contenido procedente de fuentes médicas fue minoritario (0,06%). Las opiniones negativas fueron las más predominantes (40,6%), mientras que las opiniones positivas representaron el 32,8% de los tweets y las neutras el 26,6%. El 41,6% de los tweets difundidos por cuentas institucionales compartió información de carácter neutro. El objetivo predominante de los tweets fue transmitir una información concreta (39,7%) seguido de difundir una experiencia personal (27,7%) y comunicar una opinión personal (20,2%). Cada opinión negativa generó 3,1 retweets, mientras que las opiniones neutras y las positivas generaron 1,8 y 1,1 retweets, respectivamente. Cada tweet difundido con el objetivo de transmitir información originó 3,1 retweets y los que compartían una experiencia personal originaron 1,6 retweets.

CONCLUSIONES
La difusión de información en Twitter sobre la seguridad de las vacunas contra el COVID-19 se caracteriza por una limitada presencia de organismos públicos y un limitado contenido procedente de fuentes médicas. Los tweets con más divulgación son los de opinión negativa y los que pretenden transmitir una información concreta.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

444. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA DE TELEFARMACIA Y ENVIO DE MEDICACIÓN DURANTE LA PANDEMIA

AUTORES
DÍAZ RAMÓN M, MENENDEZ NARANJO L, CANO MOLINA JA, LAORDEN CARRASCO A, GOLNABI DOWLATSHAHI F, MARTINEZ IBAÑEZ MA, GIL ALMELA J, TORRO GARCIA L
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXA. CARRETERA MADRID-CARTAGENA S/N. MURCIA

OBJETIVOS
Analizar la opinión y el grado de satisfacción de los pacientes externos incluidos en el programa de Telefarmacia, basado en consultas telefónicas de Atención Farmacéutica y envío de medicación a domicilio, debido a la pandemia de SARS-COV-2.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio prospectivo de 6 meses de duración de los pacientes incluidos en el programa definitivo de telefarmacia, que incluye la comunicación con el paciente telefónicamente y el envío de medicación a domicilio. La encuesta se elaboró creando un formulario con código QR asociado, que se introdujo en el interior de cada paquete de medicación desde junio a diciembre de 2020.
La encuesta incluye 4 bloques generales: 1) datos generales: sexo, edad, tiempo de seguimiento, distancia hasta el hospital, servicio médico al que pertenece; 2) experiencia de la entrega, (puntuación 1 (desfavorable) a 5 (favorable)): puntualidad de entrega, medicamento correcto, temperatura correcta, caducidad de la medicación y confidencialidad; 3) opinión valorada del 1 al 5: opinión de procedimiento en general, influencia positiva en la comunicación con los profesionales; pregunta de múltiple respuesta sobre qué es lo que más valora el paciente de la telefarmacia; y 4) seguimiento farmacoterapéutico (SFT), se valoró si la telefarmacia sirve al paciente para mantenerse informado sobre su tratamiento, y si pudo resolver dudas relacionadas con la medicación.

RESULTADOS
Contestaron a la encuesta 106 pacientes, 58,5% hombres. Por edad: 4,9% son menores de 18 años, 14,6% entre 18-40 años, 35,9% entre 41-65 años y 44,7% mayores de 65 años. El tiempo de seguimiento en FH es: más de 10 años para el 37,7%, entre 1 y 5 años para el 33%, entre 5 y 10 años para el 16% y menos de 1 año el 13,2%. La distancia al hospital es: entre 10-50Km para el 48,1%, > 50Km para el 28,3%, e inferior a 10Km para el resto. Según el Servicio al que pertenecen, destaca nefrología (20,8%), neumología (18,9%) y neurología (12,3%).
La media satisfacción de los ítems incluidos en la experiencia de la entrega es del 9,74, siendo el mejor valorado la

entrega del medicamento correcto (9,9) y el peor valorado la confidencialidad de la entrega (9,5).
La opinión de los pacientes sobre la telefarmacia, es totalmente favorable para el 98%, el 96,5% piensa que ha influido de manera muy positiva en la comunicación con los profesionales de FH, siendo lo más valorado para el 77,1% evitar el desplazamiento al hospital, seguido de la mejora de la conciliación de la vida personal y familiar (11,4%).
Del SFT, el 78,8% opina que la telefarmacia les ha servido para mantenerse informado sobre su tratamiento, y el 80% pudo resolver dudas relacionadas con su medicación.

CONCLUSIONES

La implantación del programa de telefarmacia y envío de medicación es muy positiva ya que mejora la conciliación de la vida personal y evita el desplazamiento al hospital de los pacientes, que dista a más de 50km de éste hasta para un 30% de encuestados. La satisfacción tanto en la experiencia de entrega del medicamento como en el SFT es alta siendo la confidencialidad el ítem peor valorado.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

452. IMPACTO CLÍNICO EN LA ADMINISTRACIÓN PRECOZ DE REMDESIVIR EN LAS PRIMERAS 72 HORAS DEL INICIO DE LOS SÍNTOMAS

AUTORES
PÉREZ REYES S, GONZÁLEZ GARCÍA J, NAZCO CASARIEGO GJ, DEL ROSARIO BARRIOS B, CANTARELLI L, RAMOS SANTANA E, GARCÍA GIL S, GONZÁLEZ DE LA FUENTE GA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. OFRA S/N LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Remdesivir ha demostrado disminuir el tiempo necesario hasta la recuperación en pacientes con neumonía grave por COVID-19 que requieren oxigenoterapia a bajo flujo. Sin embargo, desconocemos cual es el momento idóneo para su administración. El objetivo principal del presente estudio será analizar el impacto clínico en la administración precoz de remdesivir en las primeras 72 h desde el inicio de los síntomas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes que recibieron tratamiento con remdesivir entre mayo de 2020 y marzo de 2021 por neumonía por COVID-19 confirmada mediante diagnóstico microbiológico. Las características demográficas y clínicas fueron obtenidas a partir de la historia clínica del paciente. Se registro: edad, sexo, fecha de ingreso, fecha de inicio de síntomas hasta inicio de remdesivir, ferritina, PCR, dímero-D, recuento de linfocitos, uso concomitante de corticoides y/o tocilizumab. El impacto de la administración precoz de remdesivir fue evaluado como necesidad de ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI) y/o exitus. Las variables continuas se expresaron como medianas (mínimo-máximo). Las variables categóricas fueron expresadas como porcentajes y comparadas usando el test de Mann-Whitney. Se consideró que existían diferencias estadísticamente significativas si el valor de P fue < 0,05. El análisis estadístico se llevó a cabo con el software IBM SPSS Statistics v 25.0.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 45 pacientes con una edad media de 71 años (27-99). La población se dividió en dos grupos; pacientes que iniciaron remdesivir en las primeras 72 h desde el inicio de los síntomas (grupos 1) y aquellos en los que se inició el tratamiento antiviral transcurridas más de 72 h (grupo 2). La edad media en el grupo 1 fue de 73 años (49 - 84) vs 70 en el grupo 2 (27 - 99). No se observaron diferencias significativas en el resto de variables clínicas y analíticas entre ambos grupos (edad, sexo, ferritina, PCR, dímero-D, recuento de linfocitos, uso concomitante de corticoides y tocilizumab) .
El 30% (n=10) de los pacientes del grupo 2 precisó ingreso en UCI frente a ninguno que en el grupo 1, P=0,037. No se observaron diferencias significativas en mortalidad entre ambos grupos (P > 0,5)

CONCLUSIONES

La administración precoz de remdesivir, en las primeras 72 horas desde el inicio de los síntomas disminuye de manera significativa la necesidad de ingreso en UCI.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

468. CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON COVID-19 EN TRATAMIENTO CON DEXAMETASONA

AUTORES
ORTÍZ FERNÁNDEZ P, MARTINEZ SOTO A, CANO LOPEZ S, PASTOR MONDEJAR C, SALAR VALVERDE I, CABALLERO REQUEJO C, RENTERO REDONDO L, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITAIO REINA SOFIA. AVDA INTENDENTE JORGE PALACIOS 1. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar el efecto hiperglucemiante en los pacientes en tratamiento con dexametasona por infección por SARS-CoV-2, tanto en paciente diabético como no diabético, analizando la utilización de pautas de insulina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel durante el periodo de la segunda ola de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 (de septiembre a diciembre de 2020). Se incluyeron los pacientes que ingresaron con infección confirmada por SARS-CoV-2 en los que se inició tratamiento con dexametasona durante al menos 5 días. Del programa de gestión del Servicio de Farmacia se extrajeron los pacientes en tratamiento con dexametasona; del programa de prescripción electrónica, las dosis y días de tratamiento; y de la historia clínica informatizada, las variables

sociodemográficas (edad, sexo), y clínicas (diabético, tipo de diabetes, tratamiento domiciliario antidiabético, glucemia al ingreso, glucemias matutinas y vespertinas diarias, tratamiento hospitalario antidiabético). Se analizaron las correlaciones entre las dosis de corticoides y las glucemias mediante la prueba rho de Spearman.

RESULTADOS

Se incluyeron 75 pacientes en el estudio. La edad media fue de 71,6±15,5 años, siendo el 61,3% hombres.
El 34,7% de los pacientes eran diabéticos, todos con diabetes tipo 2, cuyo tratamiento domiciliario era: 80,8% antidiabéticos no insulínicos (ADNI), 11,5% tratamiento combinado de insulina y ADNI y el 7,7% únicamente con insulina.
La media de las glucemias matutinas en los días de seguimiento fue de 134,2±51,4 mg/dl, mientras que la de las glucemias posprandiales fue de 235,9±74,5 mg/dl. Estratificado según paciente diabético o no, se obtuvo una glucemia basal de 124±19,7 mg/dl y prandial 174,7± 73,9 mg/dl en paciente no diabético versus una glucemia basal de 179,4±49,3 mg/dl y prandial de 265,3±55,2 mg/dl en diabéticos.
La dosis media de dexametasona administrada durante el ingreso fue 10,1±1,8mg. No se observó correlación entre la dosis media de dexametasona y la media de glucemias basales y prandiales (rs=0,04, p=0,796 y rs=0,1, p=0,344 respectivamente).
El tipo de tratamiento hipoglucemiante prescrito al ingreso fue: insulina pauta correctora en el 36% de pacientes, insulina pauta basal-correctora en 5,3%, no pautándose insulina de ningún tipo al 58,4% de pacientes. Entre los que iniciaron con insulina pauta correctora, al 33,33% se cambió a pauta basal-correctora durante el ingreso y la media de tiempo hasta el inicio de esta pauta fue 2,55±1,51 días. De los pacientes insulinizados en domicilio, al 40% se le prescribió insulinas al ingreso, mientras que a los no insulinizados, se les prescribió al 22,9%.

CONCLUSIONES

Existe una clara asociación entre el tratamiento corticoideo con el aumento de la glucemia. En concreto la dexametasona al tratarse de un corticoide de acción prolongada, aumenta el efecto hiperglucemiante postprandial. En nuestro estudio hemos observado un claro aumento de las glucemias posprandiales, sin embargo no hemos podido correlacionarlo con la dosis administrada de dexametasona.
Cabe destacar el bajo porcentaje de pacientes tanto diabéticos como no diabéticos que recibieron tratamiento hipoglucemiante adecuado, lo que pone de manifiesto la necesidad de crear protocolos de insulinización en nuestro centro para pacientes con infección por SARS-Cov2 que inicien tratamiento con dexametasona.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

473. FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA EN INFUSIÓN CONTINUA EN PACIENTES CRÍTICOS CON SARS-COV-2: INFLUENCIA DEL ESTADO INFLAMATORIO

AUTORES

RODRÍGUEZ ALARCÓN A, LUQUE PARDOS S, ARDERIU FORMENTI A, DE ANTONIO CUSCÓ M, SORLÍ REDÓ L, MUÑOZ BERMUDEZ R, GRAU CERRATO S, FERRÁNDEZ QUIRANTE O
HOSPITAL DEL MAR. PASSEIG MARITIM 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

El estado crítico, la infección por SARS-CoV-2 junto con los tratamientos inmunosupresores, pueden aumentar el riesgo de sobreinfecciones bacterianas en hasta un 30% de pacientes. Actualmente se desconoce si el estado de hiper-inflamación podría alterar el comportamiento farmacocinético de algunos antibióticos, como vancomicina.
El objetivo del trabajo es evaluar la farmacocinética/farmacodinamia (PK/PD) de vancomicina en pacientes críticos COVID dentro de un programa de monitorización terapéutica (TDM).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes críticos COVID tratados con vancomicina en bomba de perfusión continua durante el 2020 y con mínimo dos monitorizaciones farmacocinéticas.
Se recogieron variables demográficas, clínicas, microbiológicas y farmacocinéticas.
Se consideró como PK/PD infraterapéutico, terapéutico o supraterapéutico valores de AUC/MIC24h < 400, entre 400-600 y > 600 mg*h/L, respectivamente.
Se analizaron las correlaciones entre los parámetros inflamatorios y la PK de vancomicina.
Datos cuantitativos expresados como mediana (rango) y correlaciones bivariadas mediante test de Spearman.

RESULTADOS

Se incluyeron 29 pacientes, 23(79,3%) hombres; edad 65(46-79) años, peso: 85(50-125) kg, APACHE score 17(9-34), 17 (58,6%) obesos. La mortalidad hospitalaria fue 51,7% (15 pacientes).
Focos infecciosos más frecuentes: pulmonar (58,6%) y bacteriemia de catéter (27,6%); tratamiento dirigido en 24 (82,8%).
Patógenos más frecuentes: S. epidermidis 16(45,7%) con CMI de 1(2-0,5) mg/L, S. aureus resistente a meticilina (SARM) 9(25,7%) con CMI 1 (1-2) mg/L y E. faecium 5 (14,3%) con CMI 1(0,5-1) mg/L.
Función renal: filtrado glomerular basal estimado (CKD-EPI): 98(23-160) ml/min/1,73m2; cinco pacientes (17,2%) con insuficiencia renal aguda (2 trasplantados renales) y 3 (10,3%) crónica; dos (6,9%) en hemodiálisis y dos en terapias continuas; cuatro (13,8%) en ECMO.
Datos de vancomicina: 86,2% recibieron dosis de carga (18,8(4,8-31,3) mg/kg); dosis de mantenimiento de 25,5(9,6-50) mg/kg/día.
Parámetros inflamatorios basales: IL-6 151,6 (2-2800) pg/mL, dímero-D 3355 (760-35200) mcg/L, ferritina 1655 (81-4110) ng/mL, PCR 10 (0,4-30) mg/dL, procalcitonina 0,4 (0,03-11,3) ng/mL.
Datos PK en primera monitorización (día 3(1-5) de tratamiento): concentración promedio (Css): 18,1 (8-47,6) mg/L,

AUC24h: 432 (200-1140) mg*h/L, volumen de distribución: 0,69 (0,52-1,48) L/kg, semivida: 9,3 (5,6-63) horas, aclaramiento: 4,8(1,7-8,7) L/h. Pacientes con PK/PD infraterapéutico, terapéutico y supraterapéutico: 51,7%; 27,6% y 20,7% en la primera monitorización y 17,2%; 44,8% y 37,9% en la segunda (día 5 (3-9) de tratamiento).
En un 55,2% de pacientes se tuvo que ajustar dosis y sólo un paciente (3.4%) presentó niveles terapéuticos durante todo el tratamiento. El número de ajustes/semana fue de 2,8 (1,1-7).
Correlaciones/tendencias positivas: AUC24h con dímero-D y dosis/kg de mantenimiento (Rho Spearman: 0,481 y 0,435; p=0,013 y 0,018, respectivamente), semivida plasmática con dímero-D (Rho Spearman: 0,502, p=0,009) e IL-6 (Rho Spearman: 0,449, p=0,081).
Negativas: aclaramiento plasmático con dímero-D y procalcitonina (Rho Spearman: 0,378 y 0,35; p=0,057 y 0,08, respectivamente).

CONCLUSIONES

Se observa una elevada variabilidad inter e intra-individual en la PK de vancomicina en pacientes críticos COVID que pone en evidencia la necesidad de realizar una monitorización estrecha con constantes ajustes de dosis.
A pesar de que la inflamación parece ser un factor influyente en la PK de vancomicina, que podría potenciar la acumulación, son necesarios estudios más extensos que confirmen estos hallazgos debido a la elevadísima variabilidad intrínseca de esta población.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

484. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE PERSISTENCIA DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIENTES TRATADOS PREVIAMENTE CON RITUXIMAB.

AUTORES

GÓMEZ LLUCH MT, PROY VEGA B, PÉREZ FÁCILA A, ALAÑÓN PARDO MM, SÁNCHEZ FERNÁNDEZ SÁ, CABERO BECERRA MA

HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO. AVD. CONSTITUCIÓN Nº3. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Se presume la inmunosupresión como factor de riesgo para padecer infección grave por SARS-CoV-2 (COVID-19), pero también que se genere una menor respuesta inflamatoria. La inmunodepresión inducida por rituximab, podría ser un factor de riesgo de mortalidad por COVID-19, debido a una respuesta inmune humoral deficiente.
Objetivo: describir la incidencia de infección por SARS-CoV-2 en pacientes que habían recibido rituximab y conocer si esto conduce a una mayor persistencia del virus y/o peor evolución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes que recibieron rituximab en los 6 meses previos al inicio de la pandemia (octubre-2019) hasta enero-2021. De ellos, se analizó la presencia de infección confirmada (PCR/test antígeno/serológico), durante el mismo periodo.
Variables: edad, sexo, patologías previas y factores de riesgo para COVID-19 (hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), tabaquismo/exfumador, neumopatía, cardiopatía y obesidad. Dosis recibidas de rituximab, resultados de los test, hospitalización, tipo de soporte ventilatorio, estancia en UCI y tratamiento recibido. La evolución fue evaluada según la clasificación de progresión de la enfermedad propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
Se realizó un análisis descriptivo de variables, medias o medianas ± desviación estándar o rango intercuartílico para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para variable cualitativas. La comparación entre pacientes con infección positiva (C+) y negativa (C-) se realizó mediante el test $\chi 2$ o exacto de Fisher para variables cualitativas y el test t de Student o U-Mann-Whitney para variables cuantitativas. Todos los cálculos se realizaron mediante SPSS.v18.

RESULTADOS

68 pacientes habían recibido rituximab con una mediana de dosis acumulada de 4.161mg (2.611–8.187,5). 54,4% hombres, edad media 60,8 años (15,7; 25-87). El diagnóstico predominante por el que recibieron rituximab fue linfoma (56%). Se confirmó C+ en 22 pacientes (PCR+ en el 100%). De los C-, el 43,5% también tenían PCR u otra prueba realizada negativa.
En cuanto a factores de riesgo de mal pronóstico, de la cohorte C+; el 45,5% tenía HTA, 36,4% DM, 31,8% tabaquismo/exfumador, 22,7% neumopatía, 13,6% cardiopatía y 4,5% obesidad. No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre la cohorte C+ y C-.
El 81,8% de los C+ fueron ingresados, con un tiempo mediano de 12 días (31;0–200). El 50% precisó como mínimo gafas nasales y el 96,4% recibió tratamiento considerado específico para COVID-19 (un 22,7% tratados con plasma hiperinmune). Sólo 2 pacientes (9,1%) desarrollaron inmunidad, uno a los 27 y otro a los 83 días. En 10 pacientes (45,5%) la viremia fue persistente (PCR+), sin ningún signo de aclaramiento viral hasta el fallecimiento o fin del seguimiento.
No se aprecia relación la dosis acumulada de rituximab. Según la clasificación de la OMS: 4 pacientes (categoría-1-asintomáticos), 1 (categoría-2), 0 (3), 5 (4), 4 (5), 3 (6), y 5 (éxitus-10). La tasa de mortalidad fue del 22,7%.

CONCLUSIONES

Se observa una persistencia de la infección y una peor evolución con elevada tasa de mortalidad en pacientes tratados con rituximab. Debe valorarse el uso de alternativas durante la pandemia, ya que pacientes con función de células B disminuida o terapias inmunosupresoras adicionales, pueden tener un alto riesgo de evolución fatal.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

557. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BARICITINIB EN PACIENTES INGRESADOS CON NEUMONIA POR COVID-19

AUTORES
MARÍN VENTURA L, TOLOSA MARTÍNEZ C, PÉREZ ROBRES Y, MORENO GARCIA M, CÁCERES VELASCO C, HERNÁNDEZ LÓPEZ A, RUIZ MOLINA F, COLOMA PERAL R
HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA. CARRETERA DE AVILA S/N. SEGOVIA

OBJETIVOS
Analizar la eficacia y seguridad de baricitinib oral en los pacientes ingresados con neumonía por COVID-19 según el protocolo elaborado por nuestro hospital.

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 baricitinib desde el 1 de abril 2020 hasta el 1 de mayo 2021 según el protocolo. Éste incluía pacientes con neumonía grave mono/bilateral CURB65≥ 2 o Sat O2 < 94% y perfil de aumento de IL-6: D-Dímero (DD) > 0,8 µg/mL, proteína C reactiva (PCR) > 0,8 mg/dL, IL-6 > 40 pg/mL. La posología fue: baricitinib 4 mg vía oral cada 24 horas durante 7- 14 días o hasta alta hospitalaria. Si edad ≥ 75 años y/o FGe 60-30 mL/min: 2 mg cada 24 horas. Se excluyeron del estudio los pacientes que habían recibido alguna dosis de remdesivir. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, duración del tratamiento, historial de fármacos incluidos en el protocolo COVID-19, reacciones adversas, variables analíticas antes y después del tratamiento (DD, PCR) y supervivencia a los 30 días del inicio del tratamiento. Los datos se obtuvieron del programa informático de Gestión de Unidosis y de la historia clínica informatizada. 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 baricitinib fuera de indicación.

RESULTADOS
Se incluyeron 25 pacientes (76% hombres) con una media de edad de 55 ± 19,8 años. La duración media de tratamiento fue de 7 ± 3 días. En 9 pacientes se ajustó la dosis a 2 mg por edad. Todos los pacientes llevaron corticoides (dexametasona 6 mg iv/vo o metilprednisolona 250 mg iv) y penicilinas de amplio espectro. 6/25 (24%) recibieron anakinra iv/sc de forma conjunta con baricitinib y 2/25 (8%) recibieron una dosis posterior de tocilizumab iv. La supervivencia a los 30 días fue de 17/25 (68%). La media de IL-6 (pg/mL) previa fue de 163 ± 176. La disminución media de los datos analíticos fue: DD (µg/ml) 2,25 ± 4,1 (IC 95% 0,43-4,07) (p=0,018); PCR (mg/dL) 10,38 ± 8,1 (IC 95% 6,78 - 13,97) (p=0,000); 4/25 (16%) tuvieron que suspender el tratamiento por elevación de las enzimas hepáticas.

CONCLUSIONES
El empleo de baricitinib ha supuesto una supervivencia cercana al 70% con aceptable 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

559. ESTUDIO DE ALERGIA A EXCIPIENTES DE VACUNA DE ARNM FRENTE A SARS-COV-2.

AUTORES
SÁNCHEZ-OCAÑA MARTÍN N, PUEBLA GARCÍA V, HERNANDO LLORENTE G, MARTÍNEZ SESMERO JM
HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. CALLE DEL PROF MARTÍN LAGOS. MADRID

OBJETIVOS
Establecer un circuito entre los servicios de farmacia (SF) y alergia (SA), para detectar pacientes con hipersensibilidad a alguno de los excipientes contenidos en una vacuna de ARNm frente a SARS-CoV-2.

MEJORAS ESPERADAS
Detección temprana de pacientes con hipersensibilidad a excipientes de la vacuna para poder emplear así otra de las disponibles en el mercado que no contenga los mismos, aumentando la seguridad y permitiendo emplear las dosis más eficientemente.
Mejora de la sensibilidad de las pruebas al elaborar a partir de materias primas y no de especialidades que contengan dichos excipientes, evitando falsos positivos por otros componentes de las mismas.

DISEÑO
1. Análisis de necesidad previa.
2. Población diana.
3. Pacto SA- SF de circuito de pacientes y materiales necesarios.
4. Protocolización.
5. Registro de elaboración y pacientes.
6. Evaluación del impacto.

CIRCUITO Y ETAPAS
Puesta en marcha, febrero del 2021.
Población: pacientes con reacción en las primeras 48 horas, tras la administración de la vacuna, fármacos inyectables que contuvieran polietilenglicol 4000 (PEG) o contrastes yodados con polisorbato 80 (P80). Se excluyen pacientes con reacción local (dolor o prurito en la zona de administración).
Elaboración desde el SF de dos kits de test diagnóstico; prick test (PT) y prueba intradérmica (ID), a partir de materia prima de los dos excipientes más susceptibles de generar reacción: PEG y P80. Cada kit es elaborado e identificado por paciente.

KIT 1 PT: Solución tópica
-PEG: diluciones seriadas de PEG en agua estéril para inyección: al 10%, al 1% y al 0,1%.
-P80: diluciones seriadas de P80 en agua estéril para inyección: al 0,004% y al 0,0004%.
KIT 2 ID: Solución intradérmica. Se trata de una preparación estéril, por lo que se acondiciona con técnica aséptica en sala blanca. Se realiza doble filtración esterilizante con filtro de 0,22 micras.
-PEG: diluciones seriadas al 0,01%, al 0,001% y al 0,0001%.
-P80: dilución al 0,0004%.
A. Se administran a cada uno de ellos los PT. Se procede a la lectura a los 30 minutos. Si positiviza, se realizan los ID, tras coger vía al paciente. Si resulta negativo, se procede a administrar la vacuna en forma de PT e ID.

IMPLANTACIÓN
Los pacientes son citados dos veces por semana por parte del SA. Se pacta con el SF dos por día.
El SF recibe la prescripción, elabora y dispensa los kits necesarios para los pacientes citados cada día.

RESULTADOS
1. Hasta la fecha, se han elaborado 58 kits correspondientes a 29 pacientes.
2. Ningún paciente ha positivizado en alguna de las pruebas.

LIMITACIONES
1) Difícil gestión del sobrante tras la administración de las dosis, para poder confirmar la alergia mediante el PT y el ID ya que solo es posible utilizar los viales asignados al hospital y no pueden obtenerse unidades extra para pruebas diagnósticas.
2) Lo costoso de la preparación individualizada tanto en tiempo, materiales, personal y espacio, hace que solo puedan realizarse preparaciones para dos pacientes al día.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Implicación y adaptación del SF ante una necesidad emergente para garantizar eficiencia, calidad y seguridad. Promoción del trabajo entre equipos multidisciplinares, mejorando la atención al paciente.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

564. KITS OLOROSOS PARA LA REHABILITACIÓN DE LA ANOSMIA POR COVID19

AUTORES
SÁNCHEZ-OCAÑA MARTÍN N, PUEBLA GARCÍA V, MOLINERO MUÑOZ M, MARTÍNEZ SESMERO JM
HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. CALLE DEL PROF MARTÍN LAGOS. MADRID

OBJETIVOS
Desarrollo de protocolo entre los servicios de farmacia (SF) y otorrinolaringología (ORL), mediante la elaboración y dispensación de “kits” para cuantificar y rehabilitar la anosmia de pacientes COVID en un hospital de tercer nivel.

MEJORAS ESPERADAS
Mejora en la atención integral al paciente con anosmia por COVID19.

DISEÑO
1. Análisis de necesidad.
2. Pacto de circuito de pacientes y materiales necesarios.
3. Protocolización.
4. Registro de actividad.
5. Evaluación del impacto.

CIRCUITO Y ETAPAS
Puesta en marcha, junio del 2020.
- Elaboración en SF de dos kits de test diagnóstico: butanol (BUT) para detectar el umbral olfativo, de 9 envases con diluciones seriadas 1/3: 4%; 1,33%; 0,44%; 0,1481%; 0,0494%; 0,0165%; 0,0055%; 0,0018%; 0,0006%; 0,0002% y (SBAST), versión simplificada con 12 de las 24 esencias (pomadas de olor al 10%) contenidas en el Barcelona Smell Test-24 para la identificación de olores, de uso comunitario: Acético y amoniaco que estimulan el trigémino; aguarrás, almendras amargas, cebolla, clavo, limón, plátano, rosa, vainilla y putrefacto, que estimulan el nervio olfatorio; y eucalipto que estimula ambos.
-Elaboración de dos kits de rehabilitación, uno para deficiencia olfativa general (DG) con clavo, limón, rosa y eucalipto y otro para la específica (DE), selección de 4 esencias de entre 8 (aguarrás, almendras, clavo, eucalipto, limón, plátano, rosa, vainilla), de uso individual por paciente.
A. El paciente que acude a consulta de ORL sigue los pasos BUT y SBAST y en función del resultado de BAST, se administra DG o DE.
B. A los tres meses acuden de nuevo y siguen los pasos BUT y SBAST. Se determina el alta o se modifican las esencias respecto a las iniciales en función del resultado, y así sucesivamente.

IMPLANTACIÓN
El SF dispensa 2 kits de BUT y 2 de SBAST y se renuevan a los 6 meses, 10 de DG y 10 unidades de cada una de las esencias disponibles para DE. Este conforma el stock basal en ORL.
Las consultas se establecen los lunes y los miércoles para respetar la cuarentena de BUT y SBAST.
En función de las unidades consumidas cada uno de los días, reflejadas en la prescripción electrónica, se repone lo necesario desde SF hasta alcanzar el stock basal.

RESULTADOS
-La crisis pandémica de la COVID, da lugar a la ampliación de las consultas de ORL. En el período de junio de 2020 a mayo de 2021 se han dispensado 908 envases de pomada que se corresponden a:
-Pacientes tratados con DG: 178.
-Pacientes con DE: 49 (13 limón, 33 plátano, 31 vainilla, 38 almendras, 18 clavo, 12 eucalipto, 15 rosa, 40 aguarrás).
Podemos estimar que los olores más difícilmente reconocibles son, aguarrás y almendras amargas.

LIMITACIONES
No es posible asegurar que todos los pacientes hayan padecido la enfermedad, puesto que, no todos presentan prueba diagnóstica confirmatoria en el momento de la consulta.
Son más los pacientes tratados con DG, ya que DE se puso en marcha en septiembre de 2020.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Implicación y adaptación del SF ante una necesidad emergente para garantizar calidad y seguridad. Trabajo entre equipos multidisciplinares, mejorando la atención al paciente.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

597. EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL USO DE PSICOFÁRMACOS EN CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES

AUTORES
HIJARRUBIA LANAU O, FERRO URIGUEN A, SANCHEZ MONASTERIO I, LASO LUCAS E, BEOBIDE TELLERIA I, GOMEZ DE SEGURA SAROBE A, ITURRIOZ ARRECHEA I, MENDIA ORIA P
HOSPITAL RICARDO BERMINGHAM (MATIA FUNDAZIOA). CAMINO DE LOS PINOS 35. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS
El objetivo principal de este estudio es analizar el efecto de la pandemia por COVID-19 en el uso de psicofármacos en las personas mayores que viven en centros residenciales (CR).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio transversal mensual multicéntrico realizado en 7 CR con unidades gerontológicas (UG) y unidades psicogeriátricas (UPS) en periodos pre-pandemia (04/2018-03/2020) y en pandemia (04/2020-03/2021). Se estudió la prevalencia de uso de antipsicóticos (N05A), benzodiacepinas (N05B -N05C), antidepresivos (N06A) y antiepilépticos (N03A) el primer día de cada mes y la diferencia de porcentajes (t-student, SPSS v.20) entre los diferentes periodos estudiados para las UG y UPS.

RESULTADOS
En las UG, se analizaron una media de 500 pacientes (76% del total). La proporción mensual media de pacientes con prescripción de antipsicóticos y benzodiacepinas pre-pandemia fue del 33,43% y 39,10% respectivamente. La predicción según las tendencias seculares era de una disminución del 2,21% (IC -3,15 a -1,28) para antipsicóticos y un 5,49% (IC -6,92 a 4,06) para benzodiacepinas. Sin embargo, se encontró una disminución absoluta menor de la esperada, del 0,49% (IC -1,41 a 0,60;p=0,416) para antipsicóticos y 2,00% (IC -3,00 a -1,00;p < 0,01) para benzodiacepinas, durante el periodo en pandemia. Respecto a los antidepresivos y antiepilépticos, la proporción mensual de pacientes con prescripción fue del 58,70% y 22,23% respectivamente. Las tendencias marcaban un descenso de 5,23% (IC -6,57 a -3,89) para antidepresivos y 1,17% (IC -1,71 a -0,63) para antiepilépticos, pero hubo un incremento absoluto de 0,02% (IC -0,97 a 1,01;p=0,962) para antidepresivos y un 2,93% (IC 2,27 a 3,60;p < 0,01) para antiepilépticos.
En las UPS, se analizaron una media de 158 pacientes mensuales. La proporción mensual de pacientes con prescripción de antipsicóticos y benzodiacepinas pre-pandemia fue del 80,53% y 31,95%. Según las tendencias seculares, los descensos esperados eran de 3,48% (IC 2,39 a 4,58) y 7,33% (IC 5,58 a 9,08) para cada caso. Sin embargo, según los valores reales, se observó una disminución del 2,31% (IC -2,68 a -0,93;p < 0,01) y 0,03% (IC -2,40 a 2,34;p=0,981) para antipsicóticos y benzodiacepinas respectivamente, menor de lo esperado. La proporción mensual de pacientes con prescripción de antidepresivos y antiepilépticos fue del 63,35% y 36,25% respectivamente. Se esperaba un incremento absoluto del 3,17% (IC 1,49 a 4,86) para antidepresivos y 2,60% (IC -0,97 a 1,01) para antiepilépticos, sin embargo el incremento absoluto fue de un 8,59% (IC 6,89 a 10,24;p < 0,01) y un 6,10% (IC 3,20 a 9,00;p < 0,01) respectivamente.

CONCLUSIONES
Según las tendencias seculares estudiadas para el periodo de pandemia se estimaba una disminución general en el uso de psicofármacos, salvo para el grupo de antidepresivos y antiepilépticos en las UPS donde se esperaba un ligero incremento. Sin embargo, en todos los casos ha habido un aumento en el uso de psicofármacos en comparación a lo previsto, pudiendo estar en relación con el empeoramiento de los trastornos afectivos y conductuales de las personas a causa de las medidas de aislamiento y confinamiento provocadas por la pandemia de la COVID-19 y la menor realización de revisiones farmacoterapéuticas.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

602. NIVELES DE 25-HIDROXICOLECALCIFEROL Y MORTALIDAD EN ANCIANOS QUE INGRESAN POR COVID-19

AUTORES
COMPAIRED TURLÁN V, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ J, JOFRE PERALTA A, CASTELLOTE GONZÁLEZ MI, LÓPEZ NOVELLA MDM, MARTÍNEZ ALMAZÁN MÁ
HOSPITAL SAN JOSÉ. AVENIDA ZARAGOZA, 16, 44001. TERUEL

OBJETIVOS
La vitamina D es esencial para el buen funcionamiento del organismo interviniendo en muchos procesos fisiológicos fundamentalmente sobre el metabolismo óseo. Recientemente se ha destacado su papel sobre la inmunidad y se ha sugerido un beneficio en pacientes con infección por COVID-19. El objetivo del trabajo es estudiar la asociación entre los niveles de vitamina D y mortalidad en ancianos que ingresan con infección por COVID-19 en un hospital sociosanitario.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo de 8 meses de duración (1 de julio de 2020- 28 de febrero de 2021) en el que se incluyeron pacientes > 70 años que ingresaron por COVID en un hospital sociosanitario y que disponían de nivel de vitamina D (25-hidroxicolecalciferol) durante el ingreso o en el mes previo. Se recogieron variables demográficas (sexo y edad) y clínicas (índice de Barthel, nivel de 25-hidrocolecalciferol, éxitus durante el ingreso).
Las variables cuantitativas se describieron empleando las medias y desviaciones típicas y las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Para comprobar el grado de bondad del ajuste a la distribución normal se empleó el test de Kolmogorov -Smirnov. Para estudiar la asociación entre la vitamina D y la mortalidad se empleó la prueba paramétrica de comparación de medias independientes T de Student. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 21.0.

RESULTADOS
Se incluyeron 111 pacientes de un total de 142 (un 21,8 no disponía de nivel de vitamina D). La edad media fue de 86,6 ±5,9 años y el 51,4% fueron varones. La media del índice de Barthel fue de 54,12 ±36,2. El nivel de vitamina D (25-hidroxicolecalciferol) fue de 19,2±12,9 ng/mL (el 89,2% tenía niveles subóptimos < 30 ng/mL). 41 pacientes fallecieron durante el ingreso hospitalario (37%).
No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los niveles de vitamina D entre los pacientes ingresados con infección por COVID-19 que fallecieron frente a los que no lo hicieron (18,7±14,6 vs. 19,5±14,2; p= 0,069).

CONCLUSIONES
No se ha encontrado asociación entre los niveles de vitamina D y la mortalidad en pacientes ancianos ingresados con infección por COVID-19. Más de un tercio de los pacientes fallecieron durante el ingreso hospitalario.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

609. PANDEMIA COVID-19: UN ANTES Y UN DESPUÉS EN EL PERFIL DE UTILIZACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO.

AUTORES
DE LA CALLE RIAGUAS B, GUERRO PRADO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. CALLE DULZAINA S/N 47002. VALLADOLID

OBJETIVOS
Analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el consumo en DDD de antipsicóticos en un centro sociosanitario (CSS).

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio comparativo retrospectivo en el que se incluyeron pacientes ancianos institucionalizados en una residencia cuya prestación farmacéutica es gestionada por el Servicio de Farmacia del hospital. Se analizó el consumo de antipsicóticos [Grupo N05A de la clasificación Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)] de todos los residentes ingresados desde enero de 2019 hasta diciembre de 2019 (año previo de la pandemia COVID-19) y se comparó con el consumo observado entre enero de 2020 y diciembre de 2020 (año pandemia COVID-19).
El consumo se calculó mediante la dosis diaria definida por cada 100 estancias (DDD/100E) tanto a nivel global de antipsicóticos como por separado (antipsicóticos típicos, atípicos y de liberación prolongada) en ambos períodos y se calculó el % de disminución o de aumento para cada uno de ellos.
Se emplearon las dosis diarias definidas (DDD) establecidas por World Health Organization (WHO) International Working Group for Drug Statistics Methodology, Norwegian Institute of Public Health.
Los datos se obtuvieron del módulo de unidosis de Farmatools® e historia clínica electrónica.

RESULTADOS
En 2019 el consumo global de antipsicóticos fue de 2079 DDD/100E y en 2020 fue de 5350 DDD/100E lo que representa un aumento en el consumo del 61%.
En cuanto a la diferenciación por grupos, el consumo en DDD/100E de antipsicóticos típicos fue de 103 (2019) y de 178 (2020) mientras que el de antipsicóticos atípicos fue de 1975 (2019) y 5172(2020), suponiendo un incremento anual del 42% en los típicos y un 62% en el caso de los atípicos. El consumo de antipsicóticos de liberación prolongada fue de 455 DDD/100E en el año 2019, aumentándose en el siguiente año a 3488 DDD/100E, lo que supone un incremento del 87%.
El antipsicótico con mayor incremento fue la quetiapina con un consumo de 418 DDD/100E en el 2019, a 3007 DDD/100E en el 2020, lo que se traduce en un aumento del 86%.

CONCLUSIONES
En el CSS de nuestro estudio, la situación de pandemia ha supuesto un incremento del 61% en el consumo anual de antipsicóticos. El mayor impacto se refleja en el consumo de antipsicóticos de liberación prolongada y quetiapina, pudiendo relacionarse al perfil más sedante de este fármaco. El elevado aumento de la prescripción de antipsicóticos indica la necesidad de un protocolo de desprescripción de este tipo de fármacos dado la mayor vulnerabilidad a los efectos adversos de este grupo terapéutico en los pacientes ancianos.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

653. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR PARA MEJORAR LA INFORMACIÓN Y ADHERENCIA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

AUTORES
INCLAN CONDE M, ALVAREZ LAVÍN MM, ALONSO DÍEZ M, GARCIA VIVAR ML, VARA URRUCHUA M, VILA GALLEGO C, REVUELTA AMALLO A, AGUIRREZABAL ARREDONDO AV
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO. AVDA. MONTEVIDEO, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS
La adherencia a los tratamientos inmunomoduladores puede estar influenciada por el riesgo asociado de dichos tratamientos a padecer infecciones. Por lo que en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2 los objetivos del estudio fueron:
Generar junto con el servicio de Reumatología las recomendaciones para mejorar el control clínico, la adherencia y la información de los pacientes en tratamiento inmunomodulador en los aspectos relacionados con la infección por SARS-CoV-2 y la vacunación para prevenirla.
Estudiar la población de pacientes afectados de artritis psoriásica (ApSo) y conocer su adherencia a los fármacos biológicos durante el periodo pre y post-pandemia.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se desarrolló una campaña informativa fruto de reuniones multidisciplinares, destinada a los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias y terapias biológicas (TB) en plataforma digital (web de la Organización Sanitaria Integrada) y la edición de un folleto informativo en papel, que se dispensaba junto con los fármacos biológicos, abordando temas como infección, cirugía, vacunas recomendadas, controles necesarios, recogida de la medicación, vacunación COVID, webs recomendadas de su enfermedad y formas de contacto con ambos servicios.
La recomendación para la mayoría de los tratamientos inmunomoduladores utilizados en reumatología es continuar con las terapias en pacientes que no tengan la infección y suspenderlas en aquellos con diagnóstico de COVID-19.
Además se realizó un estudio observacional retrospectivo en un subgrupo de los pacientes, en este caso de ApSo, en tratamiento con fármacos biológicos pertenecientes al servicio de reumatología, en el período de marzo-2019 a marzo-2021.
Se registraron datos demográficos (sexo y edad), adherencia al tratamiento pre crisis sanitaria y post mediante registro de dispensaciones, razón para discontinuación, y el grado de afectación por la COVID-19 entre estos pacientes.

RESULTADOS
Se incluyeron 79 pacientes, edad media 56 años (IQR=48-63), 61% hombres.
Estaban en tratamiento con: Adalimumab (52%), Etanercept (16%), Ixekizumab (13%), Ustekinumab (9%), Certolizumab (5%), Secukinumab (4%) y Golimumab (1%).
La adherencia media al tratamiento previo a la pandemia (marzo-2019-marzo-2020) fue del 93,3% (DE 10,24) y una vez empezada la crisis sanitaria (marzo-2020-marzo-2021) fue del 92,6% (DE 9,1). En el primer período solo 12 pacientes tuvieron una adherencia < 85% y en el segundo, 16.
12 pacientes interrumpieron el tratamiento en algún periodo comprendido entre marzo-2020 y marzo-2021: 1 por sintomatología COVID, 1 por miedo a la infección, 4 por diagnóstico de COVID-19, 2 diagnosticados de COVID-19 tuvieron miedo a reintroducir después de resolverse la infección y 4 por otras causas (intervención quirúrgica, otras infecciones…).
14 pacientes fueron diagnosticados de la COVID-19 y 7 de ellos no interrumpieron la TB durante el periodo de afectación por la enfermedad.

CONCLUSIONES
En general, la pandemia no afectó a la adherencia al TB de la mayoría de los pacientes, que continuaron con su tratamiento siguiendo las recomendaciones conjuntas del servicio de farmacia y reumatología.
La información que llega al paciente debe ser conjunta y consensuada por todo el equipo profesional.
No conseguimos llegar a todos los pacientes ya que una proporción que fue diagnosticada de COVID-19 no discontinuó el tratamiento mientras padeció la enfermedad.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

688. ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN CENTRALIZADA DE VACUNAS ARN-MENSAJERO FRENTE A LA COVID-19 EN EL SERVICIO DE FARMACIA.

AUTORES
LÓPEZ MORALES S, PINTO MARTÍNEZ J, IZQUIERDO GARCÍA E, ESCOBAR RODRÍGUEZ I
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. AVENIDA GRAN VÍA DEL ESTE, 80. MADRID

OBJETIVOS
Describir el proceso de elaboración, acondicionamiento y su posterior validación de las vacunas ARNm en el Servicio de Farmacia (SF) para prevenir la Covid-19 causada por el SARS-CoV-2 mediante la inmunización activa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Siguiendo las recomendaciones de las Guías de Buenas Prácticas (GBP), de las fichas técnicas (FT) y de las autoridades sanitarias, desde principios de enero del 2021 se organizó el proceso de elaboración centralizada en el SF de las vacunas ARNm para profesionales sanitarios y grupo 7 (pacientes de muy alto riesgo) según la estrategia de vacunación nacional.
Se elaboraron en cabina de flujo laminar horizontal (CFLH) en sala blanca del SF siguiendo técnica aséptica. Los viales

fueron previamente atemperados según FT para cada vacuna dependiendo de si estaban en nevera (2-8ºC) o congelador (-80ºC o -20ºC).
Según la técnica de elaboración, es necesario invertir suavemente el vial antes de proceder a la carga de cada dosis y en el caso de esta marca fue necesaria una dilución previa con 1,8ml Suero salino fisiológico (SSF) 0,9% invirtiendo antes y después de esta. Se cargaron con aguja intramuscular de 23G en jeringas de un 1mL sin espacio muerto, eliminando las burbujas sin golpear ni agitar el vial y dejando purgada la aguja; repitiendo el proceso para cada dosis, sin pinchar en el mismo lugar del vial.
Cada una de las jeringas se encapuchó y se etiquetó, acondicionándola individualmente en un sobre de papel. Una vez fuera de la CFLH se introdujeron en bolsa fotoprotectora y se etiquetaron indicando tipo de vacuna, lote, hora y día de elaboración.
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), quedando como resultado final el conjunto CBBBAA para los 6 criterios.
Por ello se considera preparación de riesgo medio, aunque su estabilidad máxima viene determinada por FT (6h a Tª ambiente), no teniendo suficiente estabilidad para asignarla por matriz de riesgo.
Validación:
Se realizó doble chequeo, primero por los técnicos en farmacia y después por los farmacéuticos, analizando: aspecto (puede contener partículas amorfas opacas blanquecinas o transparentes), control de volumen (0,3mL para una marca y 0,5mL para la otra.) y control de etiquetado.
Además, fue necesario controlar los tiempos de elaboración para cada vacuna anotando la hora de apertura del vial.

RESULTADOS

Entre el 9/1/21 y el 30/4/21 se elaboraron un total de 7297 dosis entre las dos marcas. De estas fueron 656 para el Grupo 7 y 6641 para el personal sanitario.
Obtuvimos un aprovechamiento máximo en la elaboración de las jeringas precargadas de 102,5%.

CONCLUSIONES

La centralización de la elaboración de las vacunas para la Covid-19 en el SF asegura un proceso aséptico, seguro y con control de calidad, permitiendo la optimización del proceso de vacunación en los hospitales, mejorando su eficiencia y seguridad.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

693. USO DE REMDESIVIR EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2

AUTORES
TOLOSA MARTINEZ C, PEREZ ROBRES Y, MORENO GARCIA M, MARIN VENTURA L, RUIZ MOLINA F
HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA. C/ LUIS ERIK CLAVERÍA NEURÓLOGO S/N. SEGOVIA

OBJETIVOS

Describir el perfil de los pacientes hospitalizados con infección por SARS-CoV-2 en tratamiento con remdesivir, los cambios analíticos y la respuesta al tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron los pacientes en tratamiento con remdesivir (julio 2020 – abril 2021). Todos ellos cumplían con los criterios establecidos por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios: paciente hospitalizado con neumonía grave por COVID-19 confirmada, necesidad de suplemento de oxígeno que revierte con oxigenoterapia de bajo flujo, no más de 7 días de síntomas y enfermedad definida con al menos dos de los siguientes criterios: frecuencia respiratoria ≥ 24 rpm, SpO2 ≤ 94% en aire ambiente y/o cociente presión arterial de oxígeno/fracción inspirada de oxígeno (PaO2/FiO2) < 300 mmHg.
Se recogieron las siguientes variables de la historia clínica: sexo, edad, comorbilidades (obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad respiratoria y coronaria y proceso oncológico previo), analíticas previas y posteriores a la administración de remdesivir (procalcitonina, proteína C reactiva (PCR), dímero-D, transaminasas, lactato deshidrogenasa (LDH) y ferritina), otros fármacos para Covid-19, duración del tratamiento con remdesivir y días de ingreso.

RESULTADOS

Se incluyeron 118 pacientes, el 43,2% mujeres, con una mediana de edad de 69 años (RIC 60-74). De las comorbilidades estudiadas, la más prevalente fue la hipertensión arterial (36,4%), seguida de diabetes mellitus (22,9%), obesidad (20,3%), presencia de enfermedad coronaria (16,1%), algún tipo de enfermedad respiratoria (15,3%) y proceso oncológico previo (7,6%).
La mediana de las variables analíticas antes y después de remdesivir fue: procalcitonina (ng/ml): 0,08 (RIC 0,06-0,17) vs 0,05 (RIC 0,03-0,11); PCR (mg/dl): 5,45 (RIC 2,45-11,78) vs 0,80 (RIC 0,40-2,27); dímero-D (mcg/ml): 0,66 (RIC 0,47-1,16) vs 0,44 (RIC 0,31-1,15); AST/GOT (U/L): 33,00 (RIC 24,50-47,00) vs 23,00 (RIC 16,00-37,00); ALT/GPT (U/L): 26,00 U/L (RIC 18,00-41,00) vs 37,00 (RIC 23,00-64,00); LDH (U/L): 297,00 (RIC 241,00-375,00) vs 286,00 (RIC 227,50-370,00); ferritina (ng/ml): 414,50 (RIC 228,75-1118,00) vs 455,00 (RIC 231,00-992,00).
La mediana de duración de remdesivir fue de 5 días (2-5). El 37,3% (44/118) de los pacientes recibieron tratamiento con tocilizumab: el 23,7% (28/118) dos dosis y el 13,6% (16/118) una dosis. El 74,6% (88/118) recibieron dexametasona, el 59,3% (70/118) metilprednisolona y el 13,6% (16/118) baricitinib.
La mediana de los días de ingreso fue de 10 (RIC 7-18). El 13,5% (16/118) de los pacientes fueron trasladados a la unidad de vigilancia intensiva a lo largo de su estancia hospitalaria.

Al final del estudio, el 86,44% (102/118) evolucionaron favorablemente recibiendo el alta hospitalaria, el 11,02% (13/118) fallecieron y el 2,54% (3/118) continúan ingresados en el hospital.

CONCLUSIONES

Los pacientes tenían alrededor de 65 años, siendo proporcional el número de hombres y mujeres. La mayor parte presentaba alguna comorbilidad. Se observó una disminución de los valores analíticos de inflamación (procalcitonina, PCR, dímero-D y LDH), recibiendo el alta hospitalaria casi el 90% de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

699. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON REMDESIVIR EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA POR SARS-COV-2

AUTORES

SANCHEZ DORREGO L, PONS LLOBET N, MUÑOZ-DELGADO DEDEU M, ESTEBAN GONZALEZ C, MONTOLIU ALCON P, GALOFRE MESTRE L, DETEMPLE PLA M, GONZALEZ VALDIVIESO J

HOSPITAL SAGRAT COR. CALLE VILADOMAT, 288. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de remdesivir en pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV-2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y comparativo de la efectividad del tratamiento con remdesivir en pacientes adultos ingresados, en un hospital de segundo nivel, por neumonía por SARS-CoV-2 desde septiembre 2020 hasta febrero 2021.

Se establecieron dos grupos: grupo intervención, en tratamiento con remdesivir (GI), y grupo control, sin tratamiento (GC).

Las variables registradas fueron: sexo; edad; días de evolución de síntomas; días de tratamiento y motivo de finalización de éste; días de ingreso; presencia de comorbilidades (cardíacas, respiratorias, hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, obesidad e ictus); niveles analíticos al ingreso de proteína C reactiva, ferritina, lactato deshidrogenasa, linfocitos, dímero D; y frecuencia respiratoria (FR, respiraciones por minuto (RPM)), saturación de O2 (SatO2,%) y PaFi (PaO2/FiO2, mmHg) para comprobar si se cumplían los criterios establecidos por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

Las variables para medir la efectividad fueron: estancia hospitalaria, ingreso en UCI y mortalidad a los 30 días.

Se realizaron dos análisis: por intención de tratar (paciente que inicia remdesivir, independientemente de que acabe o no tratamiento) y por protocolo (paciente que recibe el tratamiento completo; 5 días de duración).

Los datos se analizaron con el programa SPSS v.20. Para establecer la asociación entre variables, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para variables cualitativas y para variables cuantitativas la prueba t-student. El nivel de significación estadística se estableció para un valor $P < 0,05$.

RESULTADOS

Se registraron 122 pacientes (39,3% mujeres) con edad media de 72,2 años (SD 15,5).

Un 86,9% de los pacientes que iniciaron tratamiento cumplían criterios de la AEMPS.

Por intención de tratar, los grupos eran comparables entre si, excepto la FR con un valor de 22rpm frente a 20rpm ($P < 0,05$) y PaFi con un valor de 260mmHg frente a 299mmHg ($P < 0,05$).

El 24,6% de pacientes del GI fueron exitus frente al 34,4% del GC ($p > 0.05$). El 19,7% de pacientes del GI ingresó en UCI frente al 13,1% en el GC ($p > 0,05$). La estancia hospitalaria en el GI fue de 15 días y en el GC fue de 12,8 días ($p > 0,05$).

Por protocolo, ambos grupos eran comparables entre sí, excepto en: FR con un valor de 22rpm frente a 20rpm ($P < 0,05$), PaFi con un valor de 259mmHg frente a 299,8mmHg ($P < 0,05$) y SatO2 = 89,65% frente a 91,48% ($P < 0,05$). El 10% de pacientes del GI fueron exitus frente al 34,3% del GC ($p > 0,007$). El 2,5% de pacientes del GI ingresó en UCI frente al 13,3% en el GC ($p=0,06$). La estancia hospitalaria en el GI fue de 11,7 días y en el GC fue de 12,6 días ($P > 0,05$).

CONCLUSIONES

A pesar de que los parámetros respiratorios son peores en el grupo intervención, finalizar el tratamiento con remdesivir disminuye la mortalidad frente a los pacientes que no han recibido el fármaco.

Seria interesante poder disponer de más estudios para definir el paciente óptimo que se puede beneficiar del tratamiento, y poder saber cuándo es el mejor momento para iniciarlo.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

708. EFECTIVIDAD DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA POR SARS-COV-2 (COVID 19) EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

GARABITO SÁNCHEZ MJ, CORRAL BAENA S, FERRIS VILLANUEVA EM

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. AVENIDA SAN JUAN DE DIOS S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar la efectividad de tocilizumab (TCZ) en pacientes con COVID-19 tratados en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyen los pacientes tratados con TCZ en desde 27/03/2020 hasta 12/05/2021 con episodio hospitalario finalizado. Las variables registradas fueron: sexo, edad, comorbilidad previa, días desde inicio de síntomas hasta administración de TCZ, días de ingreso, parámetros analíticos de respuesta

inflamatoria (ferritina, dímero D, proteína C reactiva (PCR)) previos a administración de TCZ, tratamiento concomitante con dexametasona (DEX) y/o remdesivir (RDV), tipo de soporte ventilatorio (gafas nasales (GN), mascarilla efecto Venturi (MV), mascarilla con Reservorio (MR), GN de Alto flujo (ONAF), ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y ventilación mecánica invasiva (VMI) y localización del paciente en el momento de la administración (UCI o planta COVID). Para evaluar la efectividad, se realizó un seguimiento de los pacientes a los 14 días posteriores a la administración del fármaco y se establecieron como criterios de buena respuesta a TCZ: desescalada del soporte ventilatorio o alta; y como criterios de falta de respuesta: progresión del soporte respiratorio o exitus. Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica digital y se procesaron mediante estadística descriptiva con Microsoft Excell® 2010, las variables cuantitativas se expresan como medianas y cuartiles (Q1-Q3) y las cualitativas como porcentaje.

RESULTADOS

Se incluyeron 50 pacientes, 35 (70%) hombres, mediana de edad 63 (53-73). El 84 % presentaban patologías previas siendo hipertensión arterial y dislipemia las más frecuentes. La mediana de días desde inicio de síntomas hasta administración de TCZ fue de 10 (7-12) días y la mediana de días de ingreso de 17 (12,6-27). La mediana de los valores analíticos fueron: ferritina 1106 (656-1699) ng/mL, dímero D 971 (545-2546) ng/mL, proteína C reactiva 104 (60-156) mg/mL. En cuanto al tratamiento, el 78 % recibieron TCZ+DEX, 12 % TCZ+DEX+RDV y 5% solo TCZ. Recibieron una segunda dosis de TCZ 2 (4%) pacientes. El 70 % de los pacientes recibieron DEX antes que TCZ con una mediana de 3 (2-4) días.
El soporte respiratorio de los pacientes previo a la administración fue: 4 % GN, 22% MV, 14 % MR, 38 % ONAF, 18 % VMNI y 4 % VMI; 19 (38%) pacientes estaban ingresados en UCI.
A los 14 días, el 72% de los pacientes presentaron buena respuesta; 26 (88,3%) pacientes de planta y 10 (52,6%) pacientes de UCI. Requirieron ingreso en UCI 11 (35,4%) pacientes y fueron exitus 7 (14%) pacientes. En cuanto al porcentaje de buena respuesta, según el soporte respiratorio previo a la administración fue: 100% en los pacientes con GN, el 91% MV, 100 % MR, 74 % ONAF, 22 % VMNI y 50 % VMI.

CONCLUSIONES

La gran mayoría de los pacientes tratados con TCZ presentaron buena respuesta a los 14 días, observándose mejores porcentajes de respuesta en pacientes con TCZ administrado en los primeros escalones de soporte respiratorio (GN, MV y MR) e ingresados en planta.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

711. REVISIÓN FARMACOTERAPEUTICA INTEGRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN RETO DURANTE LA PANDEMIA

AUTORES

CAMPABADAL PRATS C, SALOM GARRIGUES C, CONDE GINER S, MARCOS FENDIAN A, CASTILLO PALOMARES ML, MARCO BAS N, BEJARANO ROMERO F, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL JOAN XXIII TARRAGONA. AV DC MALLAFRE SN. TARRAGONA

OBJETIVOS

Mejorar la efectividad y la seguridad del tratamiento farmacológico de los pacientes atendidos en Atención Primaria (AP) durante la pandemia por el Sars-CoV-2 mediante la revisión integral de su plan terapéutico.

MEJORAS ESPERADAS

Con la llegada de la pandemia la AP se ha visto afectada de manera que muchos Equipos de Atención Primaria (EAP) han visto disminuida su actividad presencial promoviendo actividades no presenciales con el objetivo de mantener la mejor atención al paciente.
Una de las actividades que se ha visto disminuida ha sido las reuniones presenciales médico-farmacéutico de revisión de la medicación con el objetivo de garantizar una prescripción adecuada.
La readaptación de las Unidades de Farmacia de AP ha sido clave para mantener una atención farmacéutica (AF) de calidad. Así pues, se espera garantizar una prescripción segura, eficaz y eficiente a los pacientes atendidos.

DISEÑO

Revisión integral del plan de medicación de los pacientes citados en las agendas de los médicos de AP mediante visitas telefónicas, de revisión de plan terapéutico o presenciales.
Las propuestas realizadas son registradas en la historia clínica, consultable para el médico de AP en el momento de la visita
No se incluyen criterios de inclusión o exclusión, se revisan todos los pacientes

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Activación del rol de farmacéutico en el programa informático
2. Reunión informativa con la Dirección de los EAP
3. Las direcciones de EAP proponen a los médicos participar en la revisión de pacientes por agenda.
4. Citación de los pacientes identificados en la agenda de los farmacéuticos
5. Revisión de los planes terapéuticos.
6. Registro de las propuestas en la historia clínica de los pacientes y la tabla de registro de intervenciones farmacéuticas.
7. Comprobación de la implementación de las propuestas a las dos semanas de su realización.

IMPLANTACIÓN

Inicio en Noviembre de 2020, se presentan datos hasta Febrero de 2021 cuando se empezó a recuperar la actividad previa a la pandemia.

RESULTADOS
En 4 meses 5 farmacéuticos se revisaron 2716 pacientes asignados a 56 médicos de 13 EAPs (Ratio 477 pacientes / farmacéutico)
De los pacientes revisados 691 presentaban alguna recomendación de adecuación de tratamiento (25.4% de los pacientes), de estos 345 eran mujeres con una mediana de edad de 65.9 +-31.7 años. Se realizaron 1036 propuestas de las cuales 319 fueron aceptadas (30.8%).
Las propuestas realizadas fueron:
- Suspender tratamiento (44.7%)
- Desintensificación del tratamiento (17.8 %)
- Intensificar tratamiento (15.9%)
- Cambio a equivalente terapéutico (15.2%)
- Cambio por otra molécula (4.6%)
- Iniciar tratamiento (2.2%)

LIMITACIONES
El ratio farmacéutico-médico de AP limita la revisión. Ampliar este ratio proporcionaría una mejor AF a los pacientes atendidos en la AP
El grado de aceptación de las propuestas se considera aceptable debido a la situación de trabajo actual y a la imposibilidad de feed-back para las propuestas realizadas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Este proyecto es aplicable a todos los Servicios de Farmacia con la Atención Primaria integrada.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

715. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN Y COVID-19

AUTORES
FUSTER ESTEVA M, BARCELÓ VIDAL J, CARBALLO MARTINEZ N, ECHEVERRÍA ESNAL D, DE ANTONIO CUSCO M, FERNÁNDEZ SALA X, SALA SERRA M, FERRANDEZ QUIRANTE O
HOSPITAL DEL MAR. PG MARITIM 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS
Durante la primera ola de la pandemia producida por el SARS-CoV-2, debido al desconocimiento de cómo abordar la COVID-19, se utilizaron moléculas pertenecientes a distintos grupos farmacológicos para el tratamiento de la neumonía causada por este coronavirus. Este hecho condujo a la aparición de problemas relacionados con la medicación (PRM) que implicó a fármacos diferentes a los identificados habitualmente. El objetivo fue describir los PRM y fármacos implicados en pacientes COVID-19, así como analizar factores asociados a un mayor riesgo de presentarlos.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo observacional de pacientes con infección por SARS-CoV-2 ingresados en un hospital universitario de tercer nivel durante la primera ola de la pandemia (14 marzo-31 mayo 2020). Se excluyeron menores de 18 años, críticos y atendidos en Urgencias/Hospitalización Domiciliaria.
Las prescripciones farmacológicas fueron revisadas diariamente. Cuando se detectó un PRM, los farmacéuticos realizaron una recomendación al equipo médico.
Datos recogidos: demográficos, estancia, comorbilidad (índice Charlson (CCI)), PRM detectado (clasificación Pharmaceutical Care Network Europe Classification) y aceptación de la recomendación, fármaco implicado (Clasificación ATC).
Estadística: Chi-cuadrado para las variables categóricas y t-student para las continuas. Se expresaron las variables categóricas como porcentajes y las continuas como media y desviación estándar.

RESULTADOS
Se incluyeron 817 pacientes hospitalizados. Edad media 62,5 (16,4) años, 54,4% fueron hombres. Se detectó algún PRM en 271 (33,2%) pacientes. Se identificaron 516 PRM (1,9 PRM/paciente). El 84,1% de las recomendaciones fueron aceptadas.
Los PRM mayoritarios fueron interacciones (25,5%), sobredosificación (23,1%), pauta que no se adecuaba al protocolo del hospital (14,1%), prescripción incorrecta en la aplicación informática (9,6%), ajuste de dosis por insuficiencia renal (7%), infradosificación (6,8%) y error de indicación (5,8%).
Los grupos J01 (Antimicrobianos) y P01 (Antiprotozoarios) fueron los implicados mayoritariamente en los PRM (18,4% y 17,6% respectivamente), seguidos de H02, A11, B01 y R03 (6,0%, 5,6%, 4,1% y 3,1%, respectivamente).
Análisis PRM frente a no PRM:
Pacientes con PRM frente a no PRM: edad [64,5 (15,5) vs 61,5 (16,8) años, p=0,014], sexo (56,1% vs 55,1% hombres, p=0,795), estancia [15,1 (11,7) vs 7,7 (5,6) días, p < 0,001] y CCI [3,4 (2,5) vs 2,8 (2,5), p=0,001].
Se observó un porcentaje superior de PRM en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (7,4% vs 3,5%, p=0,014), enfermedad vascular periférica (13,7% vs 8,1%, p=0,012), enfermedad del tejido conectivo (7,7% vs 3,7%, p=0,012) y enfermedad renal crónica (18,8% vs 7,7%, p < 0,001).
Grupos ATC: ATC A(89,3% vs 80,4%, p=0,001), C(63,8% vs 48,2%, p < 0,001), G(25,5% vs 13%, p < 0,001), H(63,5% vs 39,4%, p < 0,001), J(96,7% vs 89,9%, p=0,001), N(60,9% vs 47,6%, p < 0,001), R(45,8% vs 29,3%, p < 0,001) y S(8,1% vs 4%, p=0,015).

CONCLUSIONES

• Uno de cada tres pacientes COVID-19 presentó algún PRM durante el ingreso, observándose una incidencia superior a la descrita en series previas sin esta patología.
• La sobredosificación y las interacciones se identificaron en aproximadamente la mitad de los PRM.
• Un mayor CCI, edad, prolongación de la estancia hospitalaria e insuficiencia renal se asociaron a un riesgo superior de presentar algún PRM.
• Antimicrobianos e hidroxicloroquina fueron los fármacos implicados más frecuentemente en los PRM, seguidos de corticosteroides, suplementos vitamínicos, anticoagulantes y agentes broncodilatadores.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

763. EXPERIENCIA DE USO DE REMDESIVIR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES
GIL GARCÍA A, ROJAS ALBARRÁN A, REDONDO GALÁN C, RIVAS RODRIGUEZ MD, BRAVO GARCIA-CUEVAS LM, RANGEL MAYORAL JF
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. AVENIDA DE ELVAS, S/N. BADAJOZ

OBJETIVOS

Durante la pandemia por el nuevo Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV-2) han sido diversos los tratamientos empleados ante la ausencia de una estrategia terapéutica segura y eficaz. Remdesivir es el primer antiviral autorizado en la Unión Europea para el tratamiento de la COVID-19 en adultos y adolescentes con neumonía que requieren oxígeno suplementario y que cumplan con los criterios dictados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. El objetivo del estudio es analizar la eficacia de remdesivir y su uso en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pacientes en tratamiento con remdesivir para la infección por SARS-CoV-2 de septiembre 2020 a marzo 2021 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables demográficas (sexo/edad), comorbilidades, tiempo desde inicio de los síntomas hasta administración del fármaco, pacientes que completaron tratamiento, farmacoterapia concomitante empleada para el tratamiento del SARS-CoV-2, motivos de suspensión, tiempo de hospitalización, tipo de oxigenoterapia recibida, mortalidad a los 28 días y resolución clínica final (alta o exitus). Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica de los pacientes y Farmatools®. Se utilizó el programa SPSS® versión 26 y los datos se analizaron mediante la prueba Chi-Cuadrado para variables categóricas.

RESULTADOS

Se incluyeron 234 pacientes; 62,4% hombres con una media de edad de 68 (22-99) años. Con respecto a las comorbilidades: 66,7% enfermedad cardiovascular; 26,9% diabetes; 44,4% dislipemias; 28,6% enfermedades respiratorias; 27,8% obesidad y 16,7% sin comorbilidades; El 76,9% presentó menos de 7 días de síntomas cuando inició remdesivir. El 98,7% precisó oxigenoterapia: 65% bajo flujo; 12,4% alto flujo y 21,4% pasó de bajo a alto flujo durante o después del tratamiento con remdesivir. El 13,7% (n=31) no completó los 5 días de tratamiento. Los motivos de suspensión fueron: 10 exitus; 7 ingresaron en Unidad de Cuidados Intensivos; 5 precisaron alto flujo y 9 por otros motivos. Farmacoterapia concomitante empleada para el tratamiento del SARS-CoV-2: 18,4% baricitinib, 12,0% tocilizumab y 1,3% ambos.
La media de días de hospitalización fue 15 días. La mortalidad a los 28 días fue 14,52% ; y al final del estudio, 17,52% fue exitus y 81,2% fue alta. Se detectaron diferencias significativas en la mortalidad al final del estudio entre los pacientes con y sin comorbilidades, siendo de 20,3% y 5,1% respectivamente (p=0,024), y entre los pacientes con alto y bajo flujo al iniciar el tratamiento, siendo de 31,0% y 15,8% respectivamente (p=0,045).

CONCLUSIONES

Ante la escasez de alternativas eficaces contra el SARS-CoV-2, el tratamiento con Remdesivir puede considerarse una opción eficaz en pacientes con dicha patología que precisan oxígeno de bajo flujo y están en la fase inicial de la enfermedad. En vista de los resultados obtenidos, no puede asegurarse el beneficio del tratamiento con remdesivir en pacientes que reciben oxigenoterapia de alto flujo, siendo la mortalidad de este grupo del 31,0% frente a una mortalidad del 15,8% en el grupo que inició con bajo flujo. También se observó una mayor tasa de mortalidad en pacientes que presentaban comorbilidades.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

785. ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA DE TOCILIZUMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE EN ÉPOCA DEL SARS-COV-2

AUTORES
GONZÁLEZ FERNÁNDEZ A, IBAÑEZ CARRILLO M, MIRALLES ANDREU G, MURCIA LÓPEZ AC, SORIANO IRIGARAY L, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CARRER ALMAZARA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

Evaluar el impacto clínico y asistencial en pacientes con artritis reumatoide (AR) del cambio de tocilizumab intravenoso (iv) a subcutáneo (sc), por la derivación del uso de tocilizumab iv a los pacientes ingresados con infección por SARS-Cov-2 grave.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional de un año de duración en un hospital de tercer nivel, en el que se incluyen todos los pacientes con AR en tratamiento con tocilizumab iv en Marzo de 2020 (inicio de la pandemia del SARS-Cov-2) a los que

se les cambia a tocilizumab sc. Durante la pandemia, tocilizumab IV fue altamente utilizado para tratar a los pacientes ingresados en el hospital con infección SARS-Cov-2 grave. Debido a ello, por motivos de disponibilidad, desde el Servicio de Farmacia se les ofreció a los reumatólogos la posibilidad de cambio a tocilizumab sc.
Se diseña una base de datos en entorno Excel, donde se registran todos los pacientes, aceptación del cambio o no, así como los parámetros de la evolución clínica de la enfermedad. Para analizar la eficacia del tratamiento con tocilizumab sc, se evalúan parámetros de seguimiento de la AR: la Proteína C Reactiva (PCR) y el Factor Reumatoide (FR), cuyos valores de normalidad son < 5 mg/L y < 12 UI/ml, respectivamente. Los datos se obtuvieron de la aplicación del laboratorio del hospital (Gestlab®) y la historia clínica ambulatoria. También se evaluó el número de visitas evitadas al hospital de día.

RESULTADOS

Se incluyeron 30 pacientes. Todos aceptaron el cambio excepto un paciente que continúo con tocilizumab iv. Los 29 pacientes que cambiaron al tratamiento sc, 26 de ellos (89%) continúan con el mismo tratamiento después de un año y 3 (10%) cambiaron al tratamiento con Sarilumab debido a la progresión de la enfermedad con tocilizumab sc.
Respecto a la evaluación de la eficacia de tocilizumab sc, se observó que los 29 pacientes que cambiaron el tratamiento a tocilizumab sc, 26 (89,6%) tenían unos valores de PCR < 5 mg/L, FR < 12 UI/ml y la enfermedad permanecía inactiva, mientras que los 3 restantes presentaban inestabilidad clínica y tuvieron que descontinuar el tratamiento.
El número de administraciones, así como de visitas evitadas por los pacientes en el hospital de día fue de 379.

CONCLUSIONES

El cambio de tocilizumab iv a sc al inicio de la pandemia por SARS-Cov-2 no ha presentado impacto relevante en la evolución clínica de los pacientes. Además, como ventaja, el paciente puede autoadministrárselo en su domicilio, ahorrándose a su vez, la visita a Hospital de día. Disminuyendo así la carga de trabajo del personal del hospital, y aportando un beneficio esperable en la calidad de vida del paciente.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

788. FARMACOVIGILANCIA DE LA VACUNA FRENTE A COVID-19 EN PACIENTES INGRESADOS EN UN CENTRO PSIQUIÁTRICO DE MEDIA/LARGA ESTANCIA

AUTORES

CIRUJEDA RANZENBERGER C, GARCÍA SOLA N, IZAGUERRI MOCHALES N, MARTÍNEZ ARAUS E, SANZ BÁGUENA E, JUNZA SOLER A, JIMENEZ SANTACECILIA J
CENTRO NEUROPSIQUIÁTRICO N.S. DEL CARMEN. CAMINO DEL ABEJAR S/N. ZARAGOZA

OBJETIVOS

La vacunación frente a COVID-19 es fundamental para lograr la inmunización de grupo y poder frenar la actual pandemia. La comunidad científica ha realizado un esfuerzo sin precedentes para conseguir en un plazo muy corto diversas vacunas, algunas basadas en tecnologías novedosas. La farmacovigilancia estudia los efectos adversos de los medicamentos. Especialmente en los primeros años tras su comercialización es importante registrar y declarar posibles efectos secundarios que solo pueden observarse cuando un medicamento se administra en grandes poblaciones.
El objetivo del estudio es presentar los efectos secundarios registrados a las 24 horas y a los 7 días tras la administración de ambas dosis de una vacuna de ARNm frente a COVID-19 en una población de pacientes psiquiátricos ingresados en un centro de media/larga estancia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Aprovechando la inminente vacunación sistemática de los pacientes, el Servicio de Farmacia plantea a Dirección la posibilidad de realizar un registro estructurado de los efectos secundarios que pudieran aparecer. Se preparan unas plantillas para cada Unidad de Enfermería con los efectos secundarios descritos en los ensayos clínicos más campos abiertos para efectos nuevos. Éstas se hacen llegar a las Unidades a las 24 horas y los 7 días después de cada una de las administraciones de las dosis, junto con un correo electrónico explicando el objetivo y la importancia de la recogida de datos.
Se realiza un análisis estadístico de los datos recogidos.

RESULTADOS

249 pacientes recibe ambas dosis (94,3%), 1 paciente solo una (éxitus) y 14 no aceptan la vacunación. El 34,8% son mujeres y el 54,2% ha padecido COVID-19. Media de edad: 51 años.
En las 24 horas tras la primera dosis, el 24% de los pacientes presenta efectos secundarios, tras la segunda, el 45,4%. Se registran un máximo de 3 efectos por paciente tras cada dosis, excepto un paciente con 7 efectos tras la 2ª. A la semana, solo 1 paciente presenta efectos con la 1ª dosis y 3 con la 2ª.
Tras la primera dosis, se registran 8 efectos distintos, tras la segunda, 13. El dolor (22%) y la inflamación local (4,4%) son los más frecuentes tras la primera dosis; el dolor local (39%) y la cefalea 4,8%) tras la segunda.
Los pacientes COVID-19 positivos, presentan más efectos adversos (27,1% vs 20,51%), aumentando tras la segunda dosis (50% vs 40,16%). Las mujeres han presentado más efectos que los hombres, independientemente de la dosis (primera: 25,25% vs 23,31%, segunda: 52,33% vs 50%). No se halla correlación con la edad y la aparición de efectos.
En un caso, se ha registrado un efecto adverso no conocido (sueño profundo y repentino), que se declara al sistema autonómico de farmacovigilancia.

CONCLUSIONES

El farmacéutico es un profesional con gran sensibilidad en temas de farmacovigilancia y debe fomentar la declaración de los efectos adversos de fármacos de reciente comercialización.
Se declara en un paciente un efecto no registrado previamente.
Al igual que en los ensayos clínicos de las vacunas mRNA, la mayoría de los efectos son banales. Asimismo, se registran más efectos en pacientes que ya han padecido la enfermedad y en mujeres.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

795. ANÁLISIS DEL USO DE VITAMINA D COMO TRATAMIENTO PARA LA INFECCIÓN POR SARS-COV2

AUTORES
ARCHILLA AMAT MI, SÁNCHEZ SUÁREZ MDM, SIERRA TORRES MI, JIMENEZ MORALES A
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. AV. DE LAS FUERZAS ARMADAS, 2. GRANADA

OBJETIVOS
Analizar la prescripción de vitamina D en aquellos pacientes hospitalizados con síndrome respiratorio por SARS-CoV 2

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo y retrospectivo de las prescripciones de vitamina D en pacientes con infección por coronavirus durante los meses de diciembre 2020 a marzo 2021 (4 meses). Las variables recogidas fueron: demográficas (sexo y edad), antecedentes personales, embarazo/lactancia, días de hospitalización, evolución clínica (ingreso en UCI o éxitus), servicio prescriptor, duración y dosis del tratamiento, tratamiento específico covid, parámetro analítico (niveles de vitamina D) y reacciones adversas. Las fuentes de información utilizadas fueron la aplicación de prescripción electrónica y la historia clínica informatizada.

RESULTADOS
De un total de 609 prescripciones, 334 (54,84%) fueron prescripciones de vitamina D en pacientes con covid 19, de los cuales 182 eran hombres (54.5%) y 152 mujeres (45,5%) con una mediana de edad de 66 años (rango 1-94). A destacar que solo una de las pacientes estaba embarazada, terminando el embarazo en parto por cesárea sin incidencias. Como antecedentes personales prevalecieron: HTA (50,6%), diabetes mellitus (25,45%), dislipemia (20,9%), obesidad (15,3%), EPOC (9%) , asma (6,88%) y cardiopatía isquémica (6,88%). Del total de pacientes, un 11% no presentaban antecedentes personales. La mediana de duración de la estancia hospitalaria fue de 13,5 días, de los cuales 94 pacientes fueron ingresados en la UCI (28,1%) y 70 fallecieron (20,9%). Los principales servicios prescriptores fueron medicina interna (38,6%), neumología (30,2%), UCI (18,8%) y enfermedades infecciosas (6,59%). La mediana de días de tratamiento con vitamina D fue de 8 días y se prescribieron hasta 14 dosis distintas (en UI/24h): 400 UI (40.7%), 1200 UI (31.4%), 800 UI (15.5%), 1000 UI (5.6%), 5000 UI (3.6%), 1600 UI (3.3%), 666 UI (2.1%), 8000 UI (1.5%), 10000 UI (1.2%), 533 UI (0.9%), 1333 UI (0.9%), 6000 UI (0.6%), 866 UI (0.3%) y 20000 UI (0.3%).
Como tratamiento específico covid hay que destacar corticoides (97%), remdesivir (15%), tocilizumab (15,8%) y anakinra (10,7%). 8 de los pacientes (8,4%) no precisaron tratamiento específico. Solo el 34,7% de los pacientes tuvieron un control analítico de vitamina D antes de la administración y 8 pacientes presentaban valores normales (> 20 ng/ml), al 33% (110 pacientes) se le realizó analítica post-tratamiento, sólo 7 pacientes alcanzaron valores normales. 162 pacientes (48.5%) no tuvieron control previo ni después del tratamiento. En cuanto a reacciones adversas observadas, sólo 1 paciente (0,29%) tuvo hipercalcemia con un valor de vitamina D de 83 ng/ml.

CONCLUSIONES
La dosis prescrita de vitamina D no estaba protocolizada ni justificada en base a los niveles sanguíneos de la vitamina. Casi la mitad de los pacientes no tuvieron un control analitico en ningún momento del tratamiento y se prescribió en varios pacientes que tenían valores previos normales. A pesar de demostrar seguridad, se debería tener en cuenta la necesidad de introducir el tratamiento y fomentar la determinación previa de los niveles plasmáticos de vitamina D.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

815. EVOLUCIÓN DE LOS SUPERVIVIENTES DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO A LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA UN AÑO DESPUÉS

AUTORES
MARTÍNEZ DE ARRIBA R, MARTÍNEZ FERNÁNDEZ M, PICAZA ITURRICHA E, DE LA MAZA URIARTE I, CARASA LÓPEZ I, GARCÍA GONZÁLEZ B, BÓVEDA PÉREZ M
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL. CTRA. ORÓN, 0. BURGOS

OBJETIVOS
Analizar los problemas de salud de los residentes en un centro sociosanitario (CSS) en el último año, de aquellos pacientes que superaron la infección por coronavirus SARS-CoV2 en la primera ola de la pandemia.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo de los episodios patológicos de los residentes que superaron el SARS-CoV2 en la primera ola (30 de 40) entre mayo 2019 y mayo 2020.
Se registraron los episodios tanto de urgencias e ingresos hospitalarios, como los producidos en el CSS.
Se recogieron también, datos de edad, sexo, pruebas PCR, patologías previas, diagnósticos de los episodios y éxitus. Los diagnósticos se clasificaron en infecciosos, gastrointestinales, hemorrágicos, respiratorios, cardiovasculares, neurológicos y renales.
Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica hospitalaria y la historia del CSS, en colaboración con el personal de enfermería del centro.

RESULTADOS
Durante el periodo de estudio se revisaron los 30 residentes, (83% mujeres) con una mediana de 90 años (74-102), los cuales sufrieron 115 episodios con 164 diagnósticos en total.
EL 67% tuvieron episodios hospitalarios (10 solo urgencias, 6 solo ingresos y 4 ambos episodios). 2 pacientes solo tuvieron episodios hospitalarios, 10 solo episodios en el CSS y 18 en ambos centros.
En cuanto al número de episodios, el 40% se dieron en el hospital, con un 45% del total de diagnósticos.

El análisis de los diagnósticos refleja los siguientes resultados:
Un 67% de pacientes sufrieron infecciones, (correspondiendo con el 32% del total de diagnósticos), de ellas 54% fueron urinarias, seguido de un 20% respiratorias. Un 43% manifestaciones gastrointestinales (con un 13% del total de diagnósticos) cuyos motivos principales fueron 30% diarrea, 30% vómitos y 20% estreñimiento.
Y un 20% de pacientes presentaron procesos hemorrágicos (3 hematurias, 1 vaginal, 1 digestiva y 1 nasal).
En cuanto a procesos respiratorios, se produjeron en 57% de los pacientes (un 17% de los diagnósticos totales) siendo 47% reagudizaciones de enfermedades previas (REP) y 53% de nuevo diagnóstico (ND). Ocurrieron episodios cardiovasculares en un 67% de los pacientes (16% de los diagnósticos totales) con 95% REP, llegando 1 paciente a requerir marcapasos, y 5% ND. Episodios neurológicos afectaron también al 67% de pacientes (13% de diagnósticos totales) con 75% REP y 25% ND y, por último, las alteraciones renales causaron episodios en el 30% de los pacientes, 55% REP y 45% de ND.
En este periodo hubo 9 episodios de éxitus, el 30% de los supervivientes de la primera ola, 5 en el hospital y 4 en el CSS, con una mediana de 89 años (83-95). 4 residentes fallecieron en menos de 3 meses desde PCR negativa (52-89 días), 2 en menos de 6 (133- 155) y 3 antes del año (269-364).

CONCLUSIONES

Las secuelas de la infección por coronavirus son habituales, tanto procesos agudos como reagudización de patologías establecidas, pero cobran mayor importancia en pacientes ancianos.
Los principales problemas de salud registrados fueron procesos infecciosos y patologías respiratorias y cardiovasculares.
La mortalidad directa de la primera ola fue del 25% pero, con los datos de seguimiento de estos pacientes, podría elevarse hasta el 47,5% (19 de 40) en el primer año.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

829. RESULTADOS DE LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO TRAS UN AÑO DE PANDEMIA

AUTORES

MARTÍNEZ DE ARRIBA R, MARTÍNEZ FERNÁNDEZ M, DE LA MAZA URIARTE I, PICAZA ITURRICHA E, GARCÍA GONZÁLEZ B, CARASA LÓPEZ I, BÓVEDA PÉREZ M
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL. CTRA. ORÓN, 0. BURGOS

OBJETIVOS

Análisis del desarrollo, evolución y desenlace de los brotes de infección por coronavirus SARS CoV2 en un centro sociosanitario (CSS) y comparación en el manejo de estos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los dos únicos brotes de infección por coronavirus en colaboración con el personal de enfermería del CSS. Se registraron resultados y fechas de PCR, tratamientos utilizados y desenlace de los residentes en ambos brotes, uno en los meses de abril-mayo (1º brote) y otro en los meses de octubre-noviembre (2º brote) del 2020.
Se recogieron datos de edad, sexo, ingresos hospitalarios, pruebas de inmunoglobulinas y éxitus de pacientes con PCR positiva.
Los datos se extrajeron del programa de gestión de farmacia, historia clínica electrónica hospitalaria e historia del CSS, así como resultados microbiológicos de las distintas pruebas.

RESULTADOS

Se obtuvieron los siguientes resultados de ambos periodos (1º brote versus 2ºbrote):
Resultado positivo por PCR: 40 residentes de 147 (27%) con mediana de 89 años (63-102) 80% mujeres versus 27 de 108 (25%) con 87 años (56-100) 74% mujeres.
Inicios de tratamiento: 2 pacientes no tratados, 3 hospitalarios y 78% restante en el CSS versus 3 hospitalarios y 89% restante en el CSS.
Antibioterapia en CSS en 100% de los inicios: 22 pacientes (63%) con amoxicilina-clavulánico oral+azitromicina, 9 con levofloxacino (26%), 2 con ceftriaxona intramuscular y 2 con azitromicina versus 13 pacientes (54%) con levofloxacino oral, 10 con azitromicina oral (42%) y 1 con amoxicilina/clavulánico oral.
2º ciclo de antibioterapia en CSS: el 28,5% (10 pacientes), el 80% ceftriaxona intramuscular y 20% asociada a levofloxacino versus el 45,8% (11 pacientes), 5 con ceftriaxona intramuscular,5 con azitromicina y 1 con fosfomicina por complicaciones urinarias.
Anticoagulación en CSS: el 91% de los pacientes (32), 22 enoxaparina y 10 anticoagulantes orales versus el 100% (24) todos con enoxaparina.
Corticoterapia: un 40% (14), 10 prednisona y 2 metilprednisolona intravenosa versus el 100% (24) todos dexametasona oral.
Tratamientos en ingreso hospitalario.
Antibioterapia: de los 10 pacientes (25%) que ingresaron, todos con antibiótico, 5 recibieron hidroxicloroquina+azitromicina+ceftriaxona intravenosa, otros 2 ceftriaxona intravenosa, otro azitromicina+hidroxicloroquina, otro levofloxacino intravenoso+hidroxicloroquina y otro levofloxacino intravenoso versus 9 pacientes (33%), todos con antibiótico, 5 con azitromicina oral+ceftriaxona intramuscular, 2 con azitromicina oral+piperacilina-tazobactam, 1 con azitromizina oral y 1 cefriaxona intramuscular.
El 100% recibieron enoxaparina y un 50% corticoides intravenosos versus el 89% recibieron enoxaparina y corticoides intravenosos.
Mortalidad global de ambos brotes del 24% (16/67) y de cada uno: 25% (10 pacientes, 1 de ellos en el hospital) con

medianas de 10 días hasta éxitus (1-32) y de 90,5 años (84-97) versus 22% (6 pacientes, 4 de ellos en el hospital) medianas de 14,5 días hasta éxitus (9-18) y de 89,5 años (85-96).

CONCLUSIONES

La infección por coronavirus revela un resultado de mortalidad similar en ambos brotes.
Los tratamientos utilizados cumplieron las recomendaciones sanitarias para el manejo de la infección, en el momento de cada brote, destacando en el segundo brote el uso de enoxaparina y dexametasona en institucionalizados y la retirada del uso de hidroxicloroquina en hospitalizados.
La vacunación en el mes de enero ha conseguido no tener más casos positivos hasta el día de hoy.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

834. ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB Y ANAKINRA PARA COVID-19 EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

DE LA MAZA URIARTE I, MARTÍNEZ DE ARRIBA R, PICAZA ITURRICHA E
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL. CTRA. ORON S/N. BURGOS

OBJETIVOS

Analizar el coste de los tratamientos con los fármacos inmunomoduladores tocilizumab y anakinra para el tratamiento del coronavirus en un hospital comarcal, en relación al resultado en salud, medido como curación o éxitus.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron las dispensaciones de tocilizumab y anakinra en el periodo abril 2020 a abril 2021. Se recogieron los siguientes datos: fecha de administración, dosis administrada, dosis total y coste. Adicionalmente, se registró el resultado en salud medido como curación o éxitus en los 28 días después del alta hospitalaria.
Los datos se obtuvieron del programa de gestión de farmacia y de la historia clínica electrónica, y para el análisis de los mismos se utilizó Excel 2013 y SPSS 15.0.

RESULTADOS

Se administraron los fármacos estudiados en 118 pacientes, 65 recibieron anakinra y 55 tocilizumab. Dos pacientes recibieron ambos fármacos secuencialmente, primero tocilizumab y luego anakinra.
Todas las dispensaciones de anakinra se realizaron entre agosto de 2020 y febrero de 2021 (7 meses), mientras que el primer tratamiento con tocilizumab se administró en abril de 2020 y su uso continúa a la finalización del estudio, en abril de 2021 (13 meses). La selección del fármaco se realizó según el protocolo en vigor en cada momento.
De los 55 pacientes que recibieron tocilizumab 22 (40%) recibieron una dosis total de 400mg, 30 (55%) recibieron 600mg y 3 pacientes (5%) recibieron 800mg (1 paciente en una dosis y 2 pacientes en dos dosis de 400mg), según las recomendaciones y el peso del paciente. En los 65 pacientes que recibieron anakinra, la dosis varió entre 100mg (1 dosis de 100mg) y 3.900mg (39 dosis de 100mg), siendo la mediana de 1.600mg, dependiendo de la respuesta clínica del paciente.
El coste total de ambos fármacos fue de 72.672€, con la siguiente distribución: 29.261€ en anakinra y 43.411€ en tocilizumab. El coste medio por paciente fue de 450€ para anakinra y 789€ para tocilizumab.
En cuanto a los resultados en salud, los pacientes tratados con tocilizumab se curaron en un 84% (46/55), mientras que los pacientes tratados con anakinra se curaron en un 86% (56/65), no siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p=0,7). Se produjo la muerte en el 16% y 14% respectivamente. Podemos considerar que el resultado clínico obtenido con ambos fármacos es similar en la muestra estudiada, por lo que procede realizar un análisis de minimización de costes, siendo anakinra el fármaco con menor coste. El ahorro potencial, si todos los pacientes se hubieran tratado con anakinra, hubiera sido de 18.661€.

CONCLUSIONES

Los fármacos inmunomoduladores han tenido un papel importante en el tratamiento del COVID-19 desde el inicio de la pandemia. Su posicionamiento ha ido cambiando con la incorporación de nuevas evidencias, siendo en la actualidad tocilizumab el más utilizado. Anakinra empezó a utilizarse más tarde, y su uso se ha detenido antes.
Tocilizumab tiene un coste medio por paciente superior a anakinra, mientras que los resultados en salud han sido similares en ambos grupos. Sin embargo, es el fármaco de elección según los protocolos actuales.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

848. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA

AUTORES

GARCIA MATILLAS CN, SÁNCHEZ RODRÍGUEZ F, JUEZ SANTAMARÍA C, LLORET LLORCA A, ASENSI CANTO A, MARTINEZ MARCOS JM
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CALLE MINARETE, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

La pandemia de COVID-19 ha afectado negativamente a la salud mental de la población. Se estima que el aumento ha sido del 20% y que un tercio de las personas que ya consumían psicofármacos han aumentado la dosis. Este incremento tan alarmante se añade a los preocupantes datos que antes de la pandemia ya situaban a España como el segundo país europeo de mayor consumo de ansiolíticos, cuarto en antidepresivos y sexto en hipnóticos y sedantes.
El objetivo de nuestro estudio fue comparar el consumo a través de receta médica de ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos en el Área de Salud II del Servicio Murciano de Salud (SMS) durante la pandemia con los dos años anteriores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional empleando el indicador de número de Dosis Diarias Definidas por 1000 habitante (DHD) para los distintos principios activos encuadrados en los subgrupos terapéuticos de ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos durante tres años desde el año 2018 hasta 2020, así como a la población total atendida en cada uno de esos años.

Para la obtención de los datos se ha recurrido a la aplicación ADN-Farmacia, accesible a través del módulo de análisis libre en el Portal de Inteligencia de Negocio (PIN) del SMS donde se recogen todas las prescripciones.

RESULTADOS

La población atendida durante el periodo de estudio fue de 202.857 pacientes en el año 2018, 214.764 pacientes en el año 2019 y 204.648 pacientes en el 2020.

Los datos de consumo obtenidos en cuanto a los ansiolíticos han sido 99,45 DHD en el año 2018; 93,76 DHD en el año 2019 y 105,18 DHD en el año 2020. En todos los años se ha observado que el fármaco más consumido es el lorazepam, constituyendo alrededor del 42% de las DHD de los ansiolíticos prescritos, seguido del alprazolam que supone alrededor del 18% de las DHD.

Por su parte, en el subgrupo de los hipnóticos el consumo ha sido 46,88 DHD en el 2018; 44,96 DHD en el 2019 y 50,31 DHD en el 2020. En estos tres años el fármaco más consumido ha sido el lormetazepam, agrupando en torno al 64% de las DHD, seguido del zolpidem con cerca del 25%.

Y, por último, en lo referente a los antidepresivos: 112,98 DHD en el año 2018; en el 2019 112,03 DHD y en el 2020 123,74 DHD. Destaca sobremanera el consumo de escitalopram con cerca del 25% de las DHD y a continuación la sertralina, que supone el 19% de las DHD.

CONCLUSIONES

El consumo global de estos fármacos es, en general, elevado independientemente de la población atendida, pero con el confinamiento y la situación de miedo e incertidumbre generada a raíz de la pandemia de COVID-19, se observa un importante aumento del empleo de fármacos para el tratamiento de la ansiedad, el insomnio y la depresión con respecto al periodo anterior a la misma, siendo menor la cantidad de población atendida y sin considerar la automedicación, lo cual podría acrecentar aún más la magnitud del problema.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

852. ADAPTACIÓN DEL PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD COVID

AUTORES

TERRICABRAS MAS E, VILARIÑO SEIJAS A, MARTÍN VAL A, ESTRADA NIETO L, CODINA-JIMÉNEZ C, VALLS SÁNCHEZ E, CARABIAS ANÉ L, QUIÑONES RIBAS C

HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL. CARRETERA DE CANYET S/N.. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar la capacidad de detección y resolución de errores de conciliación en pacientes crónicos complejos (PCC) ingresados en una unidad de hospitalización COVID, en comparación con PCC ingresados en una unidad médica de hospitalización convencional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, longitudinal y prospectivo realizado entre enero y marzo de 2021 en PCC ingresados en un hospital de tercer nivel. El farmacéutico realizó la conciliación de la medicación al ingreso mediante entrevista telefónica al paciente o cuidador en los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización COVID y mediante entrevista presencial en los pacientes del grupo control. Se notificaron al equipo médico los errores de conciliación detectados, así como las recomendaciones de ajuste del plan terapéutico.

Se efectuó un registro y análisis de variables epidemiológicas y clínicas relacionadas con el tratamiento habitual.

Los errores de conciliación detectados se cuantificaron y clasificaron según el Documento de consenso de la SEFH.

Se determinó la gravedad de los errores mediante la clasificación del NCC-MERP (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention) y se catalogó la medicación de riesgo utilizando la clasificación del ISMP (Institute for Safe Medication Practices) en paciente crónico. Por último, se evaluó la aceptación de las recomendaciones farmacéuticas. Para dar respuesta al objetivo del estudio se realizó un análisis estadístico con Stata®/IC 15.1 con una prueba de comparación de medias entre los dos grupos para las variables mencionadas: U de Mann-Whitney para variables cuantitativas y Chi cuadrado para variables categóricas.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 101 pacientes, 47 en el grupo COVID y 54 en el grupo control. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos respecto a la mediana de edad (85.87 años [rango intercuartílico (RIC) 10.2] vs 85.43 años [RIC 9.9], p=0.685), porcentaje de mujeres (55% vs 38.9%, p=0.099), mediana de Barthel (52.5 [RIC 35] vs 70 [RIC 45], p=0.654) y mediana de medicamentos habituales (11 [RIC 6] vs 12 [RIC 6], p=0.214), respectivamente.

Se analizaron un total de 1174 medicamentos. El porcentaje de pacientes que presentaban como mínimo 1 error de conciliación fue ligeramente superior en el grupo COVID (93.2%) respecto al grupo control (85.12%), sin llegar a la significación estadística (p=0.056). La mediana de número de errores por paciente fue de 2.06 (RIC 1.9) vs 1.89 (RIC 2.1), no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos (p=0.353). En general, los tipos de error de conciliación más frecuentes fueron de omisión (55.28%), diferente vía/dosis/frecuencia (28.14%) y comisión (13.07%). Un 68% de los errores se categorizaron como tipo C (el error alcanzó al paciente, pero no le causó daño) y en un 32.24% del total de los

errores notificados, se trataba de medicación de riesgo. Las intervenciones farmacéuticas fueron aceptadas en un 51.06% vs 49.51% de los casos (p=0.828).

CONCLUSIONES

La adaptación del proceso de conciliación de la medicación al ingreso mediante entrevista telefónica resultó igual de efectiva en la detección y resolución de errores de medicación. La integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar aumenta la seguridad del paciente y mejora la prevención de posibles problemas relacionados con la medicación.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

872. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO PARA COVID-19 CON TOCILIZUMAB Y ANAKINRA EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

DE LA MAZA URIARTE I, PICAZA ITURRICHA E, MARTÍNEZ DE ARRIBA R

HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL. CTRA. ORON S/N. BURGOS

OBJETIVOS

Analizar los resultados en salud de los pacientes tratados con tocilizumab y anakinra para la infección por coronavirus. La elección del fármaco responde al protocolo en vigor en cada momento. Adicionalmente se analizan las características de los pacientes y su influencia en el resultado clínico (curación/éxitus) y la gravedad del proceso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron los datos de pacientes a los que se había administrado al menos una dosis de tocilizumab o anakinra en el periodo abril-2020 a abril-2021. Los datos se obtuvieron a partir de las dispensaciones desde el inicio de su utilización en el periodo de pandemia. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, fecha de administración. El resultado clínico se midió como curación/éxitus en los 28 días tras el alta, traslado al hospital de referencia, traslado a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y días totales de ingreso, incluyendo la estancia en el hospital de referencia. Se trasladaron al hospital de referencia aquellos pacientes graves con necesidad de oxigenoterapia de alto grado o ventilación mecánica invasiva.
Los datos se obtuvieron del programa de gestión de farmacia hospitalaria y de la historia clínica electrónica, y para el análisis se necesitó Excel 2013 y SPSS 15.0. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para la comparación de proporciones y la t de student para la comparación de medias.

RESULTADOS

Se trataron 118 pacientes, 55 con tocilizumab y 65 con anakinra. Dos pacientes recibieron ambos fármacos. Todos recibieron además corticoterapia. La mediana de edad para los pacientes que recibieron tocilizumab fue de 65 años (40-90), y de 68 años (31-93) para los que recibieron anakinra. El 64% de los pacientes que recibieron tocilizumab eran varones, frente al 72% de los que recibieron anakinra.
La mediana de los días de ingreso fue de 13 días para los que recibieron tocilizumab frente a los 14 de los que recibieron anakinra (p=0,35). En cuanto a la gravedad, el 29% (19/65) de los pacientes que recibieron anakinra requirió traslado al hospital de referencia, frente al 40% (22/55) de los que recibieron tocilizumab (p=0,215). Fueron trasladados a UCI el 18,5% de los que recibieron anakinra (12/65) y el 14,5% de los que recibieron tocilizumab (8/55) (p=0,566).
En cuanto al resultado clínico, se curaron el 84% de los que recibieron tocilizumab frente al 86% de los que recibieron anakinra, por lo que murieron el 16% y 14%, respectivamente (p=0,7). Se estratificaron ambos grupos por sexo y edad para el análisis de los resultados, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en ningún caso.

CONCLUSIONES

Los resultados clínicos han sido similares con ambos fármacos, no encontrándose diferencias significativas en cuanto a la curación/éxitus, necesidad de traslado, ingreso en UCI ni días de ingreso. Los resultados tampoco se relacionan con el sexo ni la edad.
Los fármacos inmunomoduladores han tenido un papel importante en el tratamiento del COVID-19 desde el inicio de la pandemia. Su posicionamiento ha ido cambiando con la incorporación de nuevas evidencias, siendo en la actualidad el tocilizumab el más utilizado.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

904. INFECCIÓN SARS COV-2 EN PACIENTES REUMATICOS QUE RECIBEN RITUXIMAB

AUTORES

ALÍA JIMÉNEZ A, GARCÍA MORALES PV, ARAQUE ARROYO P, ROJAS VARGAS LM, CARRASCO FERNÁNDEZ JA, CONDE GARCÍA MC, SÁNCHEZ FERNÁNDEZ SÁ

HOSPITAL LA MANCHA CENTRO. AVDA. CONSTITUCIÓN Nº 3º. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Describir la tasa de infección por COVID19 de pacientes reumáticos tratados con rituximab (RTX) así como el pronóstico de estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de los pacientes de nuestro servicio de Reumatología que reciben RTX por enfermedad reumática durante el año 2020, analizando retrospectivamente y a través de historia clínica digital la presencia de infección confirmada por COVID19, así como sus variables sociodemográficas y clínicas. Se compararon estas variables en los pacientes con y sin infección COVID19 utilizando t-Student para las variables cuantitativas paramétricas, U-Mann Whitney para las cuantitativas no paramétricas y X2 para las cualitativas.

RESULTADOS

Durante el año 2020 en nuestro servicio, 20 pacientes (7 vasculitis, 4 miopatías inflamatorias, 4 artritis reumatoide, 3 enfermedades mixtas del tejido conectivo, 1 lupus eritematoso sistemico y 1 Sd de Sjögren) recibieron RTX (12 (60%) mujeres y 8 (40%) hombres; edad media 51.05 años). El tiempo medio previo de exposición a RTX fue de 58.6 meses con una dosis acumulada media por paciente de 5.936 mg y de ultima dosis de 666 mg.
Durante ese año se les realizó test de PCR nasofaringea a 13 pacientes de los cuales 8 fueron positivos (6 tras síntomas COVID19 y 2 tras contacto COVID19+) y 5 negativos (3 tras contacto COVID19+ y 2 por ingreso hospitalario).
Comparando los 8 pacientes que presentaron infección por COVID19 frente a los 12 que no, no hubo diferencias respecto a la edad, sexo, tiempo medio de exposición a RTX, dosis media acumulada del fármaco o de ultima dosis. Tampoco hubo diferencias entre los pacientes infectados o no respecto a los considerados como factores de riesgo de complicación de esta infección, ni respecto a otros fármacos modificadores de la enfermedad asociados a RTX.
De los 8 pacientes con infección COVID19, 7 (87.5%) desarrollaron neumonía bilateral y precisaron ingreso durante un tiempo medio de primera hospitalización de 36 días. El 100% de los pacientes precisaron oxigenoterapia (37% de alto flujo) así como antibioterapia; el 75% corticoides a altas dosis y heparina de bajo peso molecular, el 50% remdesivir y el 37% tocilizumab. El índice medio de gravedad de la infección COVID19 fue 5.25 teniendo según la clasificación de la Organización mundial de la salud (OMS).
La PCR nasofaríngea se negativizó en una media de 47 días, no desarrollándose en ningún caso IgG SARS-CoV-2 hasta el día de hoy. Tres pacientes precisaron de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y dos de ingreso en UCI. Posteriormente al alta hospitalaria, 3 pacientes reingresaron en varias ocasiones por empeoramiento clínico, con nueva PCR nasofaringea positiva y necesidad de retratamiento hospitalario, y un paciente murió por perforación intestinal.

CONCLUSIONES

Un elevado porcentaje (40%) de nuestros pacientes que recibieron RTX sufrieron infección por SARS CoV-2. No presentaban numerosos factores de riesgo conocidos de complicación de esta infección, a pesar de lo cual la gravedad de la COVID-19 fue severa en la mayoría, precisando hospitalización durante un periodo de tiempo prolongado e incluso necesidad de reingreso. La PCR nasofaríngea se negativizó muy tardíamente y ningún paciente desarrollo IgG SARS CoV-2.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

913. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE LA ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA EN LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS

AUTORES

BUENDÍA BRAVO S, SERNA ROMERO O, GASTALVER MARTIN C, CAPILLA MONTES C, IGLESIAS BOLAÑOS AM, CRUZ CRUZ T

HOSPITAL DEL SURESTE. CALLE RONDA DEL SUR, 10. MADRID

OBJETIVOS

El tromboembolismo es una de las manifestaciones de la enfermedad por la infección del coronavirus SARS-CoV2 (COVID-19). La Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia recomienda actualmente profilaxis antitrombótica a distintas dosis, según los factores de riesgo, en todos los pacientes hospitalizados. Al principio de la pandemia, desconocíamos la enfermedad y su correcto tratamiento por lo que la anticoagulación ha podido ser insuficiente. El objetivo de este estudio es comprobar la idoneidad de la anticoagulación respecto a las recomendaciones científicas actuales, en los pacientes que desarrollan tromboembolismos durante su ingreso, en la primera fase de la pandemia en España.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron pacientes adultos con COVID-19 confirmado que ingresan en el hospital entre el 13/03/2020 y el 13/04/2020. Se recogieron datos de manera retrospectiva de la historia clínica electrónica del ingreso y el mes posterior al alta. Se creó una base de datos para recoger los datos demográficos (edad, sexo) y si desarrollan tromboembolismo pulmonar (TEP) o trombosis venosa profunda (TVP), los datos analíticos de: filtrado glomerular, dímero D, linfocitos y proteína C reactiva (PCR) y las dosis de heparinas de bajo peso molecular usadas.

RESULTADOS

Fueron incluidos 183 pacientes con edad media (desviación estándar, SD) de 64,2 (15,2) años. El 64% eran hombres. En el período de estudio el 2,2% de los pacientes sufre TVP y el 10,9% TEP. En los pacientes con tromboembolismos, el 79% tenían función renal normal, dímero D promedio 6153,2 (9297,08) ng/ml, linfocitos 850(340)/µl y PCR 146,1 (83,6) mg/L. En el 58% de estos pacientes, la enoxaparina no estaba dosificada a 1 mg/kg/día, si no como profilaxis estándar.

CONCLUSIONES

El 13% de los pacientes del estudio desarrollaron un tromboembolismo a consecuencia de la COVID-19. En el 58% de pacientes se puede considerar que no se alcanzaron las dosis más adecuadas de profilaxis anticoagulante, según las recomendaciones actuales. No obstante, la necesidad de anticoagulación debe ser individualizada y es dinámica según el estado clínico del paciente, lo que es una limitación de este estudio que no ha tenido en cuenta el riesgo de sangrado o la rapidez de instauración del empeoramiento de los parámetros analíticos. En los primeros momentos de la pandemia, no había un protocolo de profilaxis antitrombótica en esta nueva enfermedad, lo que pudo infradosificar la enoxaparina.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

919. EVALUACIÓN DEL USO DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES GRAVES CON COVID-19

AUTORES
FÓRNEAS SANGIL A, APARICIO CARREÑO C, GÁNDARA ANDE A, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B, DURÁN ROMÁN C, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ A, MARTÍNEZ-MÚGICA BARBOSA C, PAMPÍN SÁNCHEZ R
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES. CALLE PRADOS (CABUEÑES) Nº 395. ASTURIAS

OBJETIVOS
Describir las características clínicas de los pacientes con inflamación sistémica por infección con COVID-19 que recibieron tocilizumab.
Analizar la efectividad y la seguridad del tocilizumab.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con neumonía grave por COVID-19 que recibieron tocilizumab durante su ingreso en una planta de hospitalización, excluyendo la unidad de cuidados intensivos (UCI), desde octubre del 2020 hasta marzo del 2021.
Las variables recogidas fueron: edad, sexo, comorbilidades, tratamiento previo con corticoides, parámetros analíticos: proteína C reactiva (PCR), interleucina-6 (IL-6), ferritina y dímero-D, peso, dosis de tocilizumab y reacciones adversas (RA). Para evaluar la efectividad se utilizaron los datos de supervivencia a los 28 días post-administración y si precisó ingreso en la UCI. Se analizaron las RA notificadas en los 28 días posteriores a la administración.
El Servicio de Farmacia restringió el uso del tocilizumab siguiendo las recomendaciones de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS): presentar una mala respuesta a corticoides, PCR > 100 mg/dL, IL-6 > 40 pg/mL, ferritina > 1000 ng/mL, dímero-D > 1000 ng/mL, linfopenia (< 800 células/mm3). Además, los criterios de exclusión establecidos fueron: neutropenia (< 500 células/mmc), trombocitopenia (< 50.000 células/mmc), AST/ALT < 10, sepsis documentada por otro patógeno, comorbilidad que pueda llevar a un mal pronóstico e infección cutánea en curso. En pacientes con peso < 70 kg la dosis fue de 400 mg y de ≥70 kg de 600 mg, pudiendo utilizarse una segunda dosis a las 12 horas de manera excepcional en aquellos pacientes que presentaron un repunte de los parámetros analíticos tras una mejoría clínica o analítica.

RESULTADOS
Se incluyeron 140 pacientes con una mediana de edad de 69 años [28-90], siendo el 68,6% hombres. El 61,4% de ellos presentaban alguna comorbilidad, la mayoría de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia y/o obesidad.
Todos los pacientes que recibieron tocilizumab cumplieron al menos dos criterios de inclusión y ninguno de exclusión.
El 100% de los pacientes recibieron dosis previas de corticoides. La mediana del valor de PCR fue 115 mg/L [5-598], la de IL-6 de 93,5 pg/mL [12-637], la de ferritina 1171 ng/mL [83-5899] y la de dímero-D fue de 924,5 ng/mL [169-32920].
En cuanto a la efectividad, la supervivencia a los 28 días post-administración fue del 72,8% y el 78,8% de los pacientes no precisaron ingreso en la UCI.
En cuanto a la toxicidad, el 19,3% de los pacientes presentaron RA, destacando: infección fúngica (11,4%), infección bacteriana (5,7%) y pruebas de función hepática alteradas (2,1%).
El 76,4% de los pacientes pesaban ≥70 kg, de ellos, todos menos uno recibieron una dosis de 600 mg. El 23,6% pesaban < 70 kg, de los cuales todos menos uno recibieron una dosis de 400 mg. Solo el 1,4% de los pacientes recibieron dos dosis de tocilizumab.

CONCLUSIONES
El análisis ha permitido identificar el perfil de pacientes tratados con tocilizumab, la mayoría hombres con comorbilidades de riesgo cardiovascular, obteniéndose resultados similares a los de la literatura revisada con un perfil de seguridad bien tolerado.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

933. EXPERIENCIA DEL PACIENTE E IMPACTO DEL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN LA POBLACIÓN TRASPLANTADA CARDÍACA

AUTORES
DE DIOS LÓPEZ A, MARTINEZ MOLINA C, GOMIS PASTOR M, MAESTRO BENEDICTO A, MIRABET PÉREZ S, ROS ABARCA S, SOCIAS CAÑELLAS CM, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. C/ SANT QUINTÍ, 89. BARCELONA

OBJETIVOS
Describir el impacto de las medidas de aislamiento como la reducción de la interacción social y minimización de los desplazamientos a los centros sanitarios, debido a la pandemia por SARS-CoV-2 en pacientes trasplantados cardíacos (PTC).

MATERIALES Y MÉTODOS
Se llevó a cabo una encuesta electrónica y anónima en PTC en febrero del 2021. La encuesta fue diseñada y validada por un equipo multidisciplinar constituido por cardiólogos, enfermeros, psicólogos y farmacéuticos. La encuesta incluye escalas validadas [Fear of COVID19 Scale (FCV-19s), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), 5-Dimension Euro Quality of-Life Questionnaire(EQ-5D) y International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)], además de 28 variables diseñadas para el estudio que abordaban la experiencia del paciente con el cumplimiento de las medidas del confinamiento, estilos de vida durante la pandemia y afectación por la COVID-19 a nivel físico y psicológico. Se

incluyeron preguntas tanto de respuesta única como de múltiple elección. Se incluyeron los datos demográficos sexo y edad. La encuesta se envió a través de una herramienta de salud digital (app móvil) o, en su defecto, a través del correo electrónico de los pacientes/familiares.

RESULTADOS

La encuesta fue ofrecida a 202 PTC en seguimiento (100% de la población total) y realizada finalmente por 85 (42%) pacientes [56±13 años, 58 (68,24%) varones].
En cuanto a las medidas adoptadas durante la cuarentena (marzo-mayo 2021), 50 (59%) refirieron no salir de casa, 32 (38%) para realizar compras esenciales y 3 (4%) hicieron excepciones a las recomendaciones generales. Pasado un año, la mayoría (53; 62%) sale 5 o más días por semana y únicamente 7 (8%) siguen sin salir de casa.
Durante el confinamiento, 43 (51%) de los pacientes redujeron la actividad física, y 31 (36%) subieron de peso.
Desde marzo 2020, 11 (13%) pacientes fueron positivo por COVID-19: ninguno ingresó en UCI, 5 (46%) en sala de hospitalización convencional, 3 (27%) no requirieron ingreso y 3 (27%) fueron asintomáticos. Veinticinco (29%) pacientes requirieron PCR por contacto estrecho con algún positivo.
Treinta-y-seis (42%) pacientes reportaron tener mucho miedo a SARS-CoV-2, 22 (26%) sentirse nerviosos o ansiosos al ver noticias referentes a COVID-19 y 6 (71%) refirieron no poder conciliar el sueño a causa del COVID-19.
Setenta-y-nueve (93%) pacientes expresaron su temor a tener más riesgo de contraer COVID-19 respecto al resto de la población; 52 (66%) debido a la inmunosupresión, 11 (14%) a su edad y 15 (19%) a otras enfermedades concomitantes.
En cuanto al uso de mascarillas fue generalizado; 12 (14%) pacientes usan de tela, 25 (29%) quirúrgica y 48 (57%) FFP-2 o FFP-3.

CONCLUSIONES

- Durante la cuarentena por COVID-19, los PTC siguieron de forma estricta las medidas establecidas.
- La mitad de PTC disminuyó su actividad física y más de un tercio aumentó de peso, siendo este un importante factor de riesgo cardiovascular.
- La pandemia ha supuesto un incremento del grado de preocupación, ansiedad e insomnio en los PTC.
- Deberán establecerse nuevas estrategias acordes a la situación actual a nivel clínico y político que contribuyan al soporte de grupos de pacientes vulnerables como son los PTC.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

950. EVOLUCIÓN DE USO Y PERFIL DE PACIENTES TRATADOS CON TOCILIZUMAB DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES

VINUESA HERNANDO JM, ARENERE MENDOZA M, GRACIA PIQUER R, FRESQUET MOLINA R, SOPENA CARRERA L, VARELA MARTÍNEZ I, PEREIRA BLANCO O, GALINDO ALLUEVA M
HOSPITAL CLINICO UNIV. LOZANO BLESA. AVDA. SAN JUAN BOSCO, 15. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Tocilizumab es un anticuerpo monoclonal cuya utilización en pacientes COVID-19 graves, se ha planteado por analogía con el síndrome de liberación de citoquinas en pacientes que han recibido inmunoterapia con células CAR-T.
El objetivo del presente trabajo es analizar la utilización de tocilizumab en pacientes COVID-19 atendiendo a los diferentes periodos epidemiológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes con infección confirmada por COVID-19 y tratados con tocilizumab desde el comienzo de la pandemia hasta el 31/03/21. Se recogieron variables demográficas de edad, sexo, peso, altura, índice de masa corporal (IMC) y comorbilidad diabética. Como variables analíticas previas a la administración: creatinina, PCR (proteína C reactiva), AST (aspartato aminotransferasa) y ALT (alanina aminotransferasa). Relacionado con la hospitalización: periodo epidemiológico, dosis, número de dosis e ingreso en UCI (unidad de cuidados intensivos). Se excluyeron del análisis aquellos valores de las variables no disponibles.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio 114 pacientes fueron tratados con tocilizumab con una edad mediana de 66 (37-82) años, un 73,7% (84) varones y un 25,4% (29) eran diabéticos. La media de peso fue 83,1 [desviación estándar (DE) 14,2] kg, de altura 1,65 (DE 0,1) m y de IMC 30,87 (DE 5,3) kg/m2.
El 52,6% (60) de los pacientes fueron tratados en el primer periodo (marzo-mayo 2020), el 7,9% (9) en el segundo (julio-septiembre 2020) y el 39,5% (45) en el cuarto (enero-marzo 2021). La media de dosis fue 612,1 (DE 78,3) mg, un 21,9% (25) recibió una 2ª dosis y un 7% (8) tres dosis, todos ellos en el primer y segundo periodo epidemiológico. La mediana de creatinina fue 1,04mg/dl (0,34-3,80), de PCR 158mg/dl (11,4-350), de AST 42U/l (11-216) y ALT 32U/l (9-155).
El 65,8% (75) se administró en UCI [42,9% (49) en el primer periodo, 7,9% (9) en el segundo y 14,8% (17) en el cuarto] y el 73,7% (84) de los pacientes requirió ingreso en UCI [42,9% (49) en el primer periodo, 7,9% (9) en el segundo y 22,8% (26) en el cuarto]. La mortalidad en la estancia fue de 32,5% (37): 14,8% (17) en el primer periodo, 1,9% (2) en el segundo y 15,8% (18) en el cuarto. La mediana de días de hospitalización fue de 24 (3-134) días, de ingreso en UCI 12 (1-97) y desde la administración hasta el alta 20 (1-132).

CONCLUSIONES

El perfil de paciente tratado con tocilizumab fue de paciente obeso que requiere ingreso en UCI.
La utilización de tocilizumab en nuestro centro ha sido mayor en el primer periodo epidemiológico (52,6%).
Durante las primeras fases de la pandemia la utilización de tocilizumab se limitaba a pacientes ingresados en UCI, aumentando su uso en planta de hospitalización durante el último periodo epidemiológico.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

967. FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB EN COVID-19

AUTORES
IBÁÑEZ HERAS N, HERRANZ MUÑOZ N, LOPEZ GARCÍA A, SANCHEZ-RUBIO FERRANDEZ J, HIJAZI VEGA M, RUBIO RUIZ L, MARTIN ZARAGOZA L, MOLINA GARCIA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CRTA. DE TOLEDO KM 12,500. MADRID

OBJETIVOS
Evaluar la respuesta al tratamiento con tocilizumab en pacientes con neumonía por COVID-19 e identificar las características clínicas que predicen una respuesta no favorable al tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluye pacientes diagnosticados de COVID-19 y tratados con tocilizumab desde septiembre-2020 a mayo-2021.
Según protocolo del centro, en base a la evidencia clínica, se posiciona tocilizumab para su administración en pacientes con Síndrome de distress respiratorio agudo(SDRA) grave y/o pacientes con rápido deterioro del intercambio gaseoso a dosis de 400mg (< 75Kg) o 600mg (> 75 kg). Todos los pacientes previamente habían iniciado tratamiento inmunomodulador con corticoesteroides.
Se obtuvieron de la historia clínica electrónica: edad, sexo, fecha de ingreso, fecha de administración de tocilizumab, nº dosis recibidas, Interleucina-6(IL-6), Proteína C-reactiva(PCR), Dimero-D y SaFi(SaO2/FiO2) del día de la administración, antecedentes, ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos(UCI), fecha de alta y desenlace.
Se consideró respuesta no favorable al tratamiento con tocilizumab el ingreso en UCI y/o muerte.
Las variables cualitativas relacionadas se analizaron mediante el test Chi-cuadrado y las cuantitativas mediante la T de Student o U de Mann-Whitney según correspondía. Posteriormente se realizó análisis multivariante por regresión logística. Se consideró un valor estadísticamente significativo p < 0,05. El análisis estadístico se realizó con SPSS®V24.0.

RESULTADOS
Se incluyeron 234 pacientes (69,6% hombres) con una edad (media±desviación estandar) de 70,5±14,2 años. La estancia media hospitalaria fue de 21,8±23,3 días con una media de 2,6±3 días desde el ingreso hasta la administración del tocilizumab. Un 57,3% de los pacientes recibió una dosis única. En el momento de la administración un 64,5% de pacientes presentaba PCR > 75mg/dl, un 62,4% IL-6 > 40pg/ml y un 31,6% una SaFi < 235. Un 55,9% de los pacientes eran hipertensos, un 44,8% dislipémicos, un 27,3% diabéticos, un 21,3% presentaban patologías respiratorias previas y un 8,5% enfermedad onco-hematológica.
Un 13,7% de los pacientes tratados con tocilizumab ingresaron en UCI. De los ingresados en UCI, la mortalidad fue de un 33,3%. Con respecto al ingreso en UCI, el análisis multivariante reveló que los pacientes con SaFi < 235 presentaros mayor riesgo de ingreso (Odd Ratio(OR)=2,8 intervalo de confianza(IC95) 1.4-5,5 p=0,003) mientras que fue menor en las mujeres (OR=0,4 IC95% 0,2-0,9 p=0,041) y los mayores de 75 años (OR=0,2 IC95% 0,1-0,5 p < 0,001)
La mortalidad global observada fue de un 18,7% observándose una asociación con la edad > 75 años (OR=5.7 IC95% 2,9-11,5 p < 0,001), la presencia de hipertensión arterial basal (OR 2,1 IC95% 1-4,2 p=0,046) y el valor de SaFi (OR=0,99 IC95% 0,99-1 p=0,05)
Ni los valores de PCR ni IL-6, ni el número de dosis, ni la presencia de diabetes, dislipemia, enfermedades respiratorias u onco-hematológicas previas, se asociaron con mayor riesgo de ingreso en UCI o mayor mortalidad.

CONCLUSIONES
La mortalidad de los pacientes con neumonía por COVID-19 tratados con corticosteroides seguido de tocilizumab fue aproximadamente del 20%, considerándose la edad avanzada, la hipertensión basal y una SaFi baja factores predictores de mayor mortalidad.
Los hombres y los pacientes con mayor severidad del SDRA requirieron más frecuentemente ingreso en UCI.
No se relacionan con la respuesta al tratamiento ni los valores de PCR ni de Il-6 ni nº de dosis recibidas.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

976. EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS DURANTE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES
GUTIÉRREZ PALOMO S, ROCHINA ASTORGA A, IBAÑEZ CARRILLO M, MATOSES CHIRIVELLA C, LLINARES ESQUERDO M, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CAMI DE L'ALMAZARA 11. ALICANTE

OBJETIVOS
La pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2 ha generado un cambio en el perfil de consumo de antibióticos a nivel hospitalario. Nuestro objetivo es analizar el impacto de la pandemia en la evolución de dicho consumo utilizando como parámetro las Dosis Diarias Definidas(DDDs)/100 estancias.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional restrospectivo realizado entre enero de 2019 y marzo de 2021. Los trimestres del año 2019 se definieron como periodo pre-pandemia, mientras que los trimestres de 2020 y 2021 se definieron como periodo de pandemia. El consumo de antibióticos se calculó con la unidad de medida de DDDs/100 estancias definida por el World Health Organization(WHO). Los datos de DDDs, ingresos y número de estancias por trimestre se obtuvieron de los software médicos hospitalarios. Se analizaron los DDDs/100 estancias trimestrales por familia de antibióticos atendiendo

a la clasificación anatómica-terapéutica-química(ATC), y también de manera individual para los antibióticos ceftriaxona y azitromicina(antibióticos utilizados en pacientes COVID-19 con coinfección o sobreinfección bacteriana de acuerdo con el protocolo de manejo clínico establecido en nuestro hospital), tobramicina y cefazolina(antimicrobianos profilácticos en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica) y meropenem y linezolid(antibióticos de uso empírico en la Unidad de Cuidados Intensivos(UCI)). Además, se analizó el porcentaje de pacientes ingresados por coronavirus en cada trimestre de la pandemia. La actividad quirúrgica en los trimestres de pandemia se limitó a las cirugías urgentes de traumatología, oncología y digestivo, aplazando las programadas.

RESULTADOS

DDDs/100 estancias trimestrales de 2019 a 2021 por familia de antibióticos:
• Betalactámicos (penicilinas):2019 (31,5; 32,0; 39,6; 30,0) 2020 (32,4; 24,5; 25,3; 24,9) 2021(25,9). Tendencia decreciente.
• Otros betalactámicos:2019(22,5; 23,7; 26,8; 23,0) 2020(26,3; 27,6; 26,5; 33,3) 2021(35,9). Tendencia creciente.
• Macrólidos:2019(13,6; 10,9; 13,1; 11,7) 2020(15,9; 15,0; 8,9; 11,4) 2021(24,3). Tendencia creciente.
• Aminoglucósidos:2019(4,4; 4,0; 4,2; 4,7) 2020(5,4; 3,5; 4,3; 4,0) 2021(3,7). Tendencia decreciente.
• Quinolonas:2019(26,0; 24,9; 24,8; 23,6) 2020(24,7; 15,2; 19,7; 18,8) 2021(18,6). Tendencia decreciente.

DDDs/100 estancias trimestrales de 2019 a 2021 por antibióticos:
• Ceftriaxona:2019(11,2; 10,4; 11,1; 9,4) 2020(12,3; 15,7; 14,0; 18,3) 2021(24,8), Tendencia creciente.
• Azitromicina:2019(11,9; 9,8; 12,1; 10,0) 2020(14,5; 14,1; 8,2; 10,4) 2021(23,8). Tendencia creciente.
• Linezolid:2019(1,1; 1,5; 1,6; 1,6) 2020(1,4; 2,2; 1,5; 2,8) 2021(3,6). Tendencia creciente.
• Meropenem:2019(2,9; 3,0; 3,3; 3,0) 2020(2,8; 3,7; 3,9; 4,1) 2021(5,5). Tendencia creciente.
• Tobramicina:2019(2,5; 3,0; 2,6; 3,4) 2020(3,4; 1,9; 2,5; 2,0) 2021(1,7). Tendencia decreciente.
• Cefazolina:2019(1,6; 2,8; 2,9; 3,8) 2020(3,4; 2,1; 2,3; 2,9) 2021(1,5). Tendencia decreciente.

El porcentaje de pacientes ingresados por coronavirus sobre el total de pacientes hospitalizados en cada trimestre fue:
• 2020: 2,6 % primer trimestre, 3,6% segundo trimestre, 3,3% tercer trimestre, 11,9% cuarto trimestre.
• 2021: 27% primer trimestre.

CONCLUSIONES

El aumento del consumo de macrólidos y otros betalactámicos (azitromicina y ceftriaxona) en los trimestres de la pandemia (2020) con respecto a los pre-pandemia (2019) se ve agudizado en la tercera ola de la pandemia (primer trimestre 2021), donde hay más ingresos por coronavirus.
El consumo de meropenem y linezolid también aumentó durante la pandemia, siendo más elevado en el trimestre de 2021.
El consumo de cefazolina y tobramicina se vio reducido en el periodo de pandemia, concretamente en la tercera ola de 2021, relacionado con la menor actividad quirúrgica.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

985. EVALUACIÓN DE PACIENTES INGRESADOS CON NEUMONÍA SARS-COV-2 CANDIDATOS A DESPRESCRIPCIÓN

AUTORES

RICOY SANZ I, MARTINEZ ALBALADEJO P, LLOPIS ALEMANY A, CERCÓS LLETÍ AC, CAMPILLOS ALONSO P, BRAVO CRESPO C, POLO DURAN J, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL DOCTOR PESET. AVD. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar los medicamentos candidatos a desprescripción (MCD) y las posibles interacciones farmacológicas en pacientes ingresados con neumonía SARS-CoV-2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes ingresados con neumonía por SARS-CoV-2 en un hospital terciario durante febrero de 2021.
Se analizó en la historia clínica electrónica la prescripción al conciliar el tratamiento al ingreso identificando los MCD mediante la base de datos Medstopper y las interacciones farmacológicas con Micromedex.
Las Variables recogidas fueron: (1) relacionadas con el paciente: sexo, edad, comorbilidades, días de ingreso, fragilidad del paciente (índice de comorbilidad de Charlson y escala de pacientes frágiles pluripatológicos de la SEFH); (2) terapéuticas: número de medicamentos al ingreso, número de MCD y número de interacciones.
Se realizó un análisis descriptivo de los MCD y las interacciones por grupo terapéutico. Se correlacionó el número de MCD con el sexo, la edad, los días de ingreso y la fragilidad; se analizaron si había diferencias estadísticas ($p < 0,05$) mediante el test $\chi 2$.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 93 pacientes (56,9% hombres, 43,0% mujeres) con una media de 65,1 años y 9,5 días de ingreso, identificando un total de 86 MCD en 42 pacientes (39,1%). En las mujeres, “media de 6,3 medicamentos al ingreso”, se obtuvo una media de 1,2±1,4 MCD/paciente, mientras que en los hombres, media de 4,4 medicamentos al ingreso, la media fue inferior: 0,7±0,9 MCD/paciente (p=0,04).
Por grupos de edad la media de MCD/paciente fue de: 0,2±0,6 en menores de 65 años (10,5%), 1,2±1,2 entre 65-80 años (50%), y 2,0±1,3 en mayores de 80 años (39,5%) ($p < 0,05$).
Los pacientes ingresados menos de 10 días (72,1%) tuvieron una media de 1,0±1,2 MCD/paciente, los que estuvieron

entre 10-20 días (17,4%) 0,8±1 MCD/paciente y los ingresados más de 20 días (10,5%) 1,1±1,5 MCD/paciente (p = 0,62).
Los pacientes frágiles con ambas escalas (66,3%) presentaron una media de 1,7±1,2 MCD/paciente, los frágiles por una de las dos escalas (17,4%) 1,3±1,3 MCD/paciente, y los no frágiles (16,3%) 0,3±0,8 MCD/paciente (p < 0,05).
Los grupos terapéuticos de ansiolíticos, sedantes e hipnóticos y antipsicóticos suponen el 27% del total de MCD.
Se detectaron un total de 74 interacciones; en el 49,2% de los pacientes se encontró al menos una interacción, con una media de 1,95 interacciones/paciente (1,1 interacciones/paciente en mujeres y 0,56 interacciones/paciente en hombres).
Los grupos terapéuticos que produjeron más interacciones fueron: ansiolíticos, sedantes e hipnóticos y antipsicóticos (que agrupados alcanzan el 23%) y, los analgésicos (16,2%).

CONCLUSIONES

La conciliación del tratamiento al ingreso de los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 con las herramientas utilizadas identifica un importante número de MCD. La población que más se puede beneficiar de la desprescripción de medicamentos son las mujeres frágiles mayores de 80 años, con una media de 6,3 medicamentos La potencial reducción de la morbilidad al minimizar las interacciones es más evidente en mujeres con prescripciones de analgésicos, ansiolíticos, sedantes e hipnóticos y/o antipsicóticos. La evaluación realizada permite priorizar el esfuerzo terapéutico en esta población pudiendo obtenerse mejores resultados en salud, con mayor eficiencia.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1043. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO CON ANAKINRA VERSUS DOBLE INMUNOMODULACIÓN TOCILIZUMAB Y ANAKINRA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE NEUMONÍA POR SARS-COV-2 (COVID-19)

AUTORES

VICENTE GONZALEZ B, DE FRUTOS DEL POZO M, SANTIAGO GALLEGO B, ORTOLL POLO MV, UBEIRA IGLESIAS M, INFANTE CAMARERO A, REVILLA CUESTA N, CASTAÑO RODRIGUEZ B
HOSPITAL UNIVERSITARIO BURGOS (HUBU). AVDA. ISLAS BALEARES, 3. BURGOS

OBJETIVOS

Analizar disminución de riesgo de ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI), así como riesgo de fallecimiento, en pacientes con neumonía por COVID-19, tratados con anakinra versus tratamiento con doble inmunomodulación (tocilizumab + anakinra, administrados con 48 horas de diferencia), así como tiempo transcurrido desde administración de la primera dosis hasta el alta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, en pacientes mayores de 18 años diagnosticados de neumonía por COVID-19, tratados con anakinra vs tocilizumab más anakinra, durante su ingreso en un hospital de tercer nivel desde Marzo 2020 hasta Abril 2021. La información se obtuvo a través de historia clínica electrónica y aplicación específica de farmacia.
El estudio de asociación entre el tratamiento y el riesgo de ingreso en UCI/muerte se realizó mediante razón de riesgos (RR) (estableciendo inmunomodulación única con anakinra como población de referencia), el análisis de los datos se llevó a cabo mediante hoja de cálculo excel®.

RESULTADOS

Según el protocolo del centro, se trató en primera línea con tratamiento estándar basado en la evidencia del momento en la patología. En pacientes con mala evolución clínica, tras tratamiento estándar y elevación de parámetros inflamatorios, se asoció anakinra o tocilizumab, administrándose tocilizumab, siempre que GOT y GPT ≤100 U/L e IL6 basal ≥40 o anakinra a dosis 100mg cada 6 horas subcutáneo en caso de GOT y GPT ≥100 o IL6 ≤ 40. En caso de no alcanzar mejoría clínica tras 48 horas de la administración de tocilizumab, se administró anakinra como segunda línea. Este protocolo fue empleado durante un periodo de cuatro meses.
Se incluyeron 130 pacientes ingresados en planta, con una edad media de 67,89 años, 85,19% hombres. El 39,23% del total recibió doble inmunomodulación.
El riesgo de ingreso en UCI en pacientes tratados con doble inmunomodulación fue de 10% vs 6,9% en pacientes tratados con anakinra en monoterapia, siendo la RR de 1,44 (IC95% 0,64 - 3,24).
El porcentaje de fallecimientos fue de 25,38%. La RR de muerte en planta (no contabilizando a aquellos que fallecieron tras pasar a UCI) en pacientes tratados con doble inmunomodulación vs anakinra fue 1,84 (IC95% 0,64 -3,26). La media de hospitalización en pacientes de planta con anakinra fue de 12,4 días y con doble inmunomodulación fue de 11,18 días.

CONCLUSIONES

Se observó un riesgo de ingreso en UCI mayor en pacientes que recibieron doble inmunomodulación, así como un mayor riesgo de muerte, ambos estadísticamente significativos. El riesgo de fallecimiento pudo estar también condicionado por factores de riesgo asociados a estos pacientes, por lo que sería interesante estudiar comorbilidades y estado clínico en el momento del ingreso para completar el estudio.
Los resultados obtenidos explican el cambio en el protocolo para el tratamiento en neumonía por COVID-19, no recomendándose el uso de la doble inmunomodulación.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1085. USO DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES COVID: COMPARACIÓN DE DOS PROTOCOLOS INTRAHOSPITALARIOS

AUTORES

DOMINGUEZ DOMINGUEZ A, TOLEDO DAVIA MA, GONZÁLEZ SUÁREZ S, TORRALBA FERNANDEZ L, BLAZQUEZ ROMERO C, LABRADOR ANDÚJAR N, MOYA GOMEZ P
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. AV. DE BARBER, 30. TOLEDO

OBJETIVOS
La incesante publicación de nuevos estudios valorando el uso de tocilizumab (TCZ) en pacientes COVID, hace que los protocolos intrahospitalarios estén en continua revisión.
Nuestro objetivo es describir y comparar el perfil de los pacientes que han recibido TCZ en el tratamiento de la COVID-19 y la respuesta obtenida al aplicar diferentes criterios de uso en dos grupos de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo de pacientes a los que se administró TCZ entre octubre 2020 y abril 2021 en un hospital terciario.
En grupo 1 (G1) los criterios de uso de TCZ eran PAFI < 300 y cumplir 2 de 3 criterios: Proteína C reactiva (PCR) > 150 mg/L, D-dímero > 1500 ng/ml y ferritina > 2000 ng/ml. Cada paciente recibió dosis única de 400 mg si peso < 75Kg y 600 mg si peso > 75Kg.
En grupo 2 (G2) los criterios eran Saturación de O2 < 92% o PAFI < 300 y PCR > 75 mg/L. Cada paciente recibió dosis única de 400 mg si peso < 75Kg, 600mg si peso entre 75 y 100 Kg y 800 mg si peso > 100Kg.
En ambos grupos los pacientes no debían presentar contraindicaciones para su uso.
Se recogieron datos demográficos, tasa obesidad y días desde inicio de síntomas hasta administración de TCZ (dTCZ).
Seguimiento de datos analíticos (PCR pre y post (15 días) a administración de TCZ).
Variables de eficacia: tasa de pacientes con disminución de los requerimientos de oxigenoterapia y mortalidad (15 días post-TCZ). Se analizaron diferencias entre grupos.
Análisis estadístico: STATA/MP®16.0. Se utilizó la prueba T de StudentFisher para variables continuas y X2 para variables categóricas.

RESULTADOS
Se incluyeron 76 pacientes, con edad 70,5 [57-80] años; 39(51,3%) en G1 y 37(48,7%) en G2.
La mediana de edad fue 74 [61-80] años en G1 vs. 66 [53-77] en G2 (p=0,02).
En G1, 25(64,1%) eran hombres vs. 19(51,4%) en G2 (p=0,898). La media de dTCZ fue de 10,8 ±1,13 días en G1 y 7,1 ±0,63 días en G2 (p=0,004). El 33,3% (13) del G1 presentaba obesidad vs. 56,8% (21) en el G2 (p=0,26).
Las medias de PCR previas a la administración de TCZ fueron 162,6 ±13,44 mg/L G1 vs. 107,5 ±7,88 mg/L (P < 0,001) en G2 y a los 15 días de administración de TCZ, 2,02 ±0,55 mg/L en G1 vs. 22,7 ±15,2 mg/L G2 (p=0,9).
A los 15 días de la administración de TCZ, la mortalidad G1 vs. G2 fue de 51,4% vs 27% (p=0,401) y la tasa de pacientes con disminución de los requerimientos de oxigenoterapia 40,5% vs. 56,8% (p=0,486).

CONCLUSIONES
Entre los dos grupos de estudio, se encontraron diferencias estadísticamente significativas (ES) en edad, dTCZ y en los valores de PCR previos a TCZ.
Aunque no hubo diferencias ES en la mortalidad, ésta fue porcentualmente mayor en G1, lo que sugiere una tendencia a favor de la modificación del protocolo, al igual que ocurre con los requerimientos de oxigenoterapia.
Son necesarios estudios posteriores con mayor número de pacientes, análisis de variables asociadas a mortalidad así como ampliar el tiempo de estudio post tratamiento para poder comparar nuestro trabajo con otros estudios publicados.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1091. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE COVID-19

AUTORES
PEREZ LAPIDO M, ALCONADA CALLES J, SOILAN SACO J, ITURBE HERAS M, GALLARDO ANCIANO J, SAINZ DE ROZAS APARICIO C, APIÑANIZ APIÑANIZ R, RUIZ ORIO L
HOSPITAL SAN PEDRO. CALLE PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS
Estudiar la utilización de tocilizumab en pacientes ingresados por COVID-19 según los parámetros clínicos más frecuentemente utilizados en los estudios publicados hasta la fecha.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo observacional realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes ingresados por COVID-19 entre marzo de 2020 y febrero de 2021 tratados con tocilizumab. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), fecha de tratamiento, dosis recibidas, parámetros bioquímicos inflamatorios (IL-6, proteína C reactiva [PCR], dímero-D [DD]), de daño hepático (ALT), neutrófilos, tratamiento previo o concomitante con corticoides, ingreso posterior en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) y desenlace (alta o éxitus).
Los criterios de utilización de tocilizumab descritos en el protocolo de tratamiento de la COVID-19 en el hospital son: > 18 años con neumonía intersticial e insuficiencia respiratoria grave, empeoramiento rápido de la función respiratoria con necesidad o sin posibilidad inmediata de ventilación no invasiva o invasiva y niveles de IL-6 > 40pg/ml, DD > 1500 o empeoramiento radiológico. Contraindicado con niveles de ALT/AST cinco veces superiores a los valores de normalidad (Vn) o neutropenia (< 500células/µL), entre otros aspectos contemplados en la ficha técnica. Se administra una dosis única: 400mg si < 75kg y 600mg si ≥75kg, y excepcionalmente una segunda dosis si no se aprecia mejoría clínica o de los parámetros inflamatorios, siguiendo las observaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).
La fuente de datos fue la historia clínica electrónica y se procesaron mediante Excel.
Se realizó una revisión bibliográfica de los estudios relacionados publicados hasta la fecha de corte (Recovery), tras la cual se decidió incluir la PCR como parámetro inflamatorio a estudio.
No se realizó estudio de efectividad por falta de grupo control.

RESULTADOS

De 3051 pacientes ingresados por COVID-19 en el periodo de estudio, 119 (3,9%) fueron tratados con tocilizumab. El 97,5% de las administraciones se realizaron en planta, el resto en UMI. La media de edad fue 70 ± 13,5 años y el 68% eran hombres. El 100% cumplió el protocolo y recibió tratamiento previo o concomitante con corticoides.
El 61% de las dosis administradas fue de 600mg y el resto de 400mg. Se administró una segunda dosis en 9 pacientes (7,6%) tras una mediana de 5 ± 3,1 días.
Las medianas de los parámetros bioquímicos seleccionados fueron: IL-6 = 59,9 (IQR: 38,5-109,2); DD = 436 (IQR: 227-889) y PCR = 84,5 (IQR: 37,7-143,2). Se determinó IL-6 en 84 pacientes, DD en 109 y PCR en 116.
7 pacientes presentaron ALT > 5Vn en los 10 días siguientes a la administración. Ninguno presentó neutropenia.
El 50% de los pacientes estudiados requirió ingreso en UMI. Fallecieron 34 (28%), de los cuales 16 ingresaron previamente en UMI.

CONCLUSIONES

- La mitad de los pacientes ingresó en UMI. La mortalidad fue similar a la del estudio Recovery.
- Solamente el 2,5% de los pacientes recibió tocilizumab durante su estancia en UMI.
- La PCR fue el parámetro inflamatorio más utilizado en nuestro estudio y en los publicados.
- La segunda dosis fue administrada 4-5 días más tarde respecto a las recomendaciones de la AEMPS y otros estudios.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1100. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE REMDESIVIR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SARS-COV-2

AUTORES

ORTÍZ FERNÁNDEZ P, MARTINEZ SOTO A, PASTOR MONDEJAR C, SALAR VALVERDE I, REDONDO RENTERO L, INIESTA NAVALON C, CABALLERO REQUEJO C, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITAIO REINA SOFIA. AVDA INTENDENTE JORGE PALACIOS 1. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad del tratamiento con remdesivir en pacientes ingresados por infección de SARS-CoV-2

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de referencia de área que atiende a una población de 204.000 habitantes, durante dos meses (agosto-septiembre de 2020)
Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con remdesivir en este periodo, con pauta posológica de 200mg el primer día y 100mg los cuatro días consecutivos.
Para evaluar la seguridad del remdesivir se recogieron los valores analíticos de las transaminasas: alanina aminotransferasa (ALT) y aspartato aminotransferasa (AST) para determinar la toxicidad hepática, y la creatinina y el aclaramiento de creatinina (Clcr) para determinar la toxicidad renal.
Los criterios de retirada de remdesivir según las indicaciones de la AEMPS son: Si ALT > 5 veces el límite superior normal (LSN) y o filtrado glomerular < 30 ml/min
Las variables cuantitativas se expresaron como medias±desviación estándar. Los datos se analizaron con el paquete estadístico spss v23.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 52 pacientes, un 69,2% fueron hombres, la edad media fue de 59,8±14,03 años.
Del total de pacientes, el 86,53% pacientes completaron el tratamiento. En el día 1 la media de ALT fue de 43,9±40,5U/L y de AST 46,2±37,3U/L. Al finalizar el tratamiento la media de estos valores fue de 71,7±57,7U/L de ALT y 47,5±36,3U/L de AST. Se observó reducción de ALT estadísticamente significativa ($p < 0,001$).
Se interrumpió el tratamiento al 13.46% de pacientes. Los motivos por los que los 7 pacientes no finalizaron el tratamiento fueron: 2 por hepatotoxicidad, 2 por decisión clínica, 2 por exitus y 1 por alta hospitalaria. De los 2 pacientes que suspendieron por hepatotoxicidad, de uno no se encontraron datos de AST y ALT del día de la suspensión y el otro paciente no alcanzaba los valores de ALT recomendados para suspender.
Al inicio del tratamiento, 1 paciente tenía niveles de ALT > 5 veces el límite superior normal (LSN) (238U/L) y el último día del tratamiento el valor fue de 202U/L. Al finalizar el tratamiento el 2,22% de pacientes tuvieron valores de ALT > 5 veces LSN.
La media de Cr y la media del Clcr en el día 1 fue 0,8±0,2mg/dl y 93,9±0,21ml/min y en el día 5 fue de 0,7±0,2mg/dl y 99,1±18,7ml/min respectivamente. Ninguno de los pacientes presentó nefrotoxicidad y no se produjo ninguna suspensión del tratamiento por hipotensión infusional.

CONCLUSIONES

Se observa un aumento estadísticamente significativo de la ALT aunque sin superar los límites recomendados, a diferencia de la AST en la que apenas se observa incremento.
En cuanto a la seguridad, podemos afirmar que remdesivir es un fármaco seguro ya que no hubo una frecuencia elevada de reacciones adversas y el tratamiento no tuvo que ser suspendido por toxicidad en ningún caso.
Es necesario un período de seguimiento más largo para evaluar la seguridad a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1109. MORTALIDAD EN EL PACIENTE GERIÁTRIO COVID-19: ABORDAJE TERAPÉUTICO IGUAL PARA TODOS?

AUTORES

SOLER BLANCO N, ORTONOBES ROIG S, TORRENTE JIMENEZ I, MAS MARESMA L, BARRIOS MEDINA J, GÓMEZ-VALENT M
CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. PARC TAULÍ 1. BARCELONA

OBJETIVOS
Describir las variables sociodemográficas, clínicas y farmacológicas de los pacientes geriátricos COVID-19 y analizar diferencias en la mortalidad.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron los pacientes ≥65 años con diagnóstico por COVID-19 ingresados entre 16/marzo y 30/mayo de 2020 en la unidad de geriatría de agudos del sociosantiario de un hospital universitario. Variables: sociodemográficas; Índice Charlson (ICh); Índice Barthel (IB) pre-mórbido y al ingreso; comorbilidades; síndromes geriátricos; paciente crónico complejo (PCC) o enfermedad crónica avanzada (MACA); neumonía, tratamiento COVID-19 específico y mortalidad. Análisis de las variables cuantitativas mediante el test Mann-Whitney-Wilcoxon y cualitativas con el test Chi-cuadrado.

RESULTADOS
Pacientes incluidos: 228; edad 84 (80-88) años; mujeres 117 (51,3%). ICh 3 (1-4). IB pre-mórbido 70 (50-90), IB ingreso 45 (15-70), IB alta 60 (45-77,5). Pacientes catalogados como PCC 1,7% y 5,3% como MACA. Desarrollaron neumonía 217 (95,2%). Mortalidad: 78 (34,2%).
Comorbilidades: demencia 82 (36,0%), diabetes 77 (33,8%), insuficiencia renal crónica 71 (31,1%), insuficiencia cardiaca congestiva 46 (20,2%), neoplasias 46 (20,2%), vasculopatía periférica 45 (19,7%).
Síndromes geriátricos: declive funcional 145 (70,1%); polifarmacia (> 5 fármacos) 157 (73,0%), polifarmacia extrema (> 10 fármacos) 118 (51,8%), delirium 74 (35,8%); inmovilidad 105 (46,1%); malnutrición 79 (36,7%); disfagia 70 (33,7%); úlceras por presión (UPP) 31 (14,9%); caídas 29 (13,9%).
Tratamientos COVID-19 específicos administrados: hidroxicloroquina 202 (90,2%), azitromicina 179 (79,6%), ceftriaxona 137 (60,9%), otros antibióticos 81 (38,2%), metilprednisolona 78 (34,7%), bemiparina 156 (69,3%), enoxaparina 68 (30,5%), lopinavir/ritonavir 48 (21,3%) y tocilizumab 18 (8,0%). Se tuvo que modificar la pauta de lopinavir/ritonavir por efectos adversos en 11,8%.
Analizando supervivientes vs exitus, se encuentran diferencias significativas en: presentar vasculopatía periférica: 15,9% vs 29,3%, p=0,02; IB pre-mórbido: 82,5 (58,8-100) vs 55 (40-75), p < 0,01, declive funcional: 50,3% vs 71,1%, p=0,003; UPP: 11,8% vs 21,3%, p=0,061; corticoides: 22,3% vs 52,0%, p < 0,001.

CONCLUSIONES
- En los pacientes geriátricos COVID-19 se objetivó perdida funcional durante el ingreso y presencia de elevado número de síndromes geriátricos. Aunque el porcentaje de pacientes identificados como crónicos complejos previo al ingreso es bajo, se observa una elevada multimorbilidad, polifarmacia y otros síndromes geriátricos, lo que hace pensar que muchos pacientes no están adecuadamente identificados.
- El delirium y el declive funcional fueron formas de presentación de la COVID-19 frecuentes en nuestros pacientes.
- Se observó una alta prevalencia de neumonía, sin embargo el uso de corticoides y tocilizumab fue limitado, lo que podría sugerir un infratratamiento.
- Por otro lado, el tratamiento específico COVID-19 fue similar en toda la muestra, lo que sugiere que no se realizó adecuación del esfuerzo terapéutico, en base a la situación basal, diagnóstico situacional y polifarmaca de los pacientes.
- El IB pre-mórbido, declive funcional y las UPP, se relacionaron con mortalidad, lo que hace visible la necesidad de realizar una valoración geriátrica integral para poder adecuar el abordaje terapéutico de estos pacientes complejos en base a su posible fragilidad.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1154. DISPENSACIÓN DE VACUNAS FRENTE A COVID-19 DESDE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AUTORES
GOMEZ RIVAS P, GIMENO GRACIA M, SALAZAR SANTANDER C, ALLENDE BANDRES MA, VINUESA HERNANDO JM, FRUTOS PÉREZ-SURIO A, GALINDO VILLANUEVA M, SALVADOR GOMEZ T
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. AVDA. SAN JUAN BOSCO 15. ZARAGOZA

OBJETIVOS
Describir el proceso de dispensación de vacunas frente a COVID-19 (VC) a toda la Comunidad Autónoma (CCAA), en coordinación con la Dirección General de Salud Pública (DGSP).

MEJORAS ESPERADAS
Inmunizar a toda la población en el menor tiempo posible tras la recepción de las VC, siguiendo la Estrategia Nacional de Vacunación.

DISEÑO
Se formó un equipo técnico de 4 farmacéuticas, 1 enfermera, 6 técnicos en farmacia y 2 administrativos. Se diseñaron 12 PNT: recepción, documentación, almacenamiento y dispensación de cada vacuna (vacuna 1 de ARNm frente a covid-19 (VARNm1), vacuna 2 de ARNm frente a covid-19 (VARNm2), vacuna recombinante (ChAdOx1-S) frente a covid-19 (VChAdOx1-S) y vacuna recombinante (Ad26.COV2-S) frente a COVID-19 (VAd26.COV2-S) . El transporte del Servicio de Farmacia (SF) a los puntos de vacunación (PV) fue realizado por una empresa logística farmacéutica.

CIRCUITO Y ETAPAS
1. Recepción: Semanalmente se recibe la previsión de entrega de pedidos (tipo de vacuna y cantidad). Las VARNm1 y VARNm2 se recepcionan y conservan ultracongeladas y congeladas, respectivamente. La Ad26.COV2-S se recibe en proceso de descongelación y se almacena refrigerada. La VChAdOx1-S se recibe y almacena refrigerada. Se cotejan los

datos del pedido con el albarán de entrega, comprobando integridad de envases, cantidades, lotes y condiciones de conservación durante el transporte. Después, se envían las actas al Ministerio de Sanidad de cada recepción y vacuna.
2. Almacenamiento y custodia: Se almacenan en un espacio videovigilado con acceso restringido. Los equipos de conservación están conectados a un sistema informático de registro continuo de temperaturas. Se controlan estrictamente las cantidades almacenadas por lotes y ubicaciones, con un seguimiento de las entradas y salidas de viales.
3. Dispensación: Se realiza siguiendo una planificación semanal elaborada por DGSP y coordinada con una empresa de transporte que establece rutas por toda la CCAA. El SF acondiciona las vacunas en cajas de 20 viales, asegurando un adecuado embalaje protegiéndolos de movimientos indeseados. Se asignan nuevas fechas de validez (5 días para VARNm1, 30 días para VARNm2, 3 meses para Ad26.COV2-S tras descongelar). La VChAdOx1-S no necesita reasignación de validez. Cada caja se identifica con un código de barras para evitar errores en las entregas en los PV.
4. Transporte: Se realiza en contenedores refrigeradores de 2-8ºC, con un sistema de geolocalización y control de temperatura hasta los PV.

IMPLANTACIÓN
En la dispensación es clave la coordinación con DGSP, que lleva a cabo la planificación y asignación de vacunas a cada PV. Además han sido necesarios los siguientes recursos materiales: 2 ultracongeladores, 2 congeladores, 3 frigoríficos, 1 sistema de control de temperaturas, 2 ordenadores, 3 impresoras y 2 smartphones.

RESULTADOS
Hasta el 9 de mayo de 2021 se han dispensado 94391 viales (641750 dosis, que representan el 96.9% de las dosis recibidas en la CCAA), distribuidos en 7327 bultos, con 3480 entregas en 245 rutas. Se ha inmunizado al 20.1% de la población con pauta incompleta y al 18.2% con pauta completa.

LIMITACIONES
La dispensación está condicionada a la disponibilidad de vacunas en la CCAA.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA
Es posible en todos los SF que tengan suficiente dotación de recursos humanos y materiales, y experiencia en dispensación extra-hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1174. DIFERENCIAS EN PACIENTES CON INGRESO EN CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA SEGUNDA Y CUARTA OLA DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

AUTORES
AZNARTE PADIAL P, MARTÍN-DUEÑAS LÓPEZ-MARÍN L, GANDARA LADRON DE GUEVARA MJ, SANCHEZ AZGAIZ MC, SANCHEZ SUÁREZ MDM, SIERRA TORRES MI
HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES. AVDA. CONSTITUCION, 100. GRANADA

OBJETIVOS
Describir y analizar los cambios observados en los pacientes que necesitaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en la 2ª y 4ª ola de la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 .

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizó un estudio observacional transversal, descriptivo y analítico. Se establecieron dos periodos de análisis de 25/9/2020 a 24/12/2020 (2ª ola) y 23/3/2021 a 13/5/2021 (4ª ola). Se analizaron todos los pacientes ingresados en la UCI de un hospital de tercer nivel por complicaciones derivadas de la infección por SARS-CoV-2. Se analizaron en ambos periodos: variables demográficas (edad y sexo) y variables clínicas (exitus, días de ingreso, días de inicio de síntomas, tratamientos indicados durante todo el ingreso hospitalario y patologías concomitantes). Como fuentes de datos se utilizaron el programa de prescripción electrónica (ATHOS-APD) y la historia clínica digital (DIRAYA).

RESULTADOS
El total de pacientes ingresados en UCI analizados, que la abandonaron por traslado a otra planta, alta o exitus en la 2ª ola fue 147 vs 80 en la 4ª. En este último periodo, al finalizar el estudio, permanecían ingresados en UCI 36 pacientes y 21 en otras plantas de hospitalización. El porcentaje de hombres fue 65,99% vs 53,75%. La edad media fue 60,70±9,90 años vs 57,80±3,53 años respectivamente. 38,10% (56/147) fueron exitus en la 2ª ola vs 20,00% (16/80) en la 4ª. La mediana de días de síntomas al ingreso hospitalario fue 7, rango(1-27) vs 5, rango (1-16). La mediana de días de estancia hospitalaria fue 80 rango (2-139) en la 2ª ola vs 21 rango (2- 43) en la 4ª. Los pacientes que recibieron glucocorticoides fueron: dexametasona 65,99% vs 91,25 y metilprednisolona 69,39% vs 75,00%. La indicación de remdesivir antes del ingreso en UCI se realizó en: 27,21% vs 17,50% de los pacientes respectivamente. Se utilizaron: tocilizumab 29,23% vs 28,75%, anakinra 12,24% vs 15,00% y azitromicina 27,89% vs 23,75%. Durante la 4ª ola no se indicó: ribavirina, interferon β 1b ni lopinavir asociado a ritonavir en ningún paciente. Las patologías concomitantes más frecuentemente observadas fueron: hipertensión arterial (HTA) (40,82% vs 35,00%); obesidad (31,97% vs 28,75%); Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) (28,57% vs 28,75%); dislipemia (19,05% vs 21,25%); ser fumador o exfumador (17% vs 18,75%); asma (12,24% vs 8,75%) e hipotiroidismo (8,16% vs 7,50%) respectivamente.

CONCLUSIONES
La edad media de los pacientes ingresados en UCI por infección por SARS-CoV-2 disminuyó entre la 2º y 4º ola. Los días de estancia hospitalaria y la mortalidad también sufrieron un descenso en la 4ª ola. Se ha producido una modificación en los hábitos de prescripción entre estos dos periodos de tiempo, la administración de corticoides ha aumentado, mientras otros medicamentos han quedado en desuso. La HTA, la obesidad, la DM2 y la dislipemia han mostrado ser factores de riesgo para producir infecciones por SARS-CoV-2 de mayor gravedad. La mediana de tiempo para acudir al hospital, una vez se manifiesta el inicio de los síntomas, ha disminuido durante la 4ª ola, lo que ha podido contribuir al manejo más temprano de la infección y mejorar el pronóstico de los pacientes ingresados.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1240. IMPACTO DEL CONFINAMIENTO SOBRE LA FRAGILIDAD DE LOS RESIDENTES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES
MIRALLES ANDREU G, RIZO CERDÁ AM, ORTIZ SAEZ P, JAVALOYES TORMO A, PASCUAL MARTÍNEZ M, MINUESA SÁNCHEZ R, SANSANO CLEMENT A, CÁNOVES ESCOLANO MÁ
SERVICIO DE FARMACIA SOCIOSANITARIO LA FLORIDA. C/SOCIEDAD CULTURAL DEPORTIVA BETIS FLORIDA, 43. ALICANTE

OBJETIVOS
El confinamiento debido a la COVID-19 ha afectado de manera negativa a la fragilidad de los pacientes en centros sociosanitarios. El objetivo de este estudio es describir el impacto del confinamiento sobre diferentes parámetros indicadores de fragilidad: la polifarmacia, el grado de dependencia, el riesgo de úlceras por presión y el deterioro cognitivo.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional descriptivo retrospectivo multicéntrico llevado a cabo en un Servicio de Farmacia sociosanitario. Se incluyeron los individuos de 3 residencias que habían permanecido institucionalizados durante el periodo de confinamiento en España(marzo-mayo 2020). Se recolectaron variables tales como sexo, edad, número de fármacos prescritos y puntuaciones de las escalas Barthel, Norton y Mini Examen Cognoscitivo de Lobo(MEC) de los 5 meses previos y los 5 meses posteriores al confinamiento. Los datos se obtuvieron de los registros del Servicio de Farmacia. Su distribución fue analizada con la prueba Kolmogorov-Smirnov,calculándose las medidas de dispersión y asociación según procediese. Para ello se empleó el programa estadístico SPSS Statistics 20.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 142 residentes con una prevalencia de hombres del 62,7% (89) y una edad media de 81±10 años, siendo su distribución: el 25,4% (36) tenían ≤74 años, el 33,1% (47) se situaban entre 75-84 años y el 41,5% (59) eran ≥85 años.
La polifarmacia (N=133) se determinó con el número de fármacos prescritos, manteniendo su mediana en 9 fármacos tanto en el pre- como el post-confinamiento. El 45,1% (60) de los residentes sumaron al menos 1 fármaco en el periodo de 7 meses, detectándose un 42% con polifarmacia excesiva (≥10 fármacos). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar centro, edad o sexo.
La escala Barthel (N=140) presentó una puntuación mediana de 50,0 (10,0-80,0) previa al confinamiento, resultando en 42,5 (6,3-80,0) tras el mismo. Las puntuaciones se agruparon en rangos, siendo más prevalente el grado de dependencia total previo (33,6%) y posterior (35,0%) al confinamiento. Al comparar entre periodos, el 60,1% (87) no sufrieron variaciones en la puntuación; sin embargo, un 25,0% (35) evolucionaron a grados de dependencia mayores, asociándose este aumento de la dependencia con el sexo masculino (p=0,04).
La escala Norton (N=132) obtuvo una puntuación mediana de 15 (12-18) y 14 (11-18) previo y posterior al confinamiento respectivamente. En el 28,8%(38) de los residentes aumentó el riesgo de sufrir úlceras por presión, mientras que se redujo en el 24,2%(32).
La escala MEC (N=44) mantuvo su puntuación mediana en 20,0 (7,3-25,0) durante el confinamiento En cambio, se detectó un deterioro del nivel cognitivo en el 45,5%(20) de los residentes, siendo este en el 80% de al menos 3 puntos en la escala.

CONCLUSIONES
Tras los meses de confinamiento por la COVID-19, se observó un aumento de la polifarmacia, del grado de dependencia, del riesgo de úlceras por presión y un deterioro significativo del nivel cognitivo. Además, casi la mitad de los residentes sufre polifarmacia excesiva. Todos estos factores son indicadores del aumento de la fragilidad de los residentes, pero debe completarse el estudio valorando su evolución respecto a años anteriores en los que no hubo limitación de la movilidad.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1268. EXPERIENCIA EN TELEFARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN TIEMPOS DE COVID-19

AUTORES
CORDOBA SOTOMAYOR MD, ALARCON PAYER C, JEREZ ROJAS J, GUTIERREZ LUCENA L
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAEN. AVENIDA DEL EJERCITO ESPAÑOL, 10. JAÉN

OBJETIVOS
Analizar la implantación de un sistema de telefarmacia en un hospital de tercer nivel como proyecto piloto durante la pandemia Covid-19 para mejorar el acceso de los pacientes a sus
tratamientos de dispensación hospitalaria sin necesidad de tener que desplazarse al hospital y reducir el riesgo de contagio, complementándolo con atención farmacéutica previa y
seguimiento farmacoterapéutico.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio observacional prospectivo realizado desde 1 Mayo de 2020 hasta 30 Abril de 2021 en la Unidad de Pacientes Externos (UPS) del Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel.
Durante este periodo se ha implementado la telefarmacia seleccionando los pacientes que aceptaban participar en este proyecto. Para ello se estableció un circuito en el que el farmacéutico realizaba una atención farmacéutica previa

para recoger información relevante sobre el tratamiento farmacológico de los pacientes, posteriormente validaba el tratamiento y procedía a realizar la dispensación hospitalaria, seguida del envío de medicación a la Oficina de Farmacia más cercana al domicilio del paciente. Una vez dispensada la medicación a los
pacientes, el farmacéutico de hospital realizaba consultas telefónicas de seguimiento farmacoterapéutico para comprobar que todo estaba correcto. La distribución de los
medicamentos se realizó mediante la cooperativa farmacéutica Bidafarma, que distribuía la medicación preparada y dispensada por el farmacéutico de hospital a la oficina de Farmacia
elegida por los pacientes por proximidad a su domicilio.

RESULTADOS

Durante ese periodo se atendió en la UPS a un total de 5238 pacientes, de los que 2475 pacientes (47,3%), fueron seleccionados para beneficiarse de la implantación de la telefarmacia por su edad avanzada, problemas de movilidad, vulnerabilidad por su enfermedad y distancia por vivir en zona rural. Se realizaron un total de 31.515 dispensaciones hospitalarias, de las que 11.816 (37,5%) fueron dispensaciones a través de la implantación del sistema de telefarmacia, con una media de 4,77 dispensaciones hospitalarias por paciente.
El mayor número de pacientes atendidos por el sistema de telefarmacia fueron de Neurología (363, 14,6%) con 2136 envíos realizados (18,0%), seguido por Reumatología (348; 14,0%) con
1832 envíos realizados (15,5%), en tercer lugar Dermatología (191; 7,7%) con 889 envíos (7,5%)y en cuarto lugar, Neumología (112, 4,5%) con 792 envíos (6,7%).
La media de dispensaciones al mes en la UPS fue de 2626,25 dispensaciones, de las que 1641,58 fueron de manera presencial en la UPS del servicio de Farmacia y 984,67 fueron a través del
sistema de telefarmacia implantado en la unidad.

CONCLUSIONES

La implantación de la telefarmacia ha supuesto un nuevo desafío para el Servicio de Farmacia y ha resultado ser una herramienta muy útil para facilitar la atención farmacéutica y la
dispensación hospitalaria de medicamentos durante la pandemia, evitando la visita presencial de los pacientes en la UPS del servicio de farmacia del hospital, constituyendo un servicio asistencial de reciente incorporación que ha sido muy bien aceptado por los pacientes.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1275. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE REMDESIVIR EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-COV2

AUTORES

GONZÁLEZ PADILLA M, VALLE CORPAS M, MARTÍNEZ-BROCAL OGÁYAR I, GÓMEZ DELGADO M, MOYA CARMONA I
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPUS UNIV. TEATINOS, S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Describir el uso de remdesivir en pacientes diagnosticados de neumonía por SARS-CoV2 así como analizar su seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con remdesivir desde agosto de 2020 hasta marzo de 2021. Se recogieron variables sociodemográficas, número de días de ingreso, comorbilidades, necesidad de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI), mortalidad, niveles de aspartato aminotransferasa (AST) y alanina aminotransferasa (ALT) al inicio y fin del tratamiento, y si se suspendió el tratamiento antes de completar cinco días. Los datos se obtuvieron de la historia clínica de los pacientes y del programa de prescripción electrónica.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 59 pacientes, 69% hombres (n=42), con edad media de 63 años (24-92) y 19 días de ingreso medio. El 26,2% (n=16) requirieron ingreso en UCI durante su estancia en el hospital y finalmente el 18,6% (n=11) fueron exitus. 18 pacientes (30,5%) no presentaban ninguna comorbilidad. Sin embargo, 34 pacientes (57,6%) fueron diagnosticados previamente de hipertensión arterial, 17 (28,8%) de diabetes tipo II, 14 (23,7%) de obesidad, y 8 (13,6%) de algún tipo de cardiopatía. En relación a la seguridad, 39 pacientes (63,9%) no experimentaron ningún evento adverso (EA). 20 (32,8%) experimentaron elevación de AST/ALT y 2 pacientes (3,3%) presentaron otros EA como náuseas o hipotensión durante la administración. La mediana de AST al inicio del tratamiento fue de 36 UI/l (valores normales 13-40 UI/l) y al final del mismo de 35 UI/l. Por otro lado, la mediana de ALT al inicio del tratamiento fue de 44 UI/l (valores normales 7-40 UI/l) y al final del mismo de 44 UI/l. En 3 pacientes (4,9%) se decidió suspender la administración de remdesivir antes de completar los cinco días de tratamiento. Un caso debido a elevación brusca de enzimas hepáticas, otro al mal pronóstico del paciente y el tercer caso por causa desconocida.

CONCLUSIONES

En nuestra población, remdesivir se ha usado según indica el informe de posicionamiento terapéutico. Ningún paciente presentaba niveles de ALT ≥ 5 veces el límite superior de la normalidad. Por otro lado, ha presentado un buen perfil de seguridad y ha sido bien tolerado incluso en pacientes con comorbilidades. Exceptuando un paciente que suspendió el tratamiento por toxicidad hepática, no hemos observado una alteración significativa de enzimas hepáticas. Dado el bajo número de pacientes estudiados, es necesario continuar evaluando la seguridad de este medicamento en una población mayor para poder obtener resultados concluyentes.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1278. USO DE ANTIFUNGICOS EN PACIENTES COVID-19 INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES
VERA CABRERA M, BETANCOR GARCÍA T, GONZÁLEZ CARRILLO E, FERRER MACHÍN A, ODE FEBLES JM, MARTÍN VELASCO M, MARTÍN LÓPEZ A, MERINO ALONSO FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS
Describir el uso de antifúngicos en pacientes diagnosticados de COVID-19 ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con sospecha de aspergilosis pulmonar asociada a COVID-19 (CAPA) en un hospital de tercer nivel.
Describir la incidencia, los factores de riesgo para el desarrollo de CAPA y la mortalidad observada.

MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años diagnosticados de COVID-19 entre el 15/03/2020 y el 30/04/2021 que requirieron ingreso en UCI y fueron tratados con voriconazol o isavuconazol.
Se utilizó la historia clínica electrónica para recoger datos demográficos, microbiológicos y factores de riesgo de los pacientes.
Se consideró hallazgo microbiológico sugestivo de CAPA la detección de antígeno de galactomanano positivo (Index > 1) en lavado broncoalveolar o lavado no broncoscópico.
Se consideraron factores de riesgo el uso de corticoides sistémicos, tocilizumab, ventilación mecánica(VM), antecedentes personales asma y/o enfermedad pulmonar obstructiva crónica(EPOC), inmunodeficiencias primarias o secundarias y enfermedades oncohematológicas.
Se realizó un análisis descriptivo inicial a través de la mediana y recorrido intercuartílico mediante percentil 25 y 75 [P25-P75] para las variables numéricas o el porcentaje (%) para las cualitativas.

RESULTADOS
Durante el periodo de estudio recibieron tratamiento antifúngico 44 pacientes, representando un 23% del total de pacientes diagnosticados e ingresados de COVID-19 en la unidad. Se utilizó isavuconazol en el 89% de los pacientes.
El 79% eran hombres, la edad media 63±13 años. La mediana de la estancia en UCI (N=41) fue de 30 días [14-46]. Se cumplió criterio microbiológico en el 30% de los pacientes (n=14), representando el 7% del total de pacientes COVID-19 ingresados en la unidad.
De los pacientes con criterio microbiológico (n=13), el 100% recibió corticoides sistémicos y VM, siendo la mediana de 11 días [9-17] entre la intubación y el inicio de tratamiento. Entre los factores de riesgo destacamos que un 31% recibió tocilizumab, 23% padecía asma y/o EPOC, 15% enfermedades oncohematológicas. La mediana de duración del tratamiento fue de 14 días [4-22]. La mortalidad fue del 77%.
Entre los pacientes sin criterio microbiológico(N=30) el 100% requirió VM, siendo la mediana de 11 días[7 - 14] entre la intubación y el inicio de tratamiento. Entre los factores de riesgo destacamos que un 90% recibió corticoides sistémicos, un 47% recibió tocilizumab, un 13% recibió tratamiento domiciliario con inmunosupresores, un 13% padecía asma y/o EPOC, un 10% enfermedades oncohematológicas y un 3% virus inmunodeficiencia humana. La mediana de duración del tratamiento fue de 4 días[2-9]. La mortalidad fue del 63%.

CONCLUSIONES
El difícil diagnóstico y la alta mortalidad de CAPA hace necesario el tratamiento empírico con antifúngicos.
La alta mortalidad encontrada en nuestro estudio refleja la elevada gravedad de esta afección, siendo superior en el subgrupo de pacientes con criterio microbiológico de CAPA que en el resto de pacientes.
La presencia de factores de riesgo fue similar en ambos grupos.
Una limitación de nuestro estudio fue la ausencia de evidencia de sobreinfección por CAPA al inicio de la pandemia por COVID-19, hecho que puede explicar la baja incidencia de CAPA hallada con respecto a otras publicaciones.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1281. TRATAMIENTO CON REMDESIVIR EN VIDA REAL EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR CORONAVIRUS

AUTORES
GONZÁLEZ SUÁREZ S, FERNÁNDEZ ARÉVALO M, DOMÍNGUEZ BARAHONA A, TOLEDO DAVIA MA, BLÁZQUEZ ROMERO C, LÓPEZ ÁLVAREZ R, TORRALBA FERNÁNDEZ L, MOYA GÓMEZ P
COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO. AV. DE BARBER, 30. TOLEDO

OBJETIVOS
A lo largo de la pandemia por coronavirus tipo-2 (SARS-CoV-2), remdesivir ha mostrado resultados controvertidos sobre eficacia y los criterios de uso se han ido modificando. Los actuales, son los establecidos el pasado 14 de septiembre por el Sistema Nacional de Salud en el Protocolo Farmacoclínico del uso de remdesivir: Pacientes con infección por SARS-CoV-2 confirmada, con máximo de 7 días de síntomas, necesidad de oxigenoterapia de bajo flujo y un mínimo de dos de los siguientes criterios: ≥24 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno basal ≤94% y cociente presión arterial de oxígeno/fracción inspiratoria de oxígeno < 300 mmHg.
El objetivo de este trabajo es describir las características de los pacientes hospitalizados con infección por SARS-CoV-2 que reciben tratamiento con remdesivir y evaluar su eficacia y perfil de seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes tratados con remdesivir entre el 14 de septiembre y el 31 de marzo de 2021 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, obesidad, comorbilidades y variables clínicas: días totales de ingreso,ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI) y días de estancia, días con oxigenoterapia tras remdesivir, mortalidad a los 29 días, si completaron tratamiento o motivo de suspensión y tratamiento antiinflamatorio con corticoides. Los datos se recogieron de la historia clínica de los pacientes.

RESULTADOS

Un total de 63 pacientes fueron tratados con remdesivir en este periodo, con una edad media de 64 años [Desviación estándar (DS):14,3], de los cuales el 53% eran hombres. Todos los pacientes cumplían los criterios de inclusión. 25 pacientes, el 40%, eran obesos. Las comorbilidades más frecuentes eran hipertensión arterial (44%), diabetes (25%), dislipemia (24%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (9%). La mediana de días totales de ingreso fue 13 días[Rango intercuartílico (RIC):5-72]. 10 pacientes (15%) ingresaron en UCI tras tratamiento con remdesivir, una media de 17 días (DS:12,9), de estos 9 precisaron ventilación mecánica. 51 pacientes (80%) precisaron oxigenoterapia (gafas nasales o mascarilla con reservorio), tras completar tratamiento, una mediana de 6 días (RIC:0-40).La tasa global de mortalidad a los 29 días tras tratamiento fue un 15,9% (10/63), un 11,3% (6/53) entre los pacientes que no ingresaron en UCI y 40% (4/10) entre los que sí requirieron ingreso en esta unidad.
7 pacientes (11%) no completaron 5 días de tratamiento con remdesivir: 4 por entrar en UCI precisando intubación, 1 por situación preexitus, 1 por alta voluntaria y por posible efecto adverso (insuficiencia renal acusada). Los que completaron tratamiento no manifestaron efectos adversos.Todos los pacientes, menos uno (98%), estaban en tratamiento concomitante con dexametasona.

CONCLUSIONES

En nuestro hospital la mayoría de los pacientes tratados fueron mayores de 60 años y presentaban alguna comorbilidad como obesidad y/o hipertensión.
La tasa de mortalidad en nuestra cohorte de pacientes fue 15%, dato similar al obtenido en el ensayo clínico ACTT-1 (11,4%), sin embargo son necesarios más estudios para atribuir este resultado al efecto del fármaco y no a la administración concomitante de corticoides (98%) u otros factores. El uso de remdesivir además mostró un buen perfil de seguridad.

CLASIFICACIÓN: PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

1283. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DURANTE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS-19

AUTORES

SANMARTÍ MARTÍNEZ N, NICOLÁS PICÓ J, NOGUERA JURADO C, CALBO SEBASTIÁN E, MANZANEQUE GORDÓN A, CASTELLS LAO G
HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA. PLAÇA DR. ROBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir y analizar el consumo de antibióticos durante la primera y la segunda ola de la pandemia del coronavirus-19 (COVID-19).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal realizado en un hospital universitario de 400 camas, donde se comparó el consumo de antibióticos en pacientes hospitalizados durante la primera ola de la COVID-19 (marzo y abril del 2020) con el mismo periodo de 2019, y durante la segunda ola (octubre, noviembre y diciembre del 2020) respecto al mismo periodo del 2019. Se analizaron los consumos de antibióticos obteniendo los datos del programa de gestión del hospital. Se analizaron dichos consumos expresados por dosis diaria definida por 100 estancias (DDD/100e) por servicios (servicios médicos (SM), servicio de medicina intensiva (UCI) y unidad de soporte a urgencias (URG)) y a nivel global. Se analizaron todos los consumos de antibióticos disponibles en el hospital y sólo se tuvieron en cuenta aquellos con más de un 50% de incremento en su consumo entre los periodos estudiados.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 66 fármacos con 110 presentaciones diferentes. Durante la primera ola los consumos por DDD/100e del 2020 versus 2019 y su respectivo incremento porcentual fueron los siguientes: A nivel global azitromicina parenteral 0,60vs0,09 (548,81%), azitromicina oral 53,56vs8,59 (523,21%), vancomicina oral 0,08vs0,02 (277,97%), amoxicilina oral 6,25vs2,37 (163,94%), ceftriaxona 21,27vs10,03 (112,05%) y linezolid parenteral 1,82vs0,87 (108,92%). Para los SM: azitromicina oral 28,20vs6,31 (346,52%), vancomicina oral 0,09vs0,02 (289,16%), ceftriaxona 14,53vs5,69 (155,40%) y amoxicilina oral 5,15vs2,14 (140,91%). En UCI: Azitromicina oral 19,23vs1,9 (910,44%) y ceftriaxona 17,14vs10,20 (68,10%). En URG: azitromicina oral 725,25vs51.32 (1313,24%), amoxicilina oral 46,59vs4,49 (936.62%), amoxicilina/clavulánico oral 134,16vs35,27 (280,38%), vancomicina parenteral 5,24vs1,46 (259,24%), azitromicina parenteral 9,46vs3,02 (213,22%) y ceftriaxona 184,48vs75,77 (143,48%). Durante la segunda ola los resultados fueron a nivel global: vancomicina parenteral 1,54vs0,74 (116,77%) y amoxicilina oral 6,93vs3,79 (82,90%). En los SM: vancomicina parenteral 0,64vs0,11 (465,07%), vancomicina oral 0,08vs0,02 (348,55%) y amoxicilina oral 6,54vs3,83 (70,71%). En UCI: ceftriaxona 20,79vs11,09 (87,51%). En URG: amoxicilina oral 28,96vs5,63 (414,33%), vancomicina parenteral 11,86vs3,65 (224,77%) y ceftriaxona 96,19vs59,64 (61,28%).

CONCLUSIONES

Durante la primera ola de la pandemia COVID-19 se observó un aumento del consumo de los antibióticos para tratar infección respiratoria como azitromicina, amoxicilina, amoxicilina/clavuánico y ceftriaxona. También se observó un aumento de consumo de vancomicina, explicado por la gran presión antibiótica que estaban sometidos los pacientes con la consecuente aparición de Clostridium difficile.

En la segunda ola el incremento del consumo de antibióticos fue inferior a la primera ola aunque también se observó aumento de amoxicilina, ceftriaxona y vancomicina. El mejor conocimiento del tratamiento de la COVID-19, la publicación de datos sobre los bajos porcentajes de coinfección bacteriana en esta patología, y la actualización del protocolo del hospital sobre el manejo de la enfermedad podrían explicar estos resultados.

Con estos resultados queda demostrado que la implantación de un programa de racionalización y optimización de antibióticos (PROA) es necesario para un correcto tratamiento de ésta patología y una correcta optimización de recursos.

sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria

FARO

FARMACIA | ADAPTACIÓN | RESULTADOS | OPORTUNIDADES