

53 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Valencia, 21-24 de octubre de 2008

COMUNICACIONES PÓSTERS

ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS

4. Encuesta sobre disminución del tiempo de efectividad terapéutica asociada a la pauta posológica de 50 mg sc de etanercept, una vez a la semana

G. Mercadal Orfila, M. Bosch Fernández; I. Blasco Mascaró y C. Vidal López
Mateu Orfila. Maó. Menorca. Islas Baleares.

Objetivos: El Sistema Español de Farmacovigilancia ha detectado la notificación de casos de disminución del tiempo de efectividad de la nueva pauta posológica de 50 mg vía subcutánea (sc) de etanercept (Enbrel®), una vez a la semana, en lugar de 25 mg/2 veces a la semana. Con objeto de evaluar la incidencia global de estas notificaciones, se pasó un cuestionario a los Servicios de Farmacia para evaluar la posible disminución del tiempo de efectividad terapéutica de la pauta posológica de 50 mg sc de etanercept, una vez a la semana.

Material y métodos: A través del cuestionario proporcionado por el Centro de Farmacovigilancia de las Illes Balears (previo acuerdo con la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios), se interrogó a los pacientes de la Unidad de Pacientes Externos (UPE), que iniciaron tratamiento con 25 mg sc de Etanercept/2 veces semana, y posteriormente se les sustituyó a la pauta de Etanercept 50 mg sc/1 vez semana, si habían notado algún cambio en la efectividad o en el tiempo de efectividad del fármaco.

Resultados: En el período comprendido entre 03/04/2007-05/11/2007 se registraron en nuestro centro 15 inicios de tratamiento con Enbrel® 50 mg/1 vez semana, de los cuales 9 fueron cambios de pauta de Enbrel® 25 mg/2 veces semana a Enbrel® 50 mg/1 semana. De los 9 pacientes, el 55% eran varones y el 45% mujeres, con una edad media de 58,6 y 51 años, respectivamente. Todos ellos se administraban la forma farmacéutica precargada de Enbrel® 50 mg. Respecto a las indicaciones terapéuticas, 5 eran tratamientos de artritis reumatoide, 1 artritis psoriásica y 3 espondilitis anquilosantes. En cuanto a la evolución clínica de los pacientes sometidos al cambio de pauta, todos refirieron estabilidad clínica en cuanto al dolor articular, la rigidez y la disminución de la movilidad, sin cambios en la efectividad o tiempo de efectividad del tratamiento. No obstante, en un caso se tuvo que volver a la pauta de 25 mg sc/2 veces por semana debido a una intolerancia gastrointestinal severa, que cursó con náuseas y vómitos a los pocos minutos de su administración.

Conclusiones: Analizando los datos obtenidos podemos concluir que en nuestra serie: a) La pauta de 50 mg sc de Etanercept/1 vez a la semana no presenta diferencias, en lo que se refiere a la efectividad ni al tiempo de efectividad, en comparación a la pauta de 25 mg sc de Etanercept 2 veces/semana; b) los pacientes valoran positivamente la mayor comodidad de la pauta única semanal de 50 mg Etanercept; c) cabe destacar la notificación de un mayor dolor en la administración de la forma precargada de Enbrel® frente a la forma liofilizada, de los pacientes que habían usado las dos formas farmacéuticas de Enbrel®, y por tanto podían comparar.
Conflicto de intereses: nada que declarar.

22. Análisis de la eficacia en el tratamiento de la hepatitis C en función del genotipo viral

A. Martínez Crespo y A. Apesteigüa el Busto
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivo: Comparar la eficacia en el tratamiento de la hepatitis C de los pacientes tratados con peginterferón y ribavirina según el genotipo viral.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes en tratamiento de hepatitis C en el hospital. Los pacientes que recogieron en nuestro servicio de farmacia peginterferón alpha-2a o peginterferón alpha-2b desde el 1/1/2004 hasta el 31/05/2007 fueron candidatos a ser incluidos en nuestro estudio. De los pacientes anteriormente mencionados se seleccionaron aquellos en que se disponía del valor del RNA-VHC 24 semanas después de la finalización del tratamiento. Este dato se utilizó como variable principal determinante del éxito o fracaso del tratamiento. El análisis se hizo por intención de tratar. Aquellos pacientes a los que se les suspendió el tratamiento por efectos adversos se consideraron como fracaso. En los pacientes seleccionados se recopiló también su genotipo viral. La carga viral se midió cuantitativamente en UI/ml con un límite de sensibilidad de 50 UI/ml. El genotipo del virus se determinó por INNO-LIPA® HCV-II, un ensayo de amplificación e hibridación inversa. Los pacientes coinfectados VIH no se incluyeron en el estudio. Como fuentes de información se utilizaron las historias clínicas y el programa Farmatools de dispensación a pacientes externos. Para el estudio estadístico los pacientes se estratificaron en buen y mal pronóstico, de acuerdo a lo observado en la bibliografía. Los pacientes de genotipo 1 y 4 se consideraron de mal pronóstico y los de genotipos 2 y 3 de buen pronóstico. Se comparó la frecuencia de éxito en ambos grupos mediante una prueba de χ^2 . Los valores obtenidos se registraron en una base de datos Microsoft Access® y se analizaron mediante el programa SPSS 14.0®.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 61 pacientes mono infectados. De ellos, 40 (65,57%) pertenecían al genotipo 1, había 1 paciente del genotipo 2 (1,64%), el genotipo 3 estaba representado con 18 pacientes (29,51%), 2 pacientes pertenecían al genotipo 4 (3,28%). Los porcentajes de éxito según el genotipo tratado fueron: genotipo 1: 37,5%, genotipo 2: 100%, genotipo 3: 83,33%, genotipo 4: 50%. Si consideramos la totalidad de los pacientes el porcentaje de respuesta viral sostenida fue del 52,46% (32/61). Se produjo un mayor porcentaje de respuesta viral de los genotipos 2 y 3 respecto de los genotipos 1 y 4. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p = 0,001$).

Conclusiones: Se produjo un alto porcentaje de respuesta viral sostenida en la totalidad de los pacientes (52,46%). Los genotipos más habituales en la población infectada son el 1 (65,57%) y el 3 (29,51%). Los genotipos 2 y 4 son prácticamente inexistentes. Los resultados obtenidos coinciden con lo observado en la bibliografía: hay un mayor porcentaje de éxito en los pacientes con genotipos 2 y 3 frente a los pacientes con genotipos 1. Esta diferencia es significativa ($p = 0,001$).

Conflicto de intereses: Ninguno.

36. Impacto de la implantación de un protocolo de terapia biológica en el tratamiento de psoriasis en placa

S. Fernández Espinola, N. García Fernández, C. Galán Retamal,

R. Garrido Fernández y V. Padilla Marín

Hospital Antequera. Área Sanitaria Norte Málaga. Antequera. Málaga.

Objetivo: Evaluar la idoneidad de la terapia inmunomoduladora en los pacientes diagnosticados de psoriasis en placa en una área sanitaria. Proponer estrategias de mejora: implantación de un protocolo de terapia biológica para este tratamiento.

Método: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con Etanercept o Efalizumab para el tratamiento de psoriasis en placa en una área sanitaria desde enero 2007 hasta enero 2008 (inclusive). Los pacientes con Efalizumab son identificados mediante el programa informático de fac-

tura de recetas (MICROESTRATEGYC) y los tratados con etanercept con el programa de dispensación ambulatoria (DIPEX). Se revisaron sus historias clínicas, recogiendo los siguientes datos: dosis, fecha de inicio y de fin de tratamiento, fechas de cambio de dosis, tratamientos previos con inmunosupresores, corticoides o PUVA, reacciones adversas y datos de valoración médica, así como adecuación de los tratamientos a su ficha técnica: duración máxima de tratamiento de 24 semanas para etanercept y de 12 para efalizumab, cambio de 50 mg 2 veces semana a 25 mg/2v semana a las 12 semanas en el caso del etanercept.

Resultados: Se registraron un total de 21 pacientes en tratamiento con Etanercept, de ellos sólo 6 pacientes (28,5%) habían recibido previamente tratamiento inmunosupresor o PUVA. Del total de pacientes, 12 (57,1%) sobrepasaron las 24 semanas de tratamiento, con una media de duración de 45,8 semanas. Además, 17 pacientes (81%) de los 21 iniciaron el tratamiento con una dosis de 50 mg/2v por semana, cambiando en la mayoría de las ocasiones a 25 mg/2v en la semana 16 y no en la semana 12. El total de pacientes con efalizumab fue de 9, de los cuales sólo 3 (33,3%) recibieron previamente tratamiento inmunosupresor o PUVA. De los 9 pacientes, 2 (22%) estuvieron por debajo de las 12 semanas de tratamiento, mientras que el resto lo sobrepasaron con una media de duración de 44,6 semanas. A 7 de ellos (77%) se les suspendió el tratamiento por reacciones adversas: 3 por incrementos de transaminasas, 2 por artralgias, 1 por astenia y otro por leucocitosis. Tras los resultados obtenidos se elaboró un protocolo de terapia biológica en psoriasis en placa y una hoja preimpresa para el inicio y seguimiento de dicho tratamiento, consensuado con el servicio de dermatología. Tras 2 meses de la implantación del protocolo, de los 16 pacientes en activo que teníamos en ese momento, 3 interrumpieron el tratamiento iniciando una fase de descanso, 8 han pasado a un esquema de tratamiento de 25 mg/2 v por semana y se han tramitado 2 peticiones de uso compasivo solicitando la continuidad por encima de las 24 semanas y que han sido aprobadas.

Conclusiones: Adecuación del tratamiento a la ficha técnica y a las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica. Uso racional de la terapia biológica, con el consiguiente beneficio de seguridad para el paciente y reducción en los costes con esta terapia. Aumento de la relación con el servicio de dermatología.

Conflicto de intereses: Ninguno.

47. Valoración de la satisfacción del paciente ambulatorio con la atención recibida como estrategia de mejora continua de la calidad

M. Criado Daza, R. Ubago Pérez, T. Arrazola Ramírez, P. Aznarte Padial y M.A. Calleja Hernández
Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivo: Describir el diseño de una encuesta de satisfacción dirigida a los pacientes ambulatorios atendidos en el Servicio de Farmacia y comparar los resultados en dos periodos distintos, como método de mejora de la calidad en el marco del modelo de acreditación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

Material y métodos: Estudio prospectivo cuasixperimental pre-postintervención. En Julio de 2006 se realizó en el Servicio de Farmacia una serie de intervenciones organizativas y estructurales: se habilitó un área exclusiva para la dispensación activa e individualizada al paciente ambulatorio, se instaló el programa informático Infowin y se colocaron señalizadores facilitando el acceso a la farmacia. En Octubre de 2006 se diseñó una encuesta dirigida a los pacientes ambulatorios atendidos con el fin de evaluar la dificultad para encontrar la farmacia, el tiempo de espera hasta ser atendido, el grado de satisfacción con el trato recibido y el grado de conformidad con la información facilitada. Durante el primer trimestre de 2007 se establecieron mejoras organizativas: dispensación del tratamiento para dos meses, programación de citas integrado en el sistema de gestión de citas del hospital y recordatorio de las mismas mediante mensajes al móvil. En Octubre de 2007, durante el proceso de autoevaluación contemplado en la acreditación por ACSA se volvió a valorar la opinión de los pacientes ambulatorios atendidos mediante el mismo modelo de encuesta, añadiéndose dos preguntas que aludían a problemas relacionados con el suministro de medicamentos y al grado de conformidad con el respeto a la intimidad por parte de los profesionales. Se ofreció contestar la encuesta a todos los pacientes que acudieron al Servicio de Farmacia a recoger medicación durante el mes de Octubre en 2006 y 2007.

Resultados: En 2006 la encuesta fue respondida por 50 pacientes y en 2007 por 65 pacientes. Al comparar los resultados obtenidos, se observa una mejora

en la valoración sobre el trato recibido en el 12,8% de los pacientes, así como en la utilidad de la información facilitada en el 20,8%. El tiempo de espera mejora en un 7% en el segundo período. Por el contrario, la dificultad para encontrar la farmacia aumentó en un 2,1%. En Octubre de 2007, el 89,1% de los pacientes manifiesta no haber tenido problemas de suministro de medicamentos y el 86,1% piensa que se respeta adecuadamente su intimidad.

Conclusiones: Al implantarse un área exclusiva para la dispensación ambulatoria se consigue un flujo independiente del resto de los procesos de la farmacia, lo cual aporta mayor comodidad e intimidad al paciente. Mediante la programación de citas y recordatorio de las mismas con mensajes al móvil se optimiza el tiempo de dispensación. Como nueva mejora se aumentará la señalización del Servicio de Farmacia. El grado de satisfacción del paciente ambulatorio con la UGC de Farmacia es mayor gracias a la continuidad en la mejora de la calidad asistencial. La satisfacción percibida por los pacientes ambulatorios es una fuente de información útil para detectar áreas de mejora dentro del modelo de acreditación según la ACSA.

Conflicto de intereses: Ninguno.

74. Seguimiento de criterios de utilización de terapias biológicas en el tratamiento de procesos reumatológicos

G. Domínguez Urbistondo, L. López Sandomingo, I. Rodríguez Penín, B. Salazar Laya, A.M. González Rodríguez y L. Fuster Sanjurjo
Hospital Arquitecto Marcide. Área Sanitaria de Ferrol. Ferrol. A Coruña.

Objetivo: Realizar una reevaluación del cumplimiento del protocolo de utilización de etanercept y adalimumab en el tratamiento de procesos reumatológicos.

Material y métodos: La evaluación de la utilización de etanercept y adalimumab en función de criterios objetivos establecidos en el protocolo de utilización (aprobado por el Comité Farmacoterapéutico) detectó aspectos susceptibles de mejora. Se realiza una nueva evaluación tras la implantación de medidas correctoras: refuerzo al prescriptor para mejorar el registro de los criterios de inicio del tratamiento (medida de la actividad de la enfermedad, terapias previas), seguimiento (informe clínico cada 6 meses) y retirada (DAS28 superior a 3,2 en dos visitas sucesivas o reducción menor de 1,2 puntos en el valor del DAS28 de inicio), compromiso del Servicio de Farmacia de valorar periódicamente la calidad de vida (HAQ) y vigilancia intensiva de reacciones adversas. Las fuentes de datos fueron: fichas de seguimiento del Servicio de Farmacia, informes del Servicio de Reumatología y programa de dispensación a pacientes externos. Se reevaluó el cumplimiento del protocolo desde abril de 2007 (fecha del audit. previo) hasta marzo de 2008.

Resultados: 105 pacientes recibieron etanercept o adalimumab. La edad media fue de 54,9 (20-86) años (66,7% mujeres). La distribución por diagnóstico fue: artritis reumatoide 67,6%, espondilitis anquilosante 16,2%, artritis psoriásica 14,3% y artritis juvenil 1,9%. El 56,2% recibió etanercept, el 33,3% adalimumab y 10,5% fueron tratados con más de un anti-TNF. La duración del tratamiento fue de 27,9 (1-57) meses. El 86,4% de los pacientes cumplió el criterio de inicio (DAS medio de inicio: 5,65) y el 35,2% el criterio de seguimiento. El criterio de retirada fue valorable en 19 pacientes cumpliéndose en el 21%. Se determinó el HAQ en el 100% de la población que continuaba tratamiento al finalizar el estudio siendo el valor medio de 1,5. Las alteraciones más frecuentes de los valores de pruebas analíticas fueron: alteraciones del perfil lipídico 59%, elevación de enzimas hepáticas 56,2%, hiperuricemia 35,2% y anemia 11,4%. Trece pacientes presentaron infecciones, 7 alteraciones gastrointestinales, 2 síndrome pseudogripal, 2 reacciones cutáneas, 1 hipotensión y 1 reacción en el punto de inyección. Se produjo un fallecimiento por metástasis cerebrales en un paciente a tratamiento con etanercept.

Conclusiones: Se observa un adecuado cumplimiento del criterio de inicio del tratamiento. Las medidas correctoras implantadas no han sido eficaces para mejorar el cumplimiento de los criterios de seguimiento y retirada. Se propone la realización de una sesión conjunta con el Servicio de Reumatología y el Comité de Farmacia para reevaluar el protocolo de utilización en base a las últimas evidencias científicas disponibles, fijar nuevos indicadores para medir periódicamente la adecuación de la prescripción y proponer un modelo de consulta médica que incluya tiempos para la evaluación clínica y valoración de los resultados de la terapéutica. El seguimiento del perfil de toxicidad a largo plazo de las terapias biológicas sigue constituyendo un objetivo prioritario para aumentar la seguridad en el proceso de utilización de medicamentos.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

79. Evaluación de la efectividad a largo plazo de etanercept y adalimumab en el tratamiento de la artritis reumatoide

L. López Sandomingo, G. Domínguez Urbistondo, I. Rodríguez Penín, B. Salazar Laya, AM.I. González Rodríguez y L. Fuster Sanjurjo
Hospital Arquitecto Marçide. Área Sanitaria de Ferrol. Ferrol. A Coruña.

Objetivo: Evaluar la efectividad a largo plazo de etanercept y adalimumab en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) e identificar factores predictores de respuesta.

Material y métodos: Se seleccionaron aquellos pacientes diagnosticados de AR a tratamiento con etanercept o adalimumab durante más de 2 años. Se registraron datos demográficos, información sobre la enfermedad (presencia de factor reumatoide positivo), datos relativos al tratamiento (dosis, duración del tratamiento, terapia concomitante) y medidas de efectividad (DAS28, PCR, VSG, HAQ y valoración global subjetiva). Se estratificó la población en función del valor del DAS obtenido al final del periodo de estudio (menor o mayor a 2,6, valor considerado como remisión clínica) y se evaluaron posibles factores predictores de respuesta (edad, sexo, presencia de factor reumatoide positivo, duración de la enfermedad, tipo de anti-TNF, tratamiento concomitante y actividad de la enfermedad al inicio del tratamiento). Se usaron como fuente de datos: hoja de seguimiento del Servicio de Farmacia, informe del Servicio de Reumatología, programa de dispensación a pacientes externos y base de datos del laboratorio.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes con una edad media de 53,5 (34-71) años (81,6% mujeres). Treinta pacientes (33 pacientes valorables) presentaron factor reumatoide positivo. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el comienzo de la terapia con anti-TNF fue de 133 (8-408) meses (28 pacientes valorables). Un 65,8% de los pacientes recibió etanercept, 18,4% adalimumab, 5,3% cambió de etanercept a adalimumab y un 10,5% cambió de adalimumab a etanercept. Diecisiete pacientes recibían FAME de forma concurrente con el anti-TNF y 20 corticoides al finalizar el periodo de estudio. La media de duración del tratamiento con anti-TNF fue de 48,6 (24-72) meses. Los valores medios de DAS28, PCR y VSG a la finalización del periodo de estudio fueron 3,44 (30 pacientes valorables), 15,1 (33 pacientes valorables) y 26,2 (31 pacientes valorables) respectivamente. El valor medio de HAQ fue de 1,7 (33 pacientes valorables). La valoración global subjetiva del paciente fue de buen control de la enfermedad en 24 pacientes (37 pacientes valorables). Nueve pacientes presentaron un DAS28 inferior a 2,6 a la finalización del estudio. De éstos, ocho recibieron etanercept y uno adalimumab. No se observaron diferencias en la edad, sexo, factor reumatoide, duración de la enfermedad y tratamiento concomitante. No se pudo evaluar el valor de DAS28 inicial por no existir registro en la historia clínica e iniciarse el tratamiento antes de la implantación del protocolo de utilización de terapias biológicas en procesos reumatológicos que incluye el registro de la actividad de la enfermedad al inicio de la terapia.

Conclusiones: El tratamiento con etanercept o adalimumab muestra un control moderado de la enfermedad a largo plazo.

a) No se han podido identificar factores predictores de respuesta en la población estudiada.

b) Se observa un deficiente cumplimiento de los criterios de seguimiento del tratamiento de la artritis reumatoide que establecen el envío de informes periódicos al Servicio de Farmacia con medidas objetivas de actividad de la enfermedad.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

88. Estudio de la valoración realizada por el usuario del programa de información de medicamentos al alta, Infowin®

A.M. Pérez Mira y A.J. Fierro Banzo
Institut Guttmann. Hospital de Neurorehabilitació. Badalona. Barcelona.

Objetivos: A fin de mejorar la Atención Farmacéutica se evaluó el grado de satisfacción de varios pacientes que habían recibido la planificación horaria de su tratamiento farmacológico, a través del programa Infowin® y las recetas para la adquisición de medicamentos, cuando fueron dados de alta de nuestro hospital de neurorehabilitación.

Material y métodos: Se realizó una entrevista telefónica a pacientes que habían recibido información farmacéutica al alta, en un período no superior a tres meses en el momento de efectuar dicha entrevista. Para ello, se había diseñado un cuestionario que permitió evaluar tanto la utilidad del programa como el grado de satisfacción del usuario (paciente o cuidador). Se analizó el circuito intrahospitalario de comunicación entre farmacia, médicos y enfermería en el momento de entregar la información farmacoterapéutica y las recetas. Finalmente se estudió la continuidad en la dispensación por la

oficina de farmacia y la prescripción posterior del médico de cabecera de las especialidades farmacéuticas referenciadas en el Infowin®.

Resultados: La muestra quedó establecida de la siguiente forma: Se realizaron 31 entrevistas (10 a pacientes y 21 a cuidadores que administraban medicación a pacientes con déficit cognitivos). La edad media fue de 53 años. La media de fármacos que tomaban era de 7,6 (2-15). La puntuación media otorgada por los usuarios respecto a la utilidad de la información sobre el medicamento fue de 9 (rango 1-10). En 19 casos (61%), la oficina de farmacia dispensó los mismos fármacos que se prescribieron en el hospital y en 12 (39%) dispensó otras especialidades farmacéuticas genéricas (EFG). Referente a la continuidad de prescripción, en 24 casos (77%) su médico de cabecera prescribió los mismos fármacos que en el hospital y en 7 (23%) prescribió otras EFG. En la evaluación del circuito interno de comunicación constatamos que: 29 pacientes (94%) habían recibido la información de medicamentos al alta hospitalaria mientras que 2 pacientes (6%) no la recibieron; 25 pacientes (86%) habían recibido las recetas correctas tanto en número como en prestación (activo/pensionista) pero 4 pacientes (14%) tuvieron alguna incidencia con las recetas.

Conclusiones: En la muestra analizada se observa un elevado grado de satisfacción de los usuarios al disponer de una información al alta hospitalaria sobre la toma de la medicación. Los entrevistados consideraron muy útil el programa y valoraron muy positivamente el hecho de facilitarles las recetas en el momento del alta. Observamos continuidad de la prescripción por parte del médico de cabecera, aunque no tanta en la dispensación por parte de la oficina de farmacia. El estudio nos permitió detectar y realizar los ajustes necesarios en nuestro circuito interno de comunicación. Creemos que la Atención Farmacéutica al alta, ayuda a la conciliación de la medicación, contribuyendo a mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos farmacológicos. También consigue aumentar la seguridad en el uso del medicamento y permite disminuir el gasto farmacéutico al fomentar la dispensación de EFG.

Conflicto de intereses: Ninguno.

96. Estudio de utilización y efectividad de hierro intravenoso

J.J. Márquez Nieves, M.C. Conde García, N. Andrés Navarro, R. Seisdedos Elcuaz, D. Fraga Fuentes y J.C. Valenzuela Gámez
Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Objetivo: La prescripción del complejo de hidróxido de hierro (III) sacrosal (Venofer®) se ha incrementado en los últimos años por parte de los facultativos de distintas especialidades médicas. El objetivo de este estudio es evaluar el uso de este fármaco por parte del Servicio de Digestivo de nuestro hospital, así como su efectividad en los pacientes tratados.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo y retrospectivo desde enero de 2004 a abril de 2008. Se revisaron 68 historias clínicas (HC) de pacientes que recibieron hierro endovenoso por patología digestiva. Se utilizaron los registros obtenidos del módulo de Dispensación a Pacientes Externos (Dominion® versión 4.3-Rev 7.07T). Se analizó la patología de base, la dosis y pauta de hierro iv, así como la concentración de hemoglobina previa al tratamiento. Para valorar la efectividad se compararon los niveles en sangre de ferritina, hierro sérico, transferrina, hematófies, hemoglobina, MCH, MCHC y MCV previos y posteriores al tratamiento para cada paciente, aplicando el test estadístico t-student apareado de 1 cola.

Resultados: El 70,6% de los pacientes fueron mujeres (48) y el 29,4% varones (20). En 33 pacientes (48,5%) la patología de base fue anemia ferropénica y en 27 (39,8%), enfermedad de Crohn. El resto presentaban: 3 (4,4%) colitis ulcerosa, 3 (4,4%) hepatopatías y 2 (2,9%) estenosis esofágica. El promedio de dosis por tratamiento fue de 730 mg (7,3 ampollas) y la pauta más habitual prescrita (en 67,6% de los pacientes) correspondió a 1 ampolla por semana. En 9 pacientes (13,2%) se superó la dosis máxima semanal reflejada en ficha técnica (6 ampollas); 10 pacientes (14,7%) recibieron tratamiento sin analítica previa de hemoglobina y 4 pacientes (5,9%) presentaban hemoglobina por encima de 12 g/dL. El total de pacientes que recibieron el fármaco en condiciones no indicadas fue de 20 (29,4%). En cuanto a la efectividad del tratamiento, cabe reseñar que en 23 pacientes (33,8%) se logró recuperar la hemoglobina hasta valores superiores a 12 g/dL. El incremento de la ferritina se situó en el 148,3%, el del hierro sérico en 72,0% y hubo un descenso de la transferrina del 14,0%. Los parámetros hematológicos analizados aumentaron en el siguiente porcentaje: hematófies en un 6,5%, hemoglobina en un 14%, el MCH en un 7,1%, el MCHC en un 1,6% y el MCV en un 5,6%. Todos los incrementos y descensos fueron significativos con $p < 0,01$.

Conclusiones: Las patologías de base más habituales en los pacientes tratados con hierro iv son la anemia ferropénica y la enfermedad de Crohn. Un

tercio de los pacientes recuperaron los niveles normales de hemoglobina y todos los pacientes mejoraron significativamente sus parámetros bioquímicos y hematológicos. Un porcentaje importante de pacientes (29,4%) con patología digestiva a los que se administra hierro iv no se ajusta a las condiciones especificadas en ficha técnica. Se requiere un protocolo para la utilización de hierro iv en patología digestiva.
Conflicto de intereses: Ninguno.

97. Utilización de micofenolato de mofetilo en oftalmología

J.J. Márquez Nieves, M.C. Conde García, M. Sánchez Ruiz, M. Heredia Benito, D. Fraga Fuentes y J.C. Valenzuela Gámez
Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Objetivo: El micofenolato de mofetilo (MMF) es un inmunosupresor que está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante renal, cardíaco o hepático. En determinadas situaciones se emplea para prevenir el rechazo en otros tipos de trasplantes o para el tratamiento de ciertas enfermedades autoinmunes, mediante su tramitación por Uso Compasivo. El objetivo de este estudio es describir las condiciones de uso de MMF (cellcept®) por parte del Servicio de Oftalmología de un hospital general de 250 camas, cuando se emplea para indicaciones no aprobadas en ficha técnica y evaluar la efectividad y seguridad de dicho fármaco en estos casos.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional y retrospectivo de los pacientes oftalmológicos tratados con MMF desde enero-04 a abril-08. El registro de los pacientes se ha obtenido a través de la base de datos de pacientes externos y de los impresos de solicitud de uso compasivo. Para evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento se han revisado las correspondientes historias clínicas.

Resultados: A lo largo de 4 años se ha solicitado el uso compasivo y han sido tratados 11 pacientes, 6 mujeres (55%) y 5 hombres (45%) con los siguientes diagnósticos: 5 pacientes con uveítis (45%), 3 que sufrieron trasplante de córnea (27%), 1 con granulomatosis de Wegener, 1 con penfigoide ocular y 1 con retinopatía secundaria a lupus. Todos los pacientes han recibido 1 g/12 h de MMF y la duración media del tratamiento ha sido de $19,8 \pm 4,5$ meses (sin tener en cuenta a 3 pacientes que aún continúan con el tratamiento). En relación a la medicación concomitante, destacar que 4 pacientes recibieron además tratamiento con ciclosporina y 2 de ellos con ciclofosfamida. Con respecto a la eficacia, hay 3 pacientes que permanecen estables, tras una media de 20,6 meses desde el comienzo del tratamiento, mientras que 7 de ellos han progresado a los 12 meses como media, presentando además 3 de ellos en la actualidad ceguera legal en uno o ambos ojos. El paciente restante recibió tratamiento durante 5 meses sin experimentar mejoría y además tuvo que suspender el tratamiento por presentar intolerancia gástrica al MMF.

Conclusiones: MMF se utiliza en Oftalmología para una amplia variedad de indicaciones, aunque los resultados de efectividad no son muy satisfactorios. MMF puede ser una buena alternativa terapéutica a ciclosporina, sobre todo en trasplante de córnea, donde presenta una eficacia similar y tasas de rechazo del 0% a los 3 años según bibliografía. En relación al aspecto de seguridad, no se han presentado efectos adversos graves.
Conflicto de intereses: Ninguno.

107. Análisis de la población VIH atendida en la consulta externa de farmacia en el año 2007

M.J. Gimeno Jordá, P. Acosta Robles, C. Pinto Nieto, J. Fernández Martín y F. Verdejo Reche
Hospital de Poniente de Almería. El Ejido. Almería.

Objetivo: Hasta 1997 la proporción de casos de sida en personas cuyo país de origen no era España estuvo por debajo del 3%. Pero a partir de 1998 esta cifra subió progresivamente hasta alcanzar el 17,8% en la primera mitad del 2005. En este último año el 78,3% de estos casos proceden de países en desarrollo, principalmente de África y de Latinoamérica. El objetivo del presente trabajo es llevar a cabo un análisis descriptivo de la población VIH atendida en la Consulta Externa de Farmacia en el año 2007 con el fin de conocer posibles áreas de mejora en la atención farmacéutica.

Materiales y métodos: Para la recogida de datos se emplea el informe médico de la Consulta de Infecciosos de cada paciente y el programa de pacientes externos empleado en la Consulta Externa de Farmacia (Dominion®).

Resultados: De los 225 pacientes atendidos, el 58,2% son españoles y el 41,8% inmigrantes. De los pacientes inmigrantes, el 77,7% proceden de África (91,8% subsaharianos y 8,2% marroquíes), el 13,8% de América la-

tina y el 8,5% son europeos (no españoles). En cuanto al sexo, el 64,9% son hombres y el 35,1% mujeres. Si diferenciamos según la procedencia: españoles 70,2% hombres y 29,8% mujeres; subsaharianos 60,3% hombres y 39,7% mujeres; marroquíes 50% hombres y 50% mujeres; latinoamericanos 69,2% hombres y 30,8% mujeres; europeos 12,5% hombres y 87,5% mujeres. A lo largo del 2007 se han seguido 6 embarazos que han llegado a término con bebés no contagiados. El porcentaje de pacientes con carga indetectable (< 200 copias/ml) tras, al menos, 6 meses de tratamiento es del 82,9%.

Conclusiones: La procedencia de la población atendida refleja la realidad asistencial en nuestro entorno de trabajo (41,8% pacientes atendidos son inmigrantes). La barrera idiomática es, a menudo, un obstáculo en el desarrollo de una adecuada atención farmacéutica. La presencia continua de traductores podría facilitar esta labor pero no es aceptada en este tipo de patología. Una dispensación individualizada por paciente permite una mayor comprensión de la toma del tratamiento. La mayoría de la población inmigrante atendida procede de países con elevada prevalencia de la enfermedad y con un gran desconocimiento de ésta y sus consecuencias. El conocimiento de sus características culturales nos permite dirigir la atención farmacéutica hacia sus necesidades y expectativas. Destaca el mayor porcentaje de mujeres europeas frente a hombres. Todas proceden de países del este; 6. Los protocolos de actuación multidisciplinares llevados a cabo durante el embarazo ayudan a evitar el contagio vertical.

112. Dolor en el paciente con demencia terminal: utilización de una escala basada en signos indirectos

T. Villalta Andujar, T. Calleja Chuclá, M.J. Mauríz Montero, M.J. Álvarez Sánchez, J.C. Yáñez Rubal e I. Martín Herranz
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivos: El dolor constituye uno de los síntomas más frecuentes en la población anciana así como uno de los que más morbilidad genera. Sin embargo en los pacientes con demencia, este dolor puede pasar desapercibido por los problemas de comunicación que presentan en los estadios finales de su enfermedad. Análisis de la prescripción de analgésicos a los pacientes con demencia y utilización de una escala de valoración del dolor basada en signos indirectos (SID), para identificar a los pacientes en los que el dolor no es reconocido y no es tratado.

Material y métodos: Estudio longitudinal prospectivo de la utilización de analgésicos en los pacientes ingresados en una residencia sociosanitaria asistida que cumplen los criterios de demencia DSM-IV y terminalidad de la enfermedad, con un valor de Minimental e índice de Barthel = 0, durante el periodo enero- diciembre 2007. Utilización de una escala SID, con la colaboración del personal de enfermería y auxiliar para la comunicación al médico/farmacéutico de aquellos signos que pudieran inducir dolor no comunicado, no tratado y fueran susceptibles de realizar una intervención correctiva o preventiva. Se revisaron las características demográficas, situación clínica y los perfiles farmacoterapéuticos de los pacientes susceptibles de estudio.

Resultados: Se estudian 58 pacientes con diagnóstico de demencia con criterios de terminalidad, 49 mujeres y 9 hombres, con una edad media de 86,2 años (DE = 7,24) y una estancia de 49,83 semanas (DE = 38,33). En la revisión de los historiales, en 42 (72,5%) pacientes se constata la existencia de patología que puede inducir dolor (21 poliartrosis, 12 úlceras, 3 tumores, 2 otitis crónicas, 4 colelitiasis). De estos 20 (47,61%) presentan pautas analgésicas: 8 (40%) pautas de tratamiento analgésico simple, 7 (35%) pautas si dolor y 5 (25%) presentaban tratamiento del dolor con opioides. Tras la revisión se cambiaron 5 pacientes (71%) de pautas "si dolor" a pautas analgésicas establecidas. Tras la evaluación con SID, el síntoma posibilidad de dolor se detectó en 12 pacientes (28,57%) que presentaban diagnóstico potencialmente doloroso 6 úlcera de decúbito, 5 poliartrosis, 1 otitis crónica, estos síntomas eran, fruncir el ceño en la movilización (7 pac), puños cerrados (3 pac) y 2 por rozamiento continuado del cuerpo. Todos se trataron de acuerdo al primer escalón en el tratamiento del dolor (paracetamol 1g/8h) y aumento si no hay respuesta. En el seguimiento de los pacientes se comprueba que hay desaparición de SID en 8 pacientes (66%) y en 4 (34%) pacientes no hay modificaciones.

Conclusiones: Consideramos que la prescripción de analgésicos "si dolor" es una pauta insuficiente y no adecuada en el tratamiento del dolor dado los problemas de comunicación que presentan estos pacientes. Sería conveniente descartar el discurso clásico de la tolerancia al dolor y de la normalidad del mismo en los pacientes terminales y protocolizar la utilización de

una escala validada de SID en colaboración con el personal auxiliar y de enfermería, dado que supone un paso más en la mejora de la calidad de vida del paciente demente con criterios de terminalidad.
Conflicto de intereses: Ninguno.

125. Criterios de utilización de terapias biológicas en el tratamiento de la psoriasis: aplicación a la práctica clínica

B. Salazar Laya, I. Rodríguez Penfn, L. López Sandomingo, G. Domínguez Urbistondo, L. Fuster Sanjurjo y A. García Iglesias
Hospital Arquitecto Marcede. Área Sanitaria de Ferrol. Ferrol. A Coruña.

Objetivo: Describir la utilización de terapias biológicas en el tratamiento de la psoriasis antes y después de la implantación de un protocolo consensuado con el Servicio de Dermatología.

Material y Método: Estudio retrospectivo observacional en el que se incluyeron todos los pacientes que recibieron etanercept, adalimumab e infliximab para el tratamiento de la psoriasis. Se aplicó un protocolo de utilización que incluyó criterios relativos a la indicación (medida de actividad de la enfermedad: Índice de Área y Severidad de la Psoriasis (PASI) ≥ 10 e Índice Dermatológico de Calidad de Vida (DLQI) > 10 , terapias previas y ausencia de contraindicaciones), seguimiento y retirada del tratamiento (actividad de la enfermedad). Se utilizaron como fuentes de datos: fichas de seguimiento del Servicio de Farmacia, programa de dispensación a pacientes externos e Historias Clínicas.

Resultados: Se evaluaron 13 pacientes con una edad media de 38,46 (20-72) años (53,85% mujeres). El tiempo desde el inicio de la enfermedad hasta el comienzo del tratamiento fue de 16,3 (3-32) años. Siete pacientes recibieron etanercept, 4 adalimumab, 1 infliximab y 1 paciente recibió etanercept y adalimumab. Cinco pacientes iniciaron tratamiento antes de la instauración del protocolo, 5 después y 3 en ambos casos. No existe registro en la Historia Clínica del PASI al inicio, en el seguimiento y en la retirada en los 8 pacientes tratados antes de la implantación del protocolo. Se dispuso de PASI de inicio en el 100% de los pacientes tras la implantación del protocolo con un valor medio de 18,15 (10,8-26,1). Se dispuso de DLQI de inicio en el 75% de los pacientes tras la implantación del protocolo con una media de 11,17 (10-17). Once pacientes recibieron previamente metotrexato, 6 ciclosporina y 3 PUVA. No se dispone de PASI ni DLQI en el seguimiento y en la retirada en los pacientes que iniciaron el tratamiento tras la implantación del protocolo porque no se han alcanzado las 12 semanas de tratamiento y, en los pacientes a tratamiento con etanercept, debido al cambio en las condiciones de dispensación. Todos los pacientes que recibieron etanercept antes de la implantación del protocolo completaron 6 meses de terapia. Tres pacientes recibieron un segundo ciclo de etanercept, 1 paciente recibió un tercer curso de etanercept y 1 paciente recibió un tercer curso de tratamiento con adalimumab.

Conclusiones: La implantación de un protocolo de utilización de terapias biológicas en el tratamiento de la psoriasis ha mejorado la medida de la actividad de la enfermedad y su registro en la Historia Clínica. En una parte de la población estudiada el tratamiento no muestra una respuesta sostenida en el tiempo. Se pone de manifiesto la necesidad de realizar un seguimiento farmacoterapéutico intensivo de efectividad y seguridad debido a la falta de registro de medidas de efectividad del tratamiento, recaídas y reacciones adversas inducidas por las terapias biológicas. Sin embargo, el seguimiento de la utilización de etanercept se ha visto truncado por el cambio en sus condiciones de dispensación.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

131. Estudio de utilización de antirretrovirales en la consulta de pacientes externos en un hospital de nivel 3

A. Cabello Muriel, B. Oya Álvarez de Morales, J. Aranda García, M.J. Barbero Hernandez, F. Horno Ureña y A. Gómez Rodríguez
Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Objetivos: Analizar las combinaciones de fármacos para el tratamiento antirretroviral (TAR) dispensadas en la consulta de pacientes externos durante el año 2007. Realizar un seguimiento del tratamiento de cada paciente y comparar los resultados obtenidos con los datos del 2005, así como con las recomendaciones del Plan Nacional sobre el Sida actualizadas en 2007, con el fin de evaluar la evolución del TAR en los últimos 3 años y su adecuación a las recomendaciones actuales.

Material y método: Revisión retrospectiva de las dispensaciones durante 2007 registradas con el programa informático de Gestión de Pacientes Ex-

ternos de Dominion. Estudio del TAR en cada paciente en base al tipo de fármaco.

Resultados: el número de pacientes atendidos fue 243, con 55 combinaciones de TAR. En 2005 se atendió a 232 pacientes con 74 combinaciones diferentes. Las combinaciones más utilizadas han sido 2 ITAN + 1 ITNN (121 $\geq 49,79\%$), 2 ITAN + 1 IPP (83 $\geq 34,16\%$) y 3 ITAN (19 $\geq 7,81\%$). Dentro de la primera, las asociaciones más frecuentes han sido Emtricitabina + Tenofovir + Efavirenz (42 $\geq 17,28\%$) y Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz (26 $\geq 10,70\%$); en este grupo el ITNN mayoritariamente utilizado ha sido Efavirenz (96 $\geq 79,34\%$) frente a Nevirapina (25 $\geq 20,66\%$). La combinación 2 ITAN + 1 IP no potenciado en el 2007 ha representado únicamente el 0,41%, mientras que en 2005 fue el 17%. También se aprecia un descenso en Abacavir + Zidovudina + Lamivudina con un 6,17% frente al 9% del 2005. El Plan Nacional sobre el SIDA recomienda: como inicio de terapia 2 ITAN + Efavirenz o 2 ITAN + 1 IP potenciado con dosis bajas de ritonavir. La combinación de 3 ITAN es una alternativa cuando no pueden utilizarse las pautas anteriores; en general, se prefieren pautas basadas en ITNN que con IP potenciado en inicio de tratamiento debido a alta eficacia demostrada en numerosos ensayos clínicos, menor número de comprimidos, menos interacciones relevantes, perfil metabólico más favorable y menor coste; la ventaja principal de los IP potenciados es su alta barrera genética para el desarrollo de resistencias, por lo que son preferibles a los ITNN en casos de prescripciones primarias y en pacientes expuestos a periodos prolongados y repetidos de no adherencia al TAR. Analizado el número de tomas/día observamos que el 40% son QD (1 toma/día)

Conclusiones: Se ha producido una disminución del número de combinaciones utilizadas en relación con el 2005, a pesar de un aumento del número de pacientes atendidos. Esto es consecuencia de la buena adecuación de las prescripciones realizadas durante 2007 y las recomendaciones del Plan Nacional SIDA. La tendencia es reducir el número de tomas al día, para mejorar la adherencia. El desuso de IP no potenciado es claro y evidente, habiendo pasado de ser utilizado de forma relativamente frecuente en 2005 a una utilización prácticamente insignificante (0,41%) en 2007.

139. Problemas en la farmacoterapia e intervención del farmacéutico en un centro sociosanitario

E. Rodríguez Jiménez, M. Martínez Camacho, D. García Marco, C. Fernández-Saw Toda y M.S. Amor Andrés
Hospital Virgen del Valle. Toledo.

Objetivos: Análisis de las intervenciones en la farmacoterapia tras revisar junto con el equipo médico los tratamientos de los residentes en un centro sociosanitario.

Material y métodos: En un centro sociosanitario de residentes asistidos con capacidad para 120 sujetos, se ha constituido desde noviembre de 2007 un equipo de revisión de los tratamientos, formado por: dos médicos, el farmacéutico hospitalario y la coordinadora de enfermería. Se ha revisado la historia clínica de cada residente, recogiendo los siguientes datos: identificación y tipo de problema relacionados con el medicamento (PRM), resultados negativos asociados a la medicación (RNM) y tipo de intervención farmacoterapéutica.

Resultados: Desde noviembre de 2007 hasta el 31 de marzo de 2008 se han revisado el 72,8 % de las prescripciones del centro y se han detectado 45 PRM correspondientes a 33 pacientes (12 hombres y 21 mujeres). Los tipos de PRM más frecuentes fueron: medicamento no indicado 17 (37,7%); dosis y/o duración inadecuadas (17,7%); sustitución por otro medicamento (17,7%); y efectos adversos (13,3%). Los resultados negativos asociados a la medicación se relacionaron principalmente a: 22 casos (48,8%) medicamento inadecuado, 7 casos (15,5%) medicamento innecesario y reacciones adversas 6 casos (13,3%). En el 91,1%, el PRM requirió un cambio de tratamiento o un aumento del seguimiento y en el 8,9%, el PRM supuso cambios en signos vitales. Las intervenciones que se han realizado en mayor número de ocasiones han sido: 20 relacionados con el cambio a medicamento más efectivo (44,40%); 15 veces fue necesario suspender el medicamento (33,30%); en 6 ocasiones se modificó la dosis/intervalo posológico (13,30%); 3 veces se inició el tratamiento con un nuevo medicamento (6,60%); y en una sola prescripción se previno efectos adversos (2,20%). La intervención se ha considerado significativa en 38 ocasiones (84,4%) y muy significativa en 7 (15,5%).

Conclusiones: La revisión de los tratamientos junto con el equipo asistencial del paciente de los centros sociosanitarios promueve un uso racional de la farmacoterapia y previene efectos adversos. Las intervenciones realiza-

das por parte del farmacéutico, consensuadas con los médicos, han dado lugar a cambios o modificaciones importantes en los tratamientos. Esta implicación en la farmacoterapia ha dado lugar a resultados concretos cuyo fin es que el paciente obtenga el máximo beneficio de los medicamentos, limitar los efectos adversos y por tanto mejorar su calidad de vida.

Conflicto de intereses: El autor primer firmante de la comunicación, en su nombre y en el de todos los autores firmantes, declara que no existe ningún conflicto de intereses relacionados con el artículo.

141. Raltegravir, inhibidor de la integrasa, una nueva diana en el tratamiento antirretroviral

M. Al Kassam Martínez, M.I. Magaña Pintiado, L. Ordoñez Fernández, G. Miranda García y C. Rosado María
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias.

Introducción: Raltegravir (MK-0518) es un inhibidor de la integrasa con potente actividad frente a cepas de VIH resistentes a los antirretrovirales existentes.

Objetivo: Conocer la eficacia a corto plazo de raltegravir asociado a terapia de base optimizada (TBO) en pacientes con infección por VIH en fracaso terapéutico por múltiples resistencias y/o intolerancia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en una cohorte de 9 pacientes infectados por el VIH con multifracaso terapéutico y que hayan recibido Raltegravir como parte de su tratamiento antirretroviral durante al menos 3 meses. Se registraron las variables demográficas y parámetros clínicos relacionados con la infección por el VIH: vía de transmisión, fecha del diagnóstico, estadio clínico, tiempo con tratamiento antirretroviral, fármacos recibidos y motivo de cambio a raltegravir. Se recogió la carga viral (CV) plasmática y recuento de CD4 en el momento basal, a la semana 4 y a la semana 12 en aquellos pacientes que estuviera disponible. Se estableció como respuesta virológica un descenso en la carga viral superior a 1 log₁₀ o que fuera indetectable (< 50 copias/mL). Se consideró buen estado inmunológico cuando el recuento de CD4 era superior a 200 cel/mL.

Resultados: Todos los pacientes del estudio (7 hombres / 2 mujeres, media de edad de 49 años) habían recibido tratamiento antirretroviral durante una media de 12 años con fármacos de todas las líneas y ninguno de ellos llegó a tener CV indetectables durante más de 6 meses. La CV media en el momento basal era de 204.635 copias/mL y los CD4 de 206 cel/mL. El motivo principal del cambio a Raltegravir fue por fracaso terapéutico. Todos los pacientes recibieron como TBO: Análogos de nucleosidos e Inhibidores de Proteasa (Darinavir/Ritonavir). 8 de ellos recibieron además TMC-125 como No Análogo y el otro paciente llevó Enfuvirtida como Inhibidor de la Fusión durante 2 meses como parte de su TBO. Otros 4 pacientes habían recibido Enfuvirtida anteriormente y se les retiró al iniciar tratamiento con Raltegravir. En la revisión de la semana 4, todos los pacientes habían disminuido su CV más de 1 log₁₀ y en 7 pacientes ésta era indetectable (CV < 50 copias/mL). Los CD4 se mantuvieron igual o subieron ligeramente. No se encontraron efectos adversos relacionados con el Raltegravir.

Conclusiones: Estos resultados tan espectaculares muestran que Raltegravir, asociado a esta TBO, es altamente eficaz en el tratamiento de la infección por el VIH en pacientes con múltiples resistencias y en fracaso terapéutico. La utilización de fármacos antirretrovirales que actúan sobre nuevas dianas terapéuticas beneficia a aquellos pacientes con opciones terapéuticas limitadas. Asimismo les permite interrumpir el tratamiento con otros fármacos peor tolerados y con mayor número de efectos adversos como la Enfuvirtida. Al tratarse de un estudio a corto plazo y de un fármaco de muy reciente comercialización no se han obtenido más datos relacionados con la seguridad en este grupo de pacientes.

Conflicto de intereses: Ninguno.

154. Programa de detección del riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad psiquiátrica

E. López Montero, E. Echarrri Arrieta, K. Rivera Rodríguez y M.T. Chuclá Cuevas

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña.

Objetivos: Los pacientes con enfermedad psiquiátrica, debido a múltiples factores (dieta, hábito de fumar, peso, actividad física y uso de neurolépticos), presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular. El objetivo del presente trabajo es implantar un programa de detección del riesgo cardiovascular (RCV) en una unidad de pacientes ambulatorios

(Centro de Día de un Hospital Psiquiátrico) con el fin de identificar aquellos pacientes susceptibles de ser monitorizados en los parámetros más habituales de salud física.

Material y métodos: Estudio transversal de 36 pacientes ambulatorios con trastornos psiquiátricos en el que se analizaron los factores de riesgo relacionados potencialmente con el desarrollo de enfermedad cardiovascular. Se revisaron las historias clínicas como fuente de datos (demográficos, terapéuticos y clínicos) y se utilizó para estimar el RCV el método de Framingham clásico que calcula, utilizando las variables de edad, hábito de fumar, existencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI), valores de tensión arterial sistólica (TAS), glucosa, colesterol y HDL-colesterol, la probabilidad de riesgo coronario a los 10 años y el riesgo medio poblacional para una edad y sexo determinada.

Resultados: La edad media de los pacientes (12 mujeres y 24 hombres) fue de 40 años (DE: 11,1) y los diagnósticos esquizofrenia (77,8%), trastornos de personalidad (19,4%) y trastorno bipolar (2,8%). El índice de masa corporal medio en los hombres fue 26,4 Kg/m² (DE: 7,5) y en las mujeres 29,4 Kg/m² (DE: 3,7), la actividad física en todos los casos excepto uno es leve y la dieta es inadecuada. El 63,9% de los pacientes son fumadores con una media de 24 (DE: 8) cigarrillos al día y el 11,1% exfumadores. Un 22,2% tienen valores de TAS elevada (> 130 mmHg) y 2,8% HVI. A partir de los datos de laboratorio se obtuvo que un 27,7% de los pacientes poseen hiper-glucemia (>105,0 mg/dL) con valores medios de 127,6 mg/dL (DE: 27,2), un 13,9% hipercolesterolemia (> 254,0 mg/dL) con 297,2 mg/dL (DE: 42,7) y un 22,2% valores bajos de HDL-colesterol (< 35 mg/dL) con una media de 29,1 mg/dL (DE: 5,6). Según el método de Framingham clásico la incidencia de RCV obtenida fue alta en 13,9% de los pacientes, media en 33,3%, baja en 50% y ausente en el 2,8%. Analizando los datos por sexos, las mujeres presentan mayor porcentaje de población con RCV (58%) que los hombres (50%). La probabilidad media de riesgo coronario a los 10 años en las mujeres fue del 7% (DE: 0,1) y en los hombres del 8% (DE: 0,05); el riesgo medio para la población general para cada edad y sexo estudiada en mujeres fue del 4% (DE: 0,03) y en hombres del 7% (DE: 0,04).

Conclusiones: Aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedad psiquiátrica muestran RCV alto o medio. Esta situación es especialmente acusada en el grupo de mujeres. El programa de detección de RCV permite seleccionar a los pacientes que debieran incluirse en grupos especiales de seguimiento de su salud física a través de acciones que disminuyan los factores de riesgo.

Conflicto de intereses: No se declara conflicto de intereses.

168. Selección de pacientes VIH candidatos de atención farmacéutica

O. Ibarra Barrueta, I. Gabilondo Zelaia, O. Mora Atorrasagasti y B. Corcostegui Santiago

Hospital de Galdakao-Usansolo. Galdakao. Vizcaya.

Objetivos: Mejorar el seguimiento de los pacientes VIH, seleccionando aquellos con mayor riesgo de morbilidad terapéutica y candidatos a Atención Farmacéutica (AF). En los pacientes seleccionados se pretende identificar PRM y diseñar intervenciones para resolverlos.

Material y métodos: Se definieron los siguientes criterios para la selección de pacientes con mayor riesgo de morbilidad terapéutica: Inicios o cambios de tratamiento, pacientes con adherencia inferior al 95%, monitorización rutinaria de adherencia previo a la consulta médica, fracaso virológico e inmunológico, PRM anterior y pacientes con otros tratamientos concomitantes, especialmente hepatitis C. Además se consideraron también los pacientes que solicitaban AF. Del listado de pacientes citados en farmacia se seleccionaron aquellos que cumplían alguno de los criterios definidos. Estos pacientes fueron atendidos por un farmacéutico, con el fin de identificar PRM y diseñar la actuación farmacéutica correspondiente.

Resultados: El estudio se realizó en julio del 2007. De 193 pacientes con tratamiento antirretroviral atendidos en ese periodo, 93 (48%) fueron seleccionados para AF; 82 (42,5%) la recibieron y 11 (5,7%) no; por ser otra la persona que acudió a por la medicación. 5 pacientes solicitaron atención farmacéutica a demanda. El criterio de selección más frecuente fue el de adherencia (58%), seguido del tratamiento de hepatitis C (12%). Entre los 82 pacientes seleccionados se detectaron 53 PRM potenciales (63%) y 30 reales (37%), 21 relacionados con problemas de adherencia y 9 con problemas de seguridad. El 47% de las intervenciones planteadas fueron educativas para mejorar la adherencia; seguidas por consejos para prevenir los efectos adversos e intervenciones para corregir la administración de medicamentos (dosis, frecuencia, etc.).

Conclusiones: La mayoría de pacientes se seleccionaron por problemas de adherencia; también fue el PRM real más clasificado y la intervención más frecuente fue la educativa para mejorar la adherencia, convirtiéndose en una actividad esencial en el seguimiento del paciente VIH. La selección de pacientes subsidiarios de seguimiento farmacéutico permite dedicar más tiempo a los pacientes con mayor riesgo, a pesar de que un porcentaje bajo de los mismos no acuda personalmente.

Conflicto de intereses: Ninguno.

179. Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Crohn a tratamiento con adalimumab

L. Fuster Sanjurjo, B. Salazar Laya, I. Rodríguez Penín, L. López Sandomíngolo, G. Domínguez Urbistondo y A. Freire Fojo
Hospital Arquitecto Marqués. Área Sanitaria de Ferrol. Ferrol. A Coruña.

Objetivo: Valorar calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) tratados con adalimumab. Analizar la utilización de adalimumab y valorar efectividad y tolerancia al tratamiento.

Material y método: Estudio retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes que recibieron adalimumab para el tratamiento de la EC durante al menos 8 semanas. La CVRS se cuantificó mediante un cuestionario específico adaptado al español: Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ-32) cuyo rango de puntuación, con los valores más altos indicando mejor CVRS y grado de funcionalidad, es 32-224. Adicionalmente se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, duración de la enfermedad, localización de la enfermedad, cirugía e ingresos previos, terapias previas y concomitantes, dosis y duración del tratamiento con adalimumab, peso, número de deposiciones, PCR, VSG, hemoglobina y albúmina iniciales y al finalizar el período del estudio, valoración global subjetiva del paciente y tolerancia. Se utilizaron como fuentes de datos la historia clínica, programa de dispensación a pacientes externos, y ficha de seguimiento del Servicio de Farmacia.

Resultados: Se evaluaron 18 pacientes con una edad media de $33,8 \pm 9,4$ (20-54) años (33,3% hombres). El tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad al inicio del tratamiento con adalimumab fue de $110,3 \pm 52,3$ meses. Catorce pacientes presentaron enfermedad de colon, 12 perianal, 10 de ileon, 5 ileocecal y 2 en el intestino delgado. Trece pacientes precisaron intervenciones quirúrgicas previas y todos los pacientes requirieron ingresos hospitalarios antes de iniciar tratamiento con adalimumab. Diecisiete pacientes fueron tratados previamente con mesalazina, corticoides e inmunosupresores, 16 con antibióticos y 13 con infliximab (INF). En 7 pacientes se suspendió INF por ineficacia, en 5 por intolerancia y en 1 caso se desconoce la causa de suspensión del tratamiento. Trece pacientes recibieron adalimumab cada 14 días y 5 cada 7 días. Dieciséis pacientes recibieron adalimumab en monoterapia y 2 en combinación con enemas de budesonida. La duración media del tratamiento con adalimumab fue de $11,4 \pm 8,2$ meses. El valor medio del IBDQ-32 fue de 151,5 (12 pacientes valorables) y un 78 % de pacientes (14 pacientes valorables) manifestaron mejoría subjetiva de la enfermedad. El peso, número de deposiciones, PCR y VSG al inicio del tratamiento fueron respectivamente: 61,7 Kg, entre 6-8 deposiciones, 26,8 mg/L (16 pacientes valorables) y 33,7; los valores al finalizar el período de estudio fueron respectivamente: 64,4 Kg (16 pacientes valorables), entre 3-4 deposiciones (17 pacientes valorables), 16,7 mg/L y 18,4. Los valores de hemoglobina y albúmina se mantuvieron constantes durante el tratamiento. La tolerancia al tratamiento fue buena. Cuatro pacientes presentaron reacciones cutáneas y 1 paciente desarrolló síndrome pseudogripal.

Conclusiones: El valor de IBDQ-32 obtenido en nuestra serie es coincidente con los datos procedentes de la bibliografía alcanzándose valores próximos a la remisión clínica (IBDQ-32 > 170). El tratamiento se muestra efectivo y bien tolerado. Se propone como medida de evaluación de la efectividad del tratamiento la determinación del IBDQ-32 al inicio de la terapia con adalimumab y a intervalos regulares.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

192. Causas del cambio de infliximab a otro agente anti-factor de necrosis tumoral en la artritis reumatoide

L. Izquierdo Acosta, F. Castelao González, E. Martínez Sánchez, J.M. González de La Peña Puerta, B. de la Nogal Fernández y C. Hermida Pérez
Complejo Asistencial de Burgos. Burgos.

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) en los que se produce una falta de respuesta al tratamiento con un agente anti-factor de ne-

crosis tumoral (anti-TNF), son sustituidos con frecuencia por un 2º, incluso un 3er, agente anti-TNF.

Objetivos: Evaluar las causas de interrupción del tratamiento con Infliximab y la justificación del cambio a un 2º o 3er agente anti-TNF en pacientes con AR. Valorar la adherencia al tratamiento con Infliximab y la tolerancia al mismo, así como estudiar la incidencia de infecciones y neoplasias malignas asociadas a los agentes anti-TNF.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo en el que se revisaron las historias clínicas de 12 pacientes, desde enero del 2000 hasta julio del 2007. Se registraron datos demográficos así como el número de articulaciones dolorosas (NAD), número de articulaciones tumefactas (NAT), valoración global de salud por parte del paciente, DAS 28, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), antecedentes de tuberculosis, tratamientos antirreumáticos previos y causas del cambio de tratamiento de infliximab por otro anti-TNF.

Resultados: Los 12 pacientes eran mujeres. La edad media de inicio de la enfermedad fue de 35 años; la edad media al inicio del tratamiento (influximab) fue de 44 años; el número medio de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) utilizados previamente fue de 4. Concomitantemente con los FAME y antes del tratamiento con Infliximab, 11 pacientes (92%) tomaron corticoides a dosis bajas y 8 pacientes (66,7%) tomaron antiinflamatorios no esteroideos. DAS 28 medio inicial: 5,3; PCR media inicial: 21,4 mg/l y VSG media inicial: 29,8 mm/1ª h. La media de infusiones administradas fue de 15, se aumentó la dosis en 9 pacientes y la duración media del tratamiento fue de 23 meses. 2 pacientes sufrieron infección de las vías respiratorias altas. No se diagnosticaron casos de tuberculosis ni neoplasias malignas. DAS 28 medio final 6,1; PCR media final 16,7 mg/l y VSG media final: 27,2 mm/1ª h. Al 67% de los pacientes se les interrumpió el tratamiento por falta de eficacia y al 33% por reacciones adversas. Diez pacientes (83%) sufrieron un total de 35 reacciones adversas provocadas por Infliximab, que se clasificaron en leves (60%) o graves (40%); las primeras cedieron tras disminuir la velocidad de infusión y las graves (edema lingual, bradicardia, hipotensión, midriasis, hiperventilación, anemia e importante tiritera durante la infusión) supusieron la interrupción del tratamiento. De estos 12 pacientes, a 9 se les cambió el tratamiento a Etanercept y a 3 se les pautó Adalimumab. A 2 de los pacientes a los que se les interrumpió el Infliximab por falta de eficacia se les suspendió el 2º agente anti-TNF también por falta de eficacia y se les pautó un 3er agente anti-TNF.

Conclusiones: La causa principal de interrupción de la terapia con Infliximab fue la falta de eficacia. Dos pacientes sufrieron infección durante el tratamiento con Infliximab, resultado que concuerda con otros estudios. Este estudio sugiere que tras el fallo de un primer agente anti-TNF, la mayoría de los pacientes tolera adecuadamente el 2º anti-TNF.

Conflicto de intereses: Ninguno.

205. Evaluación de la duración del tratamiento de la hepatitis C en pacientes coinfectados con VIH. Influencia en la respuesta viral sostenida

A. Martínez Crespo y A. Apesteigüa el Busto
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivo: Analizar la respuesta al tratamiento de la hepatitis C en pacientes coinfectados VIH según la duración del tratamiento.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo. Se incluyeron en éste aquellos pacientes en tratamiento de la hepatitis C coinfectados con VIH que recogieron peginterferón alpha (2a o 2b) y ribavirina en nuestro servicio y en los que se disponía del valor del RNA-VHC 24 semanas después de la finalización del tratamiento. El éxito del tratamiento se establece en función de la variable principal: respuesta viral sostenida. Definida ésta como carga viral de VHC indetectable 6 meses después de concluir la terapia. La carga viral se midió en UI/ml, con un límite de sensibilidad de 50 UI/ml. El análisis se realizó por intención de tratar. Los pacientes a los que se les suspendió el tratamiento por reacciones adversas a medicamentos, se consideraron como fracaso. Para analizar la duración del tratamiento se utilizó el parámetro % de duración respecto del tratamiento estándar, que resulta de dividir en cada paciente el número de semanas de tratamiento entre las semanas de tratamiento estándar (48) y multiplicar por 100. Las semanas de tratamiento estándar se eligieron según lo establecido en la bibliografía. La recogida de datos clínicos y analíticos se realizó a través de las historias clínicas. El historial farmacoterapéutico se obtuvo del programa de dispensación a pacientes externos Farmatools®. Los pacientes se clasificaron en dos

grupos: El primer grupo lo formaban los pacientes con duración de tratamiento igual o mayor al 80% del estándar, en el segundo grupo se incluyeron los pacientes con una duración del tratamiento inferior al 80% del estándar. Para comparar ambos grupos se realizó la prueba de χ^2 . El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS versión 14.0.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 29 pacientes coinfectados. Veinte de estos pacientes tuvieron una duración del tratamiento mayor del 80% del estándar (media = 110,52%, desviación típica = 19,88%); en 13 de ellos el tratamiento se resolvió con éxito. Los 9 pacientes restantes tuvieron una duración del tratamiento menor al 80% (media = 57,58%, desviación típica = 19,55%); sólo en 2 de estos pacientes el tratamiento obtuvo éxito. A pesar del bajo número de pacientes, el análisis estadístico nos muestra una diferencia justo en el límite de lo significativo a favor de los pacientes cuya duración del tratamiento fue mayor ($p = 0,05$).

Conclusiones: La duración del tratamiento es un factor que influye en el éxito del tratamiento de la hepatitis C en los pacientes coinfectados con VIH.

Conflicto de intereses: Ninguno.

212. Eficacia y seguridad del tratamiento prolongado con etanercept en pacientes con psoriasis

B. Martínez Castro, A. Rocher Milla, I. Seguí Gregori, E. Soler Company, R. Romero del Barco y N. Pérez Prior
Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento prolongado con etanercept en pacientes afectados de psoriasis.

Método: Estudio prospectivo de los pacientes con psoriasis que recibieron tratamiento con etanercept durante el periodo comprendido entre enero de 2005 y marzo de 2008. Los datos relativos a la efectividad y seguridad se recabaron de la revisión de historias clínicas. La efectividad fue evaluada teniendo en cuenta la desaparición de las lesiones, la aparición de nuevos brotes y la necesidad de reiniciar o prolongar el tratamiento. La seguridad se valoró por la aparición de efectos adversos.

Resultados: Un total de 22 pacientes recibieron etanercept durante el periodo de estudio (13 hombres y 9 mujeres) con una media de edad de 53 años, límites entre 28-76 años. La mayoría de los pacientes presentaban psoriasis de tipo vulgar, muy extensa y generalizada. En todos los pacientes se realizaron pruebas previas analíticas, rayos X de tórax y el test de mantoux, que fue positivo en un solo paciente. Todos los pacientes recibieron 6 meses de tratamiento con etanercept (3 meses con dosis de 100 mg/semana y 3 meses con 50 mg/semana). De ellos, el 59% ($n = 13$) tuvieron que reiniciar con etanercept por la aparición de brotes. Cinco pacientes iniciaron con una dosis de 100 mg/semana y 8 con 50 mg/semana. El tiempo transcurrido hasta la aparición de brote fue de $3,9 \pm 1,7$ meses tras finalizar el tratamiento. Al 50% ($n = 11$) de los pacientes se les ha prolongado el tratamiento con etanercept durante $4,6 \pm 3,5$ meses; con una dosis de 25 mg/semana ($n = 5$), 50 mg/semana ($n = 4$) y con 100 mg/semana ($n = 2$), en función de la situación clínica del paciente. Ninguno de estos paciente ha presentado brotes psoriásicos, en dos pacientes se aumentó la dosis de forma temporal por agravamiento de las lesiones, mientras que en otros casos se redujo la dosis a 25 mg/15 días. No se ha presentado ningún caso de toxicidad al prolongar el tratamiento y la adherencia del paciente ha sido óptima.

Conclusiones: Tenemos un elevado porcentaje de pacientes con recaída, el 60%, por lo que plantearse el prolongar el tratamiento con etanercept sería una opción terapéutica. Durante el tiempo de estudio no se ha observado toxicidad al etanercept; sin embargo, el problema se plantea en determinar la dosis mínima eficaz con la que podríamos obtener la máxima eficiencia.

218. Resistencia a lamivudina en el tratamiento de la hepatitis B crónica

B. Martínez Castro, A. Rocher Milla, E. Soler Company, S. García Muñoz, N. Pérez Prior y R. Romero del Barco
Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Objetivo: La lamivudina ha dejado de utilizarse como primera línea de tratamiento de la hepatitis B crónica (HBC) por el elevado porcentaje de resistencia. El objetivo del estudio es analizar la aparición de resistencias a lamivudina en el grupo de pacientes tratados en el hospital.

Método: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con HBC tratados con lamivudina en un hospital de área durante el periodo enero de 2002 a diciembre de 2007. La aparición de resistencia viral se valoró por la

elevación de los valores de ADN viral plasmático durante el tratamiento (fenómeno de rebote virológico) y/o elevación de las cifras de alanina-aminotransferasa (ALT) (fenómeno de rebote clínico). Se analizaron como factores relacionados: la edad, el estado clínico, la duración de tratamiento y cumplimiento del mismo.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes (14 hombres y 2 mujeres) con una mediana de edad 55 años (rango: 76-30), 14 de ellos fueron tratados por HBC y 2 por cirrosis hepática. Todos los pacientes han llevado como primer tratamiento lamivudina, siete de ellos negativizaron su carga viral (CV) y normalizaron la ALT a los tres meses y el 100% negativizó CV a los 6 meses. La mediana de duración de tratamiento fue de 20 meses (10-48). La lamivudina fue retirada en 1 paciente por intolerancia y en 3 pacientes por resistencia, observada como un aumento de la carga viral y de la ALT a los 14, 21 y 23 meses de iniciar con lamivudina; 2 de estos pacientes presentaban cirrosis hepática. Nueve pacientes iniciaron con adofevir como segunda terapia, tres por resistencia a lamivudina y el resto para prevenir la aparición de resistencia. Siete pacientes finalizaron el tratamiento por remisión de la enfermedad. La adherencia fue óptima en todos los pacientes.

Conclusiones: El porcentaje de resistencia a lamivudina es bajo, 18%, y aparece durante el primer y segundo año de tratamiento, lo que concuerda con los datos bibliográficos. Sin embargo, no se ha presentado resistencia en tratamientos superiores a dos años. Por lo tanto, en nuestro estudio la utilización de lamivudina es segura y efectiva.

220. Evaluación de un nuevo dispositivo de administración de adalimumab en la práctica habitual

R. Pérez Serrano, J. Sánchez-Rubio Fernández, E. Fernández Estéban, B. Rubio Cebrían, N. Ibáñez Heras y M. Arteta Jiménez
Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid.

Objetivos: Adalimumab es un anticuerpo monoclonal utilizado en el tratamiento de la artritis reumatoide. Su administración subcutánea determina que la mayoría de los pacientes se autoadministren el medicamento y ha conllevado el desarrollo de un nuevo dispositivo tipo pluma para facilitar la inyección. El estudio TOUCH evaluó el nuevo dispositivo concluyendo que con él los pacientes percibían menos dolor y que preferían la pluma frente a la jeringa. Sin embargo, la administración se producía de manera controlada y supervisada por un profesional sanitario. El objetivo primario del estudio es evaluar y comparar la percepción de dolor así como la preferencia del paciente entre los dos dispositivos en la práctica clínica habitual. Como objetivo secundario se pretende determinar la relación entre el dolor percibido y factores antropométricos y demográficos.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con adalimumab que acudieron al Servicio de Farmacia entre octubre de 2007 y marzo de 2008 que llevaran un mínimo de 3 meses en tratamiento. En la primera visita, antes de enseñarles el manejo del nuevo dispositivo (pluma) se realizó una encuesta sobre el dispositivo utilizado hasta ese momento (jeringa), donde se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), zona de inyección, persona que administró el fármaco y percepción del dolor. Para la percepción del dolor se utilizó una escala de 11 puntos: 0 = ningún dolor y 10 = máximo dolor imaginable. La segunda visita se realizó tras la administración de dos dosis con el nuevo dispositivo. Se repitió la encuesta preguntando además por el dispositivo preferido. El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el SPSS (Boston 13.0, 2004), para comparar la percepción del dolor se utilizó el test de Mc Nemar, para determinar la relación entre el dolor percibido y el IMC y la edad se llevó a cabo un modelo de regresión logística, mientras que para valorar la relación con el sexo se utilizó la *t* de student-fisher.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes en el estudio. 28 completaron las dos visitas (64,3% mujeres y 35,7% hombres) con una media de edad de 58 años (SD: 12,8). El dolor medio percibido con la jeringa fue de 4,6 (SD: 2,9) y con la pluma de 3,8 (SD: 2,8). Tras llevar a cabo el análisis estadístico no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,22$, IC 95%: -0,07 a 0,25). El 67,9% de los pacientes prefirieron el dispositivo pluma, el 25% jeringa y un 7,1% no tenían preferencia. En el 52% de los pacientes la percepción del dolor era la misma con ambos dispositivos. Con la pluma el 75% se lo autoadministraban frente al 67,9% con la jeringa. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el dolor percibido al considerar IMC, el sexo y la edad.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes prefirieron el nuevo dispositivo en pluma, aunque la percepción del dolor es similar con ambos dispositivos. Puede ser recomendable mantener disponible las dos presentaciones

del fármaco, ya que un porcentaje importante de pacientes prefieren la jeringa.

Conflicto de intereses: Ninguno.

224. Grado de control de colesterol LDL en pacientes en prevención secundaria cardiovascular atendidos en 3 centros de atención primaria

J.M. Sotoca Momblona, M. Rovira Illamola, A. Alberdi Leniz, A. Sisó Almirall, C. Codina Jané y J. Ribas Sala
Hospital Clínic. Barcelona.

Objetivo: Cuantificar el grado de control del colesterol LDL como uno de los factores de riesgo en prevención secundaria por patología cardiovascular de los pacientes atendidos en 3 centros de atención primaria urbanos.

Material y métodos: La prevención secundaria de patología cardiovascular es de primordial importancia debido al elevado riesgo de morbimortalidad de estos pacientes. La American Society of Health System Pharmacists (ASHP) ha elaborado una serie de objetivos cuya consecución permitirá mejorar la práctica de la farmacia clínica en los diferentes ámbitos asistenciales. Uno de estos objetivos es el de garantizar que los pacientes hospitalizados por un infarto de miocardio reciban tratamiento al alta con estatinas. También es uno de los objetivos de la ASHP la utilización de la historia clínica por parte de los farmacéuticos para asesorar sobre la medicación. Se realizó un estudio descriptivo transversal en tres centros de atención primaria urbanos con 95100 pacientes asignados en marzo de 2008 para identificar el grado de control del colesterol LDL en los pacientes con el diagnóstico de isquemia cardíaca con o sin angina, infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular. La historia clínica informatizada recoge toda la información médica del paciente, organizada por episodios diagnósticos según la Clasificación Internacional de la Atención Primaria versión 2 (CIAP-2). Los tratamientos farmacológicos están ligados al episodio diagnóstico que tratan y/o previenen. Toda la información queda almacenada en tablas acces sobre las que se pueden realizar consultas sobre población con un diagnóstico, analíticas, actividades preventivas y tratamiento. Se ha considerado como grado de control de LDL < 100 mg/dL. Se ha considerado el último valor registrado posterior a 1 de enero de 2007.

Resultados: Se han identificado 3.335 pacientes en prevención secundaria cardiovascular. De estos pacientes, 1.802 (54,0%) tienen analíticas de LDL. En los pacientes con registro, el grado de control del LDL es del 41,1%.

Conclusiones: La historia clínica informatizada nos permite identificar a pacientes con un diagnóstico que no tienen controlados sus factores de riesgo según las guías de práctica clínica y por lo tanto asesorar sobre el tratamiento para asegurar la calidad de su farmacoterapia. Existe un porcentaje importante de pacientes en prevención secundaria sin determinaciones de factores de riesgo como el LDL.

Conflicto de intereses: Ninguno.

229. Análisis del tratamiento en monoterapia con lopinavir/ritonavir

G. Silva Riádigos, N. Rudi Sola, A. Martín de Rosales, M. Cervantes García, A. Morón Besolí y J. Altimiras Ruiz
Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Objetivos: Valorar la respuesta virológica e inmunológica a la monoterapia con Lopinavir-Ritonavir (LPV/r) en pacientes infectados por HIV-1. Determinar qué factores influyen en la respuesta virológica.

Material y método: Cohorte retrospectiva observacional de pacientes seropositivos, no naive, que iniciaron tratamiento con monoterapia de LPV/r entre enero 2006 y agosto 2007 en un Hospital docente de segundo nivel. Se incluyeron pacientes adultos ≥ 18 años que mantuvieron la monoterapia durante más de 3 meses. Los datos clínicos, virológicos y serológicos se obtuvieron a partir de las historias clínicas, del registro informatizado de analíticas y del registro específico de la unidad de atención farmacéutica. Se consideró respuesta virológica si se alcanzaba una carga viral (CV) ≤ 200 copias/ml y respuesta inmunológica si los CD4 estaban ≥ 400 cél/mm³. Se midieron como variables independientes la CV y los CD4 finales y como variables dependientes: CV y CD4 iniciales y la existencia o no de coinfección por virus de hepatitis B y/o C. En el análisis estadístico se empleó el t de Student y "U" Mann Whitney para variables cuantitativas y Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fischer para las dicotómicas.

Resultados: Se incluyó a 27 pacientes, 57% hombres y mediana de edad 43 años (29-61). La distribución según el régimen ARV anterior fue: 85,2% triterapia, 3,7% biterapia, el 3,7% monoterapia y el 7,4% provenía de una interrupción programada de tratamiento. El motivo de cambio a monoterapia

LPV/r fueron: 22% simplificación de tratamiento; 48% efectos adversos y 30% por ser pacientes con dificultades de cumplimiento. El 67% presentaban infección por virus C y el 11% coinfección por virus C y B. La duración media de tratamiento con LPV/r fue de 10 meses (4-18). Se perdieron un total de 7 pacientes: 2 por toxicidad, 1 por fracaso terapéutico y 4 por abandono. Inicialmente la distribución de los pacientes según CV inicial fue: 30% CV ≤ 200 copias/ml, 11% CV $> 200 \leq 500$ copias/ml y 59% CV > 1.000 copias/ml. Según el recuento de CD4 81% ≤ 400 cél/mm³ y 19% CD4 > 400 cél/mm³. Una vez finalizado el período de recogida de datos, el 48% presentaba una CV ≤ 200 copias/ml, el 15% CV $> 200 \leq 500$ copias/ml y el 37% CV > 1.000 copias/ml. Una 56% presentaba CD4 ≤ 400 cél/mm³ y 44% CD4 > 400 cél/mm³ (P < 0,004). Ni la CV inicial (p = 0,367) ni la existencia de coinfección (p = 0,197) por virus C y/o B parecen influenciar la respuesta virológica.

Conclusiones: La monoterapia con LPV/r consigue una recuperación inmunológica y se observa una tendencia a la reducción de la CV. No se ha conseguido detectar diferencias en la respuesta relacionadas con las variables dependientes debido al bajo número de pacientes estudiados y al porcentaje elevado de pacientes con dificultades de cumplimiento.

Conflicto de intereses: Ninguno.

250. Sunitinib en cáncer renal metastásico: ¿una alternativa con futuro?

P. Neira Blanco, J.J. Varela Correa, J. Arias Delgado, M.J. López Otero, E. González Pereira y C. Padrón Gil
Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de sunitinib en el tratamiento del carcinoma renal metastásico.

Método: Se elabora un protocolo de uso de sunitinib en carcinoma renal metastático, en colaboración con el Servicio de Oncología, así como una hoja de seguimiento del paciente, monitorización del fármaco y registro de la tensión arterial, perfil tiroideo y control hematológico. Se realiza un estudio retrospectivo en el que se evalúa a todos los pacientes tratados con sunitinib desde febrero de 2007 a abril de 2008; para ello se diseña un formulario de recogida de datos que incluye: edad, sexo, antecedentes personales, tratamiento previo de los pacientes, medicación concomitante a sunitinib, dosis de inicio del tratamiento, modificaciones de la dosis inicial y efectos adversos.

Resultados: Se han tratado un total de 13 pacientes, 8 hombres y 5 mujeres con una media de 67 años de edad (rango 51- 83), todos ellos diagnosticados de cáncer renal metastásico. 6 pacientes presentaban antecedentes de hipertensión arterial, de los que solo 1 estaba a tratamiento farmacológico, 4 de diabetes mellitus tipo 2 y 1 de fibrilación auricular paroxística. A 4 pacientes se le realiza nefrectomía derecha y a 6 nefrectomía izquierda. Solamente 3 pacientes recibieron tratamiento previo con interleukina-2 e interferon alfa, 1 con radioterapia y 1 con sorafenib, procedente de otro centro hospitalario. La dosis de inicio del tratamiento es sunitinib 50 mg/24 h en 11 pacientes, 37,5 mg/24 h en 1 paciente y 25 mg/24 h en 1 paciente con antecedentes de fibrilación auricular; durante un período de 4 semanas consecutivas, seguido por un período de 2 semanas de descanso, para cumplir un ciclo de 6 semanas. En 4 pacientes se redujo la dosis a 37,5 mg/24 h, por problemas de tolerancia, y en 2 de estos hubo que volver a disminuir la dosis a 25 mg/24 h (1 por elevación de la bilirrubina y otro por neutropenia severa, siendo intolerante a factores estimulantes de colonias). El paciente que comienza con 25 mg/24 h, presenta una excelente tolerancia, así se aumenta la dosis a 37,5 mg/24 h. Los efectos adversos descritos han sido astenia en 4, coloración amarillo-cutánea en 4, mucositis en 2, eritodisestesia palmo-plantar en 2, hipotensión en 2, diarrea en 2, alteraciones hepáticas en 2, alteración de las pruebas tiroideas en 2, hipotensión en 2 e hipertensión arterial en 3 pacientes sin tratamiento previo, a los que se inicia farmacoterapia antihipertensiva. Tras el inicio del tratamiento el TAC de control muestra una respuesta favorable en 2 pacientes, 3 presentan progresión de la enfermedad y en 8 pacientes no hay datos de recidiva respecto a TAC previos.

Conclusiones: A pesar del número reducido de pacientes tratados las reacciones adversas detectadas son importantes, en algunos casos graves, siendo similares a las descritas en la bibliografía. En un número importante de pacientes se realiza una reducción de dosis por problemas de tolerancia, lo cual obliga a realizar un seguimiento farmacoterapéutico individualizado. La utilización de sunitinib puede aportar beneficio clínico y mejoría en la calidad de vida de los pacientes, con una toxicidad aceptable.

Conflicto de intereses: Ninguno.

262. Dispensación de omalizumab, a través de la consulta de atención farmacéutica, en un servicio de farmacia

P. Sempere Serrano, F. Fernández Ribeiro, A. López-Vizcaíno Castro, E. González Colominas, C. Castro Rubiños y A. Fernández Pérez
Complejo Hospitalario Xeral Calde. Lugo.

Objetivo: Valorar el impacto en el Servicio de Farmacia del Hospital de la entrada en vigor de la instrucción 15/06 de la División de Farmacia y Productos Sanitarios referente a la definición de criterios de uso y dispensación del tratamiento con Omalizumab en pacientes con asma alérgico grave persistente. Esta instrucción dispuso que dichos tratamientos fármaco terapéuticos se dispensaran a través de los Servicios de Farmacia del centro hospitalario en el que se realiza la prescripción, pasando a tener la consideración de programa especial en los hospitales de la red del Servicio Gallego de Saúde.

Material y método: Estudio retrospectivo de Enero a Diciembre de 2007 de todos los pacientes que iniciaron tratamiento con Omalizumab, así como los que continuaron tratamiento pasando a ser dispensados a través de la CAF. Para ello se utilizaron: la aplicación informática para la recogida de datos y dispensaciones a pacientes externos (DIPEX), informes de consumos mensuales de la CAF y la base de datos empleada en la CAF para el registro y seguimiento de las solicitudes de tratamiento con Omalizumab.

Resultados: A lo largo del período Enero-Diciembre 2007 se han registrado en la CAF 12 solicitudes de inicio de tratamiento con Omalizumab y continuaron tratamiento iniciado anteriormente 2 pacientes. Los pacientes a tratamiento con Omalizumab han constituido el 3,98% de los pacientes dispensados en la CAF con un total de 149 dispensaciones. Estos tratamientos han supuesto un gasto de 104.842,92 € de la CAF, constituyendo un 9,12% del gasto anual para el Hospital. Así mismo, el ahorro para el SERGAS, derivado de la dispensación en el Servicio de Farmacia, fundamentalmente debido al uso compartido de viales en comparativa con la adquisición casos de dosis fraccionadas, fue de 18.821,3 € del tratamiento por parte del paciente en Oficina de Farmacia.

Conclusiones: Consideramos que la dispensación de Omalizumab en el asma alérgico grave persistente ha de ser necesariamente a nivel hospitalario, tanto para la evaluación y seguimiento del tratamiento por parte de médico y farmacéutico, como por aspectos fármaco económicos, a pesar de no ser éstos excesivamente favorables al pertenecer la mayoría de los pacientes al régimen activo. En cuanto a la Atención Farmacéutica, al paciente afectado de asma alérgico grave persistente le evitamos continuos desplazamientos de la consulta neumología a homologación de la receta, oficina de farmacia para su dispensación y de nuevo consulta para su administración, dispensando los tratamientos de Omalizumab directamente al Hospital de Día de Neumología, previamente programados y validados en coordinación con la consulta de Atención Farmacéutica, comprobando así el equipo médico-farmacéutico tanto respuesta como adherencia al tratamiento.

Conflicto de intereses: Ninguno.

264. Análisis de las dispensaciones a pacientes externos de otras comunidades autónomas en la consulta de atención farmacéutica

M.A. Rodríguez Sagrado, R. Pintor Recuento, M. Muñoz García, J. Serna Pérez y T. Bermejo Viciedo
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivo: Cuantificar y clasificar según su indicación las dispensaciones de medicación en la Consulta de Atención Farmacéutica a pacientes externos (PEX) no pertenecientes a nuestra comunidad autónoma (CCAA). Analizar si la medicación se dispensaba de forma habitual o puntual.

Material y métodos: Se recogieron los datos de las dispensaciones realizadas a todos los PEX durante el año 2007 con la herramienta informática Paciwín®. Se seleccionaron todos los PEX a los que se dispuso medicación en la Consulta, y se registró en una hoja de cálculo Excel con las siguientes variables: CIAS (código identificación asistencia sanitaria), número de historia, especialidad y cantidad dispensada, indicación, precio venta a farmacia y si la dispensación fue puntual (dispensación única) o habitual (más de una dispensación). Se excluyeron aquellos pacientes cuyo CIAS pertenecía a nuestra comunidad. Las indicaciones se agruparon en: AR (artritis reumatoide), ELA (esclerosis lateral amiotrófica), EPOIRH (Eritropoyetina tras insuficiencia renal), EPOPQ (Eritropoyetina tras quimioterapia), ESM (esclerosis múltiple), FECPCQ (Factor estimulante de colonias postquimioterapia), FECPT (factor estimulante de colonias pre-trasplante) FQ (fibrosis quística), HB (hepatitis B), HCC (hepatitis C), HCREC (hormona crecimiento), HIV (virus de inmunodeficiencia humana), HPP (hipertensión pul-

monar), MEX (medicamento extranjero), MUC (medicamento de uso compasivo) y PEX (otras indicaciones).

Resultados: Se realizaron 44.637 dispensaciones, 2.924 no corresponden a un CIAS de nuestra CCAA. De 560 (18,90%) no se tenían datos de la CCAA de procedencia y de 2.404 (81,10%) se confirmó que el paciente pertenecía a otra CCAA, suponiendo un coste de 315.796,91 € (16,75%) y 1.569.555,50 € (83,25%), respectivamente. El total del consumo de medicación dispensada en la consulta de PEX (26.281.193 €), se dejó sin asignar la CCAA de procedencia del paciente en un 1,20%. La CCAA del paciente era distinta a la nuestra en un 6,08%. La distribución de las dispensaciones por indicación fue: HIV (58,14%), MUC (10,29%), HCC (7,32%), FECPCQ (5,09%), EPOPQ (3,9%) y otras (15,26%). Los pacientes pertenecían a 15 CCAA distintas: 4 CCAA agrupaban el 59,75% de las dispensaciones y el 62,39% del gasto (en ellas la indicación mayoritaria fue VIH seguido de MUC). Los 5 indicaciones que originaron más gasto fueron VIH 768.070,48 € (40,74%), MUC 388.018,75 € (20,58%), ESM 116.301,53 € (6,17%), PEX 97.409,52 € (5,17%) y EPOPQ 97.051,62 € (5,15%). El 96,30% de las dispensaciones de medicación fueron a pacientes que acudían a nuestra consulta de forma habitual. El 4,70% fueron dispensaciones puntuales y las indicaciones mayoritarias fueron VIH (25%), EPOPQ (19,4%) y FECPT (15,74%).

Conclusiones: Hay un elevado número de dispensaciones y gasto asociado a pacientes de otra CCAA y un pequeño porcentaje sin asignar la CCAA de origen del paciente. En las dispensaciones a pacientes habituales de otra CCAA destacan pacientes VIH positivos y pacientes con medicación autorizada como uso compasivo. En las dispensaciones a pacientes puntuales de otra CCAA destacan pacientes VIH positivos y pacientes con medicación para el acondicionamiento para el trasplante de médula ósea, ya que el donante puede ser de otra CCAA.

Conflicto de intereses: No.

267. Experiencia clínica en el tratamiento de la esclerosis múltiple con mitoxantrona

B. Rodríguez Vargas, E. Gómez de Salazar López de Silanes, C. Pueyo López y T. Bermejo Viciedo
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivo: Analizar el uso y la eficacia y seguridad de mitoxantrona en el tratamiento de la Esclerosis Múltiple (EM) en un hospital general.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado desde enero de 2005 hasta abril de 2008 en pacientes con EM tratados con mitoxantrona. Los datos se obtuvieron a través de la aplicación informática Oncowin®, utilizada para la prescripción, validación y preparación de los tratamientos de quimioterapia. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes seleccionados para realizar un seguimiento del tratamiento desde el diagnóstico. Los pacientes se clasificaron por sexo, edad al diagnóstico y tipo de EM. La eficacia del tratamiento se evaluó en función del número de brotes y la variación en la escala EDSS. Además se recogieron datos acerca de los tratamientos previos y número de brotes que presentaron los pacientes con los mismos. Asimismo, se registró la aparición de efectos adversos. La dosis administrada se comparó con la autorizada en la ficha técnica para esta indicación.

Resultados: Se estudiaron 16 pacientes, 2 varones (12,50%) y 14 mujeres (87,50%), con una media de 28 años al diagnóstico. El número de pacientes con Esclerosis Múltiple Recurrente-Remitente (EMRR) en el momento del diagnóstico inicial fue de 13 (81,25%), en el resto de los casos el primer diagnóstico disponible en el centro fue de Esclerosis Múltiple Progresiva Secundaria EMPS (18,75%). Trece pacientes recibieron mitoxantrona trimestralmente, a una dosis de 12 mg/m² (6,77 ciclos de media; dosis media de 19,63 mg). En ningún caso se superó la dosis máxima acumulada de mitoxantrona (140 mg/m²). Al inicio, la EDSS media era de 6,08 puntos, aumentando a 6,33 al finalizar los ciclos. Durante el tratamiento con mitoxantrona 6 pacientes empeoraron su puntuación en la escala EDSS, si bien ningún aumento fue superior a un punto. Un paciente mejoró su EDSS en un punto y el resto se mantuvo estable. Salvo un paciente que pasó de EMRR a EMPS mientras recibía mitoxantrona, ningún otro progresó en su enfermedad. Cuatro de los trece pacientes (30,77%) tuvieron brotes (2 pacientes con 2 brotes y 2 con 1) durante el tratamiento con mitoxantrona (1,5 brotes de media por paciente). Los tratamientos previos fueron: Betaferon®, Rebif® y Copaxone® (2 pacientes). Betaferon® y Rebif® (3), Rebif® y Copaxone® (3), Betaferon® (3), Rebif® (1), Avonex® y Copaxone® (1). La media de brotes fue de 6 por paciente a lo largo de todo el tiempo de tratamiento. Se notificaron reacciones adversas leves en 4 pacientes (4/13; 30,77%). Estas

reacciones adversas fueron: náuseas, vómitos, aumento de las transaminasas, leucopenia y amenorrea. No se registraron efectos adversos graves.

Conclusiones: Mitoxantrona se está utilizando en EM cuando el tratamiento con inmunomoduladores ha fracasado, ajustándose en todos los casos a las especificaciones de la ficha técnica del medicamento. Mitoxantrona reduce el número de brotes y recaídas en los pacientes con EM. El tratamiento con mitoxantrona en esta indicación es, generalmente, bien tolerado por los pacientes y no se registraron efectos adversos graves.

Conflicto de intereses: Ninguno.

268. Revisión del tratamiento antirretroviral en 2008

E. Pedrido Reino, M. Gayoso Rey, A. Parada Carreiro, A. Regueira Arcay, A. Cendón Otero e I. Arias Santos
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo- Xeral-Ciés. Vigo. Pontevedra.

Objetivo: Actualización de la terapia antirretroviral (AR) y establecimiento de los criterios de selección de estos medicamentos por parte de la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Análisis de las pautas más frecuentemente utilizadas en nuestro Centro en 2007, valorando su adecuación a las últimas recomendaciones nacionales e internacionales sobre el tratamiento del sida.

Material y métodos: Tras la petición de incluir en la guía farmacoterapéutica (GFT) del hospital dos nuevos AR (raltegravir y maraviroc), se revisó el conjunto de los fármacos disponibles para el tratamiento del sida, a fin de establecer la dotación más adecuada. Para ello se revisan las fichas técnicas de los medicamentos y las guías de tratamiento del sida, tanto españolas como internacionales. Se actualizó la clasificación en función de la diana terapéutica: Inhibidores de la transcriptasa inversa nucleosídicos (ITIN) y no nucleosídicos (ITINN), inhibidores de la proteasa (IP), inhibidores de la fusión, inhibidores del coreceptor CCR5 e inhibidores de la integrasa. Los criterios de evaluación tuvieron en cuenta las indicaciones aprobadas, RAM, posología, coste y las recomendaciones según GESIDA. Esta información se correlacionó con un análisis retrospectivo de los tratamientos utilizados con mayor frecuencia durante el año 2007, estableciendo, junto con el equipo médico que atiende a los pacientes, las adecuaciones pertinentes.

Resultados: Todas las guías establecen un consenso en la pauta de elección en el tratamiento de los pacientes naïve, que consiste en la administración de 2(ITIN) + 1 (ITINN) ó 2 (ITIN) + 1 (IP)/Ritonavir. En el grupo de ITIN las combinaciones de elección para formar parte de regímenes triples son: Tenofovir más Emtricitabina o Abacavir más Lamivudina, que han demostrado eficacia y baja toxicidad. Aunque la selección dependerá del tercer fármaco elegido y del perfil de seguridad. Dentro de los ITINN el balance beneficio/ riesgo favorece el uso de Efavirenz frente a Nevirapina aunque la elección entre ambos fármacos depende de las toxicidades asociadas. En cuanto a los IP se recomienda su uso potenciados con ritonavir, siendo de primera elección: Lopinavir/Ritonavir. Raltegravir, Enfuvirtide y Maraviroc no se utilizan en terapia de inicio, reservándose para pacientes con fracaso a regímenes previos. En nuestro análisis de las pautas utilizadas en 2007, un 30% de nuestros pacientes están a tratamiento con alguna de las siguientes, ordenadas de mayor a menor frecuencia: 1ª Abacavir + Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir. 2ª Tenofovir + Emtricitabina + Efavirenz. 3ª Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz. 4ª Tenofovir + Emtricitabina + Lopinavir/Ritonavir. 5ª Abacavir + Lamivudina + Efavirenz.

Conclusiones: El tratamiento en pacientes naïve, según las recomendaciones actuales, se realizará con la combinación de dos ITIN más EFV o dos ITIN más un IP potenciado con ritonavir. Las pautas más frecuentes en nuestro centro se corresponden con estos criterios, aunque su variabilidad es todavía alta, por lo que de forma consensuada se tratará de reducir el número de éstas, basándose tanto en las recomendaciones de tratamiento como en criterios de eficiencia. Se ha consensuado con los médicos especialistas de VIH la baja en la GFT de 6 principios activos, bien por no tener interés o por formar parte de asociaciones, al tiempo que se incluyen los representantes de los nuevos mecanismos de acción.

Conflicto de intereses: No existe.

272. Impacto en la consulta de atención farmacéutica del cambio de las condiciones de dispensación de diez principios activos

M.A. Rodríguez Sagrado, M. Muñoz García, R. Pintor Recuento, E. Molina Martín, T. Bermejo Vicedo y J. Serna Pérez
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivo: Evaluar el impacto económico y el incremento de actividad en la Consulta de Atención Farmacéutica que supondrá la dispensación hospitalaria de 10 principios activos de Diagnóstico Hospitalario

Material y métodos: Una resolución de la Consejería de Sanidad cambia desde el 1 de junio de 2008 las características de dispensación de 10 principios activos, pasando de Diagnóstico Hospitalario a dispensación hospitalaria. Se hizo un seguimiento de las prescripciones por receta durante el año 2007 en Atención Primaria y Atención Especializada de dichos principios activos (Sunitinib, Temozolamida, Sorafenib, Erlotinib, Efalizumab, Bexaroteno, Imatinib, Lenalidomida, Ribavirina y Etanercept). Los datos se obtuvieron de la aplicación informática Business Object[®]. Se cuantificó el número de pacientes, el número de envases dispensados y el coste económico. Para el estudio no se tuvieron en cuenta 2 principios activos incluidos en dicha resolución (Ribavirina y Etanercept) porque ya se dispensaban en el Consulta de Atención Farmacéutica del hospital. Se elaboraron las hojas informativas de los nuevos principios activos, las indicaciones de uso aprobadas y las condiciones de dispensación, para el control del uso adecuado de estos 10 medicamentos.

Resultados: El número medio de pacientes dispensados y el coste asociado con receta fue de 178 pacientes y 5.619.960 €, lo que supone un incremento de un 9% en el número de pacientes atendidos y un 21% del consumo de la medicación dispensada en la Consulta de Atención Farmacéutica durante el año 2007. Las recetas prescritas en Atención Primaria correspondían a 90 pacientes por un importe de 2.875.420 € y en Atención especializada de 88 pacientes por un importe de 2.744.540 €. Desglosado por principios activos los resultados totales fueron: Sunitinib 14 pacientes y 554.400 €, Temozolamida 24 pacientes y 348.000 €, Sorafenib 8 pacientes y 384.960 €, Erlotinib 30 pacientes y 780.000 €, Bexaroteno 2 pacientes y 65.000 €, Efalizumab 15 pacientes y 828.600 €, Imatinib 83 pacientes y 2.490.000 € y Lenalidomida 2 pacientes y 169.000 €.

Conclusiones: La entrada en vigor de esta resolución supondrá un aumento del número de pacientes atendidos y de la actividad de la Consulta de Atención Farmacéutica y un importante impacto económico en el presupuesto dedicado a la dispensación de medicamentos a pacientes externos.

Conflicto de intereses: No.

294. Errores de medicación en pacientes externos

E. Vicente Escrib, J.M. Ventura Cerdá, M. Alós Albiñana, J. Nebot Martínez, D. Ayago Flores y C. Carrión Carrión
Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de errores en la prescripción y dispensación de medicamentos a pacientes externos del servicio de farmacia.

Material y métodos: Se evaluaron retrospectivamente las prescripciones dispensadas en la UPE, no validadas por un farmacéutico, entre el 1 de febrero y el 30 de abril de 2008. Los errores de medicación (EM) detectados se catalogaron según las definiciones y taxonomía elaborada por el grupo de trabajo Ruiz-Jarabo 2000 (Farm Hosp. 2003;27). Se recogieron los errores atribuibles a la prescripción y a la dispensación, no pudiéndose documentar errores de administración. Se evaluó la correcta identificación del medicamento, dosis, vía y frecuencia de administración. La omisión de alguno de estos datos se consideró EM, dado que la prescripción es custodiada por el paciente y por tanto, le aporta información para el adecuado uso de los medicamentos. No se consideró EM la no adherencia o la omisión voluntaria de medicamentos. La dispensación de medicación para un tiempo superior o inferior al que se indica en la prescripción en el caso de tratamientos finitos, fue considerada EM.

Resultados: Se evaluaron 867 prescripciones, identificando 121 (16,5%) EM, que afectaron a 74 (61%) hombres y 43 (36%) mujeres, con una mediana de edad de 39 años (IC 95% = 36-46). De ellos 113 (93,4%) fueron errores de prescripción y 8 (6,6%) de dispensación. Más del 70% de todos los EM se originaron en las consultas de neurología, digestivo y medicina interna. Los errores de prescripción fueron por omisión de la dosis (n = 68), por omisión de la frecuencia de administración (n = 44) y uno por identificación inapropiada. Los errores de dispensación fueron por cantidad incorrecta por exceso (n = 6), por defecto (n = 1) y por dispensación de dosis incorrecta (n = 1). En relación a la gravedad, todos los errores de prescripción fueron clasificados en la categoría A (circunstancias o incidentes con capacidad de causar error) y los errores de dispensación en la categoría C (el error alcanzó al paciente, pero no le causó daño). La mayoría de los EM fueron atribuidos a factores humanos (lapsus/despiste (n = 104), falta de conocimientos/formación (n = 16)) y, en un caso de error de dispensación, a la dificultad en la interpretación de la prescripción.

Conclusiones: La creciente actividad de las unidades de pacientes externos contrasta con la carencia de estudios de EM en este ámbito. Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto la elevada prevalencia (16,5%) de EM

en el ámbito de los pacientes externos, donde no existe el filtro de enfermería en el proceso de administración de medicamentos. Se considera la necesidad de instaurar protocolos y procedimientos de prescripción, la validación por el farmacéutico y la necesidad de una adecuada formación del personal técnico del servicio de farmacia.

Conflicto de intereses: Ninguno.

302. Definición de un indicador económico y su estándar en el tratamiento antirretroviral

J.M. Ventura Cerdá, E. Vicente Escrig, J. Nebor Martínez, M. Alós Almiñana, D. Ayago Flores y S. Mollà Cantavell
Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana.

Objetivos: Proponer una metodología estadística que permita identificar indicadores económicos relativos al tratamiento de la infección por el VIH, aplicables al entorno de la gestión de las Unidades de Pacientes Externos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo llevado a cabo en 514 pacientes adultos VIH+ con tratamiento antirretroviral (TAR) durante el año 2007. Se calculó para cada paciente el coste diario de la combinación de antirretrovirales mediante la expresión: $\text{coste/paciente/día} = \sum (\text{NiPVFi/Días})_i$ donde Ni es el número de unidades dispensadas, PVFi es el precio venta de factura y Días los días de tratamiento según la cantidad dispensada y la pauta de un medicamento i, considerando exclusivamente la última dispensación de TAR completo. Se calculó la media, la mediana, la moda y los percentiles 25 (p25) y 75 (p75). Se realizó una descripción de la distribución de las combinaciones de TAR y se calculó el coste/paciente/día para cada una de ellas. Para la definición del estándar de coste/paciente/día se utilizó el percentil 75 de la distribución estadística de la variable.

Resultados: La mediana del coste/paciente/día del TAR fue de 23,6 € (rango 14-84), la moda fue 17,0 Castellón., y los percentiles 25 y 75 fueron respectivamente de 19,0 € y 25,0 Castellón. El valor medio fue de 23,1 ± 6,4 €/pate/día. 220 pacientes tomaban zidovudina/lamivudina (AZT/3TC), 99 de ellos combinado con Efavirenz (EFV), que fue la combinación mayoritaria, 41 pacientes combinado con Lopinavir/ritonavir (LPVr) y 37 combinado con Atazanavir o Atazanavir/ritonavir (ATV/ATVr). Los 43 pacientes restantes se combinaron con Saquinavir/ritonavir (SQVr) (n = 6), Fosamprenavir/ritonavir (FPVr) (n = 6), Nevirapina (NVP) (n = 16) o Tenofovir (TDF) (n = 15). 85 pacientes tomaban combinaciones con Tenofovir/emtricitabina (TDF/FTC), siendo mayoritarias la combinación con EFV (n = 37) y con LPVr (n = 23). Las combinaciones con Abacavir/lamivudina (ABC/3TC) se dispensaron a 43 pacientes; en 13 ocasiones combinada con EFV, en 8 con SQVr, en 7 con LPVr y el resto con FPVr, ATV/ATVr o NVP. 38 pacientes tomaban la combinación ABC/AZT/3TC. Las combinaciones de rescate con Darunavir/ritonavir, Tipranavir/ritonavir o Enfuvirtida fueron las más caras, oscilando entre 34,2 y 84,3 €/paciente/día. Respecto a las combinaciones mayoritarias, el rango oscila entre 16,7 (NVP/AZT/3TC) y 30,7 (ATVr/TDF/FTC) €/paciente/día. Cinco de las ocho combinaciones con AZT/3TC presentaban un coste/paciente/día inferior al valor de la mediana, y sólo una (ATVr/AZT/3TC (25,7 €/paciente/día)) superó el valor del p75. Todas las combinaciones con TDF/FTC superaron el valor de la mediana, y cinco de las siete existentes superaron el p75. Respecto a las combinaciones con ABC/3TC, el coste/paciente/día de dos de ellas fue inferior a la mediana y tres superaron el p75 (combinado con LPVr, ATV ó ATVr).

Conclusiones: La metodología propuesta para el cálculo y la definición de estándar del indicador coste/paciente/día, permite analizar la eficiencia de los recursos terapéuticos seleccionados en el tratamiento de la infección por VIH, por cuanto es sensible a las diferentes combinaciones y permite identificar desviaciones en la utilización del TAR por encima del estándar. En la casuística presentada se identifican 129 pacientes con coste/paciente/día superior a 25 € (p75), estándar del indicador en la población analizada que corresponden tanto a tratamientos de rescate como a tratamientos convencionales susceptibles, por tanto, de evaluación y selección.

Conflicto de intereses: Ninguno.

303. Perspectiva clínica de un programa de recuperación de medicamentos

A. González Álvarez, R. Sendra Rocher, C. Pérez Peiró, J. Carmena Carmena y N.V. Jiménez Torres
Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Objetivo: Analizar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y el grado de adherencia para identificar Oportunidades de Mejora,

en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana adquirida (VIH), a través de un Programa de Recuperación de Medicamentos.

Métodos: Tipo de estudio: observacional, prospectivo. Duración: 6 meses (octubre 2007- abril 2008). Ámbito: Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE). Pacientes: mayores de 18 años, VIH positivos con tratamiento antirretroviral, que devolvieron medicación a la UFPE por cambio de tratamiento. Se excluyeron pacientes coinfectados con tratamiento simultáneo frente al virus de la hepatitis C y mujeres embarazadas. La identificación de los PRM se realizó mediante el seguimiento de las devoluciones a través del aplicativo informático Farmis® y la revisión de la historia farmacoterapéutica, obteniéndose: número de unidades devueltas, motivo de la devolución y medicamento implicado. Se clasificaron los PRM de, rápida aparición como agudos (trastornos gastrointestinales, alergias, mareos) y de, lenta aparición como crónicos (lipodistrofia, ineficacia, hepatotoxicidad y nefrototoxicidad). La simplificación de tratamiento no se consideró PRM. El grado de adherencia, junto con su IC95%, fue medido como: $[1 - (\text{n}^\circ \text{ de días de tratamiento devuelto por especialidad} / \text{n}^\circ \text{ de días entre dos dispensaciones})] \times 100$. Se estableció una escala de adherencia. Grado 1: muy baja (< 15%); Grado 2: baja (15% a < 40%); Grado 3: media (40% a < 65%); Grado 4: alta (65% a < 90%); Grado 5 muy alta ($\geq 90\%$). Se identificaron las oportunidades de mejora, según el análisis de los PRM y del grado de adherencia.

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes. No se identificaron PRM en 40/68 que devolvieron medicación por simplificación del tratamiento, con adherencia promedio de 37,5% (28,3%-46,7%) y grado 2. Se identificaron PRM en 28/68 pacientes con adherencia promedio de 26,9% (15%-38,9%); de los cuales 19/28 (67,9%) fueron crónicos presentando una adherencia promedio 31,2% (14,6%-47,8%), grado 2 y 9/28 (32,1%) agudos con adherencia promedio 17,9% (2,41%-33,4%), grado 2. En los pacientes con PRM crónicos se observa gran variabilidad en la adherencia (grado 1 a 5); y con PRM agudos la variabilidad fue menor (grado 1 a 3).

Conclusiones: El Programa de Recuperación de Medicamentos permite, conocer las Oportunidades de Mejora e implantar las medidas preventivas de educación en pacientes VIH, sobre cambios en la farmacoterapia y posibles efectos adversos para aumentar la adherencia.

Conflicto de intereses: Ninguno.

308. Efectividad del peginterferon alfa-2a en el tratamiento de la hepatitis B crónica

A. Labajo Molpeceres y J. Prada Lobato
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivo: Describir la efectividad del peginterferon alfa-2a en el tratamiento de pacientes con hepatitis B crónica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con hepatitis B crónica (HBsAg > 6 meses y DNA VHB >105 copias/mL si HBeAg+ o DNA VHB= 104-105 copias/mL si HBeAg-) que han estado en tratamiento con peginterferon alfa-2a en el periodo enero de 2000 hasta abril de 2008. Se utilizó el programa IntraLab-IntraHyC de IZASA S.A. para obtener los datos analíticos basales y al finalizar el tratamiento [transaminasas (ALT), carga viral (DNA VHB), HBsAg, Anti-HBs, HBeAg, Anti-Hbe]. Para obtener los datos demográficos y de duración del tratamiento se utilizó el programa de dispensación a pacientes externos LandTools®. Se definió respuesta según los criterios de la American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD); respuesta bioquímica: normalización de ALT; respuesta virológica: disminución del DNA VHB hasta ser indetectable (<250 copias/mL análisis PCR) y pérdida del HBeAg en los pacientes con HBeAg+. Se analizó la respuesta al finalizar el tratamiento con peginterferon alfa-2a.

Resultados: Durante el período de estudio, 12/13 pacientes que iniciaron tratamiento con peginterferon alfa-2a ya lo han concluido. Todos fueron naïve a cualquier tratamiento anti-hepatitis B, 10/12 HBeAg- y 2/12 HBeAg+. 9/12 pacientes son hombres. Mediana de edad 34,5 años (rango 21-68). 10/12 pacientes no se ajustaron a la duración de tratamiento recomendada (48 semanas), en 9/10 fue inferior (7/9 por falta de respuesta bioquímica o virológica y en 2/9 por intolerancia) y en 1/10 fue superior. Mediana 28 semanas (rango 4-108). Al finalizar el tratamiento con peginterferon alfa-2a consiguieron respuesta bioquímica 3/10 HBeAg- y 1/2 HBeAg+, la respuesta virológica se produjo en 3/10 HBeAg- y 0/2 HBeAg+; consiguieron respuesta completa (bioquímica y virológica) 2/10 HBeAg- (en un paciente la duración del tratamiento fue inferior a 48 semanas, posteriormente a ambos pacientes se les cambió a lamivudina por intolerancia) y 0/2 HBe-

Ag+. No se observó seroconversión del HbsAg en ninguno de los pacientes. Tampoco se produjo seroconversión en los 2 pacientes HBeAg+.

Conclusiones: La efectividad del peginterferon alfa-2a en nuestros pacientes fue inferior a la descrita en la bibliografía.

Conflicto de intereses: No existe conflicto de intereses.

309. Programa de atención farmacéutica a pacientes diabéticos. Evolución y resultados después de cinco años de experiencia

L. Parini, N. Pomponio, J. Pittana, A. Onofri y C. Romiti
Hospital Neuropsiquiátrico Dr. A. Korn. Melchor Romero. Buenos Aires.

Objetivos: Evaluar los resultados de la Atención Farmacéutica (AF) a pacientes diabéticos incluidos en el Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético que se asiste en un Hospital Público Provincial de la República Argentina y sin cobertura de la Seguridad Social. Prevenir, detectar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) que puedan presentarse durante la atención o seguimiento. Valorar el grado de mejora en el conocimiento de la enfermedad y sus complicaciones.

Material y método: Estudio retrospectivo (Abril 2003 a Marzo 2008) de pacientes con patología diabética, insulino requerientes o no y/o en tratamiento con hipoglucemiantes orales. El Programa se inicia en el año 2000 comunicando oportunamente los resultados obtenidos hasta Marzo 2003 (XLVIII Congreso de la SEFH). El seguimiento farmacoterapéutico se ajusta a una guía de actuación que permite lograr la máxima estandarización en las actuaciones farmacéuticas creando una base de datos en la cual se logra centralizar las intervenciones farmacéuticas y realizar evaluaciones de una forma rápida y sencilla, reemplazando las planillas de recogida de datos. El paciente concurre al hospital con citas programadas mensualmente para la consulta médica (instauración o retirada de tratamiento, modificación de dosis o pautas de adición de nuevos medicamentos) y su posterior AF o en visitas a demandas solicitadas por el mismo paciente. En el Servicio de Farmacia son dispensados los fármacos indicados para su situación clínica y los insumos biomédicos respectivos y llevando a cabo acciones de Educación para la Salud (Eps) verbales y mediante información escrita, conducentes a lograr estilos de vida saludables (alimentación, ejercicios, tabaquismo), hábitos higiénicos (cuidado de los pies, boca, revisiones periódicas).

Resultados: El número de pacientes asistidos durante el período de estudio fue de 490, de los cuales 250 resultaron insulino requerientes y 240 pacientes en tratamiento con hipoglucemiantes orales (60% Metformina 500 mg Cmp y 40% Glibenclámda 5 mg Cmp). Según los datos demográficos recaudados el 48% de los pacientes son de sexo masculino y 52% sexo femenino. La franja etaria determina que el 80% de los pacientes tiene edades comprendidas entre los 40 y 65 años y el 20% restante entre 20 y 40 años. El 80% de los pacientes recibe medicación concomitante (antihipertensivos, betabloqueantes, ansiolíticos, diuréticos). Se obtiene una adherencia al tratamiento en un 93% de los pacientes insulino requerientes y 98% en los pacientes con hipoglucemiantes orales. Según registros, las diferencias porcentuales precedentes son debidas a cambios de lugar de residencia o acceso a la Seguridad Social.

Conclusiones: El grado de conocimiento sobre la enfermedad y sus complicaciones es significativamente mejor, lo cual ha contribuido a la consecución de los objetivos planteados logrando una mayor implicación y adherencia de los pacientes en las medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas. Esta constante permanencia de los pacientes en el programa logro la obtimización en la relación médico-paciente-farmacéutico. Disponer de un registro informático permite que la evaluación de las intervenciones sea más rápida y completa. El registro de intervenciones puede ser usado como un indicador de la calidad asistencial del Servicio de Farmacia.

Conflicto de intereses: Ninguno.

310. Eficacia y seguridad de lamivudina y adefovir dipivoxil en pacientes con hepatitis B crónica

O. Sobral Caraballo, M.E. Luján López, M.A. Pérez Cruz, L. García Reina, L. Santos Morín y A. Díez del Pino
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad del tratamiento combinado de adefovir dipivoxil y lamivudina en pacientes con hepatitis B crónica tras 48 semanas de tratamiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo del tratamiento con lamivudina y adefovir dipivoxil en pacientes con hepatitis B crónica desde julio 2006

hasta marzo 2008 con al menos 48 semanas de tratamiento. Las dosis utilizadas fueron lamivudina 100 mg/día y adefovir dipivoxil 10 mg/día. Éstas no se modificaron durante el período de estudio. Se analizaron tratamientos previos, datos virológicos (carga viral, HbsAg, HBeAg), datos bioquímicos (ALT, AST y bilirrubina) y efectos adversos descritos durante el tratamiento, monitorizando la creatinina sérica para valorar la posible toxicidad renal asociada al uso de adefovir dipivoxil. Los datos clínicos se obtuvieron de las historias clínicas y del programa de dispensación a pacientes externos.

Resultados: Se incluyeron 9 pacientes (7 hombres y 2 mujeres), con una edad media de 47 años (34-64). Dos pacientes comenzaron el tratamiento con ambos fármacos y siete lo hicieron tras recibir monoterapia con lamivudina. Los valores medios de carga viral en las semanas 0, 24, y 48 fueron 5.765.501; 506,7 y 0 copias/ml. Observamos que en las semanas 0, 24 y 48 de tratamiento el porcentaje de pacientes con carga viral indetectable fue 22,2; 88,8 y 100% (límite de detección 2000 copias/ml). Las determinaciones del HbsAg mostraron que en ningún paciente se obtuvo un resultado negativo durante el estudio. El porcentaje de pacientes con índice negativo del HBeAg en las semanas 0, 24 y 48 fue 77,7; 88,8 y 100%. Los valores medios de ALT en las semanas 0, 24 y 48 fueron 52,91; 47,12 y 44,8 U/L. En las semana 0, 24 y 48 el porcentaje de pacientes que presentaron valores normalizados de ALT (1,2 x límite superior de la normalidad) fue 33,3; 55,5 y 66,6%. Los valores medios de AST en las semanas 0, 24 y 48 fueron 44,22; 37,73 y 43,26 U/L. Los valores medios de bilirrubina en las semanas 0, 24 y 48 fueron 0,83; 0,76 y 0,64 mg/dl. Un paciente presentó astenia en el comienzo del tratamiento. Los valores medios de creatinina sérica en las semanas 0, 24 y 48 fueron 0,95; 1,01 y 0,95 mg/dl.

Conclusiones: La combinación de lamivudina y adefovir dipivoxil redujo la carga viral del VHB aunque no consiguió negativizar el HbsAg en ningún paciente. El tratamiento ha sido efectivo disminuyendo los niveles de ALT. No se observaron efectos adversos relevantes y la función renal permaneció constante durante las 48 semanas del estudio.

Conflicto de intereses: No hay conflicto de interés.

311. ¿Cuál es el conocimiento que tiene el paciente externo de su tratamiento? Resultados de una encuesta en un hospital de referencia

M. Bullejos Molina, I. Rodríguez Pedrosa, M. Pérez Campos, A. de León Gil, J. Nazco Casariego y S. González Ponsjoan
Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivo: Valorar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes externos que acuden a nuestra UFA sobre su tratamiento, con la finalidad de conocer el grupo de pacientes que se beneficiaría más de recibir información adicional por parte de los farmacéuticos de la unidad.

Material y métodos: Durante el mes de Marzo de 2008, se ofreció un cuestionario a los pacientes que acuden regularmente a nuestra UFA a recoger su medicación. El cuestionario recogía datos generales: sexo, edad, nivel cultural, servicio médico y datos específicos: 2 preguntas sobre el conocimiento de su enfermedad y la finalidad del tratamiento y 7 preguntas sobre el conocimiento del fármaco, su indicación, duración del tratamiento, dificultades para el cumplimiento y posibles efectos adversos.

Resultados: Durante el periodo de estudio cumplieron la encuesta un total de 74 pacientes, el 55,4% hombres/ 43,2% mujeres. La distribución por edad fue: 2,7% < 25 años, 63,5% de 25-45 años, 23% de 46-65 años, 8,1% > 65 años. La distribución por nivel cultural fue: Estudios primarios 29,7%, secundarios 32,4%, Universitarios 23% y 14,9% no contesta (NC). Los servicios médicos a los que pertenecían los pacientes: 39,2% Medicina Interna (infecciosos), 16,2% Neurología, 10,8% Reumatología, 6,8% Oncología médica, 5,4% Nefrología, 4,1% Digestivo, 4,1% Endocrino, 2,6% Hematología y 8,2% otros. En cuanto al conocimiento de su enfermedad manifestaron un 89,2% sí conocerla, 1,4% no conocerla y 8,1% NC. En la pregunta de si conocía si el medicamento iba a curar su enfermedad o sólo aliviar los síntomas el 68,9% contestó que sí, el 10,8% no, 13,5% algo y 6,8% NC. En el conocimiento del tratamiento manifestaron conocer el nombre de los fármacos el 89,2%, no conocerlo el 2,7% y algo el 8,1%. En el conocimiento de las indicaciones, el 90,5% sí las conoce, el 6,7% no, el 1,4% algo y el 1,4% NC. A la pregunta de si tiene dificultad para recordar qué día y a qué hora tiene que tomar la medicación el 14,9% contestó sí, el 79,7% no, el 2,7% algo y el 2,7% NC. En cuanto a si sabían qué hacer si olvida una toma, el 85,1%

respondió sí, el 8,1% no, el 2,7% algo y el 4,1% NC. Consideraron necesitar más información de su tratamiento el 24,3%, el 63,5% no, el 10,8% algo y 1,4% NC. En el conocimiento de la duración del tratamiento el 67,6% dijo sí, 27% no, 4% algo y 1,4% NC. Notaron efectos indeseados el 36,5%, el 56,7% no y 6,8% algo. El grupo de pacientes (14,9%) que manifestó tener dificultades para el cumplimiento por olvidar las tomas corresponde mayoritariamente a mayores de 46 años con nivel cultural bajo.

Conclusiones: Hemos detectado que el grupo de pacientes que se beneficiaría más de recibir atención farmacéutica son los pacientes mayores de 46 años con tratamientos prescritos mayoritariamente por Medicina Interna, Neurología y Reumatología y con un nivel cultural bajo. Las principales necesidades de información en nuestro grupo de pacientes se centran en el conocimiento de la finalidad de cada uno de los fármacos y la duración del tratamiento.

Conflicto de intereses: No.

314. Papel del técnico en farmacia en la unidad de atención a pacientes externos

Y. Iglesias Peinado, Z. Rybosova, A. Ontañón Nasarre, Y. Castellanos Clemente y F.J. Farfán Sedano
Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid.

Objetivo: El reciente Real Decreto 1689/2007, de 14 de diciembre, por el que se establece el título de Técnico en Farmacia y Parafarmacia y se fijan sus enseñanzas mínimas, reafirma las competencias en la asistencia farmacéutica ya descritas en los RD 547/1995 y 559/1995, de 7 de abril, por los que se establecieron el título de Técnico en Farmacia y las correspondientes enseñanzas mínimas y el currículum de ciclo formativo de grado medio correspondiente al título de Técnico en Farmacia, (TF), respectivamente. El objetivo de este trabajo es describir la implicación del TF en la Unidad de Atención a Pacientes Externos, (UAPE) de un Servicio de Farmacia Hospitalaria, en relación a sus competencias específicas.

Material y método: La UAPE tiene como objetivo la dispensación activa de medicamentos a pacientes externos, estableciendo un adecuado seguimiento en cada caso y desarrollando técnicas de educación sanitaria e información sobre los tratamientos y productos dispensados. Esta unidad cuenta con dos TF y con un Farmacéutico responsable del área. El TF, junto con el Farmacéutico, promueve el uso racional de los medicamentos, centrando su labor fundamentalmente en los siguientes aspectos:

- Asistir en la dispensación de productos farmacéuticos informando de sus características y de su uso racional. Promover la correcta conservación de los medicamentos. Colaborar en el estímulo a la adherencia del paciente al tratamiento prescrito.
- Apoyar al facultativo en el seguimiento farmacoterapéutico del usuario. Detección de las posibles incidencias con el tratamiento.
- Fomentar en los pacientes hábitos de vida saludable para mantener o mejorar su salud y evitar la enfermedad.
- Controlar las existencias y la organización de productos farmacéuticos almacenándolos según los requisitos de conservación, y promoviendo la correcta conservación de los medicamentos.
- Mantener el material, el instrumental, los equipos y la zona de trabajo en óptimas condiciones para su utilización.
- Apoyar psicológicamente a los usuarios, manteniendo discreción, y un trato cortés y de respeto. Informar a los pacientes de las normas de dispensación, horarios y documentación requerida.
- Realizar tareas administrativas a partir de la documentación generada en el hospital, comprobando la adecuación de la prescripción médica. Llevar a cabo el registro y seguimiento de los pacientes atendidos y de las dispensaciones realizadas.

Resultados: Desde el comienzo de la actividad en nuestro hospital en abril de 2004, el personal TF, ha recibido la formación apropiada para llevar a cabo estas funciones en la UAPE. En estos cuatro años, la actividad ha crecido considerablemente de 159 pacientes atendidos, con un total de 357 dispensaciones en 2004, a 839 pacientes atendidos con 3.891 dispensaciones en 2007.

Conclusiones: El TF, gracias a la formación recibida, está plenamente capacitado para asistir en la dispensación de medicamentos a pacientes externos, colaborando para promover un adecuado cumplimiento terapéutico del paciente. El papel activo del TF en esta área, permite su participación en las tareas asistenciales de la unidad, contribuyendo a su desarrollo profesional. Conflicto de intereses: Nada que declarar.

322. Omalizumab en el tratamiento del asma alérgica grave: necesidad de un protocolo de uso y seguimiento

D. Lacruz Guzmán, M. Martínez Penella, A.J. Huertas Amorós, S. Saliente Callén, M.S. García Simón y S. Rabell Iñigo
Santa María Rosell. Cartagena. Murcia.

Objetivo: Valoración de la eficacia y tolerancia a omalizumab en el tratamiento del asma alérgica con el fin de elaborar un protocolo de uso y seguimiento del mismo.

Método: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes en tratamiento con omalizumab desde su primera utilización en noviembre de 2006 hasta abril del 2008. Mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes se obtuvieron datos sobre dosis de omalizumab, tratamientos anteriores, datos analíticos de inmunoglobulina E (IgE), volumen máximo espirado en el primer segundo de una espiración forzada (FEV1) y datos de calidad de vida de los pacientes (posibles ingresos o visitas a urgencias por reagudización de los síntomas). Además se comprobó el uso correcto del fármaco tanto en lo que se refiere a la indicación (pacientes > 12 años, FEV1 < 80% y niveles elevados de IgE) como a la posología (calculada a partir de los niveles de IgE y el peso del paciente).

Resultados: Durante el período de estudio iniciaron tratamiento con omalizumab 4 pacientes, todos ellos mujeres, con una edad media de 42,5 ± 17,7 años. El diagnóstico fue asma alérgica severa en todos los casos y fueron tratados previamente con la terapia estándar, excepto un paciente que fue tratado además con inmunoterapia específica sin experimentar mejoría. Previo a la utilización de omalizumab los pacientes presentaron un valor medio de IgE total de 232,25 ± 191,14 UI/ml y un FEV1 medio de 69,25 ± 10,14%. La dosis de inicio de todos los pacientes fue de 300 mg cada 4 semanas excepto uno de ellos que inició tratamiento a una dosis de 150 mg cada 4 semanas. No hubo ingresos hospitalarios por reagudización de los síntomas asmáticos tras el inicio de omalizumab. Durante el tratamiento se observó un aumento máximo de FEV1 con respecto al valor basal próximo al 40% en 3 pacientes y sólo del 6% en el otro paciente. Con respecto a los valores de IgE únicamente se dispone de los valores previos a la utilización del fármaco. De los cuatro pacientes incluidos en el estudio sólo dos continúan con omalizumab en la actualidad, aunque en uno de ellos se produjo una crisis de broncoespasmo que fue solucionada y no supuso su suspensión. Los dos pacientes refieren mejoría subjetiva y disminución del uso de corticoides. El tercer paciente abandonó voluntariamente el tratamiento y actualmente tiene intención de retomarlo debido a empeoramiento de sus síntomas. El cuarto paciente sufrió una crisis de broncoespasmo severo 15 minutos tras su administración y hubo que suspenderlo.

Conclusiones: El aumento de FEV1, la mejoría subjetiva y la disminución del uso de corticoides orales sugieren la eficacia del tratamiento en la mayoría nuestros pacientes. La aparición de crisis de broncoespasmo en dos de nuestros pacientes hace necesario un exhaustivo control al administrar el fármaco. Los resultados preliminares sobre eficacia y tolerancia del omalizumab y el previsible aumento del número de pacientes candidatos al uso del mismo en nuestra zona hacen necesario la elaboración de un protocolo de uso y seguimiento de los pacientes para contribuir a la utilización racional del fármaco. Conflicto de intereses: Ninguno.

324. Evaluación del tratamiento con darunavir en pacientes VIH

L. Pascual Ramírez, J. Polache Vengud, A. Sánchez Spitman, E. Alonso Serrano, J. Portilla Sogorb y J.P. Ordovás Baines
Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad del uso del inhibidor de la proteasa (IP) darunavir como parte del tratamiento antirretroviral (TARV) en pacientes VIH/SIDA.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes en tratamiento con darunavir desde Septiembre de 2006 (inicio programa acceso expandido) hasta Abril 2008. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y bases de datos de la Unidad Atención Farmacéutica a Pacientes Externos del Servicio de Farmacia. Se recogieron: a) datos demográficos; b) estadío clínico; c) adhesión al tratamiento (según registro de dispensaciones); d) historia farmacoterapéutica completa; e) estudio de resistencias; f) existencia de coinfección VHC y/o VHB; g) parámetros de eficacia: carga viral (CV) y recuento de linfocitos CD4 (al inicio, 4, 12, 24 y 48 semanas de tratamiento); h) parámetros de seguridad: perfil hepático (AST, ALT, GGT y BT), perfil lipídico, glucemias y hemograma (basal, 4, 12, 24 y 48 semanas); i) tratamiento antirretroviral completo y j) reacciones adversas y enfermedades asociadas.

Resultados: Inicialmente se incluyó a 26 pacientes con infección por VIH multirresistente que habían recibido al menos un fármaco antirretroviral de cada una de las tres clases (NRTI, NNRTI e IP). Se excluyeron tres pacientes por falta de adhesión y cuatro pacientes por duración insuficiente del tratamiento (menos de 12 semanas). Finalmente se evaluaron 19 pacientes con una edad media de 44 ± 12 años. Dieciséis pacientes presentaban diagnóstico de SIDA (doce de ellos en estadio C3). La CV media al inicio del tratamiento fue de 198.121 copias/ml (rango: 63- 1.360.000), consiguiéndose al final del período de seguimiento una reducción en al menos 1 log en trece pacientes (68,4%), de los que cuatro alcanzaron CV indetectable (< 50 copias/ml). Suspendieron el tratamiento cuatro pacientes, dos (10,5%) por fracaso virológico, un paciente por toxicidad hepática (5,3%) y otro paciente por diarrea (5,3%). El recuento medio de CD4 al inicio del tratamiento fue de 232 células/mm³ (rango: 7-518), obteniéndose un aumento medio de 133 células/mm³ (rango: 215-625) a las 48 semanas de tratamiento. En cuanto a la seguridad, presentaron elevaciones significativas en el perfil hepático dos pacientes, uno de los cuales (5,3%) suspendió el tratamiento por toxicidad hepática grado 3. Se observaron alteraciones significativas en el perfil lipídico en nueve pacientes (47,4%), objetivándose un incremento medio de la tasa de colesterol de 11,5 mg/dl y un aumento medio de los niveles de triglicéridos de 32,5 mg/dl durante las 48 semanas de estudio.

Conclusiones: En nuestra población darunavir (junto con ritonavir) ha demostrado ser efectivo como parte del TARV en pacientes VIH+ ampliamente pretratados y con intolerancia o resistencia documentada a otros IP. Se ha observado un caso de hepatotoxicidad grave y otro de diarrea que han requerido la suspensión del tratamiento. También se han observado frecuentes alteraciones en el perfil lipídico.

Conflicto de intereses: Ninguno.

330. Análisis de las causas de discontinuación del tratamiento con abacavir

M. Guerra Prado, M. Lumbreras Martín y J. Prada Lobato
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Objetivo: 1) Describir el motivo de discontinuación del tratamiento con abacavir. 2) Comparar la proporción de reacciones de hipersensibilidad a abacavir detectadas en nuestros pacientes con las descritas en la bibliografía.

Método: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes VIH + tratados con abacavir (Trizivir®, Ziagen® o Kivexa®) entre enero-2000 y enero-2008. Mediante la revisión de la historia farmacoterapéutica del Servicio de Farmacia y la historia médica se recogen datos de carga viral plasmática (CVP), CD4, reacciones adversas a medicamentos (RAM) de los pacientes a los que se les suspende el abacavir. El motivo de discontinuación del tratamiento se define como: a) fracaso virológico (CVP detectable a las 24 semanas de iniciar el tratamiento o si tras alcanzar CVP < 50 copias/mL, ésta vuelve a ser detectable en dos determinaciones consecutivas) b) RAM c) abandono voluntario del tratamiento d) pérdida de seguimiento e) otros. Se define paciente diagnosticado de reacción de hipersensibilidad a abacavir siempre que en el momento que se suspende dicho fármaco figuren en la historia médica o en el informe de cambio de tratamiento del Servicio de Farmacia, al menos 2 síntomas compatibles con reacción de hipersensibilidad (fiebre, urticaria-rash, disnea, náuseas-vómitos y diarrea). Se analiza la relación causal entre la reacción de hipersensibilidad y el abacavir mediante el algoritmo de Karch-Lasagna modificado.

Resultados: Durante el período de estudio se suspendió el tratamiento con abacavir a 50/102 pacientes (37/50 hombres, 13/50 mujeres, mediana de edad 45 años rango: 34-65) El motivo de discontinuación del tratamiento con abacavir fue RAM en 26/50 pacientes, fracaso virológico en 10/50, pérdida del seguimiento en 9/50, abandono voluntario del tratamiento en 4/50 y en 1/50 se suspendió por inicio del tratamiento de hepatitis C. 17/102 [16,7%; (IC95%: 10,0-25,3)] se diagnosticaron como reacción de hipersensibilidad. La proporción de reacciones de hipersensibilidad fue superior a la descrita en la bibliografía (5-9%). Al aplicar el algoritmo de Karch-Lasagna modificado, 4/17 reacciones de hipersensibilidad se clasificaron como probables, 3/17 como posibles, 9/17 como condicionales y 1/17 como improbables.

Conclusiones: La principal causa de discontinuación del tratamiento con abacavir fue RAM. Durante el período de estudio se ha detectado un sobrediagnóstico de reacciones de hipersensibilidad.

Conflicto de intereses: Ninguno.

372. Aplicación de un indicador de resultado en una unidad de pacientes externos (UPE) con acreditación de norma ISO 9001:2000

M.A. Maestre Sullana, M.A. Serrano Fabiá, J. Giménez Castellanos, A.A. Iglesias Iglesias y V. Llodrá Ortolá
Hospital de Manacor, Manacor, Islas Baleares.

Objetivo: Aplicar un indicador de resultado al proceso de Atención Farmacéutica a pacientes externos para medir la satisfacción y aumentar la valoración de la UPE en los criterios de resultados de calidad.

Material y métodos: Se aplicaron los criterios de calidad propuestos por el grupo de trabajo de Unidades de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) de la Comunidad Valenciana. Después de evidenciar ciertas limitaciones en la valoración de los criterios de resultado (45%) de la UPE de nuestro hospital se decidió diseñar una encuesta voluntaria y anónima. La encuesta se dividió en 4 partes correspondientes a: datos generales (edad, sexo, tiempo que hace que el paciente acude al Servicio de Farmacia y servicio que lo envía); localización (1 pregunta); espacio, estructura y medios (3 preguntas); organización (5 preguntas); atención farmacéutica (3 preguntas); satisfacción global (1 pregunta) y campo libre de comentarios y sugerencias. La encuesta se entregó personalmente a los pacientes que acudieron a la UPE durante el mes de abril y se recogieron durante ese mes en un buzón dispuesto en la entrada de la UPE. Se elaboraron un total de 13 preguntas, 12 de 5 multirrespuestas y una dicotómica (sí/no). Para exponer los resultados se establece una puntuación del 1 al 5 a las respuestas, a mayor puntuación indica mayor satisfacción.

Resultados: Se entregaron 125 encuestas de las cuales fueron evaluables 79 (7 descartadas por falta de todos los datos generales). El porcentaje de respuesta fue del 69%. La distribución por sexos fue del 51% hombres y un 48% mujeres. La media de edad fue de 51 ± 15 años. El 5% de los encuestados fue en la primera visita, el 29% acuden al Servicio hace menos de 1 año, el 28% entre 1 y 3 años y el 29% más de 3 años. El 9% de las encuestas no fue valorable. La procedencia mayoritaria de los pacientes es: 30% Medicina Interna, 12% Neurología, 11% Urología, 9% Nefrología. La puntuación de las consultas agrupada por bloques es: localización 4,48 ± 0,67; espacio, estructura y medios 4,22 ± 0,14; organización 4,23 ± 0,20; atención farmacéutica 4,65 ± 0,11; satisfacción global 4,60 ± 0,61. Entre los comentarios y sugerencias hay agradecimientos (11), ampliación de horario (3), dificultad de acceso para personas discapacitadas (1) y ampliación de espacio de la consulta (1). Después de la aplicación del indicador de resultado, medida de la satisfacción, la valoración de los criterios de resultado mejoró del 45% al 72%.

Conclusiones: La realización de una encuesta de satisfacción como indicador de resultado nos permite aumentar la valoración de la UPE dentro de los criterios de resultado de nuestro manual de calidad sujeto a la ISO 9001:2000. La encuesta nos muestra que los pacientes tienen un alto grado de satisfacción en todas las cuestiones planteadas. Como aspectos a mejorar destacan la ampliación del horario y la adecuación de las instalaciones.

Conflicto de intereses: Ninguno.

380. Los mensajes a móvil como estrategia de soporte al tratamiento del paciente ambulatorio con hepatitis C crónica

F. Sala Piñol, M. Ardèvol Aragónès, G. Cardona Peixt, R.M. Morillas Cunill, R. Planas Vila y X. Bonafont Pujol
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.

Objetivo: Implementar una estrategia de soporte basada en el envío de SMS a los pacientes ambulatorios con hepatitis C crónica incluidos en el programa de atención farmacéutica del hospital. Estimar los costes por paciente y el ahorro de tiempo de atención directa del farmacéutico.

Método: Se excluyen los pacientes con hepatitis C crónica coinfectados, que no disponen de móvil, que no lo usan habitualmente, pacientes con alteraciones hematológicas o los que tienen dificultades con el idioma. Los pacientes excluidos siguen el programa de atención farmacéutica convencional. Los demás reciben SMS a lo largo del período de tratamiento. En la fase inicial se envían consejos para la prevención de los efectos adversos más comunes y en una segunda fase, se adaptan al perfil de toxicidad que manifiesta cada paciente. La aplicación utilizada permite programar envíos, a través de internet, a uno o múltiples destinatarios, pudiendo además, efectuar la gestión de usuarios y la personalización del remitente. Se puede utilizar también acoplada a otras aplicaciones a través de componentes ActiveX, módulo de Perl o librería php.

Resultados: Una vez aplicados los criterios de exclusión, el 52% de los pacientes pueden beneficiarse de esta nueva estrategia. Los pacientes con ge-

notipos 1 y 4 atendidos con el programa de atención farmacéutica convencional presentan un promedio de 8 (6-14) visitas durante el tratamiento de 48 semanas y una media de 14 min por visita. Los pacientes con genotipos 2 y 3 presentan un promedio de 5 (4-8) visitas durante el tratamiento de 24 semanas y una media de 10 min por visita. Con el envío de SMS la atención farmacéutica directa puede reducirse 70 min/tratamiento en los pacientes con genotipos 1 y 4, y 20 min/tratamiento, en los genotipos 2 y 3. El coste total del programa por paciente es aproximadamente entre 0,9 y 1,7 € (de 7 a 14 SMS en función del genotipo y paciente). Hasta el momento todos los pacientes incluidos en el programa lo han valorado muy satisfactoriamente. **Conclusiones:** El envío de SMS a pacientes con hepatitis crónica C en tratamiento farmacológico puede ayudar a complementar la atención farmacéutica directa con un bajo coste. El ahorro de tiempo que proporciona este sistema se puede aprovechar para una mayor atención personal a los pacientes más frágiles.

Conflicto de intereses: Ninguno.

395. Estudio de pacientes con fenilcetonuria: tratamiento y evolución con tetrahidrobiopterina

K. Rivera Rodríguez, E. López Montero, L. Morales Martínez, M. Rodríguez Cobos y M.T. Chuclá Cuevas
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña.

Objetivo: Describir el seguimiento clínico y la evolución de los pacientes diagnosticados de fenilcetonuria respondedores a tetrahidrobiopterina (BH4) en un hospital de referencia de enfermedades metabólicas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de fenilcetonuria durante el período comprendido entre 2003-2007. Los datos demográficos y clínicos fueron obtenidos de la revisión de historias clínicas, los datos farmacoterapéuticos del programa de dispensación a pacientes externos (dipex) y los valores analíticos del programa informático del laboratorio central. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, momento del diagnóstico, pruebas bioquímicas realizadas, enfermedades concomitantes, tratamiento dietético y farmacológico, seguimiento y evolución de los pacientes.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes (20 mujeres y 14 hombres) de edad media 14 (DE: 9,5) años. La enfermedad fue diagnosticada en la primera semana de vida en todos los pacientes mediante screening neonatal. El diagnóstico de fenilcetonuria se confirmó mediante un estudio molecular en todos ellos. El tratamiento dietético de todos los pacientes consistió en fórmulas alimenticias con aporte limitado en fenilalanina o exentas de este aminoácido, que fueron utilizadas durante varios períodos de tiempo con la finalidad de mantener los niveles por debajo de 6 mg/dL. En algún momento todos los pacientes utilizaron estos preparados siendo suspendidos cuando la enfermedad estaba bajo control. Se ha realizado el test de sobrecarga de fenilalanina en el 100% de los pacientes, obteniéndose un 44,1% con respuesta al BH4 (para detectar los pacientes respondedores a BH4, se les administra a todos una sobrecarga de fenilalanina seguido de dosis de BH4, se va monitorizando al paciente y midiendo los niveles en sangre de fenilalanina; si se observa una disminución, se puede confirmar que el paciente es respondedor al BH4). Todos estos respondedores, fueron tratados con BH4 tramitado como uso compasivo desde el Servicio de Farmacia. La dosis de mantenimiento de la tetrahidrobiopterina varió en función de los niveles plasmáticos de fenilalanina detectados, partiendo de una dosis inicial de 5 mg/Kg/día. En el período de estudio un 52,9% de los pacientes necesitaron un aporte complementario de vitaminas y minerales. El desarrollo psicomotor y psiquiátrico fue normal en estos pacientes gracias a un buen control de los niveles de fenilalanina, el 35,2% de los pacientes necesitaron interconsulta con otros especialistas: cardiología (arritmias, soplos...) y dermatología (lunares), en todos sin repercusión clínica. El 29,4% de los pacientes presentaron episodios gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarreas), el 35,2% de ellos tuvieron cuadros catarros frecuentes y el 17,6% presentaron alteraciones a nivel del sistema nervioso central.

Conclusiones: En general, todos los pacientes diagnosticados con fenilcetonuria son más susceptibles de sufrir determinados procesos como náuseas, vómitos y cuadros catarrales, necesitando un control más exhaustivo debido a una mayor facilidad de sufrir descompensación. El BH4 y el tratamiento dietético son útiles en todos los pacientes, permitiendo un mejor control y evolución de la enfermedad, contribuyendo a que el desarrollo psicomotor y psíquico de todos ellos, se encuentre dentro del rango de la normalidad.

Conflicto de intereses: No se declara conflicto de intereses.

396. La tuberculosis multirresistente. Un reto terapéutico

L. Martínez Martínez, R. Olivera Fernández y G. Piñeiro Corrales
Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.

Introducción: Se define como tuberculosis multirresistente (TBMR) la enfermedad tuberculosa causada por *Mycobacterium tuberculosis* resistente al menos a Rifampicina (RFP) e Isoniazida (INH), distinguiéndose TBMR primaria cuando *Mycobacterium tuberculosis* resistente aparece en pacientes sin tratamiento previo y secundaria como consecuencia de tratamientos erróneos o incumplimiento terapéutico.

Objetivo: Describir y analizar los tratamientos de TBMR.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los casos de TBMR tratados desde 1998 hasta 2007 mediante revisión de los Historiales Clínicos, utilizando bases de datos de la Unidad de Tuberculosis (UTB) y de Farmacia.

Resultados: El número de casos de TBMR tratados fue de 11; 55% varones y 20% VIH+. Radiológicamente se constataron lesiones cavitarias en el 64% de los pacientes de los que mejoraron claramente más del 80%. Solamente 5 (45%) recibieron el alta clínica por curación, la muerte se produjo en 5 (45%) y un paciente se trasladó a otra área sanitaria. El 80% de los pacientes diagnosticados de TBMR ya habían estado en tratamiento anteriormente. Las resistencias fueron constatadas en el Laboratorio de Referencia de Micobacterias de nuestra Comunidad Autónoma. Los fármacos utilizados para su tratamiento fueron Protionamida (PRT) en un 87% de los pacientes, Levofloxacino (LV) en 75%, Estreptomina (SM) en 63%, Acido Paraaminosalicílico (PAS) en 63%, Pirazinamida (PZ) en 50%, Etambutol (EMB) en 37%, Cicloserina (CSR) en 37%, Capreomicina, Ciprofloxacino y Ofloxacino en 12% y otros (Kanamicina, Linezolid, A. Fusídico). Presentaron resistencia a RFP e INH el 100% de los casos, a PZ el 36%, EMB el 36%, SM el 27%, PAS y PRT el 20%, CSR el 10% y Kanamicina el 10%. La duración de los tratamientos fue muy variable y osciló entre un año y seis años en el caso de una paciente que finalmente falleció. En el 100% de los pacientes fue necesaria la suspensión o sustitución de algún fármaco debido a reacciones adversas (RAM). Las RAM más frecuentemente producidas fueron: reacciones cutáneas e intolerancia gastrointestinal (PAS), transaminasas elevadas con hepatotoxicidad (PZ) y artralgias y nefrotoxicidad (SM). Se estableció un sistema de atención farmacéutica individualizado que abarcó todos los aspectos relacionados con el tratamiento. La complejidad de los tratamientos radicó en la utilización conjunta de varios medicamentos (politerapia), en las propiedades farmacológicas de ellos (perfil de seguridad, interacciones y dosificación), en las particularidades comerciales de la CSR y PRT al ser medicamentos extranjeros (ME), en la necesidad de preparación Fórmulas Magistrales (PAS) para la adecuada dosificación y en el uso compasivo de otros (Linezolid).

Conclusiones: La TBMR secundaria constituye un porcentaje importante de la TBMR. La terapéutica de LA TBMR obliga a la utilización de varios fármacos para evitar la aparición de resistencias y períodos prolongados de tiempo para disminuir las recaídas, favoreciendo la aparición de reacciones adversas frecuentemente. La duración prolongada de los tratamientos y la toxicidad provocan el fracaso de algunos fármacos y exige un recambio terapéutico frecuente. El farmacéutico, como miembro del equipo multidisciplinar, favorece la adherencia al tratamiento y mejora el éxito terapéutico.

Conflicto de intereses: Ninguno.

405. Atención farmacéutica a pacientes con tratamiento para la hepatitis C crónica: adherencia, efectividad y efectos adversos

G. Domínguez Urbistondo, A. Casás Martínez, L. López Sandomingo, A. Freire Fojo y A. García Iglesias
Hospital Arquitecto Marcide. Área Sanitaria de Ferrol. Ferrol. A Coruña.

Objetivo: Describir la atención farmacéutica realizada a pacientes con hepatitis C, valorar el cumplimiento del tratamiento, la efectividad y la aparición y tolerabilidad de efectos adversos secundarios a la administración de ribavirina e interferón pegilado.

Material y métodos: Estudio prospectivo de los pacientes a tratamiento para la hepatitis C crónica durante un período de tiempo comprendido entre el 01/01/2007 y el 30/04/08. Cuando un paciente acude por primera vez a la consulta externa de farmacia se le proporciona información detallada tanto oral como escrita sobre distintos aspectos de su tratamiento: importancia del cumplimiento, condiciones de administración y posibles efectos

adversos (recientemente hemos incorporado un díptico sobre recomendaciones que pueden ayudar a minimizar éstos una vez que han aparecido). Se elaboró una ficha de seguimiento farmacoterapéutico para cada paciente que incluía datos de identificación del paciente, genotipo, inicio del tratamiento, tipo de interferón pegilado (alfa-2a a dosis fijas o alfa-2b según peso), ribavirina, carga viral al inicio, carga viral en el primer control (respondedores rápidos/lentos) y carga viral al finalizar el tratamiento (RVS), así como los posibles efectos adversos. En las sucesivas citas mensuales se pregunta y anota cada una de las incidencias y efectos adversos que hayan tenido lugar. La adherencia al tratamiento se midió a través del programa de dispensación a pacientes externos, los efectos adversos se recopilaron de la ficha de seguimiento y los efectos hematológicos sólo se recogieron cuando supusieron una modificación en la dosis del tratamiento. La eficacia se midió en porcentaje de respondedores rápidos y en RVS. Estos datos se obtuvieron de la historia clínica informatizada existente en nuestro centro. Todos estos datos se procesaron en una hoja de cálculo EXCEL de MICROSOFT.

Resultados: El total de pacientes a estudio fue de 70 (44 hombres 63,76% y 26 mujeres 37,68%), con edad media de 45,62 años. La distribución por genotipo fue: 71,42% (50 pacientes) para el genotipo 1,6% (4 pacientes) para el genotipo 2, 16% (11 pacientes) genotipo 3 y 7% (5 pacientes) para el genotipo 4. El valor medio de carga viral al inicio fue de 4.568.523 (719-23.400.000) UI/ml. Veintidós pacientes (40,74%) fueron respondedores rápidos presentando carga viral indetectable en el primer control. Doce pacientes (66,66%) de los dieciocho que finalizaron el tratamiento al cierre del estudio presentaron RVS. Seis pacientes suspendieron el tratamiento por falta de eficacia. Un paciente suspendió por mala tolerancia en el primer mes y el resto completaron tratamiento con un adherencia del 100%. Las reacciones adversas más frecuentes fueron: 37 pacientes astenia, 19 síndrome gripal, 15 depresión, 10 pérdida de peso, 9 trombocitopenia, 8 anorexia, 7 sequedad cutánea y 6 eccema.

Conclusiones: La eficacia y los efectos adversos descritos se corresponden con los encontrados en la bibliografía. La atención farmacéutica en estos pacientes ha contribuido a una mejor tolerabilidad del tratamiento, que se traduce en una mayor adherencia y efectividad.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

442. Estudio de utilización de anti-TNF en el tratamiento de la artritis reumatoide

E. Pascual Jiménez, M. López Brunsó, M. Cols Jiménez, I. Ventura de Blas y F. Camós Ramió
Hospital de Palamós. Palamós. Girona.

Objetivo: Describir y evaluar la indicación de inicio y cambio de tratamiento (tto) con fármacos anti-TNF en la artritis reumatoide (AR) y sus resultados en salud.

Material y método: Durante el mes de abril se realizó un corte transversal de todos los pacientes en tto con Anti-TNF. Se elaboró una hoja de recogida de datos en la que figuraba: indicación, edad, sexo, tto actual, cambio de anti-TNF, Disease Activity Scores (DAS 28) de inicio, DAS 28 último, tto anterior. La información se recogió del programa de gestión de medicación ambulatoria y de la historia informatizada de los pacientes atendidos en nuestro hospital comarcal que atiende a una población de 115.000 habitantes.

Resultados: 112 pacientes están en tto con fármacos anti-TNF (35 pacientes para el tto de espondilitis anquilosante, 14 para el tto de artritis psoriásica, 11 para el tto de psoriasis y 9 para tto de la enfermedad de Crohn. Actualmente 43 (38,4%) pacientes lo reciben para su AR (8 con infliximab, 17 con adalimumab y 18 con etanercept). 36 son mujeres y 8 hombres, con una media de edad de: 55a (24 – 84) El tiempo medio de los pacientes en tto con cualquier anti-TNF es de: 24,3 meses. Solamente 18 pacientes tienen calculado y registrado el DAS 28 en su historia clínica de modo habitual. El resto tienen registrados algunos de los elementos que forman el DAS 28 como: VSG, PCR, Factor Reumatoide, EAV, y a veces el nº de articulaciones dolorosas y tumefactas. 13 pacientes han estado alguna vez en tto con infliximab, 26 con etanercept y 22 pacientes con adalimumab. 5 pacientes que recibieron tto con infliximab tuvieron que cambiar a otro anti-TNF: 2 por reacciones adversas y 3 por ineficacia. 8 pacientes que recibieron tto con etanercept tuvieron que cambiar a otro anti-TNF: los 8 por ineficacia. 5 pacientes que recibieron tto con adalimumab tuvieron que cambiar a otro anti-TNF: 3 por reacciones adversas, y 2 por ineficacia. Todos los pacientes antes de iniciar anti-TNF habían recibido tto con:

a) Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME): metotrexate, leflunomida, sulfasalazina.

b) Fármacos antiinflamatorios no esteroideos.

c) Corticoides.

No se pudo comparar la eficacia y sus resultados en salud de los distintos ttos, porque no se encontraron registrados la totalidad de los indicadores en cada paciente.

Conclusiones: La AR sólo representa el 38,6% de los pacientes que consumen anti-TNF, por lo que habría que protocolizar el uso de estos agentes en todas las indicaciones. Es necesario elaborar protocolos consensuados con reumatólogos para estandarizar indicadores que permitan objetivar la eficacia de los ttos y racionalizar así el uso de los fármacos anti-TNF. El farmacéutico ha de formar parte activa a la hora de tomar decisiones en la aplicación de las recomendaciones de las guías y dotar a todos los pacientes de la misma atención sanitaria.

Conflicto de Intereses: Nada que declarar.

449. Tratamiento en pacientes al alta hospitalaria con linezolid durante más de 28 días

M.T. Rodríguez Jato, B. López Virtanen, L. Morales Martínez, M. Molina Poch y M.T. Chuclá Cuevas
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña.

Objetivo: Analizar la utilización de linezolid (LNZ) en tratamientos de duración superior a 28 días al alta hospitalaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes a tratamiento con LNZ al alta durante más de 28 días de tratamiento en el período comprendido entre junio de 2003 y diciembre de 2007. Variables estudiadas: edad y sexo de los pacientes, servicio prescriptor, indicación, muestras de cultivo, microorganismos aislados, tratamiento antibiótico previo, duración de tratamiento y efectos adversos relacionados con LNZ. Revisión de la historia clínica convencional e informatizada (historial clínico integral del paciente) y programa para gestión de la dispensación de pacientes externos (Dipex®).

Resultados: Se incluyó en el estudio a 20 pacientes (18 hombres y 2 mujeres), edad media de 64 años (27-81). De todas las prescripciones, el 20% procedía del servicio de traumatología, en la indicación de infección de herida quirúrgica (5 pacientes) y el 55%, del servicio de cirugía vascular en las siguientes indicaciones: pie diabético (4 pacientes), herida quirúrgica por by-pass (4), absceso subcutáneo (1), pseudoaneurisma infeccioso (1) y artritis séptica (1). El resto de las prescripciones corresponden a otros servicios (neumología, reumatología, neurología y cardiología). Las muestras obtenidas para cultivo fueron principalmente exudado de herida/úlceras (14 pacientes) y en el resto de los casos biopsia cerebral, líquido pleural, sangre periférica o prótesis. De ellas se aislaron diversos tipos de microorganismos: Staphylococcus aureus meticilín-sensible (SAMS), Staphylococcus aureus meticilín-resistente (SAMR), Staphylococcus spp, Streptococcus agalactiae, Corynebacterium sp., todos ellos sensibles a LNZ según antibiograma. El tratamiento con LNZ oral se inició previo al alta tras tratamiento con antibióticos intravenosos de amplio espectro durante el ingreso (vancomicina, piperacilina/tazobactam, imipenem y teicoplanina). En todos los casos la duración de tratamiento con LNZ fue superior a 28 días: 12 pacientes recibieron entre 30- 40 días de tratamiento y 8 pacientes estuvieron a tratamiento durante más de 40 días. No se observaron reacciones adversas relacionadas con LNZ.

Conclusiones: LNZ es un antibiótico de uso exclusivamente hospitalario, indicado en neumonía (nosocomial y adquirida en la comunidad) e infecciones complicadas de piel y partes blandas durante un período máximo de 28 días. En nuestros pacientes, la utilización de tratamientos de larga duración con LNZ al alta hospitalaria se basa en la evolución clínica y en los resultados del antibiograma en los que, en todos los casos se aislaron microorganismos sensibles a LNZ. La modificación del antibiótico se produjo para iniciar tratamiento oral al alta hospitalaria (terapia secuencial). Según los datos recogidos en ficha técnica, los tratamientos con LNZ en períodos superiores a 28 días se han relacionado con un aumento de reacciones adversas: mielosupresión, neuropatía óptica y periférica. En nuestros pacientes no se detectaron efectos adversos relacionados con el tratamiento antibiótico. Estos tratamientos de larga duración representan un 10% respecto del total de pacientes que en este período recibieron tratamiento al alta con LNZ.

Conflicto de intereses: No se declara ningún conflicto de intereses.

461. Sargramostim en proteinosis alveolar pulmonar.**A propósito de un caso**

P. Robledillo Colmenares, C. Folguera Olias, B. Menchen Viso, A. López Viña, V. Saavedra Quirós y A. Torralba Arranz
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción: La proteinosis alveolar idiopática (PAI) es una enfermedad pulmonar de evolución variable que se caracteriza por el depósito de material lipoproteínico, derivado del surfactante, en los espacios alveolares. Es debido probablemente a un defecto en el aclaramiento del mismo por parte de los macrófagos alveolares. El tratamiento de elección es el lavado pulmonar total (LPT) pero debido a lo cruento del proceso y la poca experiencia en el desarrollo de la técnica en nuestro centro, se planteó el uso de sargramostim (CSF-GM) administrado diariamente por vía subcutánea.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad del sargramostim en la PAI.

Material y métodos: Mujer de 47 años, ex-fumadora, que presenta episodios con sensación de ahogo y disnea al esfuerzo progresiva de 2 años de evolución. Se le realiza una TAC de tórax en el que se observa un patrón parenquimatoso correspondiente a una lesión intersticial de morfología en pavimento. Mediante una toracotomía pulmonar abierta, se le diagnostica PAI y se pauta oxígeno domiciliario durante 16 horas al día. Presenta unos valores de capacidad pulmonar al diagnóstico de: FVC: 2.790 ml (79,6%), FEV1: 2.480 ml (82,2%), FEV1/FVC%: 88%, VR: 30%, TLCO: 61,3%; difusión: 32%, KCO: 48,6%. Los valores de la gasometría basal son: PaO₂: 56 mmHg, PCO₂: 29 mmHg, pH: 7,44. Se solicitó la utilización de sargramostim como uso compasivo para esta indicación. Basándonos en la evidencia disponible se comienza con una dosis de 250 mcg/día y se va aumentando de forma mensual desde 5 mcg/kg/día hasta 15 mcg/kg/día (975 mcg/día). Se realiza un seguimiento de la respuesta clínica, radiológica y funcional (espirometría, gasometría basal y test de 6 min).

Resultados: Durante los primeros meses todos los parámetros van mejorando de forma lenta hasta que se alcanza la dosis de 975 mcg/día en que se obtiene la respuesta máxima. La oxigenoterapia domiciliaria se retira al segundo mes de tto. A los 6 meses los valores de capacidad pulmonar son: FVC: 2920 ml (81%), FEV1:2530 ml (86%), FEV1/FVC%: 86%, VR: 61%, TLCO: 73,1%; difusión: 47,2%, KCO: 64,9%. Los valores de la gasometría basal son: PaO₂: 74 mmHg, PCO₂: 30 mmHg, pH: 7,43. Se sigue observando mejoría clínica y desaparecen los depósitos de material lipoproteínico en el espacio alveolar en la TAC, por lo que se mantiene la dosis de 975 mcg/día. Al año de comenzar el tto (febrero 2008) los valores de la capacidad pulmonar son: FVC: 3380 ml (94,3%), FEV1:2630 ml (88%), FEV1/FVC%: 78%, VR: 82%, TLCO: 88%; difusión: 82%, KCO: 97%. En las últimas pruebas realizadas en abril del 2008, la difusión era del 113% y el KCO del 132%, valores que permiten suspender el tto. Durante los 14 meses de tto. no se observó ningún efecto adverso destacable. La tolerancia fue excelente salvo enrojecimiento en el punto de inyección al inicio del tto.
Conclusiones: El sargramostim resulta eficaz y seguro en el tto de la PAI de nuestra paciente. Podría valorarse su utilización como uso compasivo en esta indicación como alternativa al LPT.
Conflicto de intereses: No hay conflicto de intereses.

481. Peginterferon α 2a vs peginterferon α 2b, asociados a ribavirina, en el tratamiento de pacientes naïve con hepatitis C crónica genotipos 1 o 4

L. Margusino Framiñán, L. España Valiño, S. Sánchez Batán, A. Castro Iglesias, S. Pertega Díaz y M.I. Martín Herranz
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivos: Una controversia actual en la terapéutica de la hepatitis C crónica (HCC), es la efectividad de los peginterferones autorizados (PegIFN- α 2a y PegIFN- α 2b), de gran repercusión en su selección farmacoterapéutica. El objetivo es determinar la equivalencia terapéutica, en términos de efectividad y seguridad, de ambos medicamentos asociados a ribavirina (RBV), en pacientes con HCC, naïves, genotipos 1 o 4.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo no concurrente durante 5 años. Cohortes: A-PegIFN- α 2a+RBV y B-PegIFN- α 2b+RBV. Muestra: 100% pacientes. Criterios de inclusión: adultos, HCC, genotipos 1/4, naïves y posología ajustada a la autorizada en mayo/08. Criterios de exclusión: co-infectados VIH/VHB, trasplante hepático, cumplimiento terapéutico < 100%. Variable efectividad: respuesta virológica sostenida (RVS). Variables de seguridad: suspensión del tratamiento por intolerancia o toxicidad (principal) y severidad de los efectos adversos (EA) hematológicos según la escala del NCI-2006 de EEUU (secundaria). Análisis de las variables: intención de tratar, meses 0, 3, 6, 12 y 18 del tratamiento, ajusta-

das en un modelo de regresión logística mediante los test Chi cuadrado, t de Student o de Mann-Whitney. Se analizará la equivalencia, no inferioridad o superioridad en base un valor $\pm \delta$ del 15% (95% IC).

Resultados: 100 pacientes: 51 cohorte A y 49 cohorte B. Datos basales: sin diferencias significativas entre cohortes en edad (46,4 \pm 12,0 años), peso (76,4 \pm 14,6 kg), sexo (59% varones) y GPT (125,5 \pm 108,7 UI) y sí en cuanto a carga viral (CV) inicial del VHC (A: 77,1% y B: 46,9%, con más de 600.000 UI ARN/mL; p = 0,002). Efectividad: RVS del 47,1% (95% IC: 32,4-61,7) en la cohorte A y del 46,9% (95% IC: 31,9-61,9) en la cohorte B (p = 0,99). El análisis de regresión logística detectó como variables independientes la edad (mayor respuesta a menor edad; p = 0,032) y la negativización de la CV al tercer mes (p < 0,001) y como variables que no influyen en la RVS el tipo de PegIFN prescrito (p = 0,53), sexo (p = 0,42), peso (p = 0,47), CV (p = 0,69) y GPT (p = 0,63) iniciales. El valor $\pm \delta$ (95%IC) de diferencia de efectividad entre ambos tratamientos oscila entre -21,4% y +21,7%. Seguridad: un 9,8% (95% IC: 3,3-21,4) de los pacientes de la cohorte A y un 14,3% (95% IC: 3,5-25,1) de la cohorte B (p = 0,70) suspendieron el tratamiento, principalmente por intolerancia; 2 pacientes de la cohorte A desarrollaron leucopenia grado 3-4 y 1 de cada cohorte desarrolló trombopenia grado 3-4; el valor $\pm \delta$ (95% IC) de diferencia de seguridad entre ambos tratamientos oscila entre -19,2% y +10,3%.

Conclusiones: No se observan diferencias significativas en la efectividad del tratamiento en función del tipo de peginterferón. Ninguno de los dos medicamentos es superior o no inferior al otro, pero no se cumplen las condiciones de equivalencia terapéutica, ya que el valor $\pm \delta$ (95%IC) supera el 15%. Se han identificado la edad y la negativización de la carga viral al tercer mes como variables independientes de respuesta al tratamiento. Más pacientes tratados con PegIFN- α 2b suspenden el tratamiento por intolerancia, si bien la seguridad de ambos tratamientos es muy similar, con una baja incidencia y gravedad de toxicidad hematológica.
Conflicto de intereses: Ninguno.

507. Perfil farmacoterapéutico de los pacientes con hepatitis B crónica

B. Boyeras Vallespir, B. Martínez Sánchez, R. Gil Partal, R. Acero Fernández y M.T. Butiña Agustí
Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta. Girona.

Objetivo: Describir el perfil farmacoterapéutico y la respuesta virológica y bioquímica de los pacientes con Hepatitis B crónica en tratamiento en nuestro centro.

Material y método: Se ha realizado un corte transversal de los pacientes en tratamiento farmacológico para el virus de la hepatitis B (VHB) en el primer trimestre de 2008. Se han recogido los datos demográficos, fármacos y duración del tratamiento de cada uno de ellos, número de tratamientos, carga viral (CV) y alanina aminotransferasa (ALT), a partir de los registros de la historia clínica y de los aplicativos informáticos del hospital. La respuesta a la terapia antiviral se define en dos categorías: 1) respuesta bioquímica: descenso de la ALT sérica a niveles normales (4-41 U/L); 2) respuesta virológica: descenso de la CV a valores indetectables (< 12 UI/mL).

Resultados: En el momento actual, 47 pacientes (hombres 81%) siguen tratamiento para el VHB en nuestro centro. La edad media es de 46 \pm 13,5 años. El tiempo medio de tratamiento ha sido de 21,1 meses (Rango: 2 -124 meses). El perfil de tratamiento farmacológico actual es:

a) Monoterapia: Lamivudina: 11 pacientes (23,5%): todos eran naïve. Adefovir: 16 pacientes (34%): 12 como primera opción de tratamiento y 4 con resistencia previa a lamivudina. Entecavir: 6 pacientes eran naïve (13%); dosis 0,5 mg/d) y 4 resistentes a terapias previas (8,5%; dosis 1 mg/d).

b) Terapia combinada: Lamivudina + adefovir: 9 pacientes (19%): 2 naïve. Lamivudina + tenofovir: 1 paciente (2%).

c) Referente al historial de tratamiento individual de los 47 pacientes activos, 31 (66%) han recibido un único esquema de tratamiento, 7 (15%) han recibido 2 y 9 (19%) 3 o más.

d) Respecto a la respuesta virológica y bioquímica al tratamiento, de los 43 pacientes de los que se dispone de CV, 16 (34%) están indetectables, estando el marcador de daño hepático (ALT) dentro de la normalidad en 37 pacientes (79%). De los pacientes con CV indetectable, 12 (75%) están en monoterapia.

Conclusiones: En nuestro centro, el perfil de tratamiento mayoritario es la monoterapia con adefovir o con lamivudina. Dichas opciones de tratamiento han conseguido respuesta virológica en el 75% de los pacientes tratados, de forma que no han requerido cambio o adición de otros fármacos a su terapia base. La introducción de fármacos como entecavir y tenofovir para el trata-

miento de la hepatitis B crónica en adultos con enfermedad hepática compensada, evidencia de replicación viral y afectación bioquímica (ALT) e histológica (inflamación y/o fibrosis), está suponiendo un cambio en el algoritmo de tratamiento de esta enfermedad. En nuestro centro, entecavir representa el 21,5% de los tratamientos activos siendo de primera línea tanto en pacientes naïve como en resistentes a lamivudina y/o adefovir. Tenofovir será una alternativa más a considerar, aunque su papel todavía no está establecido. La posible inclusión de telbivudina en la guía farmacoterapéutica del hospital ampliará aún más las herramientas disponibles para controlar el VHB.

Conflicto de intereses: No existe conflicto de intereses.

517. Estudio de pacientes VIH multiresistentes: adecuación a GESIDA

M.E. Luján López, M.A. Pérez Cruz, O. Sobral Caraballo, L. García Reina, L. Santos Morín y A. Díez del Pino
Hospital Universitario Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de las indicaciones de GESIDA en los nuevos tratamientos de pacientes VIH multiresistentes en un Hospital General.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes que han iniciado tratamientos con nuevos antirretrovirales. Se consideran nuevos antirretrovirales aquellos fármacos incluidos en el Hospital desde Noviembre 2006 hasta Abril 2008. Los fármacos estudiados fueron: Darunavir, Etravirina (TMC 125), Raltegravir y Maraviroc. Actualmente Etravirina (TMC 125) es el único que se adquiere como Uso Compasivo. La información de los tratamientos se obtuvo por revisión de historias clínicas y por el programa de farmacia de dispensación a pacientes externos (Farmatools). Los datos analizados fueron: número total de pacientes VIH multiresistentes que reciben alguno de los fármacos a estudio, edad, sexo, año del diagnóstico, porcentaje de pacientes con los nuevos medicamentos, número total de líneas terapéuticas previas, causas de fracaso terapéutico durante la evolución de la enfermedad hasta previo inicio de los nuevos fármacos, carga viral (CV) y niveles CD4 previos y motivos principales para el cambio a nuevas pautas antirretrovirales.

Resultados: Se incluyó a 11 pacientes (2 mujeres y 9 hombres), con una edad media de 48 años, diagnosticados de VIH entre el año 1992-1996. Los fármacos que reciben actualmente son: 3 pacientes (27,27%) Raltegravir, 3 pacientes (27,27%) Darunavir + Etravirina (TMC 125), 2 pacientes (18,18%) Darunavir + Raltegravir, 2 paciente (18,18%) Darunavir y 1 paciente (9,09%) Maraviroc + Raltegravir + Darunavir. El número medio de líneas terapéuticas previas de cada paciente fueron 7. Desde el diagnóstico hasta el comienzo con los nuevos fármacos se han observado aparición de resistencias a antirretrovirales en todos los pacientes, verificándose las mismas a través de estudios de resistencia en todos excepto en 1, siendo la causa de estas resistencias el mal cumplimiento en 7 pacientes (63,63%). Se observaron también efectos adversos significativos en 9 pacientes (81,81%) como pancreatitis, intolerancia digestiva, alteraciones metabólicas, anemia macrocítica, toxicidad hepática, lipodistrofia y nefrotoxicidad. El motivo principal para comenzar con los tratamientos nuevos ha sido: 7 pacientes (63,63%) por fracaso virológico, los cuáles presentaban CV > 50 copias/ml antes del comienzo por no ser efectivas las últimas líneas terapéuticas utilizadas y 4 pacientes (36,36%) por efectos adversos a alguno de los fármacos a los que todavía el paciente no era resistente, los cuáles presentaban CV < 50 copias/ml antes del comienzo. Además de las anteriores causas citadas un total de 6 pacientes (54,54%) presentaba fracaso inmunológico previo con valores de CD4 < 200 cel/µl.

Conclusiones: Todos los pacientes estudiados cumplen las indicaciones de GESIDA para el uso de estos fármacos, puesto que son pacientes con una larga evolución en su enfermedad, han sido tratados con múltiples líneas terapéuticas ineficaces, poseen amplias resistencias y han desarrollado efectos adversos importantes. Por tanto, es indispensable el seguimiento continuado de estos pacientes junto con medidas educativas para la mejor optimización de estos fármacos en cuanto a su adherencia y eficacia.

Conflicto de intereses: No existe conflicto de intereses.

522. Prescripción de antirretrovirales en pacientes naïve

M. Hernando Verdugo, M.C. Gonzalez Ispuerto, A.B. Muñoz Martín, E. Abad Lecha, A. Frutos Soto y M.T. Sánchez Sánchez
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos: Análisis de los criterios de inicio y perfil de prescripción de pacientes que comienzan tratamiento antirretroviral. Ajuste a las recomenda-

ciones del Grupo de Estudio de Sida (GESIDA). Adherencia y costes de adquisición del tratamiento antirretroviral.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo del tratamiento antirretroviral en pacientes naïve mayores de 18 años infectados por el VIH que acudieron al Servicio de Farmacia del Hospital durante el año 2007. Los datos demográficos y analíticas se obtuvieron del programa Gestión de Informes Clínicos, versión 2.04 y los registros de dispensación de Farmacia de la aplicación de Pacientes Externos del programa Dominion versión 4.3-Rev.8.02. Se tuvo en cuenta las recomendaciones de GESIDA 2007, y la adherencia al tratamiento se calculó utilizando los registros de dispensación de farmacia (número de formas farmacéuticas dispensadas entre el número de formas farmacéuticas teóricas).

Resultados: En el año 2007 iniciaron tratamiento antirretroviral 24 pacientes, 19 hombres y 5 mujeres. La edad media fue 37,5 ± 7,5 años. La cifra media de linfocitos T CD4+ fue 239,0 ± 158,1 células/µl. El intervalo de carga viral plasmática fue de 215 a > 100.000 copias RNA/ml. El estadio de infección más prevalente fue A2 (8/24 pacientes), seguido de A3 (5/24 pacientes), C2 y C3 (4/24 pacientes cada uno), A1 (2/24 pacientes), y B2 (1/24 paciente). Los 2 pacientes en estadio A1 no entrarían dentro de los criterios de inicio según GESIDA 2007 por tener una cifra de linfocitos T CD4+ por encima de la recomendada. 23/24 pacientes recibieron triple terapia antirretroviral, 20 pacientes con una combinación preferente de acuerdo a las recomendaciones de inicio GESIDA 2007 y 3 pacientes con una combinación alternativa. El régimen más utilizado (17/24 pacientes) fue la combinación de dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN) y un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido, todos con emtricitabina/tenofovir + efavirenz. El segundo régimen más utilizado (4/24 pacientes) fue la combinación de dos ITIAN más un inhibidor de la proteasa (lopinavir/ritonavir en 3 pacientes; atazanavir/ritonavir en 1 paciente). La combinación de 3 ITIAN, zidovudina/lamivudina/abacavir, se utilizó en 2/24 pacientes. La terapia menos utilizada fue un régimen no recomendado de dos ITIAN, zidovudina + lamivudina (1/24 paciente). Los resultados de adherencia fueron: < 95%: 5/24 pacientes; > 95%: 19/24 pacientes. Los costes por paciente/mes fueron: combinaciones preferentes: 619,5 € (lopinavir/ritonavir + lamivudina + zidovudina), 725,6 € (emtricitabina/tenofovir + efavirenz) y 865,2 € (lopinavir/ritonavir + emtricitabina/tenofovir); combinaciones alternativas: 520,3 € (zidovudina/lamivudina/abacavir) y 791,6 € (atazanavir/ritonavir + didanosina + lamivudina); combinación no recomendada: 204,4 € (zidovudina + lamivudina).

Conclusiones: Este estudio ha permitido analizar el perfil de prescripción inicial en el tratamiento de la infección por el VIH. En la mayoría de los pacientes, los criterios de inicio y las combinaciones prescritas se adaptan a las recomendaciones GESIDA 2007. Emtricitabina/tenofovir + efavirenz fue el régimen más utilizado, con un coste intermedio respecto a otras combinaciones de inicio preferentes. El número de pacientes con una adherencia > 95% fue elevado.

Conflicto de intereses: Ninguno.

527. Análisis y evaluación de un programa de atención farmacéutica en pacientes sometidos a hemodiálisis en tratamiento con cinacalcet tras dos años de implantación

A. Ramón Albert, M. Ibernón Viraró, E. Pascual Jiménez, R. García Camín, R. García Osuna y F. Camós Ramió
Hospital de Palamós. Palamós. Girona.

Objetivo: Estudiar y evaluar la efectividad y seguridad de cinacalcet en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) sometidos a hemodiálisis (HD) que presentan hiperparatiroidismo (HPT) secundario. Para su análisis, se desarrolla un Programa de Atención Farmacéutica (PAF) con la finalidad de prevenir, identificar y resolver posibles problemas relacionados con los medicamentos (PRM).

Material y métodos: Ámbito: Unidad de Hemodiálisis (UHD) de un hospital comarcal de 120 camas. Población: pacientes con IRC sometidos a HD en tratamiento con cinacalcet. Período: diciembre de 2005 a diciembre de 2007. Diseño y fuentes: estudio observacional y retrospectivo. Se recogieron los datos analíticos de hormona paratiroidea intacta (PTHi), calcio sérico total (Ca) y fósforo sérico (P) procedentes de la historia clínica informatizada. El criterio de inclusión en el PAF fue: paciente con IRC en HD, diagnosticado de HPT secundario. Según las Guías NFK-K/DOQI el buen control del HPT secundario se basa en los siguientes objetivos: PTHi: 150-300 pg/ml, Ca: 8,4-9,5 mg/dl, P: 3,5-5,5 mg/dl y producto Ca x P < 55

mg2/dl2. En todos los pacientes se inició tratamiento con cinacalcet a dosis de 30 mg diarios. Diferentes pautas posológicas de quelantes del fósforo y alfacalcidol fueron utilizadas junto a cinacalcet. Se calculó el valor medio de PTHi, Ca y P al inicio, 1 mes, 6 meses, 12 meses, 18 meses y 24 meses de seguimiento.

Resultados: Se incluyó a 25 pacientes (17 hombres y 8 mujeres) con una edad media de 58 años (27-85). Durante el período de estudio se excluyeron 7 pacientes: 2 por incumplimiento terapéutico, 2 por trasplante renal y 3 por éxitus. Al inicio del tratamiento con cinacalcet, 10 pacientes recibían acetato cálcico, 4 de ellos con alfacalcidol; otro paciente recibía carbonato cálcico con sevelamer y alfacalcidol; 13 pacientes recibían sevelamer, de los cuales, 8 también recibían alfacalcidol y 1 paciente recibía hidróxido de aluminio más alfacalcidol. Los valores medios de PTHi, Ca y P fueron: 1) al inicio: $642,5 \pm 173,4$ pg/ml; $8,9 \pm 0,6$ mg/dl y $6,8 \pm 1,3$ mg/dl. 2) 1 mes: $516,0 \pm 241,8$ pg/ml; $8,4 \pm 0,5$ mg/dl y $5,4 \pm 1,2$ mg/dl. 3) 6 meses: $281,8 \pm 94,7$ pg/ml; $8,5 \pm 0,6$ mg/dl y $5,0 \pm 1,9$ mg/dl. 4) 12 meses: $233,5 \pm 119,6$ pg/ml; $9,1 \pm 0,2$ mg/dl y $4,2 \pm 1,5$ mg/dl. 5) 18 meses: $215,9 \pm 89,3$ pg/ml; $8,8 \pm 0,5$ mg/dl y $3,9 \pm 0,9$ mg/dl. 6) 24 meses: $189,4 \pm 73,5$ pg/ml; $8,9 \pm 0,7$ mg/dl y $3,6 \pm 1,2$ mg/dl. Se observa una disminución de los valores medios de PTHi y P, manteniéndose los niveles de Ca en un rango óptimo. En 7 pacientes se detectó un Ca < 8 mg/dl, sin sintomatología de hipocalcemia. En ningún caso se tuvo que retirar el tratamiento por mala tolerancia.

Conclusiones: Cinacalcet junto con alfacalcidol y quelantes del fósforo es un tratamiento seguro que mejora el control del HPT secundario en pacientes en HD. La implementación del PAF ha ayudado a optimizar el tratamiento en este tipo de pacientes evitando posibles PRM.

Conflicto de intereses: Ninguno.

530. Gestión de la alerta farmacéutica sobre la utilización de agentes estimulantes de la eritropoyesis en pacientes con insuficiencia renal crónica en prediálisis

I. Pedreira Vázquez, S. Albiñana Pérez, L. Margusino Framiñán, J.L. Hurtado Bouza e I. Martín Herranz
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivo: Durante el año 2007, la FDA y la EMEA emitieron una alerta de seguridad y un comunicado especial sobre la utilización de agentes estimulantes de la eritropoyesis (AEEs), debido al incremento de mortalidad, eventos cardiovasculares e hipertensión en pacientes con hemoglobina sérica (Hb) ≥ 12 g/dL. El Servicio de Farmacia (SF), en coordinación con el Servicio de Nefrología, estableció un protocolo de seguimiento y derivación de pacientes a tratamiento con AEEs, en función de la fecha de analítica, valor Hb y ajuste posológico, para garantizar el valor límite de seguridad de Hb < 13 g/dL (valor recomendado por las guías de referencia en 2007). El objetivo de este estudio es analizar la efectividad de este protocolo tras un año de su implantación en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en prediálisis, que acuden a la consulta externa del SF.

Material y método: Estudio de intervención prospectivo del 100% de los pacientes con IRC en prediálisis a tratamiento estable con AEEs. Período de seguimiento: un año. Criterios de exclusión: pacientes que inician tratamiento con AEEs después de la implantación del protocolo y pacientes que suspenden tratamiento durante el año de seguimiento. Variables a estudio: valores de Hb y modificaciones del régimen posológico de AEEs. Análisis de variables: análisis descriptivo de los datos con intervalo de confianza del 95%, prueba de t student para datos pareados, prueba de McNemar y test de chi cuadrado (según el tipo de datos analizados).

Resultados: 180 pacientes (93 hombres). Edad media $65,89 \pm 15,61$ años. 95/180 pacientes con epoetina beta y 85/180 pacientes con darbepoetina. 106/180 pacientes con Hb < 13 g/dl y 74/180 con Hb ≥ 13 g/dl. 103/106 pacientes mantuvieron Hb < 13 g/dl y 66/74 redujeron a Hb < 13 g/dl, tras la realización y aceptación de 57 intervenciones farmacéuticas derivadas del protocolo ($p < 0,001$). El valor medio de Hb previo al protocolo fue de $12,84$ g/dL y de $11,57$ g/dL tras su implantación, con un descenso medio de $1,26 \pm 1,54$ g/dL (IC 95%: 1,03-1,49; $p < 0,001$). De los 95 pacientes a tratamiento con epoetina beta, 41 presentaban Hb ≥ 13 g/dL y fue necesario reducir la dosis en 29 pacientes y 54 presentaban Hb < 13 g/dL y sólo se redujo la dosis en 18 pacientes ($p < 0,001$). El descenso medio de Hb fue de $1,16 \pm 1,36$ (IC 95%: 0,88-1,43; $p < 0,001$). De los 85 pacientes a tratamiento con darbepoetina, 33 presentaban Hb ≥ 13 g/dL y fue necesario reducir la dosis en 13 pacientes y 52 presentaban de Hb < 13 g/dL y sólo se redujo la dosis en 11 pacientes ($p = 0,069$). El descenso medio de Hb fue de $1,38 \pm 1,72$ (IC 95%: 1,01-1,75; $p < 0,001$).

Conclusiones: Las intervenciones farmacéuticas derivadas del protocolo establecido han repercutido en una reducción significativa de los niveles de Hb, como consecuencia de la reducción de dosis de AEEs, especialmente significativo en los pacientes tratados con epoetina beta. Consideramos que el protocolo de seguimiento y derivación de pacientes, consensuado con Nefrología, es muy efectivo y mejora la seguridad del paciente en prediálisis al conseguir una adecuación a las nuevas recomendaciones del tratamiento de la anemia nefrogénica.

Conflicto de intereses: Ninguno.

531. Calidad de vida relacionada con la salud y satisfacción en pacientes con artritis reumatoide tratados con terapia biológica

J.J. del Pozo Ruiz, L. Ortega Valín, E. Gutiérrez Gutiérrez, T. Pérez Sandoval, V. Martín Sánchez y A. Martín Sanz
Complejo Asistencial de León. León.

Objetivos: Conocer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el grado de satisfacción con el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con tratamientos biológicos (anti-TNF α). Analizar si el tipo de tratamiento puede influir en los resultados.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo en corte transversal en 81 pacientes diagnosticados de AR y con tratamiento biológico (Infliximab o Etanercept). Se excluyeron los pacientes que habían tenido cualquier tratamiento biológico previo. Se utilizaron dos cuestionarios específicos y validados: QOL-AR para CVRS y una encuesta con 5 respuestas de tipo gradual para el grado de satisfacción, administrados por un farmacéutico adiestrado, previo consentimiento informado, en Hospital de Día para terapia intravenosa, o en Consulta de Atención Farmacéutica para terapia subcutánea. Se realizó un análisis estratificado según el tipo de tratamiento. Los valores sociodemográficos y de los cuestionarios se registraron en un hoja de calculo (Excel 2002) y se analizaron estadísticamente mediante el programa SPSS versión 9.0.

Resultados: (expresados como media + DE): 81 pacientes, edad de $54,5 \pm 15,8$ años (IC 95%: 50,97-57,99), 21 hombres (25,9%) y 60 mujeres (74,1%), tiempo de evolución de la enfermedad $10,99 \pm 8,45$ años (IC 95%: 9,06-12,81), y $2,4 \pm 1,3$ años (IC 95%: 2,10-2,68) en tratamiento con terapia biológica. Según tratamiento. Grupo etanercept (GE): n = 39; edad $51,92 \pm 17,5$ (IC 95%: 46,25-57,60); 84,7% mujeres, 15,3% hombres; tiempo de evolución de la enfermedad $12,36 \pm 9,98$ años (IC 95%: 9,12-15,59); años con terapia biológica $2,56 \pm 1,22$ (IC 95%: 2,17-2,96); 25,6% sin actividad laboral. Grupo infliximab (GI): n = 42; edad media $57 \pm 13,97$ años (IC 95%: 52,50-61,21); 62,3% mujeres y 28,7% hombres; tiempo de evolución medio de la enfermedad $9,62 \pm 6,67$ años (IC 95%: 7,54-11,70); años con terapia biológica $2,24 \pm 1,38$ (IC 95%: 1,80-2,67); 49,1% sin actividad laboral. Únicamente existían diferencias significativas entre ambos grupos en distribución de sexos ($p = 0,037$), edad ($p = 0,037$), y actividad laboral ($p = 0,035$). CVRS: el resultado medio del QOL-AR (1-pésimo, 10-excelente) fue $6,79 \pm 1,64$ puntos (IC 95%: 6,43-7,16). En el GE obtuvieron $6,43 \pm 1,70$ (IC 95%: 5,88-6,98), frente al GI $7,13 \pm 1,53$ (IC 95%: 6,65-7,61) ($p > 0,05$). Grado de satisfacción: el resultado medio fue (1-muy satisfecho, 5-muy insatisfecho) $1,89 \pm 0,54$ (IC 95%: 1,77-2,01). Según el tipo de tratamiento, GE = $2,10 \pm 0,59$ (IC 95%: 1,91-2,30); GI = $1,68 \pm 0,39$ (IC 95%: 1,56-1,81) ($p > 0,05$). En cuanto a CVRS únicamente hubo diferencia significativa en el ítem "tensión nerviosa" GE = $5,5 \pm 2,78$ (IC95%: 4,69-6,49), GI = $7,0 \pm 2,24$ (IC 95%: 6,33-7,72) ($p = 0,036$). En la encuesta de satisfacción las diferencias únicamente aparecen en los ítems "dolor de manos" GE = $2,2 \pm 0,95$ (IC 95%: 1,92-2,56); GI = $1,8 \pm 0,66$ (IC 95%: 1,64-2,06) ($p = 0,041$) y "dolor de pies" GE = $2,8 \pm 0,87$ (IC 95%: 2,48-3,13); GI = $2,0 \pm 0,71$ (IC 95%: 1,82-2,28) ($p = 0,015$).

Conclusiones: La calidad de vida de los pacientes estudiados se puede considerar como aceptable. Asimismo, los pacientes se consideran en términos generales bastante satisfechos con el tratamiento que reciben. El tipo de tratamiento biológico no parece influir globalmente ni en la CVRS ni en la satisfacción. Las diferencias en determinados ítems no parecen clínicamente relevantes, y es posible que las limitaciones del estudio, particularmente las diferencias en el perfil de los pacientes según grupos tengan cierta responsabilidad en ellas, por lo que sería deseable un nuevo estudio que superase esas carencias.

Conflicto de intereses: No existe conflicto de intereses en ninguno de los autores.

550. Resultados sobre la tensión arterial de un protocolo de intervención del servicio de farmacia en pacientes con insuficiencia renal crónica

I. Pedreira Vázquez, L. Margusino Framiñán, S. Albiñana Pérez, J.L. Hurtado Bouza e I. Martín Herranz
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivo: Las guías de referencia sobre tratamiento de la anemia renal (US KDOQI-2007), han limitado el valor superior de hemoglobina sérica (Hb) a 13 g/dL, en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) a tratamiento con agentes estimulantes eritropoyéticos (AEEs), por el riesgo de hipertensión descontrolada. Los Servicios de Farmacia (SF) y Nefrología establecieron un protocolo para derivar pacientes con valores de Hb \geq 13 g/dL desde la consulta del SF a la de Nefrología. El objetivo de este trabajo es analizar la correlación entre la tensión arterial sistólica (TAS) y las variaciones de los valores de Hb secundarias a las intervenciones farmacéuticas derivadas de la implantación de dicho protocolo.

Material y método: Estudio de cohortes retrospectivo concurrente durante 1 año. Criterios de inclusión: 100% pacientes IRC en prediálisis a tratamiento con AEEs en el momento del establecimiento del protocolo. Criterios de exclusión: pacientes que suspenden tratamiento durante el año de seguimiento. Cohorte A: pacientes con Hb \geq 13g/dL previo al protocolo. Cohorte B: pacientes con Hb < 13 g/dL y estables durante el año de seguimiento. Variables analizadas: Hb, TAS y tratamiento antihipertensivo, previos y post implantación del protocolo (al año de seguimiento). Se considera hipertensión (HTA) si TAS > 140 mmHg. Análisis estadístico: la relación entre los niveles de Hb y la presencia de HTA se analiza mediante el test chi cuadrado y Odds Ratio, la relación entre los descensos medios de Hb y TAS se analiza con la Rho de Spearman y los niveles de Hb y TAS entre ambas cohortes se compararon con el test de Mann-Whitney.

Resultados: 38 pacientes (24 hombres). Edad media $64,89 \pm 13,70$ años. 20 pacientes cohorte A y 18 cohorte B. Antes de la implantación del protocolo, las Hb medias de las cohortes A y B fueron de $14,19 \pm 0,91$ g/dL y $11,86 \pm 0,87$ g/dL, respectivamente ($p < 0,001$). TAS medias de las cohortes A y B fueron de $151,95 \pm 15,99$ mmHg y $138,05 \pm 11,21$ mmHg, respectivamente ($p = 0,009$). 15 pacientes de la cohorte A y sólo 6 pacientes de la cohorte B eran hipertensos ($p = 0,01$), obteniéndose una OR = 6 (IC 95%: 1,467-24,547). Tras la implantación del protocolo el valor medio de Hb tras el año de seguimiento fue de $11,59 \pm 0,86$ g/dL en la cohorte A y de $11,41 \pm 0,89$ g/dL en la cohorte B ($p = 0,46$). Las TAS medias de las cohortes A y B fueron de $141,2 \pm 13,12$ mmHg y $141,5 \pm 14,66$ mmHg, respectivamente ($p = 0,82$). En la cohorte A el descenso medio de Hb fue de $2,59 \pm 1,39$ g/dL y el de TAS fue de $10,75 \pm 12,01$ mmHg, mientras que para la cohorte B el descenso medio de Hb fue de $0,45 \pm 0,87$ g/dL y el de TAS fue de $-3,44 \pm 11,99$ mmHg ($p = 0,001$). El coeficiente de regresión entre el descenso medio de Hb y TAS fue $r = 0,55$ ($p < 0,001$). 5 pacientes de la cohorte A y 1 de la B, modificaron su tratamiento antihipertensivo.

Conclusiones: Se observa una probabilidad 6 veces mayor de HTA en pacientes con Hb \geq 13 g/dL y una correlación positiva entre el descenso de TAS y la disminución de los niveles de Hb, tras la implantación del protocolo. Se considera que el protocolo propuesto puede minimizar efectos adversos como la hipertensión, de gran importancia en pacientes con IRC. Conflicto de intereses: Ninguno.

566. Causas de inicio y suspensión de atazanavir dentro de un régimen antirretroviral de gran actividad

M. Sánchez Gili, A.M. Gómez Pedrero y M. Pérez Encinas
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid.

Objetivo: Analizar las causas de inicio y los motivos de suspensión de los pacientes tratados con atazanavir (ATV) diagnosticados de infección por VIH.

Material y método: Estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes VIH que han iniciado tratamiento con ATV en combinación con otros antirretrovirales en el período enero 2005-marzo 2008. Las fuentes de información han sido el aplicativo de dispensación a pacientes externos Farmatools® y la historia clínica informatizada. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, años desde el inicio del tratamiento antirretroviral (TAR), coexistencia de infección por VHB o VHC, número de TAR previos, motivos de inicio y fin del tratamiento con ATV, su duración, antirretrovirales concomitantes a ATV, así como valores bioquímicos de función hepática durante el tratamiento con ATV. La hiperbilirrubinemia grave fue definida como grado 3 (> 3 mg/dL) o grado 4 (> 5 mg/dL).

Resultados: Se identificaron 18 pacientes (66,6% hombres) de 46,3 (30-69) años, que recibieron tratamiento con ATV. En función del estadio de la infección, 8 pacientes presentaban categoría clínica C3, 3 pacientes A2, 2 A3, 2 B3 y el resto B2, C2 y C1. Un paciente presentaba toxoplasmosis. El número medio de cambios de tratamiento fue 3,9 (1-9). Un paciente inició ATV en dos ocasiones. El motivo de inicio de tratamiento con ATV, en el 63,16% (12/19) de los casos se debió a la existencia de efectos secundarios causados por el TAR previo, de los cuales 7 fueron por lipodistrofia y dislipemias; así mismo se refirió un caso de toxicidad medular y otro de hepatotoxicidad. Las otras causas de inicio de tratamiento con ATV fueron simplificación del TAR previo (3/19), fracaso virológico (2/19), y un caso de falta de adherencia y otro de abandono. La duración media con ATV fue de 23,44 (5-53) meses. Los fármacos antirretrovirales asociados a ATV fueron emtricitabina y tenofovir (6/19), abacavir y tenofovir (5/19) lamivudina y didanosina (2/19), lamivudina y estavudina (2/19), lamivudina y tenofovir (2/19), en un paciente se asoció con estavudina y tenofovir y en otro con zidovudina y lamivudina. Ritonavir se usó como potenciador de ATV en todos los tratamientos. 8 pacientes presentaban coinfección por VHC y 3 por VHB. Actualmente 14 pacientes continúan con ATV. Los motivos de suspensión de ATV fueron: en un primer paciente por gestación, en el segundo por deseo explícito en el cambio de las formas farmacéuticas y en otros dos por incumplimiento del TAR. En un quinto paciente, ATV se suspendió por efectos adversos, reiniciándose después de 4 meses tras empeoramiento con fosamprenavir. Se detectó hiperbilirrubinemia de grado 3 en dos pacientes.

Conclusiones: Los efectos adversos son el principal motivo del cambio del TAR e inicio de ATV, principalmente lipodistrofias y dislipemias, siendo también la falta de adherencia y abandono causa de cambio; de ahí que las intervenciones farmacéuticas deban orientarse hacia la prevención y detección precoz de los efectos adversos, y hacia la optimización del cumplimiento terapéutico. La incidencia de hiperbilirrubinemia de grado 3 no conllevó a la retirada del fármaco.

Conflicto de intereses: Ninguno.

571. Detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos durante el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes externos utilizando un algoritmo estructurado

M.C. Moriel Sánchez, M. Segura Bedmar, C. Calderón Acedos y R.M. Catalá Pizarro
Hospital de Móstoles. Móstoles. Madrid.

Objetivo: Identificar y/o resolver problemas relacionados con los medicamentos (PRM) durante el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes externos utilizando un algoritmo estructurado.

Métodos: Estudio prospectivo en el que se identifican y resuelven los PRM a través de la validación de la prescripción y entrevistas al paciente en varios momentos: una al inicio del tratamiento, la segunda al mes siguiente y si se producen modificaciones de la prescripción. Tanto en la primera visita como en las de cambios de tratamiento se proporciona al paciente información de medicamentos, de forma oral y escrita, incidiendo en la forma de administración y efectos adversos, junto con un mapa horario. En segunda visita, al mes siguiente del inicio, se realiza un cuestionario específico para detectar y resolver PRM tomando como modelo el algoritmo IASER®. La información obtenida a través del paciente se completa con el informe del médico, resultados analíticos, revisión de documentación específica y de bases de datos de medicamentos, interacciones o efectos adversos. Se recogieron los siguientes datos: datos demográficos, valoración nutricional, alergias, diagnósticos principales y secundarios, listado de todos los tratamientos, variables clínicas principales, otros datos analíticos de interés, detección y resolución de PRM, calidad de vida, adherencia y consultas del paciente.

Resultados: Durante 4 meses, de enero a abril de 2008 se entrevistaron 109 pacientes (58,7% VIH, 16,5% artropatías, 13,7% VHC, 4,6% esclerosis múltiple, 2,8% psoriasis, 1,8% enfermedad de Crohn, 1,8% VHB) con una edad de $44,83 \pm 12,22$ años (rango 61 años en VHB - 33 años en psoriasis). Se detectaron en total 34 PRM (7 de ellos en la segunda visita) y un 28% de los pacientes presentaron al menos un PRM, encontrándose mayoritariamente en pacientes VIH con 25 PRM y 0,39 PRM/paciente, seguido de VHC con 5 PRM y 0,33 PRM/paciente. Los medicamentos implicados en los PRM fueron antirretrovirales 61,8% y antivirales activos frente a la hepatitis C 14,7%. Los problemas se debieron en un 32% a infradosificación (PRM 4), fundamentalmente por falta de adherencia y dosis-intervalo inadecuados, en un 29% a reacción adversa PRM 5) a causa de interacciones, y en un 29% a erro-

res por sobre-dosificación (PRM 6). La recomendación farmacéutica consistió en disminuir dosis 20,6%, acciones educativas 20,6%, individualizar posología en caso de interacciones con fármacos y/o alimentos 17,6%, suspender medicamento 8,8%, aumentar dosis 5,9% y aumentar intervalo posológico 5,9%, entre otros. La aceptación de esta recomendación por parte del paciente y/o médico fue del 100%. La valoración clínica de la intervención farmacéutica se estimó muy significativa y significativa, ambas al 50%.

Conclusiones: El seguimiento de los pacientes utilizando un algoritmo que estructura la entrevista ha permitido detectar PRM en casi un tercio de los pacientes entrevistados, al obtenerse toda la información necesaria para determinar si el paciente requiere una intervención concreta. La resolución de los mismos ha permitido optimizar la terapia de estos pacientes.

Conflicto de intereses: No.

574. Análisis de modos de fallo y sus efectos aplicado a la atención farmacéutica a pacientes externos

M.D. Vega Coca, M.D. Santos Rubio, A. Lluch Colomer, G. Rodríguez Cobacho, R. Muñoz de la Corte y C. del Prado Montoro
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: Identificar los riesgos existentes en el proceso de atención farmacéutica a pacientes ambulatorios, y establecer su impacto relativo a través del cálculo del número de prioridad de riesgo (NPR), antes y después de la implantación teórica de una serie de medidas de mejora, con el fin de priorizar aquellas acciones que lleven a un resultado hipotético más coste-efectivo.

Material y métodos: Se aplicó la metodología AMFE al proceso de atención farmacéutica a pacientes externos. Para ello, se contó con un equipo multidisciplinar formado por personal directamente relacionado con la consulta de atención farmacéutica. Se detallaron todos los subprocesos implicados y se identificaron los diferentes modos de fallo, las posibles causas y los efectos potenciales en el paciente. Para obtener y seleccionar aportaciones se utilizó la técnica de "tormenta de ideas". Se calculó el NPR para cada uno de los modos de fallo, y se propusieron medidas de mejora, para posteriormente recalcular el NPR tras su implantación hipotética.

Resultados: El proceso de atención farmacéutica a pacientes externos se dividió en 3 subprocesos, que fueron: recepción del paciente e interpretación de la prescripción, dispensación de la medicación, y transmisión de la información necesaria. Se detectaron un total de 18 modos de fallo, que mostraron una gran variabilidad en cuanto a causas y efectos en el paciente, siendo la media del número de modos de fallo hallados para cada uno de los subprocesos de 6. A continuación se detallan, para cada subproceso, los modos de fallo con NPR inicial mayor de 100 que sufrieron una mayor variación tras la implantación teórica de la medida de mejora. En el subproceso de recepción e interpretación de la prescripción, el NPR que sufrió una mayor modificación fue el correspondiente a transcripción errónea por prescripción incorrecta, que pasó de 144 a 36 tras la aplicación de la medida correctora, que no fue otra que el requerimiento de comprobación previa de parámetros analíticos antes de llevar a cabo la validación farmacéutica. El NPR con mayor variación en cuanto a dispensación de la medicación fue el perteneciente a la dispensación de una dosis errónea debido a una presentación parecida, que pasó de 108 a 36, siendo la medida de mejora la colocación de etiquetas de colores diferenciadoras. Para el subproceso de información al paciente, el exceso de información que podía llevar a la no asimilación de ésta fue el modo de fallo que experimentó mayor modificación en su NPR, pasando de 105 a 10 al entregar la información por escrito y con soporte visual.

Conclusiones: La metodología AMFE es una herramienta sistemática útil en el proceso de atención farmacéutica a pacientes ambulatorios para identificar riesgos, así como para calcular su impacto relativo basado en ocurrencia, gravedad y probabilidad de detección. La aplicación de esta metodología permite planificar y priorizar medidas de mejora en la consulta de atención farmacéutica de una manera proactiva y en función de su coste-efectividad.

Conflicto de intereses: Ninguno.

578. Eficacia y seguridad de infliximab en el tratamiento de hidrosadenitis supurativa severa

J.L. Hurtado Bouza, S. Paradela de la Morena, I. Pedreira Vázquez, R. Fernández Torres, E. Fonseca Capdevila e I. Martín Herranz
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivo: La hidrosadenitis es una enfermedad crónica recurrente que se presenta con hiperhidrosis, dolor y lesiones nodulares en zonas de glándu-

las apocrinas, principalmente axilas, zona inguinal y anogenital. Ningún tratamiento se ha demostrado efectivo, siendo el más definitivo la escisión radical del tejido afectado, pero no es aplicable en todos los casos y tampoco previene la recurrencia. Se viene estudiando la eficacia de los anti-TNF en esta patología desde que un paciente con enfermedad de Crohn a tratamiento con infliximab mejoró espectacularmente la hidrosadenitis que padecía. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con infliximab en una serie de cinco pacientes con hidrosadenitis supurativa.

Material y método: Estudio retrospectivo (noviembre 2007 - abril 2008) de cinco pacientes con hidrosadenitis a los que se les autorizó vía "uso compasivo" el tratamiento con infliximab 5 mg/kg (semanas 0, 2, 6 y posteriormente cada 8 semanas). Todos los pacientes habían recibido anteriormente múltiples ciclos de antibióticos, retinoides, cirugía de drenaje y extirpación y presentaban nódulos en más de una localización. La gravedad de la enfermedad fue valorada objetivamente mediante la escala de Sartorius antes de la primera administración y después de la semana 6. Esta escala da una puntuación a las lesiones según el tipo (nódulos, fístulas, cicatrices), número, tamaño, regiones afectadas y separación entre lesiones. La severidad fue valorada subjetivamente por el paciente (escala de dolor 1-10) y por el médico (leve-moderada-grave). Para evitar las reacciones adversas relacionadas con la perfusión se premedicaban con hidroxizina 25 mg y paracetamol 1g, y posteriormente se realizaba un electrocardiograma y se monitorizaba la frecuencia cardíaca y tensión arterial. Tras cada tratamiento se practicaron analíticas de bioquímica sanguínea, hemograma y ANAS.

Resultados: Se observó mejoría de todos los pacientes tras tres dosis iniciales, principalmente debida a disminución del número y tamaño de las lesiones. La gravedad media en la escala Sartorius disminuyó desde 107 ± 63 (intervalo 49-186) hasta 67 ± 51 (intervalo 32-153). El promedio de reducción de la severidad tras tres dosis fue del $33 \pm 28\%$ (intervalo 9-80%). La reducción media de la gravedad tras la cuarta dosis sólo se pudo valorar en dos pacientes, siendo del $59 \pm 7\%$. Según la valoración subjetiva del médico, el tratamiento mejoró al menos un grado la severidad en todos los pacientes. También mejoró el dolor observado por los pacientes desde una media de $5,6 \pm 1,8$ (intervalo 4-8) hasta $3,8 \pm 2,9$ (intervalo 0-7). No se observaron efectos adversos durante la perfusión en ningún paciente, ni efectos adversos de gravedad en el curso de los tratamientos.

Conclusiones: Infliximab resultó un medicamento bien tolerado y efectivo para disminuir la gravedad de la hidrosadenitis, observándose variabilidad de respuesta entre pacientes. El escaso número de pacientes con hidrosadenitis dificulta determinar con significación estadística la eficacia y seguridad de infliximab en esta patología. Un estudio a largo plazo determinará qué tipo de pacientes responderán mejor al tratamiento con infliximab y los posibles efectos adversos graves que podrían aparecer durante un tratamiento prolongado.

Conflicto de intereses: Ninguno.

588. Estudio prospectivo de utilización de eritropoyetina en un hospital de tercer nivel

J. Arias Delgado, J. García Mata, J.J. Varela Correa, P. Neira Blanco, M.J. López Otero y C. Padrón Gil
Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

Objetivo: Descripción de la utilización de EPO y evaluación de su efectividad en la Unidad clínica de Oncología de nuestro hospital. Análisis de efectividad del tratamiento con EPO en nuestro hospital basado en las recomendaciones de la ASCO.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohortes descriptivo y prospectivo de seguimiento de pacientes oncológicos a tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia que precisaban por primera vez eritropoyetina durante los 7 meses de estudio. Se recogieron los datos del paciente en una hoja diseñada a tal efecto al inicio del tratamiento y se hizo un seguimiento de las analíticas al mes y a los tres meses con el fin de valorar el grado de efectividad y grado de aplicación de las condiciones de uso de eritropoyetina aprobadas por la CFT. El indicador de efectividad del tratamiento fueron los criterios indicados en la ficha técnica de epoetina beta y darbepoetina y las guías de práctica clínica publicadas por la ASCO.

Resultados: En el estudio se incluyeron 69 pacientes, 42 hombres (60,9%) y 27 mujeres (39,1%) con una media de edad de 68 años \pm 10 años. Siendo el tiempo medio de tratamiento de 62 ± 20 días. Se trataron 69 tumores de los cuales: 22 Gastrointestinales, 19 pulmonares, 9 Mamarios, 8 ginecológicos, 3 Germinales, 3 Otorrinolaringológicos y 5 Otros. Los valores de ini-

cio de tratamiento fueron: 36 pacientes entre 9-10 g/dl, 23 niveles entre 10-11 g/dl y 10 con niveles de Hb de 8-9 g/dl. Atendiendo al tipo de Eritropoyetina, 51 de los pacientes utilizaron Epoetina- β 30000 UI por semana y 18 utilizaron Darbopoetina 150 μ g por semana. De los 18 pacientes que utilizaron Darbopoetina en 11 fue efectiva mientras que de los 51 pacientes tratados con Epoetina- β en 26 el uso de esta sustancia fue eficaz. Diferencias no estadísticamente significativas. Los resultados de efectividad del tratamiento con EPO para cada intervalo de Hb fueron: 50% en el intervalo de 8-9 g/dl, 52,2% en el intervalo de 9-10 g/dl y un 58,3% en el intervalo de 10-11 g/dl no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre intervalos. EL porcentaje de efectividad del tratamiento fue un 53,6% al mes de tratamiento bajando a un 43,5% a los 3 meses de tratamiento. Se trataron 45 pacientes con platino mientras que 24 pacientes no lo utilizaron. De los pacientes tratados con derivados del platino 23 respondieron al tratamiento con EPO mientras que sólo 7 cuyo tratamiento no contenía platino lo hicieron.

Conclusiones: El elevado porcentaje de fracaso unido a su alto coste, demuestra que es preciso incrementar la búsqueda de factores pronósticos que favorezcan la selección de pacientes beneficiarios de esta terapéutica. El seguimiento de las guías internacionales en cuanto al momento de inicio del tratamiento con EPO ha sido muy elevado por parte del Servicio de Oncología de nuestro hospital. Es necesario establecer claramente el momento de inicio y fin del tratamiento con EPO con el fin de aprovechar mejor los recursos de los que disponemos.

Conflicto de intereses: Ninguno.

593. Impacto y comparativa en la efectividad del uso de factores estimuladores de la eritropoyesis en el tratamiento de interferón pegilado y ribavirina en pacientes con hepatitis C crónica

P. Ventayol Bosch y O. Pérez Rodríguez

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. Islas Baleares.

Objetivos: Determinar la respuesta de los factores estimulantes de la eritropoyesis (FEE) sobre la anemia relacionada con el tratamiento del interferón pegilado y ribavirina en pacientes con Hepatitis C crónica (HC) en la práctica clínica habitual. Comparar la respuesta en la utilización de dosis altas (450 ui/kg) o dosis bajas (\leq 150 ui/kg) semanales sobre la resolución de la anemia (objetivo Hb: 12 g/dl).

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo a través de la revisión de la Historia Clínica, datos de análisis clínicos y registro de dispensaciones del área de pacientes externos del Servicio de Farmacia de todos los pacientes de HC, que empezaron tratamiento con interferón pegilado y ribavirina (Enero 2006-Diciembre 2007). Se consideró como criterios de inicio de FEE una Hb $<$ 10 g/dl (tras descartar otras causas de anemia) y se estableció cómo objetivo de resolución de la anemia un valor de Hb 12 g/dl. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 11.0.

Resultados: Durante el período estudiado se trataron 197 pacientes (70% hombres, edad media: 46 años), en la comparación de pacientes que recibieron FEE frente a los que no lo hicieron, los valores de Hb media basal fueron de 13,6 g/dl y 15,1 g/dl, respectivamente. Del total de los 197 pacientes, sólo 18 (9,1%, hombres: 66,6%, edad media: 49 años) recibieron FEE 12) Respecto al: β (darbepoetina: 2, eritropoyetina- α : 4 y eritropoyetina- criterio de inicio se tardó una media de 86 días en alcanzarlo y no se inició tratamiento con FEE hasta 173 días tras inicio del tratamiento combinado, además 31 pacientes adicionales deberían haber recibido FEE. El valor medio de Hb con la que se inició tratamiento de FEE fue 9,4 g/dl; alcanzándose tras \geq 4 semanas un valor medio de Hb de 10,5 g/dl. Del total de pacientes con FEE adicionalmente se les redujo la dosis de ribavirina a un 44,4% y sólo un 33,3% de pacientes lograron la resolución de la anemia. No se determinaron diferencias estadísticamente significativas en el incremento medio entre dosis bajas (\leq 150 ui/kg) o altas (450 ui/kg) de FEE (incremento medio de Hb: 1,2 g/dl en período de 41 días frente a 1,0 g/dl en 60 días, respectivamente).

Conclusiones: Tras la observación de los datos de uso de FEE y en base a los criterios de inicio la realidad indica que se dejan pacientes sin tratar, y además se empieza tarde con lo que la resolución de la anemia es baja. A pesar de ello no se han constatado diferencias en este objetivo entre el uso de un tipo u otro de FEE, así cómo tampoco en la dosis empleada, lo que puede tener implicaciones económicas en el manejo de la anemia del paciente con HC. Optimizar el momento de inicio de FEE, así cómo la dosis de los mismos con el objeto de lograr mejorar la permanencia del tratamiento y consecuentemente la respuesta virológica sostenida se correspon-

de con una estrategia que precisa de estudios prospectivos que permitan resolver estas cuestiones.

Conflicto de intereses: Ninguno.

595. Gestión de las reclamaciones y sugerencias de los pacientes externos de un servicio de farmacia

M. Calvin Lamas, B. Feal Cortizas, P. Flox Benítez e I. Martín Herranz

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivo: La satisfacción del cliente se considera un elemento fundamental en el enfoque actual de la calidad asistencial. El grado de satisfacción está influido por sus expectativas, que dependen de factores como tiempo de espera, experiencias previas, trato recibido, grado de resolución obtenido... Las reclamaciones y sugerencias constituyen un canal de participación y opinión directo de los usuarios, y son un instrumento complementario para detectar oportunidades de mejora. Nuestro objetivo es analizar las reclamaciones y sugerencias realizadas por los pacientes externos del servicio de farmacia (SF) y describir las acciones de mejora implantadas como respuesta a las mismas.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo, transversal, con revisión de datos retrospectiva, durante 2 años (2006-2007). Se analizaron las reclamaciones y sugerencias escritas realizadas por pacientes externos de un SF certificado según la norma ISO 9001:2000. Fuentes de entrada de reclamaciones y sugerencias:

a) Oficina de atención al paciente, que remite la reclamación al SF y éste contesta e implanta una acción correctiva, si procede, para evitar que el motivo de la misma se vuelva a producir.

b) Buzón de sugerencias de las consultas externas de atención farmacéutica, donde los pacientes mediante un impreso normalizado realizan su sugerencia de forma anónima o con identificación opcional, en cuyo caso se contesta por escrito. En las reuniones trimestrales del comité de calidad del SF se analizan las sugerencias recibidas, notificándolas a la dirección del centro e implantando una acción de mejora si procede.

c) Encuesta de satisfacción de pacientes externos, que se realiza cada 3 años e incluye 10 cuestiones sobre el funcionamiento de la consulta y la atención recibida, y un apartado abierto para sugerencias, que se gestionan igual que en el punto anterior.

Resultados: Se han recibido un total de 23 reclamaciones a través de la oficina de atención al paciente y 211 sugerencias, 41/211 recogidas en el buzón y 170/211 realizadas en la encuesta de satisfacción de 2007 (en el 47% de encuestas contestadas se recogieron sugerencias). El 86,95% de las reclamaciones se resolvió satisfactoriamente con una explicación al reclamante (paciente o familiar) y en 3 casos se realizó una acción correctiva para eliminar las causas de la misma: solicitud de ampliación de horario, modificación de la información y aumento de personal auxiliar. En cuanto a las sugerencias, se documentaron dos acciones de mejora (1/año), que conllevaron un mejor acondicionamiento de la sala de espera (sillas, dispensador de números, fuente de agua) y la disponibilidad de un día más a la semana de consulta por la tarde. Clasificación global por categorías: horario (68), instalaciones (65), organización (57), agradecimientos (33), otros (11).

Conclusiones: Las encuestas de satisfacción son un medio útil para recoger las opiniones de los pacientes, pero dado que su realización es periódica parece importante mantener y potenciar el buzón de sugerencias como sistema de monitorización continua del nivel de satisfacción y aportaciones de los pacientes. Asimismo, es necesario mejorar la colaboración con la Oficina de Atención al Paciente.

Conflicto de intereses: Ninguno.

612. Análisis de la profilaxis de la reactivación del virus de la hepatitis B en pacientes con tratamiento quimioterápico

M. Heredia Benito, R. Seisdedos Elcuaz, M. Sánchez Ruiz de Gordo,

N. Andrés Navarro, D. Fraga Fuentes y J.C. Valenzuela Gámez

Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Objetivo: Analizar el seguimiento de las últimas recomendaciones del tratamiento profiláctico (TP) para prevenir la reactivación del virus hepatitis B (R-VHB) en pacientes con quimioterapia (QT). Estudiar las consecuencias de un TP inadecuado. Valorar la necesidad de intervenciones farmacéuticas (IF) futuras con la finalidad de optimizar el TP y minimizar los riesgos.

Material y métodos: Selección de los pacientes en tratamiento antiviral del VHB sometidos a QT durante el periodo 1 enero 2001-30 abril 2008 mediante el módulo del programa de pacientes externos y de gestión de pa-

cientes ambulatorios de Dominion[®] versión 4.3-Rev 7.07T. Análisis de las historias clínicas Cuantificar las R-VHB (aumento sérico de ADN-VHB y ALT). Búsqueda bibliográfica. Evaluación del cumplimiento de las recomendaciones: Recomendación A (RA). Lamivudina es el fármaco de elección. En pacientes de alto riesgo (cirrosis, niveles de ADN-VHB basal elevado, QT basada en rituximab ó corticoides), intolerancia o resistencia a lamivudina y en el caso de tratamientos a largo plazo (> 12 meses) valorar el empleo de otros fármacos. Recomendación B (RB). Mantener el TP 6 meses tras finalizar QT y no suspender si persisten niveles elevados de ALT ó ADN-VHB. 6. Elaborar un plan de IF mediante diferentes recomendaciones.

Resultados: Se identificaron 11 pacientes portadores del VHB con TP. Uno de ellos se excluyó del estudio por recibir QT en otro hospital. El genotipo de todos ellos fue desconocido. Un 10 % eran mujeres y 90 % hombres. La mediana de edad fue de 59 ± 28,4 años. El 70 % de los pacientes presentaba un tumor hematológico (28,6% mieloma múltiple, 28,6% linfoma no Hodgkin, 28,6% linfoma Hodgkin, 14,3% sarcoma Kaposi, 14,8% linfoma MALT), el 30% un tumor sólido (33,3% adenocarcinoma de próstata, 33,3% carcinoma pulmonar de células grandes, 33,3% adenocarcinoma gástrico). En ninguno de los pacientes con TP se produjo una R-VHB. Dos de los pacientes estuvieron sin TP y tras presentar una R-VHB lo recibieron y se incluyeron en el estudio. La R-VHB conllevó en ambos casos una descompensación hepática y retraso del tratamiento QT. En uno de los pacientes tuvo lugar a los 40 días de acabar 4 ciclos de mitoxantrona+dexametasona y en el otro paciente tras 4 ciclos basados en rituximab. El ajuste a las recomendaciones fue: RA del 80% (100% con buena tolerancia a lamivudina). RB del 90%.

Conclusiones: Se debe incidir en la importancia de un TP adecuado para prevenir riesgos asociados a R-VHB. La mayoría de los TP fueron realizados por el Servicio de Hematología dado que se trata de pacientes con mayor riesgo de R-VHB. Las futuras IF deben ir encaminadas a recomendar el uso de lamivudina como fármaco de elección por su capacidad de disminuir la R-VHB y su buen perfil de tolerancia. Deberían realizarse más estudios en cuanto a la posible relación entre el tiempo de lavado del fármaco QT y tiempo de aparición de R-VHB y de este modo poder realizar recomendaciones sobre la duración óptima del TP.

Conflicto de intereses: Ninguno.

613. Estudio de utilización del oxibato de sodio en la narcolepsia

L. Leunda Eizmendi, O. Valbuena Pascual, E. Esnaola Barrena, A. Aranguren Redondo, K. Andueza Granados e I. Fernández González
Hospital Donostia. Donostia. Guipúzcoa.

Introducción: La narcolepsia es una enfermedad crónica que cursa con somnolencia diurna excesiva que puede acompañarse de cataplejía, alucinaciones hipnagónicas e interrupción del sueño nocturno. La causa es desconocida, aunque todos los pacientes estudiados presentan haplotipos HLA específicos, sugiriendo un origen genético. El mecanismo de acción del oxibato en la cataplejía es desconocido pero modifica la arquitectura del sueño, aumentando el tiempo de sueño nocturno y reduciendo la somnolencia diurna.

Objetivo: Analizar la eficacia subjetiva y aceptación por los pacientes de oxibato de sodio en el tratamiento de la narcolepsia en el Hospital Donostia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes que inician tratamiento con oxibato de sodio desde mayo de 2007 hasta abril del 2008. Los datos se han obtenido de la base de datos de pacientes externos, historias clínicas y un cuestionario de satisfacción personal.

Resultados: 8 pacientes iniciaron tratamiento con oxibato, de ellos 2 abandonaron el tratamiento y no se pudieron evaluar. Los 6 pacientes que continúan, han iniciado el tratamiento con una edad media de 47,5 años (31-68) y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 24,6 años (48-1). Todos son HLA-DR2 positivos y anteriormente han estado en tratamiento con antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y estimulantes del SNC sin conseguir un buen control de los síntomas y con reacciones adversas graves. El diagnóstico de la narcolepsia se hizo con el test de latencia múltiples del sueño, con resultados de latencia media de sueño: 3,2 minutos (1,25-6,25) y latencia REM: 4,5 minutos (1,7-7). En un individuo normal, la latencia de sueño será superior a 10 minutos y no presentara fase REM. El test de Epworth se ha realizado a 2 pacientes con una media de 19 puntos (18-20). El tiempo medio de duración del tratamiento con oxibato es de 5,5 meses (12-1). La dosis de inicio ha sido de 4,5 g/día en todos los pacientes, 4 pacientes mantienen la dosis de inicio, uno

ha subido a 6g/día y otro ha dosis máxima de 9 g/día. Según la percepción subjetiva de los seis pacientes, cuatro han mejorado todos los síntomas de la narcolepsia como son la cantidad e intensidad de los ataques de cataplejía, somnolencia diurna excesiva, interrupción nocturna del sueño y las alucinaciones hipnagónicas. Un paciente no ha notado mejoría en la somnolencia diurna y otro no ha notado mejoría en la interrupción del sueño nocturno. Tres pacientes refieren disminución del apetito con pérdida de peso, dos refieren cambio de sabor de la saliva y otro refiere crisis hipertensivas. Dos pacientes además necesitan modafinilo y clomipramina para controlar los síntomas.

Conclusiones: La narcolepsia es una enfermedad sin tratamiento curativo. Se ha demostrado que el oxibato ha mejorado los síntomas de la narcolepsia, mejorando sustancialmente la calidad de vida de los pacientes en la mayoría de los casos. Cuatro pacientes están todavía con la dosis mínima, por lo que quizás se podrían mejorar los resultados.

Conflicto de intereses: Ninguno.

617. Utilidad de un sistema de gestión de esperas en el análisis y gestión de capacidad de una unidad de atención farmacéutica a pacientes externos

E. Monte Boquet y J.L. Poveda Andrés
Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Objetivo: Analizar la utilidad de la implantación de un sistema de gestión de esperas en el análisis y gestión de capacidad de una Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE).

Material y métodos: Se analiza la información generada durante 8 meses (septiembre 2007 a abril 2008) por un sistema de gestión de esperas (Q-Matic[®]) implantado en una UFPE y se determina el número de pacientes atendidos (relacionado con la carga de trabajo), tiempos de espera (relacionado con la satisfacción del paciente) y los tiempos de atención por paciente (relacionado con la calidad de la atención). Se calcula la media de pacientes atendidos, porcentaje de días en los que se atiende a más de 110, 100 y 90 pacientes, número de pacientes atendidos por tramos horarios, número de pacientes atendidos por día de la semana, tiempo medio y máximo de espera, tiempo de espera por tramos horarios, porcentaje de pacientes que deben esperar menos de 2 y 5 minutos y más de 10 y 20 minutos y porcentaje de pacientes que son atendidos en menos de 2 minutos y entre distintos márgenes de tiempo (2 a 4, 4 a 6, 6 a 8 y 8 a 10 minutos).

Resultados: Se ha incrementado el porcentaje de días en los que se atiende a más de 110, 100 y 90 pacientes (41% vs 25%, 59% vs 50% y 100% vs 80%, respectivamente). La media de pacientes atendidos es significativamente superior entre las 10 y las 13 horas y el día de la semana en que se atiende a menos pacientes es el jueves (diferencia significativa frente a lunes y martes). El menor tiempo de espera de los pacientes se encuentra entre las 9 y las 11 horas. A lo largo del periodo de estudio disminuye el número de pacientes que esperan menos de 2 minutos (19% vs 28%) y 5 minutos (32% vs 45%) y se incrementa el de pacientes que esperan más de 10 minutos (50% vs 38%) y 20 minutos (30% vs 16%). Aproximadamente un 55% de los pacientes es atendido en menos de 2 minutos y un 84% en menos de 4 minutos. A partir de la información generada por el sistema de gestión de esperas, con objeto de reducir el tiempo de espera de los pacientes e incrementar el tiempo dedicado a su atención, se han tomado las siguientes medidas con carácter inmediato: (1) se informa a los pacientes de que si acuden a la UFPE entre las 9 y las 11 horas previsiblemente esperarán menos tiempo hasta ser atendidos; (2) en la medida de lo posible, se citan más pacientes los jueves (también miércoles y viernes); (3) se solicita un refuerzo de plantilla a tiempo parcial (entre las 10 y las 13 horas).

Conclusiones: El sistema de gestión de esperas permite medir el desequilibrio estructural existente entre la demanda y la dotación de recursos y adoptar medidas que contribuyan a mejorar la gestión de la capacidad de la UFPE.

Conflicto de intereses: Ninguno.

625. Incorporación a la consulta de atención farmacéutica de un modelo de predicción de la respuesta viral sostenida en pacientes con hepatitis C genotipo 1

R. Morillo Verdugo, A. Madrazo Berenguer, C. García Collado e I. Montes Escalante
Hospital de Valme. Sevilla.

Objetivos: Analizar la validez y utilidad de incorporar a la consulta de atención farmacéutica un modelo de predicción de la respuesta viral sostenida en pacientes con hepatitis C genotipo 1.

Material y métodos: A partir de las base de datos propia de la Unidad de Enfermedades Digestivas y del programa de dispensación a pacientes externos del Servicio de Farmacia, se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de hepatitis C crónica genotipo 1 que iniciaron tratamiento con interferon pegilado+ribavirina entre mayo y diciembre de 2006, recogiendo la efectividad del tratamiento medida por la obtención o no de la respuesta viral sostenida tras finalizar la terapia. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años y que no hubieran participado en ensayos clínicos durante el periodo de seguimiento. Se excluyeron a aquellos pacientes coinfectados por VIH y con otros genotipos diferentes al 1. A continuación, para todos los pacientes seleccionados, se calculó el índice PreT-SM a partir de la fórmula de Martínez-Bauer y cols para determinar la probabilidad inicial de respuesta al tratamiento con interferon pegilado+ribavirina [PreT-SM = $4,07 + 2,284 (\ln \text{AST/ALT}) - 0,027 (\text{colesterol total}) + 1,353 (\log_{10} \text{RNA-VHCbasal}) + 0,493 (\text{índice de predicción de fibrosis de Forns})$]. Según la fórmula, aquellos pacientes con valores del índice PreT-SM por debajo de 7 están asociados a la obtención de RVS y, a su vez, valores por encima de 9.7 están asociados a la no obtención de respuesta viral sostenida. Los valores entre 7 y 9.7 se consideran como no predictores. Para determinar la validez del índice PreT-SM en los pacientes estudiados se comparó el valor calculado para cada paciente según la fórmula y la efectividad real del tratamiento. Se determinó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo para nuestra población. Los datos necesarios para cumplimentar el estudio se obtuvieron del programa de revisión de analíticas disponible en la intranet del hospital.

Resultados: Finalmente se seleccionaron 59 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Un total de 47 sujetos (79,6%) obtuvieron respuesta viral sostenida y 12 (21,4%) no alcanzaron respuesta. El valor del índice PreT-SM calculado para los pacientes que alcanzaron respuesta mostraba que, teóricamente, 11 pacientes alcanzarían respuesta (valor inferior a 7), 9 sujetos no alcanzarían respuesta (valor superior a 9,7) y 25 pacientes tenían valores intermedios. Igualmente para los pacientes que no alcanzaron respuesta el valor PreT-SM mostraba valores superiores a 9,7 en 9 de ellos y valores entre 7 y 9,7 para el resto. Se determinó una sensibilidad de la prueba del 75,0% y una especificidad del 19,1%. El valor predictivo positivo fue del 81,8% y el valor predictivo negativo del 100%.

Conclusiones: El valor PreT-SM podría servir fundamentalmente para identificar aquellos sujetos con mayor probabilidad basal de no respuesta al tratamiento y de esa manera orientar un mayor esfuerzo de atención farmacéutica en este tipo de pacientes.

Conflicto de intereses: Ninguno.

641. Terapia biológica en psoriasis en placas en cuatro hospitales

O. Ibarra Barrueta, I. Gorostiza Hormaetxe, M. Vilella Ciriza, M. Ibarra Larburu y L. Guisasaola Ron
Hospital de Galdakao-Usansolo. Galdakao. Vizcaya.

Objetivos: Describir las características de uso de biológicos en psoriasis en placas en cuatro hospitales.

Material y métodos: Estudio de prevalencia del uso de biológicos en pacientes con psoriasis en placas en 4 hospitales en diciembre del 2007. La información sobre el paciente, el fármaco empleado y las características de su administración se obtuvo de los registros de farmacia y la historia clínica. Los fármacos que se evaluaron fueron los de dispensación y uso hospitalario, de forma que se excluyó el efalizumab.

Resultados: La recogida de datos se realizó en diciembre del 2007. En total, 59 pacientes con psoriasis estaban en tratamiento con un antiTNF, de los que el 71,19% eran hombres. La edad media de los pacientes era de 49 años (rango: 26-77) y el tiempo medio desde que se les instauró el tratamiento biológico hasta la fecha del estudio fue de 16,23 meses (DE: 7,90). Sólo uno de los pacientes estaba en tratamiento con infliximab y el resto con etanercept. El 48,15% del etanercept correspondía a la presentación de 25 mg; aunque existía una gran variabilidad en el uso de dicha presentación entre los distintos hospitales, variando entre el 25% y el 80%. El consumo de etanercept del servicio de dermatología respecto al total consumido en diciembre del 2007 supone entre el 37,2% y el 56,5%, según el hospital. En relación a la pauta posológica de etanercept, el 48% de los pacientes tenían una dosis semanal de 50 mg (10% en dos tomas semanales y el 38% en una única administración semanal); mientras que el 40% recibía una dosis de 100mg semanales divididos en dos tomas y en cambio, en un 12% de los pacientes la dosis semanal era de 25 mg. Sólo en un caso hubo un cambio

de tratamiento; un paciente al que se le suspendió el etanercept por ineficacia y se le pautó infliximab.

Conclusiones: El biológico más empleado por los servicios de dermatología en el tratamiento de la psoriasis en placas en nuestros hospitales, es el etanercept, suponiendo de un 37 a un 57% del consumo en diciembre del 2007. Se evidencia una gran variabilidad en su uso en relación a las pautas utilizadas. Es de destacar el que el 12% de los pacientes estén tratados con una pauta semanal de 25 mg, cuando la dosificación recomendada es de 2 veces por semana.

Conflicto de intereses: No.

645. Impacto del cese de comercialización de nelfinavir en un hospital de segundo nivel

R. Buló Concellón, V. Vázquez Vela, A. Gil Rodríguez, A. García Rueda, M.J. Huertas Fernández y M.J. Martínez Bautista
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivo: Valorar la repercusión del cese de comercialización de Nelfinavir a nivel de seguridad, adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) y gasto farmacéutico.

Material y métodos: Tras la alerta de retirada de Nelfinavir, emitida por la agencia el 6 de junio de 2007, debido a la contaminación con la sustancia genotóxica mesilato de etilo, el Servicio de Farmacia contactó con los infectólogos del Hospital y se procedió a citar a todos los pacientes en tratamiento con Nelfinavir para la devolución de la medicación al Servicio de Farmacia y el cambio del TAR. En este estudio se ha consultado el historial de estos pacientes a través de la aplicación informática Dóctor.HP, donde se emiten los informes de los pacientes que acuden a consulta, extrayendo del mismo la información sobre efectos adversos y causas de posteriores cambios de tratamiento. Los datos de adherencia se obtuvieron de los registros de dispensación del programa Dipex v2.6 y la diferencia en el gasto entre los nuevos tratamientos y las pautas con Nelfinavir se calculó a partir del programa de gestión. Se diseñó una base de datos para registrar las variables y una tabla de Excel para calcular el gasto.

Resultados: Se detectaron 34 pacientes con Nelfinavir en el momento de la alerta. 31 pacientes (91,2%) recibían una pauta que incluía 2 análogos de nucleósidos+Nelfinavir, de ellos 13 recibían Lamivudina+Zidovudina+Nelfinavir, 14 Lamivudina+Estavudina+Nelfinavir, 4 Zidovudina+Didanosina+Nelfinavir; 1 Lamivudina+Efavirenz+Nelfinavir y 2 Tenofovir+Nevirapina+Nelfinavir. En 21 pacientes (61,8%) se sustituyó Nelfinavir por otro inhibidor de la proteasa (IP), 12 pasaron a la combinación Emtricitabina/Tenofovir+IP y 1 a Lamivudina/Abacavir+IP. La media de los nuevos TAR fue 6 formas farmacéuticas/día frente a las 13 de los anteriores. El IP sustitutivo fue Saquinavir en 18 pacientes, Lopinavir en 10, Fosamprenavir en 5 y Atazanavir en 1. No se detectaron efectos adversos distintos a los habituales para estos tratamientos, en 9 se realizó un segundo cambio de TAR (1 caso de Hipersensibilidad a Abacavir inmediato y el resto por resistencias al cabo de los meses). Adherencia: 19 pacientes se mantuvieron igual, 8 (23,53%) pasaron de buenos cumplidores (> 90%) a irregulares, 2 de buena a mala, 1 de irregular a mal cumplidor, 2 mejoraron y en 2 no se pudo seguir porque fallecieron por causas ajenas a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El coste de las pautas con Nelfinavir para los 34 pacientes suponía un total de 270.437,63 €/año mientras que el del tratamiento sustitutivo ha sido 274.042,23 €.

Conclusiones: Gracias al amplio arsenal terapéutico disponible actualmente para el tratamiento de la infección por VIH el cese de la comercialización de Nelfinavir no ha supuesto un problema a la hora de su sustitución. No se han detectado efectos adversos importantes (excepto el caso de hipersensibilidad) ni diferentes de los conocidos. En la mayoría la adherencia al TAR se ha mantenido igual, sin embargo en un porcentaje importante ha disminuido a pesar del menor número de formas farmacéuticas. El coste del tratamiento ha sufrido un leve incremento pero no se ha considerado importante.

Conflicto de intereses: Ninguno.

652. Análisis de la dispensación de fármacos modificadores de la esclerosis múltiple en la consulta de pacientes externos

S. Cortés de Miguel, F. Rodríguez Lucas, M.J. Vergara Pavón, A. Salmerón García, I. Vallejo Rodríguez y J. Cabeza Barrera
Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos: Describir la dispensación de fármacos dirigidos al tratamiento de la Esclerosis Múltiple en la unidad de pacientes externos de un hospital de tercer nivel durante los años 2005-2007 ambos incluidos.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de todas las dispensaciones de fármacos modificadores de la Esclerosis Múltiple a través del programa informático de pacientes externos durante el periodo de Enero 2005-Diciembre 2007 ambos inclusive. Para ello se introdujeron como variables del estudio:

- Número total de pacientes y prevalencia de cada sexo.
- Porcentaje de pacientes con cada uno de los fármacos dispensados.
- Número de pacientes que durante la terapia sufrieron cambio de tratamiento.
- Cuáles son las Especialidades Farmacéuticas que fueron modificadas y porcentaje de las mismas.
- Coste total y coste medio por paciente.

Resultados: A lo largo del período del estudio se han registrado en la consulta un total de 172 pacientes, de los cuales, un 69,77% fueron mujeres y el 30,23% restante, hombres. En cuanto al porcentaje de pacientes con cada una de las Especialidades Farmacéuticas dispensadas, ordenadas por orden de frecuencia fueron: Rebif 44 mcg jer. = 39,80% > Avonex 30 mcg vial = 20,92% > Copaxone 20 mg jer. = 15,31% > Betaferon 8 MUI iny = 13,26% > Rebif 22 mcg jer. = 10,71%. Los pacientes que sufrieron cambio de tratamiento, tras fracaso o intolerancia de la terapia inicial, fueron 24, que suponen un 13,95% del total de pacientes. En relación a las Especialidades Farmacéuticas que más frecuentemente fueron modificadas son: Avonex 30 mcg vial = 45,83% > Rebif 22 mcg jer = 20,83% > Copaxone 20 mg jer = 12,5% siendo las tres sustituidas por Rebif 44 mcg y otros cambios consistieron en el paso de Copaxone 20 mg jer a Avonex 30 mcg vial en un 12,5% seguidos del paso de Avonex 30 mcg vial a Rebif 22 mcg jer y Copaxone 20 mg jer a Betaferon 8 MUI iny ambas Especialidades reemplazadas en un 4,17%. Con respecto al coste total de medicamentos durante el periodo del estudio fue de 4.636.299,62 € con 26.955,23 € de coste medio por paciente.

Conclusiones: Aproximadamente un 70% de los pacientes que recogieron medicación durante este estudio son mujeres, que confirma la prevalencia de la mujer en la Esclerosis Múltiple, donde el doble de casos se presentan en el sexo femenino. El fármaco más frecuentemente dispensado fue Rebif 44 mcg jer con un porcentaje de 39,80% seguido de Avonex 30 mcg vial y Copaxone 20 mg jer con un 20,92% y 15,31% respectivamente. Las Especialidades Farmacéuticas que sufrieron mayor modificación durante la terapia son: Avonex 30 mcg vial = 45,83%, Rebif 22 mcg jer = 20,83% y Copaxone 20 mg jer = 12,5% y las tres fueron sustituidas por Rebif 44 mcg.

Conflicto de intereses: Ninguno.

654. Respuesta al retratamiento en pacientes con hepatitis C no respondedores

N. Garrido Peño, T. Molina García, N. Ibáñez Heras, B. Hernandez Muniesa, I. García Bermejo y M. Arteta Jiménez
Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid.

Introducción: El tratamiento actual de la hepatitis crónica por el virus C (HCC), consistente en interferón alfa pegilado (PEG-INF α) más ribavirina (RBV), consigue una respuesta virológica sostenida global en un 55% de pacientes. El 45% restante se denominan "no respondedores". Este término define a pacientes no respondedores, a recidivadores y a los que recibieron tratamiento subóptimo. El retratamiento de estos pacientes logra un 10-20% de RVS. Aquellos con factores predictores de buena respuesta podrían beneficiarse de un segundo tratamiento.

Objetivos: Describir el tipo de tratamiento y la respuesta obtenida en los pacientes con HCC retratados en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo retrospectivo desde enero 2002 a abril 2008. Población de estudio: pacientes con HCC que han recibido más de un ciclo de tratamiento. Fuentes de datos: programa de dispensación a pacientes externos, programa de análisis microbiológico del hospital, historias clínicas. Datos recogidos: edad, género, genotipo, tratamientos recibidos y duración, determinaciones cuantitativas y cualitativas de RNA VHC mediante PCR en las semanas 0, 24, 48, 72. Se han clasificado los pacientes en función del tipo de respuesta al tratamiento. Tipos de respuesta al tratamiento: No Respuesta (NR) (ARN VHC positivo al final del tratamiento), Respuesta Virológica Tardía (RVT) (ARN VHC positivo en la semana 12 de tratamiento pero con un descenso de al menos 2 logaritmos respecto al valor basal y negativo en la semana 24) Respuesta Final del Tratamiento (RFT) (ARN VHC negativo al final del tratamiento), Respuesta Virológica Sostenida (RVS) (ARN VHC negativo a los 6 meses de finalizar el tratamiento).

Resultados: 41 pacientes, de 348 tratados para HCC, han recibido más de un ciclo de tratamiento (12%), siendo un 83% hombres. Distribución del genotipo viral: Genotipo 1: 34 (82,93%), genotipo 2: 1 (2,44%), genotipo 3: 3 (7,32%), genotipo 4: 1 (2,44%), sin determinar: 2 (4,88%). Primer ciclo de tratamiento (n = 41): La totalidad de los pacientes recibió terapia combinada con INF α (estándar o pegilado) más RBV a dosis convencionales. 21 (51,22%) pacientes no alcanzaron RVT, 14 (34,15%) alcanzaron RFT pero recidivaron, y en 6 (14,63%) no se pudo objetivar. Segundo ciclo de tratamiento (n = 41): 14 (34,15%) pacientes recibieron el mismo tratamiento, 19 (46,34%) cambiaron de PEG-INF α 2b a PEG-INF α 2a, 5 (12,19%) pasaron de INF α 2b a PEG-INF α , 2 (4,87%) de PEG-INF3a2a a PEG-INF α 2b y 1 (2,44%) monoterapia con PEG-INF α 2a. 15(36,58%) pacientes no alcanzaron RVT, 5 (12,19%) continúan en tratamiento con respuesta virológica, 10 (24,39%) obtuvieron RFT pero 5 (12,19%) recidivaron, 9 (21,45%) han alcanzado RVS, y en 2 (4,88%) no se pudo objetivar. Tercer ciclo de tratamiento (n = 8): 3(37,50%) pacientes recibieron el mismo tratamiento, 3(37,50%) cambiaron de PEG-INF α 2b a PEG-INF α 2a y 2 (25,00%) pasaron de PEG-INF α 2a a PEG-INF α 2b. 1(12,50%) paciente no alcanzó RVT, 3 (37,50%) obtuvieron RFT, 2 (25,00%) continúan en tratamiento con respuesta virológica y 2 (25,00%) han alcanzado RVS. Del total de pacientes retratados, un 26,83% han obtenido RVS y un 36,58% son susceptibles de alcanzarla.

Conclusiones: Un porcentaje importante de los pacientes retratados obtiene o es susceptible de alcanzar RVS. Podrían plantearse otras alternativas al tratamiento actual en determinados pacientes que a pesar de ser retratados no responden.

Conflicto de intereses: Nada que declarar.

656. Tratamiento con micofenolato de mofetilo del síndrome nefrótico

A. Smits Cuberes, M. Sánchez Gili, P. Sanmartín Fenollera y M. Pérez Encinas

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid.

Objetivo: Analizar la utilización de Micofenolato de Mofetilo (MMF) en el tratamiento del Síndrome Nefrótico (SN).

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de utilización de MMF en el tratamiento de pacientes con SN entre abril de 2001 y abril de 2008. Fuentes de información utilizadas: registro de solicitudes de tratamientos "Uso Compasivo" y la aplicación informática de dispensación a pacientes externos del Servicio de Farmacia, además de la historia clínica informatizada. Se recogieron datos demográficos, analíticos (albuminemia, proteinuria, creatininuria), información sobre tratamientos previos, y posología, duración, fármacos asociados y efectos adversos del tratamiento con MMF al inicio del estudio, a los 6 y 12 meses del tratamiento. La respuesta al tratamiento fue evaluada en función del Índice proteinuria/creatinina (P/C) en orina: Remisión Completa (RC) si índice < 0,3, Remisión Parcial (RP) entre 0,3 y 2,9 y Fracaso Terapéutico (FT) si \geq 3. En cuanto a la albuminemia el rango normal considerado fue 3,5-5,2 g/dl. Las medias fueron comparadas mediante la t-student para datos pareados (SPSS v 16.0).

Resultados: 33 pacientes (25 mujeres) de edad media 37,9 (22-74) años, iniciaron tratamiento con MMF durante el período estudiado. Respecto a la etiología: 19 Lupus Eritematoso Sistémico, 3 Nefropatías de Cambios Mínimos, 3 Glomeruloesclerosis Segmentaria Focal y 8 Glomerulonefritis Mesangiocapilar. El 63,6% de los pacientes recibió previamente corticoides e inmunosupresores (ciclofosfamida, ciclosporina, azatioprina y metotrexato) y el resto únicamente corticoides. La dosis inicial de MMF, asociado a corticoides en pauta descendente, fue 250 mg/12 h, incrementándose a 1000 mg/12h en el 81,8% de los pacientes, y alcanzando 1500 mg/12h en un 30,3%. La duración media de tratamiento fue de 47 (4-84) meses. 28 pacientes permanecieron al menos 6 meses en tratamiento, con descenso significativo del Índice P/C de 1,56 a 1,00 (t = 2,267, IC 95%, p = 0,032). Este grupo pasó de una situación inicial de FT en el 14,29%, RP en 60,72% y RC en 25% a obtener un 3,58% de FT, 42,86% de RP y 53,57% de RC. El 60% de los pacientes con hipoalbuminemia normalizó sus valores. 17 pacientes cumplieron 12 meses de tratamiento, con descenso significativo del Índice P/C de 1,24 a 0,54 (t = 3,191, IC 95%, p = 0,006). En este grupo al inicio, el 5,88% se encontraban en FT, el 76,47% en RP y el 17,65% en RC y tras 12 meses, ningún FT, 56,3% en RP y 43,7% con RC. Entre los pacientes con hipoalbuminemia, el 87,5% normalizó los valores. En los 33 casos inicialmente estudiados la terapia se interrumpió en el 18,18% por FT, 12,12% por reacciones adversas (anemia normocítica normocrómica, leu-

copenia, prurito intenso y dolor abdominal fuerte) y un paciente por precisar tratamiento antineoplásico. Actualmente el 63,6% de los pacientes continúa con tratamiento.

Conclusiones: El MMF se muestra como una alternativa eficaz y segura en el SN, como terapia de inducción y como mantenimiento de la remisión. El diseño del estudio no permite concretar su papel en la terapéutica del SN, es preciso esperar resultados de Ensayos Clínicos actualmente en marcha.

Conflicto de intereses: Ninguno.

658. Perfil de uso de nuevos antirretrovirales en pacientes VIH

I.M. Amor Ruiz, R. Ruano Camps, A.B. Morillo Mora y M.A. Castaño Carracedo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Objetivos: Analizar la utilización de los nuevos antirretrovirales introducidos progresivamente en la terapéutica en los últimos meses (Etravirina, Raltegravir y Maraviroc) en pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Evaluar la efectividad de los nuevos fármacos valorando la respuesta virológica e inmunológica.

Método: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a los pacientes que desde junio 2007 a abril 2008 comenzaron Terapia Antirretroviral (TAR) con etravirina, raltegravir y/o maraviroc. Los datos se recogieron de las historias clínicas y del programa de Dispensación a Pacientes Externos. El perfil de uso se valoró mediante el número de terapias previas, TAR antes y TAR posterior al cambio de tratamiento (TAR activo). La efectividad se midió según CD4 y carga viral (CV) antes y después del TAR activo.

Resultados: De 1.013 pacientes activos, 12 pacientes (1 mujer y 11 hombres) de 41,7 ± 11,1 años recibieron tratamiento con los fármacos evaluados: 9 pacientes multiresistentes a las tres familias de antirretrovirales. 2 por persistencia de nódulos subcutáneos dolorosos tras la administración de enfuvirtide a pesar de haber logrado un aceptable control inmunológico y virológico. 1 paciente trasplantado hepático para evitar interacciones inmunosupresores-antirretrovirales. El número promedio TAR previas fue de 12,5 ± 3,4. La distribución por terapias antes del cambio de tratamiento fue: a) Terapia triple (7 pacientes): 5 con 2ITIAN+1IP/r; 1 con 2ITIAN+1ITINN; 1 con 2ITIAN+1IF.

b) Terapia cuádruple (4 pacientes): 2 con 3ITIAN+1IP/r; 2 con 2ITIAN+1IP/r+1IF.

c) Terapia quintuple (1 paciente): 3ITIAN+1IP/r+1IF.

Antes de iniciar la terapia activa, 3 pacientes se trataron con lamivudina y 1 con emtricitabina en monoterapia, con el objetivo de mantener la mutación M184V y disminuir la capacidad replicativa viral. La distribución por terapias activas fue:

a) Terapia triple (1 paciente): 2ITIAN+1Inhibidor Integrasa (Trasplante Hepático).

b) Terapia cuádruple (5 pacientes): 3 con 2ITIAN+1ITINN+1IP/r; 1 con 2ITIAN+1IP/r+1Inhibidor Integrasa; 1 con 1ITINN+1IP/r+1Inhibidor Integrasa+1Antagonista CCR5.

c) Terapia quintuple (3 pacientes): 1 con 3ITIAN+1ITINN+1IP/r; 1 con 2ITIAN+1ITINN+1IF+1Inhibidor Integrasa; 1 con 2ITIAN+1IP/r+1Inhibidor Integrasa+1Antagonista CCR5.

d) Terapia séxtuple (3 pacientes): 2 con 2ITIAN+1ITINN+1IP/r+1Inhibidor Integrasa+1Antagonista CCR5; 1 con 3ITIAN+1ITINN+1IP/r+1IF.

Destacar que 5 pacientes estuvieron tratados con Etravirina; 3 con Etravirina, Raltegravir y Maraviroc; 2 con Raltegravir; 1 con Raltegravir y Etravirina; 1 con Raltegravir y Maraviroc. Como resultados promedio de CD4 y CV previos al cambio de tratamiento se encontraron 264 ± 184 células/microlitro y 5,05 ± 0,18 log, respectivamente. Tras 69 ± 36 días después de haber comenzado el TAR activo las cifras de CD4 y CV fueron 328 ± 228 células/microlitro y 3,83 ± 0,39 log (Reducción de CV 1,22 ± 0,21 log). (En TAR activo se disponen de datos de CD4 para 8 pacientes y datos de CV para 9, de ellos 5 alcanzaron CV indetectable).

Conclusión: Los nuevos fármacos antirretrovirales comercializados logran control virológico e inmunológico en pacientes multiresistentes y son una alternativa para mejorar la seguridad en pacientes con efectos adversos a los fármacos habituales. Con la disponibilidad concomitante de estos tres nuevos fármacos, la estrategia de rescate se modifica notablemente. Además raltegravir, por su vía de metabolización, evita interacciones en caso de pacientes trasplantados en tratamiento con terapia inmunosupresora.

Conflicto de intereses: Ninguno.

666. Efectividad y seguridad del tratamiento con anti-TNF en pacientes con espondilitis anquilosante

I. Varela, H. Navarro, C. Serrano, C. Vicente, E. Soler y E. Picaza
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivo: Estudio observacional retrospectivo que analiza la efectividad y seguridad del tratamiento con anti-TNF en pacientes con espondilitis anquilosante (EA).

Material y métodos: Se incluyen pacientes que reciben tratamiento con anti-TNF a fecha de febrero de 2008 excluyendo aquellos con menos de 3 meses de tratamiento. Se recogen datos demográficos, tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad, tiempo en tratamiento con anti-TNF, HLAB27, clasificación según afectación de la enfermedad, tipo de tratamiento anti-TNF y asociación con metotrexato (MTX). La efectividad se valora con la medida de Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), disminución de la dosis de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR). Para medir la tolerancia se recogen los efectos adversos descritos en la historia clínica y datos bioquímicos de hemoglobina, neutrófilos, ALT y AST. Para el análisis estadístico se utiliza el programa SPSS 12.

Resultados: Se analizaron 18 pacientes, 14 hombres, edad media de 47 años (25-75), 15 años (1-39) de media desde el diagnóstico de la enfermedad y una media de 27 meses (7-82) en tratamiento con terapia anti-TNF. Son HLAB27 positivo un 88% de pacientes, 53% presentan afectación axial, 20% afectación periférica y ambas un 27%. La primera línea anti-TNF utilizada fue: 44% infliximab, 28% etanercept y 28% adalimumab. Se asocian con MTX en un 35% de los pacientes. Los valores medios basales de BASDAI y BASFI fueron de 6,36 (4,00-9,30) y 5,16 (0,60-8,80) respectivamente, a los 3 meses de tratamiento el valor de BASDAI es 3,74 (0,89-8,00) y el valor de BASFI es 3,61 (0-9,20) suponiendo una disminución significativa ($p < 0,05$) en el valor de BASDAI que se mantiene durante el tratamiento. A lo largo del tratamiento un 60% de los pacientes disminuyen la dosis necesaria de AINE. Se obtiene una VSG menor de 10 mm/hora en un 50% de los pacientes y normalización del valor de PCR (PCR < 10mg/l) en un 87,5%. Respecto a la tolerancia, 3 pacientes que inician el tratamiento con infliximab cambian de tratamiento anti-TNF (1 hipersensibilidad, 1 pérdida de efectividad y 1 preferencia del paciente). La reacción adversa más frecuente recogida en las historias está relacionada con la perfusión de infliximab. A lo largo del tratamiento no se produce modificación en los valores de hemoglobina, ALT y AST. En relación al porcentaje de neutrófilos se observa una disminución del valor medio de 65 (53-82) a un 54 (38-72) a los 3 meses.

Conclusiones: El anti-TNF más utilizado para el tratamiento de la EA es el infliximab. Con el tratamiento anti-TNF se obtiene una disminución mayor de 2 puntos en el BASDAI y una disminución de dosis de AINE en el 60% de los pacientes. No se produce alteración de importancia clínica en los parámetros bioquímicos durante el tratamiento.

Conflicto de intereses: No hay conflicto de intereses.

672. Efectividad y seguridad de terapias antirretrovirales que incluyen darunavir

C. Serrano, H. Navarro, I. Varela, N. Serrano, V. Alonso y J.M. Real
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos: Estudio observacional retrospectivo que analiza la efectividad, seguridad y adherencia de terapias antirretrovirales (TAR) que incluyen darunavir (DRV) potenciado con ritonavir (RTV) a dosis bajas, en pacientes VIH multitratados y con limitadas opciones de tratamiento.

Métodos: Se incluyen los pacientes VIH que inician tratamiento con darunavir de mayo de 2006 a marzo de 2008 y que mantienen la terapia un mínimo de 12 semanas. Se recogen los datos demográficos de los pacientes, tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad, tiempo en tratamiento con TAR, tratamientos anteriores, estudio de resistencias previo al inicio del tratamiento con darunavir y TAR con el que se asocia darunavir. La efectividad se calcula a partir de la carga viral (CV) a las 0, 12 y 24 semanas, se mide la variación en el número de linfocitos CD4 a las 0, 12 y 24 semanas. La tolerancia se evalúa con los efectos adversos y parámetros bioquímicos como: glucemia, ALT, AST, colesterol total (Ct), LDL-colesterol, triglicéridos (TG), amilasa, lipasa, Cr sérica a las 0, 12 y 24 semanas y la adherencia a través de las dispensaciones desde el Servicio de Farmacia.

Resultados: Se dispensó darunavir a 10 pacientes, 8 hombres, media de edad 44 años (37-55), tiempo desde el diagnóstico de la infección: mediana

16 años (8-23). La mediana de duración del TAR con darunavir fue de 7 meses (3-21). La mediana de líneas de tratamiento recibidas previamente fue 11 (9-17), en 8 de los pacientes se disponía de estudio de resistencias previo al inicio del tratamiento con darunavir, de éstos 7 tenían resistencia a los IPs disponibles. El tratamiento se asocia a otros antirretrovirales (AR), incluyendo T-20 un 70% y/o etravirina un 50%. Se obtuvo CV < 400 copias/ml a las 12 y 24 semanas en un 90,0% y 87,5% de los pacientes respectivamente, y CV < 50 copias/ml a las 12 y 24 semanas en un 70,0% y 75,0% de los pacientes. La media de linfocitos T-CD4 basales fue 372 células/mm³ (100-1030) y 321,25 células/mm³ (30-890) a las 12 y 24 semanas, con un incremento medio de 92,50 células/mm³ (0-290) a las 24 semanas. No se producen abandonos de tratamiento por intolerancia, ni se describen efectos adversos de relevancia clínica. Respecto a los parámetros bioquímicos, no se produce modificación en las transaminasas, glucemia, creatinina ni en el perfil lipídico durante el tratamiento. La adherencia fue superior al 95% en un 90% de los pacientes.

Conclusiones: La inclusión en la terapia antirretroviral de darunavir es una opción terapéutica efectiva en pacientes multitratados, obteniéndose CV indetectables en un alto porcentaje de pacientes. La tolerancia es buena, no se observan cambios significativos en el perfil lipídico, ni en las transaminasas a las 24 semanas de tratamiento. La adherencia es muy buena a pesar de ser pacientes con un amplio número de líneas de tratamiento previas. No hay conflicto de intereses.

695. Respuesta clínica a rituximab en pacientes con fracaso a anti-TNF

A. Porta Sánchez, M. Lema Oreiro, M. Freire González e I. Martín Herranz
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivo: Determinar la eficacia y seguridad de rituximab en pacientes con artritis reumatoide (AR) activa tras fracaso a terapias antiTNF en la práctica clínica asistencial.

Material y método: Estudio retrospectivo observacional. Criterios de inclusión: pacientes con AR activa a tratamiento con rituximab tras fracaso a terapia con antiTNF (adalimumab/etanercept/infliximab). Fuentes de datos: programas informáticos de registro de pacientes a tratamiento con terapias antiTNF, historia clínica, programa de dispensación a pacientes externos (DIPEX), programa de gestión de tratamiento oncohematológico (ONCOFARM v2006.0.1.2). Datos: datos demográficos, características clínicas, tratamientos biológicos recibidos, fecha de inicio, causa y fecha de suspensión, DAS28 basal y a las 24 semanas. La respuesta clínica a rituximab se determinó según criterios de mejoría EULAR a las 24 semanas del inicio de cada ciclo.

Resultados: Doce pacientes iniciaron terapia con rituximab. Edad media: 56 años (rango: 30-68), sexo femenino 11/12 pacientes; factor reumatoide positivo en 7 pacientes. El 50% de los pacientes recibió terapia previa con dos antiTNF y el 50% restante con un único antiTNF [infiximab (10), adalimumab (6), etanercept (2)]. La duración media del tratamiento antiTNF fue de 44,4 meses/paciente. Hasta la fecha, se ha podido evaluar la respuesta clínica a rituximab en 6 pacientes. Los 6 restantes serán evaluados en los 4 meses próximos (periodo en el que se cumplen 24 semanas del primer ciclo con rituximab). La mediana del DAS28 basal al instaurar tratamiento con rituximab era 6,09 ± 0,67. A las 24 semanas se observó un descenso del DAS28 a 4,83 ± 1,47. La respuesta según criterios EULAR fue buena/moderada en el 66,6% de los pacientes (4/6) a las 24 semanas, presentando un paciente baja actividad de la enfermedad (DAS28 3,04). El retratamiento con rituximab se produjo en 4/6 pacientes (de estos cuatro, dos recibieron también un tercer ciclo). La mediana del tiempo de retratamiento fue de 7,5 meses (4-10 meses). La eficacia del segundo ciclo sólo ha podido valorarse en 3 pacientes. A las 24 semanas un paciente entró en remisión (DAS28 < 2,6), que se mantuvo tras el tercer ciclo, y los dos pacientes restantes no mostraron respuesta (se inició un tercer antiTNF en 1 paciente). En cuanto a los pacientes que no recibieron retratamiento con rituximab, uno mantiene la respuesta alcanzada (mejoría moderada) tras 26 semanas del inicio de tratamiento; el otro inició terapia con un tercer antiTNF. En cuanto a seguridad, ningún paciente experimentó reacciones adversas en el periodo de seguimiento. No se comunicaron reacciones relacionadas con la infusión.

Conclusiones: En la práctica clínica, un ciclo de rituximab ha mostrado eficacia en el 66% de los pacientes con AR activa y severa, tras fracaso a terapia antiTNF, induciendo respuesta buena o moderada según criterios EULAR. A pesar del limitado tamaño de la muestra, los resultados obtenidos están en concordancia con los publicados en la literatura. Rituximab mostró buena tolerancia en todos los pacientes tratados.

Conflicto de intereses: Ninguno.

699. Descripción del perfil de usuario de internet y calidad de las web disponibles para pacientes con esclerosis múltiple

I. Montes Escalante, C. Carrascosa Rodríguez, R. Morillo Verdugo, C. García Collado y B. Dorantes Calderón
Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Objetivos: Describir la demanda de información electrónica de pacientes con esclerosis múltiple (EM) que acuden al Servicio de Farmacia. Analizar la calidad de las páginas web disponibles respecto a un programa de acreditación adaptado.

Material y métodos: Se diseñó una encuesta para conocer el uso de Internet y la demanda de información sobre medicamentos y patologías. Durante el mes de abril de 2008 se encuestó de forma aleatoria, a pacientes diagnosticados de EM que acudieron al Servicio de Farmacia a recoger medicación. Para analizar la calidad de las páginas web con información relacionada con la EM se adaptó la encuesta del "Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias" de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, consistente en 74 preguntas distribuidas en 3 áreas (derechos de los usuarios, gestión de la información, contenidos sanitarios y prestaciones de servicios). Se hizo una búsqueda en Google usando los términos "esclerosis múltiple" y se seleccionaron los diez primeros enlaces. Las páginas web detectadas tras la encuesta y los enlaces seleccionados por la búsqueda en Google fueron analizados mediante el cuestionario de calidad adaptado.

Resultados: Se realizaron 28 encuestas (30% del total de pacientes atendidos con EM). El 68% de los encuestados eran los propios pacientes (mediana de edad 36 años), el resto familiares. Nivel de estudios bachillerato o superior: 61%. Disponibilidad de Internet en casa: 64%. Uso de internet más de una vez por semana: 57%, con necesidad de ayuda: 29%. Ha buscado información sobre medicamentos o la enfermedad: 61%. Ha usado google como motor de búsqueda: 36%, el resto no lo recuerda. Sólo un encuestado facilitó una dirección de Internet en la que había buscado información. Todos están interesados en conocer las conclusiones de este estudio. La mitad de las web analizadas fueron de sociedades o federaciones relacionadas con la patología. Obtuvieron más del 50% en la puntuación final 7 webs. Adecuación a algunos de los ítems: identificación del material no publicado (0%), especificación del peso de los ficheros a descargar (0%), advertencia del abandono de la página para enlazar con otra (0%), descripción del responsable del manejo de la información personal (10%), cualificación del autor de las recomendaciones (20%), posibilidad del usuario para recibir respuestas del responsable de la página web (30%), aviso de precauciones para usuarios no expertos (40%), declaración de que "la información proporcionada ha sido planteada para apoyar, no reemplazar, la relación que existe entre un paciente/visitante de este sitio web y su médico" (40%), información sobre la fuente de financiación (40%), identificación de los anuncios con la palabra "publicidad" (50%), fechas de actualización/visión de los documentos (50%), identificación del procedimiento utilizado para seleccionar contenidos (50%) y descripción clara de la fuente de los contenidos de información (60%).

Conclusiones: La demanda de uso de Internet como herramienta en la búsqueda de información es elevada. La calidad de las páginas web analizadas es alta, cumpliendo un 70% de los ítems del cuestionario adaptado. Estos resultados deben ser confrontados con un estudio más amplio, pues sólo se han analizado diez páginas webs.

Conflicto de intereses: Nada que declarar.

715. Análisis de la terapia antirretroviral en adultos VIH de un hospital de tercer nivel

M.P. Bachiller Cacho, G. Lopez Arzoz, E. Esnaola Barrera, O. Valbuena Pascual, I. Fernandez Gonzalez y E. Rojas Cobos
Hospital Donostia. Donostia. Gipúzcoa.

Objetivo: Analizar la terapia antirretroviral (TAR) de los pacientes VIH controlados en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los tipos de TAR a fecha 1 de enero de 2008. Los datos se han obtenido de los registros de dispensación informatizados en el Servicio de Farmacia.

Resultados: 1.052 pacientes adultos VIH recibían TAR a fecha 1 de enero de 2008. El tipo de terapia prescrita era monoterapia en 11 (1,04%) casos, doble terapia en 37 (3,5%), triple en 956 (90,8%), cuádruple en 41 (3,9%), quintuple terapia en 6 (0,6%) y septuple en 1 (0,09%). Se han observado 159 terapias diferentes con 20 principios activos, 3 de ellos sin comercializar (raltegravir, maraviroc, etravirina). No ha habido terapias con zalcitabina, amprenavir y nelfinavir. La combinación TAR más frecuente ha sido

dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido/nucleótido (ITIAN) más un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido (ITINAN), con 477 pacientes (45,3%), seguido de dos ITIAN más un inhibidor de proteasa (IP), con 246 (23,4%) y de 3 ITIAN, con 174 (16,5%). El 35,8% (377) recibían terapia con IP y de estos 362 se trataban con 2 IP, uno de ellos como potenciador. El IP más utilizado ha sido lopinavir/ritonavir. Las TAR más frecuentes han sido Abacavir-Lamivudina-Zidovudina (Trizivir®), prescrita en 164 pacientes (15,6%), seguida de Tenofovir-FTC-Efavirenz en 115 pacientes (10,9%), después Tenofovir-3TC-Efavirenz en 98 pacientes (9,3%) y Abacavir-3TC-Efavirenz en 89 pacientes (8,4%). Estas terapias de simplificación representan el 44,3% del total de los tratamientos. Todos los pacientes recibían terapia oral y 5 de ellos realizaban terapia subcutánea con el inhibidor de la fusión T-20. La mayoría de los pacientes 650 (61,8%) realizaban 2 tomas diarias, 399 (37,9%) una toma/día y 3 (0,28%) tres tomas/día. 374 (35,5%) pacientes tomaban 2 formas farmacéuticas seguido de 159 (15%) pacientes que tomaban 5.

Conclusiones: La terapia antirretroviral más frecuente en los pacientes VIH de nuestro hospital era 2 ITIAN+ 1 ITINAN. Las terapias de simplificación representan el 44,3% de los TAR analizados y la mayoría de los pacientes (99,7%) realizan 1 o 2 tomas.

Conflicto de intereses: Ninguno.

727. Nuevo tratamiento del carcinoma conjuntival intraepitelial: interferón α -2b

M.J. López Otero, C. Moreno García, J.J. Varela Correa, P. Neira Blanco, J. Arias Delgado y C. Padrón Gil
Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

Introducción: La neoplasia intraepitelial de la córnea y conjuntiva, designa enfermedades tumorales confinadas en el epitelio de la superficie ocular que son poco frecuentes y mal delimitadas, que pueden degenerar en carcinoma de células escamosas. Los factores de riesgo para el desarrollo del carcinoma intraepitelial conjuntival (CIN), se asocian a productos petrolíferos, radiación ultravioleta, tabaco e infecciones virales como el papiloma virus VHP y el VIH. El tratamiento de elección es la excisión local, sin embargo es muy frecuente que los bordes se encuentren infiltrados lo que hace necesario utilizar tratamientos coadyuvantes tópicos. Entre los diferentes tratamientos para evitar la aparición de recurrencias están la mitomicina C tópica, 5-fluorouracilo tópico, interferón α -2b tópico (actualmente no tiene la indicación aprobada para su empleo en CIN, por tanto es necesario solicitar al Ministerio de Sanidad por uso compasivo).

Objetivo: Valorar la eficacia y la seguridad del colirio de interferón α -2b.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de un año de duración de dos pacientes tratados con colirio de interferón α -2b. Se realiza una revisión de las historias clínicas recogiendo datos clínicos, posológicos, de duración de tratamientos, efectos adversos y seguimiento fotográfico de la evolución de las lesiones. Para la elaboración del colirio se procedió a la bibliografía actual y según las recomendaciones del Real decreto 175/2001 de correcta elaboración se realiza un protocolo normalizado de trabajo (PNT) y un prospecto normalizado.

Resultados: Incluimos dos pacientes con edades de 78 y 79 años, diagnosticadas de carcinoma epidermoide intraepitelial en 2007. Debido al tamaño del tumor la primera opción de tratamiento fue Mytomycin 0,02% colirio 4 veces al día, con el que se obtuvo una mejoría clínica con disminución del tamaño del tumor. Tras varios meses de tratamiento el tumor evolucionó aumentando de tamaño por lo que se decide subir la dosis de Mytomycin 0,04% 4 veces al día, la cual no fue tolerada debido a la aparición de irritación ocular. En este momento se valora la posibilidad de tratamiento con Interferón α -2b por vía tópica 4 veces al día, se tramita autorización al Ministerio de Sanidad por la vía del uso compasivo. Una vez autorizada se inicia tratamiento. En el seguimiento del paciente se observa una clara mejoría con disminución de la hiperemia y vascularización del tumor, tras dos meses de iniciado el tratamiento. Para la elaboración del colirio se realizaron los controles que se exigen en la Real Farmacopea Española de esterilidad (mediante los controles microbiológicos que se especifican en la misma), transparencia, isotonicidad y pH.

Conclusiones: El uso de interferón 3a-2b por vía tópica se convierte en una buena alternativa al tratamiento de CIN, dada la mejoría experimentada por los pacientes tratados y la no aparición de efectos secundarios. Sin embargo el alto coste de su preparación y las incomodidades generadas por su distribución aconsejan usarlo sólo cuando otros tratamientos no hayan sido eficaces. El disponer de un área de elaboración nos permite obtener productos

de calidad y resolver lagunas terapéuticas que de otra forma no podrían ser abordadas.

Conflicto de intereses: Ninguno.

733. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH que experimentan "blips"

E. Atienza Gil, R. Mariscal Vázquez, J. Hidalgo Cabrera, A. Fernández Palomino, P. Gómez Germá y M.T. Gómez de Travedo y Calvo
Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Objetivos: Analizar la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH que presentan un repunte transitorio de la carga viral ("blip").

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo. Mediante la revisión de las Historias Farmacoterapéuticas de los pacientes externos disponibles en el Servicio de Farmacia, se localizaron los pacientes que durante 2007 fueron identificados en la consulta de Enfermedades Infecciosas con posible "blip". Consultando la historia clínica de cada uno de estos pacientes se seleccionaron aquellos que se ajustaron a la definición de "blip" que se propuso: pacientes controlados virológicamente durante al menos seis meses con terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) que presentaron un repunte de la carga viral inferior a 1.000 copias/mL, precedido y sucedido de viremias indetectables (< 50 copias/mL). Se midió la adherencia que los pacientes seleccionados habían tenido a lo largo de los 12 meses previos a la determinación del "blip"; para ello se utilizó un método indirecto basado en el registro de dispensación. La fórmula utilizada fue la de adherencia cuando existen múltiples intervalos de dispensación (ADHMID = Nº de días dispensación acumulados/ Nº total de días hasta la siguiente dispensación). Se consideró mala adherencia un valor de ADHMID inferior a 0,9 (90% de adherencia).

Resultados: Se identificaron 32 pacientes con posible "blip" de los cuales se descartaron 9, 7 por presentar carga viral persistente (falso "blip") y 2 por falta de registro de dispensación suficiente para determinar la adherencia, quedando finalmente para el análisis 23 pacientes con un "blip" confirmado. De estos 23 pacientes 21 fueron hombres y 2 mujeres. La mediana de edad fue de 46 años. Los resultados de adherencia mostraron que el 78,26% (n=18) de los pacientes con "blip" mantuvieron una buena adherencia al tratamiento con una media de ADHMID = 0,98 (98% de adherencia). Entre los pacientes con mala adherencia (5) la media de ADHMID fue de 0,83 (83% de adherencia). En cuanto a la magnitud de los "blips", éstos se presentaron con una media de carga viral de 162 copias/mL (2,16 log), comprendida en un rango de 78-398 copias/mL. Los esquemas de TARGA utilizados en los 23 pacientes fueron: 2 ITIANs + 1 IP/r (12 pacientes), 2 ITIANs + 1 ITINAN (6 pacientes), 3 ITIANs (3 pacientes), 1 ITIAN + 1 ITINAN + 1 IP/r (1 paciente) y 2 ITIANs + 1 ITINAN + 1 IP/r (1 paciente).

Conclusiones: De forma general, y asumiendo que el método utilizado en la evaluación de la adherencia sobreestima el cumplimiento, se podría concluir que los repuntes transitorios de la carga viral ("blips") de los pacientes de este estudio no se relacionan con una mala adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad.

Conflicto de intereses: Ninguno.

749. Evaluación de la eficacia de la intervención farmacéutica en la mejora de la adherencia al tratamiento antirretroviral

A.M. Mateos Diego, M.I. Valverde Merino, M.P. Valverde Merino, S. Cabrera Figueroa, R. Sepúlveda Correa y A. Domínguez-Gil Hurlé
Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la intervención farmacéutica promotora de la adherencia en pacientes con tratamiento antirretroviral.

Material y método: El estudio se realizó en la consulta de atención farmacéutica a pacientes externos VIH positivos en tratamiento antirretroviral de un hospital universitario. Se revisaron retrospectivamente los registros en el programa informático Access® de las entrevistas realizadas entre Octubre de 2005 y Octubre de 2007, incluyéndose en el estudio aquellos pacientes en los que se había realizado al menos una intervención específica de mejora de la adherencia. Esta intervención consistió en entrevistas motivacionales, entrega de información oral y escrita acerca del correcto cumplimiento, pastilleros semanales e individuales, entre otros. Se valoró la adherencia de los pacientes 6 meses antes y después de las intervenciones mediante el registro semestral de las dispensaciones a los pacientes. En aquellos pacientes en los que se había realizado más de una intervención, se tuvo en cuenta la evolución de la adherencia después de la última. Para el análisis de la varia-

ción en la adherencia se utilizó un contraste T entre muestras relacionadas. Además, considerando las guías clínicas que recomiendan una adherencia al tratamiento igual o superior al 95% para evitar el fracaso virológico, se estudió el porcentaje de pacientes que pasaron de adherencia no-óptima a óptima tras la intervención, utilizando para ello el test de McNemar. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el software SPSS 15.0, considerando un nivel de significación del 5%.

Resultados: Del total de 521 pacientes VIH en tratamiento durante el periodo de estudio, 485 recibieron atención farmacéutica. Al revisar los registros, se observó que se realizaron 232 intervenciones en 157 pacientes, de los cuales se incluyeron finalmente 130, que fueron los que se mantuvieron activos durante todo el periodo de estudio. El número de pacientes que mejoraron su adherencia fue de 76 (58% de los intervenidos), mientras que 43 la disminuyeron y 11 la mantuvieron. Un análisis estadístico utilizando el contraste T entre muestras relacionadas muestra que existe una mejora estadísticamente significativa ($p = 0,011$) de la adherencia de la población antes y después de la intervención. Por otra parte, antes de la intervención farmacéutica un 33,8% de los pacientes presentaban una adherencia óptima, aumentando este valor a un 51,5% después de la intervención, siendo estas diferencias, según el test de McNemar, altamente significativas ($p = 0,002$).

Conclusión: La atención farmacéutica es una estrategia útil en el fomento de la adherencia del paciente. Las intervenciones específicas permiten averiguar los factores de riesgo para el mal cumplimiento con el fin de dirigir los esfuerzos hacia su resolución, reeducar al paciente en la importancia de la toma de la medicación antirretroviral, y a través de estímulos positivos, potenciar las prácticas de autocuidado.

Conflicto de intereses: Ninguno.

751. Influencia de la utilización de formas farmacéuticas combinadas en la adherencia al tratamiento antirretroviral

M.I. Valverde Merino, S. Cabrera Figueroa, M.P. Valverde Merino, M.C. González Martín, A. Sepúlveda Correa y A. Domínguez-Gil Hurlé
Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Objetivos: Valorar la influencia del cambio de tratamiento de un régimen estándar a uno que contenga comprimidos con dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos combinados (COMBOS) (Truvada® o Kivexa®) en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR). Comparar la adherencia entre los pacientes que utilizan COMBOS frente al resto de la población en TAR.

Material y método: El estudio, cuantitativo transversal, se realizó en la Unidad de Pacientes Externos de un hospital universitario seleccionando a todos aquellos pacientes que se mantuvieron en tratamiento seis meses antes y después del punto de corte del estudio. La población estudiada fueron los pacientes que comenzaron a utilizar COMBOS desde Agosto de 2006 hasta Noviembre de 2007, tomándose como punto de corte para las medidas el momento del cambio de tratamiento. La población control estuvo formada por el resto de pacientes VIH+ con TAR considerándose en este caso como punto de corte Octubre de 2006. En ambos grupos (estudio y control) se realizaron dos medidas de la adherencia, seis meses antes y seis meses después del respectivo punto de corte. Estas medidas de la adherencia al TAR se valoraron mediante el registro de dispensaciones semestral utilizado en la Unidad de Pacientes Externos. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el software SPSS 15.0®, empleándose una prueba T para muestras relacionadas, con un nivel de significación del 5%.

Resultados: Del total de pacientes atendidos durante el periodo de estudio, 221 cumplieron los criterios de inclusión. De ellos 61 iniciaron el tratamiento con COMBOS y 160 se tomaron como grupo control. La adherencia al tratamiento antirretroviral en el grupo en tratamiento con COMBOS aumentó en el 54,1% de los pacientes, se mantuvo en el 18,0% y disminuyó en el 27,9%. La adherencia media fue del 91,4% (error típico de la media [ET] = 1,6) antes del cambio y del 93,4% (ET = 1,5) posteriormente, por lo que no hubo una mejora significativa en la adherencia ($p = 0,21$). Asimismo, en la población control la adherencia aumentó en un 45,0% de los pacientes, se mantuvo en un 21,3% y disminuyó en un 33,8%. La adherencia media fue del 95,4% (ET = 0,52) en la primera medida y del 96,0% (ET = 0,55) en la segunda; no encontrándose tampoco diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,35$). Por tanto, no se observa un cambio en la adherencia promedio ni en el grupo control ni en el grupo en estudio.

Conclusiones: La simplificación de la terapia antirretroviral mediante la utilización de medicamentos combinados no mejora de forma significativa

la adherencia al tratamiento en la población estudiada. Es posible que otros factores externos a los regímenes de tratamiento, como la atención farmacéutica o el mejor control de los efectos adversos, jueguen un papel más importante en la mejora del cumplimiento del tratamiento por los pacientes.
Conflicto de intereses: Ninguno.

778. Omalizumab en pacientes con asma alérgica grave: valor añadido del servicio de farmacia

E. Rodríguez España, N. Lago Rivero, A. Pérez Rodríguez, S. González Costas, A. Cendón Otero y E.Y. Romero Ventosa
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Xeral-Cies). Vigo. Pontevedra.

Objetivo: Evaluar la utilización de omalizumab en nuestro hospital y el valor añadido por el Servicio Farmacia a la calidad del tratamiento.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes a tratamiento con omalizumab desde septiembre del 2006 hasta mayo del 2008 que llevasen al menos 4 meses de tratamiento. Se revisaron los informes de inicio de tratamiento donde se exige al médico prescriptor que indique diagnóstico, peso, valores de inmunoglobulina E (IgE) > 75 UI/ml, volumen máximo espirado en el primer segundo de una espiración forzada (FEV1) < 80%, y positividad a aeroalergenos perennes. De las historias clínicas se recogieron datos de tratamientos anteriores y FEV1 posteriores al tratamiento. Se acordó con los servicios prescriptores (neumología y alergología) una valoración de los pacientes a las 16 semanas con respecto a la efectividad del tratamiento y la suspensión de este en el caso de no existir mejoría clínica. El omalizumab se prepara en la unidad de mezclas del Servicio de Farmacia y los datos de las dispensaciones quedan recogidos en el programa de mezclas propio de nuestro Servicio de Farmacia.

Resultados: En el periodo de estudio iniciaron tratamiento 6 pacientes (2 hombres y 4 mujeres) con una edad media de 53 años y un peso medio de 66 Kg. Los 6 pacientes tenían una IgE > 75 UI/ml y un diagnóstico de asma bronquial grave. El FEV1 medio al inicio del tratamiento fue de 45%. La dosificación se realizó en función de los valores de IgE y del peso de los pacientes: 375 mg/15 días (2 pacientes), 300 mg/15 días (2), 300 mg/28 días (1) y 225 mg/15 días (1). Todos habían sido tratados previamente con agonistas beta2 de larga y corta duración, corticoides inhalados y antagonistas de los leucotrienos. La valoración clínica a las 16 semanas se realizó en los 6 pacientes suspendiéndose el tratamiento en 3 de ellos por ausencia de cambios clínicos significativos. Los 3 que continuaron mostraron mejoría en la valoración global del médico, 2 pacientes registraron mejores valores en las espirometrías y se suspendieron los corticoides orales en 2 casos. Durante el periodo a estudio se respetó el intervalo posológico en todos los pacientes consiguiendo una adecuada adherencia. La preparación por parte del Servicio de Farmacia de dosis individualizadas consiguió un ahorro de 4.060 € al permitir el aprovechamiento de los viales.

Conclusiones: El trabajo del equipo multidisciplinar permitió suspender en tiempo adecuado los tratamientos ineficaces. La colaboración del Servicio de Farmacia con los servicios prescriptores (neumología y alergología) asegura una adecuada adherencia al tratamiento. La elaboración por parte del Servicio de Farmacia permite un ahorro económico al preparar las dosis individualizadas reduciendo así el número de viales necesarios.

Conflicto de intereses: No existe.

786. Cinacalcet en hiperparatiroidismo secundario a insuficiencia renal crónica en pacientes dializados

M.J. de Mora Alfaro, M. Pascual Martínez, E. Simarro Rueda, C. García Gómez, E. García Martínez y A. Yachachi Monfort
Complejo Hospitalario de Albacete. Albacete.

Introducción: Cinacalcet es un fármaco modulador del receptor de calcio de las glándulas paratiroides, que provoca un descenso en la secreción de hormona paratiroidea (PTH), así como de los niveles de calcio y fósforo en sangre. Según la bibliografía consultada, en el hiperparatiroidismo secundario a insuficiencia renal se considera adecuada la reducción de los niveles de PTH a unos niveles de 250 pg/ml.

Objetivos: Estudio de utilización de Cinacalcet en el tratamiento del Hiperparatiroidismo secundario, en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis, evaluando su eficacia en la población a estudio.

Material y métodos: Estudio longitudinal retrospectivo de todos los pacientes tratados con Cinacalcet desde la inclusión del fármaco en nuestro hospital, enero-2006 hasta abril-2008. Los datos se han obtenido a partir del programa de dispensación de pacientes externos del servicio de farmacia (Di-

pe[®]) y de la aplicación del laboratorio de análisis (Omega[®]). Como medida de eficacia del fármaco, se recogieron determinaciones analíticas de Hormona Paratiroidea (PTH), Calcio (Ca) y Fosforo (P) en 4 períodos distintos: P0, antes del inicio de tratamiento con Cinacalcet y P3, P6 y P12 correspondiente a las determinaciones analíticas realizadas a los 3, 6 y 12 meses respectivamente. Se calculó también el porcentaje de pacientes con niveles de PTH por debajo de 250 pcg/ml en cada momento de la recogida de datos. Para el análisis estadístico se ha realizado la prueba t de student para muestras apareadas (spss v.15).

Resultados: Durante el período de estudio han sido tratados con cinacalcet 43 pacientes en nuestro hospital. El 60,4% eran hombres con una edad media de 63,1 años y el 39,5% mujeres con una media de 65,5 años. La media de meses de tratamiento que se ha seguido a los pacientes ha sido de 9,5 meses (rango 1-26). Las determinaciones analíticas se muestran como media \pm desviación estándar. En P0 (43 pacientes): PTH 587,8 \pm 355,8 pcg/ml, Ca 9,6 \pm 0,9 mg/dl y P 4,8 \pm 1,4 mg/dl. En P3 (39 pacientes): PTH 365,0 \pm 283,8, Ca 9,3 \pm 0,8 y P 4,4 \pm 1,1. En P6 (25 pacientes): PTH 376,2 \pm 273,4, Ca 9,2 \pm 1,5 y P 4,8 \pm 1,5 y en P12 (15 pacientes): PTH 245 \pm 106,5 Ca 9,3 \pm 0,5 y P 4,3 \pm 1,2. La prueba t de student para muestras apareadas muestra una diferencia media de los niveles de PTH entre los períodos P0 y P3, de 253,7 ($p < 0,05$), de 240,4 ($p < 0,05$) entre P0 y P6 y de 504,9 ($p < 0,05$) entre P0 y P12. Se encontraron valores de PTH por debajo de 250 pcg/ml en el 44,7% de los pacientes en P3, en el 36% en P6 y en el 58,4% en P12.

Conclusiones: A raíz de los resultados obtenidos, observamos una reducción significativa de los niveles de PTH en los pacientes de nuestro hospital en tratamiento con Cinacalcet. Un buen porcentaje de éstos muestran niveles de PTH por debajo de 250 pcg/ml, siendo más relevante en los pacientes que han llegado a los 12 meses de tratamiento. Sería conveniente, por tanto, realizar un estudio con mayor número de pacientes que superen el año de tratamiento con el fármaco.

Conflicto de intereses: Ninguno.

805. Evaluación de la calidad de la atención farmacéutica percibida por el paciente externo

C. Martí Gil, I. Ramírez Alapont, A. LLombart Sorlí y J. Magraner Gil
Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos: Analizar la satisfacción percibida por los pacientes atendidos en una unidad de dispensación a pacientes externos para poder evaluar la calidad de la atención farmacéutica prestada.

Métodos: Se ha realizado un estudio transversal y prospectivo durante el período comprendido entre enero y mayo de 2008 en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) del Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel. Se ha diseñado una encuesta de satisfacción basada en el Manual de Procedimientos de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos. La encuesta ha sido entregada a todos los pacientes atendidos durante el período de estudio que decidían cumplimentarla, bien en su domicilio, bien en la sala de espera de manera totalmente voluntaria y anónima. Las encuestas cumplimentadas se han recogido del buzón destinado al efecto en la sala de espera de la UFPE. La encuesta consta de 16 cuestiones repartidas en cuatro apartados (espacio físico y organización, dispensación, consulta con el farmacéutico y satisfacción global), además de un apartado de sugerencias. El perfil de los pacientes se ha identificado mediante datos demográficos (edad y sexo) y la unidad clínica de procedencia. Las contestaciones se han puntuado de 0 a 4. El procesamiento estadístico de los datos se ha realizado mediante SPSS.

Resultados: Se han evaluado 136 encuestas de las 200 entregadas, siendo el porcentaje de participación del 68%. El perfil de los pacientes ha sido: 52% hombres, 48% mujeres, de edades comprendidas entre 35-50 años (43,9%). La unidad clínica de procedencia mayoritaria ha sido la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI) (30,15%), seguida de Hepatología (19,11%) y Nefrología (13,97%). Más del 90% de los pacientes se han mostrado muy satisfechos o satisfechos con el servicio recibido, resultando una puntuación de 3,56 \pm 0,512. Los aspectos peor valorados han sido la opinión sobre la sala de espera (media: 2,83 \pm 0,877) y la localización de la unidad (media: 3,0 \pm 0,908). El trato recibido por el personal de la UFPE ha obtenido la mayor puntuación: 3,74 \pm 0,476. El 95,32% de los pacientes han considerado respetada su intimidad. Respecto a la figura del farmacéutico, alrededor del 90% le han valorado accesible ó muy accesible y útil ó muy útil para su información sobre el correcto uso de los medicamentos y su estado de salud.

Conclusiones: Las encuestas de satisfacción son instrumentos de medida sencillos, muy fáciles de cumplimentar por parte de los pacientes y que nos permiten evaluar aquello que perciben de la atención sanitaria que les prestamos. La evaluación de sus resultados permite conocer el grado de adecuación de la actividad profesional a la satisfacción del paciente y su entorno, así como establecer propuestas de mejora. Los pacientes atendidos en la UFPE del servicio de farmacia se sienten satisfechos o muy satisfechos con el modelo de atención farmacéutica individualizada.

Conflicto de intereses: Ninguno.

807. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante en tratamiento con infliximab

L. Ortega Valin, E. Gutiérrez Gutiérrez, J. del Pozo Ruiz, T. Perez Sandoval, C. Rodríguez Lage y J. Ortiz de Urbina
Complejo Asistencial de León. León.

Objetivos: Valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante (EA) en tratamiento con infliximab. Adicionalmente se pretende valorar el uso que la administración del cuestionario puede tener en la mejora de la comunicación paciente-profesional.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional en corte transversal. Se incluyeron pacientes con espondilitis anquilosante en tratamiento con infliximab. El período de recogida de datos fue de octubre de 2006 a febrero de 2007. Los pacientes fueron entrevistados por un farmacéutico en hospital de día mediante un cuestionario específico, el AS-QoL (Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire) adaptado y validado en 2006. Este cuestionario consta de 18 ítems de respuesta dicotómica (Sí = 1, No = 0). La puntuación global es la suma de todas las puntuaciones (0 = mejor CVRS, 18 = peor CVRS).

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes, 27 (81,82%) varones y 6 mujeres (18,18%), con edad (promedio + DE) 41,79 + 12,94 años. El tiempo de evolución de la enfermedad es de 9,6+3,7 años y los años de tratamiento con terapia biológica 2,8 + 0,64. El AS-QoL tuvo una puntuación de 6,30 + 4,41 (mediana 7; intervalo 0-15). Más de la mitad de los pacientes contestan afirmativamente a 3 preguntas: a un 51,52% su estado de salud le impide ir a algunos sitios, un 54,55% tiene que hacer un esfuerzo para realizar tareas de casa y un 51,52% refiere que el dolor siempre está ahí. Menos de la cuarta parte de los pacientes contestan afirmativamente a 6 preguntas: a un 21,21% le resulta imposible dormir, un 24,24% no puede realizar actividades con la familia o amigos, un 18,18% se sienten perdedores, a un 24,24% le cuesta trabajo lavarse el pelo, a un 24,24% su enfermedad le baja la moral y a un 21,21% le preocupa desmoralizar a la gente de su alrededor. Agrupadas por dimensiones, existen diferencias entre el número de pacientes que contestan afirmativamente a las cuestiones físicas (promedio + DE) (13,72 + 3,43), y los que lo hacen a las de tipo psico-social (8,14 + 1,95) ($p < 0,05$). Ningún paciente rechazó contestar al cuestionario, y en todos los casos se estableció una comunicación fluida entre el farmacéutico y el paciente, lo que facilitó la prospección de otros problemas relacionados con la medicación.

Conclusiones: La CVRS en los pacientes de nuestra muestra está entre aceptable y buena, concordante con los resultados obtenidos en otros estudios publicados. Las cuestiones físicas tienen un impacto más negativo que las de tipo psíquico o social, en la valoración que los pacientes hacen de su calidad de vida. No obstante, los resultados de las cuestiones psicosociales no son desdeñables. La aplicación de este tipo de cuestionarios es además una estrategia facilitadora de otras actividades de atención farmacéutica.

Conflicto de intereses: Ninguno.

817. Estudio de utilización de talidomida

M.P. Blázquez Bea, E. Alonso Grandes, E. Pérez Díez, M. Vázquez Hernández, M.A. Alfaro Oblea y M.F. Hurtado Gómez
Hospital San Pedro. Logroño. La Rioja.

Objetivos: Analizar la utilización de talidomida en cuanto a las indicaciones, su efectividad, y el nivel de tolerancia.

Material y métodos: Estudiamos la dispensación de talidomida en un hospital que abarca a una población estimada de 300.000 habitantes. Por medio del módulo de gestión de pacientes externos del programa PRISMA@ y de la historia informatizada SELENE@ del hospital, se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo del período de Enero 2005 a Enero 2008 y se han obtenido los datos del número de pacientes que han sido tratados con Talidomida, edad, diagnóstico, terapias previas, posología de talidomida, dura-

ción de tratamiento y reacciones adversas observadas. Para realizar el seguimiento y valorar la efectividad del tratamiento se han comparado los valores de Inmunoglobulinas (Ig) y/o proteína de Bence Jones, previo al inicio del tratamiento y su evolución durante la terapia.

Resultados: Un total de 7 pacientes 5 hombres y 2 mujeres de edades comprendidas entre 53 y 66 años, han seguido tratamiento desde Enero 2005 hasta Abril 2008 en nuestro hospital. Todos los pacientes estaban diagnosticados de Mieloma Múltiple (MM) refractario, habiendo fracasado a la terapia estándar, y en todos los casos se había aprobado como Uso Compasivo el tratamiento con talidomida. Se distribuyeron en los siguientes grupos diagnósticos: MM tipo IgG+kappa (2 pacientes), MM tipo Kappa (2 pacientes), MM tipo Lambda (1 paciente), Macroglobulinemia de Waldenstrom con doble componente monoclonal IgG + IgM (1 paciente), y MM no secretor (1 paciente). Todos recibieron ciclos mensuales de 200 mg/día de talidomida + dexametasona 20 mg/m² durante 4 días, con una media de 8,8 ciclos (6-20), presentando en 2 casos (28,57%) normalización de los niveles de Ig y/o proteína de Bence Jones, en 2 (28,57%) respuesta parcial, con disminución de los niveles de un 18% y de un 58,8% respecto al valor basal, y en 3 pacientes (42,8%) hubo ausencia de respuesta y progresión de la enfermedad. Las reacciones adversas fueron motivo de suspensión temprana del tratamiento en 1 de los 7 pacientes y de cambio a otros tratamientos en 2 pacientes que presentaban respuestas parciales. Las más importantes (Grado II-III), fueron: somnolencia (5 pacientes), neuropatía (4 pacientes), delirium transitorio (3 pacientes), erupción cutánea (1 paciente) trombosis venosa profunda (1 paciente), anemia (1 paciente) y trombocitopenia (1 paciente).

Conclusiones: La utilización de la Talidomida en nuestro hospital ha sido exclusivamente en el tratamiento del Mieloma Múltiple refractario, y asumiendo las limitaciones de éste estudio dado el tamaño muestral, se demuestra una efectividad reducida con aparición de múltiples efectos adversos en éste tipo de pacientes.

Conflicto de intereses: Ninguno.

820. Análisis de adherencia en pacientes VIH a través de la correlación del informe del farmacéutico y la valoración del facultativo

M.J. Huertas Fernández, V. Vázquez Vela, R. Buló Concellón, A. García Rueda, M. Duarte Lobato y F. Guerrero Sánchez
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivo: Analizar la adherencia de pacientes VIH al tratamiento antirretroviral (TAR) durante el año 2007, a través de la información obtenida de los informes elaborados por el farmacéutico y enviados al médico, contrastada con la información y apreciación aportada por el facultativo.

Material y métodos: El cálculo de la adherencia de pacientes VIH al TAR se realiza a través del análisis de registros de dispensación de cada paciente, obtenidos del programa informático Dipexv2.6. Se creó una base de datos con las siguientes variables: fecha, número de historia, nombre paciente, médico, TAR actual, adherencia, observaciones del farmacéutico, comentario clínico, conformidad del médico, carga viral y farmacéutico que realiza el informe. Los informes de adherencia de los pacientes se envían diariamente a la consulta de cada facultativo. Éstos son devueltos a farmacia con la respuesta del clínico (conformidad y comentario). Se registran los datos aportados y son analizados anualmente.

Resultados: 565 pacientes recogieron el TAR del servicio de Farmacia en 2007. Se realizaron 886 informes de adherencia de 364 pacientes. La mediana de informes / paciente fue de 2 (1-6). Pacientes con buena adherencia 57,4%, adherencia irregular 17,3%, mala adherencia 17,6%, vacaciones terapéuticas 2,2% y sin datos suficientes 5,5%. De los pacientes con buena adherencia, anteriormente eran malos cumplidores 2,9% e irregulares 8,1%; con adherencia irregular antes eran buenos cumplidores 12,7% y malos 15,9%; con mala adherencia antes eran buenos 3,1% e irregulares 10,9%. Datos globales sobre el grado de conformidad de los clínicos: conforme: 51,2%, no conforme: 6,8% y no contesta: 42%. En pacientes con buena adherencia la conformidad alcanza un 60%, no contesta 39% y no acuden a consulta el 1%. Con respecto a los adherentes irregulares, conforme en un 36,5%, no conforme 14,3% (justificando buena adherencia en todos ellos) no contesta 46% e informa que no acuden a consulta un 3,2%. En pacientes con mala adherencia, el facultativo muestra su conformidad en un 37,5%, no conforme 14% (por buena adherencia en 6 pacientes e irregular en 3) no contesta 46,9% y no acude a consulta un 1,6%. Pacientes sin datos suficientes 5,5% (por instaurar TAR recientemente, recoger en otro Hospital u otros motivos desconocidos) el médico responde que 1 paciente presenta mala adherencia, 1 irregular, 3 no acuden a consulta, 9 no contestan y en el resto está conforme.

Conclusiones: El registro y análisis de la adherencia de pacientes VIH constituyen una herramienta fundamental para instaurar estrategias de mejora y valorar la trayectoria clínica del paciente. El concepto de adherencia es variable, un paciente cumplidor puede ser un potencial no cumplidor y viceversa. Existe mayor grado de correlación médico-farmacéutico en los pacientes buenos adherentes. Es importante reforzar el feed-back de la información entre los profesionales para mantener la motivación a fin de reforzar la adherencia al TAR, adquiriendo mayor potencia el cálculo de la adherencia por métodos combinados (registro de dispensación, carga viral, entrevista paciente). La información recibida a través de los informes es valorada de forma muy positiva por el clínico.

Conflicto de intereses: Ninguno.

823. Seguimiento clínico e inmunoviroológico de pacientes tratados con raltegravir

M.S. García Simón, F.J. Vera Méndez, M. García Coronel, C. Iniesta Navalón, S. Saliente Callén y M.J. Morales Lara
Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia.

Objetivo: Analizar la evolución clínica e inmuno-viroológica de los pacientes VIH multiresistentes tratados con Raltegravir desde su inclusión en un hospital comarcal de área.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional de los pacientes que iniciaron tratamiento con Raltegravir desde marzo de 2007 hasta enero de 2008. Los datos clínicos y analíticos se recopilaron a través de la revisión de historias clínicas y registros del área de dispensación a pacientes externos. Los parámetros que se recogieron fueron los siguientes: demográficos (edad, sexo), estadije clínico (según el CDC), tratamientos antirretrovirales (ARTV) previos a la inclusión de Raltegravir, estudio de resistencias a antirretrovirales, carga viral (CV) basal y durante el tratamiento y recuento de células CD4/μL al inicio del tratamiento y evolución posterior.

Resultados: El número de pacientes tratados con Raltegravir desde su inclusión en el hospital fue de 5. De ellos, 1 no fue evaluable debido a la suspensión temporal del tratamiento por hepatotoxicidad inducida por otros ARTV y por el consumo de tóxicos. 3 pacientes eran varones y 1 mujer, con una mediana de edad de 42 años (rango, 38-48). El 75% de los pacientes que iniciaron tratamiento (3 pacientes) se encontraban en estadio SIDA o clase C. El motivo por el que decidió la inclusión de Raltegravir en el tratamiento de estos pacientes fue la aparición de resistencias documentadas a por lo menos un fármaco de cada una de las 3 clases de antirretrovirales (NRTIs, NNRTIs, IPs). Todos los pacientes recibieron previamente una mediana de 12 antirretrovirales durante una mediana de 10 años. El tratamiento ARTV que se asoció a Raltegravir fue: Tenofovir (1 paciente, 25%); Lamivudina (1 paciente, 25%); Efavirenz (1 paciente, 25%); Emtricitabina-Tenofovir (1 paciente, 25%); Darunavir y Ritonavir (4 pacientes, 100%); Etravirina (3 pacientes, 75%); Enfuvirtida (2 pacientes, 50%). La mediana basal de CD4 fue de 689 células/μL (rango, 11-872) y tras 9 meses de seguimiento el incremento de mediana fue de 123 CD4/μL. La mediana de CD4 que presentaron tras el seguimiento fue de 812 CD4/μL (rango, 359-1.069). La mediana basal de carga viral fue de 23130 copias/mL (rango, 10.000-34.200); 4,36 log₁₀; tras 9 meses de tratamiento dicha carga viral fue indelectable en el 100% de los pacientes (CV < 50 copias/mL; 1,69 log₁₀). La caída logarítmica de carga viral fue de 2,69 log₁₀. No se observó ningún evento SIDA durante el tiempo de seguimiento. La tolerancia fue buena, sin eventos adversos grado III-IV y la adherencia fue plena (> 95%) en los 4 pacientes. No se observó toxicidad según los parámetros bioquímicos evaluados.

Conclusiones: Raltegravir en combinación con otros ARTV de última generación demostró eficacia clínica, inmunológica y virológica, con un incremento importante de las células CD4 y logrando la supresión virológica en el 100% de los pacientes. La tolerancia, la adherencia y la seguridad fueron adecuadas en los 4 pacientes evaluados.

Conflicto de intereses: Ninguno.

824. Omalizumab: valorar la prescripción y el papel del farmacéutico de hospital

I. Seguí Gregori, A. Roher Milla, R. del Barco Romero, M. Torres Cuenca, Z. Rentero Martínez y E. Soler Company
Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. Valencia.

Objetivos: Evaluar las prescripciones de omalizumab (OM), y valorar el papel del farmacéutico de hospital en el seguimiento del paciente.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con OM desde el año 2006 hasta abril del 2008. Los datos se recogieron de las hojas de interconsulta que llegan al S.Farmacia cuando se inicia una prescripción y de las historias clínicas (HC). Se registraron: diagnóstico, edad, peso corporal (Kg), la administración previa de corticoides y agonistas beta2 inhalados de larga duración, concentración basal de IgE (UI/ml) antes de iniciar el tratamiento, si test cutáneo positivo, si FEV < 80%, dosis administrada y pauta, nº administraciones, reacciones adversas, motivo de suspensión de tratamiento, si recidivas sin o con ingreso hospitalario, impacto económico respecto al consumo anual de medicamentos. El OM se administra a los pacientes en la unidad técnica de respiratorio (UTR), con equipo de enfermería entrenado para ello o en la consulta externa de alergia (CEA).

Resultados: 10 pacientes. En 5 se inició la prescripción de OM en la CEA y 5 en la UTR. Todos fueron diagnosticados de asma alérgica grave no controlada. La edad media fue de 45 años (DE: 14), y el peso medio 63 Kg (DE: 10). En las HC de 2 pacientes no reflejaba que hubiesen utilizado corticoides inhalados a altas dosis, más un agonista beta2 inhalado de larga duración. 3 tenían FEV > 80%. En los 10 las concentraciones IgE basales eran > 76 UI/ml, con valor medio de 212,5 (DE: 221,1). Todas las dosis fueron bien calculadas según ficha técnica. 5 pautas fueron de 300 mg/mes, 2 de 225 mg/15 días, 1 de 150 mg/mes, 1 de 300 mg/15 días, 1 de 375 mg/15 días, que fue autorizada como uso compasivo, para un niño de 12 años con una concentración de IgE basales de 837 UI/ml. La media del nº de administraciones fue de 10 (DE: 6). Se suspendieron 3 tratamientos 1 por broncoespasmo a las 2 horas de la 16ª administración, 1 por ineficacia en la 13ª administración, en otro no se refleja el motivo en la HC. En ninguna HC constaban recidivas con o sin ingreso. En el año 2006 se administraron 29 unidades de OM (0.08% del consumo total de medicamentos), en 2007, 109 unidades (0.45% del consumo total), desde enero del 2008 hasta abril del 2008, 109 unidades se han administrado, lo que representa un 0,69% del consumo total de medicamentos durante los 4 primeros meses del 2008.

Conclusiones: Es un medicamento de elevado coste, del que no hay actualmente estudios coste-efectividad que haya demostrado disminuir el nº de ingresos hospitalarios, y además no está exento de reacciones adversas, entre ellas anafilácticas (1%). El farmacéutico de hospital juega un papel clave en colaboración con otros profesionales sanitarios, neumólogos, alergólogos y enfermeros, en la seguridad del paciente que recibe tratamiento con OM, y en la valoración de la efectividad, a través de protocolos de utilización. Xolair® (OM) es una especialidad farmacéutica considerada de DH, pero que, contradictoriamente, requiere control especializado desde el primer momento de su prescripción.

Conflicto de intereses: Ninguno.

850. Dispensación de colirios a pacientes externos: planificación de la elaboración, información al paciente y seguimiento de la adherencia al tratamiento

A. Ibáñez Zurriaga, C. Martínez Nieto, T. Gallego Aranda, A. Morell Baladrón, E. Casas Agudo y E. Sanz
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos: Establecer un programa para la prescripción, elaboración y posterior dispensación semanal de colirios. Desarrollar una hoja de prescripción, un programa informatizado de registro de pacientes y una hoja de información estándar para cada preparado con el fin de mejorar la seguridad del programa y conocer de la adherencia al tratamiento.

Material y métodos: En el Servicio de Farmacia se realizaba la preparación de colirios previa prescripción médica sin duración preestablecida y sin programación previa, según acudía el paciente al servicio o mediante confirmación telefónica (Confirmación telefónica). En el año 2007 nos planteamos:

- En colaboración con el Servicio de oftalmología crear una receta común, con todos los colirios que se preparan de forma normalizada, con una duración máxima de un mes o de tres meses según el colirio.
- Desarrollar una aplicación informática para el registro de los pacientes, programación para el área de elaboración y control de dispensación y recolección para el paciente.
- Actualizar los protocolos para la elaboración de los colirios.
- Dar información tanto verbal como escrita al paciente mediante la elaboración de un folleto con información general y específica para cada tipo de colirio.
- Fijar dos días a la semana de elaboración, los martes y los jueves, incluyendo a los pacientes en uno de estos dos días según su fecha de prescripción.

f) Establecer un circuito para la elaboración y dispensación a partir del listado de elaboración, que sirve como registro de preparación con los datos de lotes y fecha de caducidad de los productos utilizados cuando recogen el colirio. Al inicio del tratamiento se entrega al paciente la hoja de programación con los días que tiene que venir a recoger su colirio.

g) Registrar la adherencia al tratamiento.

Resultados: Hemos recogido datos de los colirios que han sido preparados desde mayo del 2007 hasta abril del 2008 y de los que se han desechados porque el paciente no ha venido a recoger, sin avisar previamente. Desde el inicio de este programa se han atendido a 86 pacientes, dándoles la información oral y escrita sobre su tratamiento. En total se prepararon 1182 colirios, se desecharon 113 que los pacientes no recogieron y se anuló el 8. Con estos datos, aplicando la fórmula ($A = \frac{n^\circ \text{ dispensaciones reales}}{n^\circ \text{ dispensaciones teóricas}}$) hemos obtenido una adherencia del 90,37%.

Conclusiones: Con este sistema que hemos puesto en marcha hemos optimizado el tiempo de trabajo de la enfermera en el área de elaboración, se han estandarizado las órdenes de tratamiento, eliminado los problemas de interpretación y proporcionando mayor comodidad para el paciente al tener el colirio preparado cuando llega al servicio de farmacia con una programación predefinida. No se ha modificado el procedimiento de elaboración de colirios urgentes.

Conflicto de intereses: No existe conflicto de intereses.

852. Información a pacientes en ensayo clínico: evaluación y seguimiento

C. Martínez Nieto, C. Ibáñez Zurriaga, A. Morell Baladrón, A. Aguilar Ros, Melero Henar e I. Pérez Monzón
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Introducción: La dispensación de medicación de Ensayos Clínicos se realiza, en nuestra sección de pacientes externos. Dado el aumento de la adherencia a los tratamientos, con la información suministrada por el servicio de farmacia, cuando dispensa medicación a los pacientes ambulatorios, nos planteamos ampliar este servicio a los participantes en ensayos clínicos. Para ello era necesario conocer la información previa que tienen estos pacientes sobre la medicación objeto del ensayo.

Objetivo: Evaluar la información que tienen los pacientes sobre la medicación del ensayo clínico en el que están participando, suministrar información sobre la administración y conservación de la medicación del ensayo.

Material y métodos: El Servicio de Farmacia dispone de un programa de ensayos clínicos, que integra la información del Comité Ético de Investigación Clínica, de la Fundación de Investigación, de los Investigadores y del Servicio de Farmacia. Se revisaron los protocolos en los que la medicación se administraba sólo por vía oral o subcutánea, descartando la que se administraba de forma ambulatoria al ser administrada por enfermería. Se introdujeron, en el programa informático, los datos para cada protocolo sobre administración y conservación de la medicación. Junto con la medicación se les entregaba un folleto informativo, que imprimía el programa al realizar la dispensación. El folleto contenía información general del ensayo e información específica de la medicación que cada paciente debía tomar. Se realizó una encuesta entre enero y febrero de 2008, a todos los pacientes que acudieron a recoger medicamentos para algún ensayo clínico. La encuesta recogía información sobre si el paciente sabía como y cuando tomar la medicación, como conservarla, y qué hacer con los envases usados y medicación sobrante. Se introdujo el Test de Morinsky Green, para medir la adherencia al tratamiento.

Resultados: Se realizaron 56 encuestas. De ellas, el 42% correspondía a pacientes que ya estaban participando -en el momento de la encuesta- en algún ensayo mientras el 58% correspondía a pacientes que empezaban el ensayo. Del total de pacientes encuestados, un 12% no conocían detalles importantes sobre cómo tomar la medicación, siendo la mitad de éstos, pacientes que estaban participando ya en el ensayo. Un 27% no sabían cómo conservar la medicación, de los cuales el 7% eran pacientes ya incluidos. Casi la mitad (44%) no sabían que había que devolver la medicación no usada o los envases utilizados, como parte de la monitorización del ensayo. Se obtuvo un 79% de adherencia al tratamiento.

Conclusiones: De estos datos se puede concluir que en los ensayos clínicos, los pacientes necesitan mayor información sobre la medicación, siendo el momento de la dispensación una ocasión para suministrarla, lo que implica al Servicio de Farmacia en esta función. El folleto escrito es un refuerzo de la información suministrada de forma verbal, que mejora los conocimientos sobre la administración, conservación, etc. de los medicamentos, quedando

para un trabajo posterior la evaluación de si esta información mejora la adherencia a los tratamientos, lo que sería de enorme importancia.
Conflicto de intereses: No existe.

857. Puntos críticos para la intervención farmacéutica en una unidad de esclerosis múltiple

M. Suárez González, G. Callejón Callejón, J. Alonso Merino, J.L. Sánchez Serrano, L. Albelo Manuel y J.A. Martín Conde
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Valorar la incorporación de un residente de Farmacia a una Unidad de EM para determinar los puntos críticos de intervención farmacéutica. Realizar análisis descriptivo de la eficacia de los medicamentos prescritos a pacientes con EM según la escala EDSS de Kurtzke (Expanded Disability Status Scale o escala ampliada del estado de discapacidad) que es la escala más utilizada en la evaluación del deterioro y la incapacidad.

Método: Incorporación del residente de tercer año al pase de consulta en una unidad de EM, favoreciendo la formación clínica y el conocimiento de aquellos aspectos relacionados con el paciente, la enfermedad y su tratamiento que determinen la intervención farmacéutica. Durante un mes se realizó un estudio transversal de pacientes que acudieron a la consulta, de los que se registraron los siguientes parámetros: número de pacientes/mes, edad/sexo, tratamiento farmacoterapéutico actual, clasificación de la situación clínica del paciente según escala EDSS, número de pacientes con complicaciones psiquiátricas y/o con trastornos del sueño, número de brotes acontecidos durante el año anterior y grado de adherencia al tratamiento.

Resultados: La unidad de EM dispone de 400 pacientes censados, de los que 214 se encuentran con tratamiento farmacoterapéutico: interferón β -1a (129 pacientes), interferón β -1b (38 pacientes), acetato de glatirámico (23 pacientes), azatioprina (16 pacientes), mitoxantrona (5 pacientes) y natalizumab (3 pacientes). Durante el mes de estudio se evaluaron a 44 pacientes, con edad media de 40 años y 68% fueron mujeres. Para evaluar el grado de adherencia farmacoterapéutica se analizó el historial de visitas al Servicio de Farmacia de cada paciente y se objetivó que el 90% presentan una adecuada adherencia. Durante la entrevista de atención farmacéutica se valoró los efectos secundarios asociados al tratamiento (sobre todo a los interferones) y se determinó que 27% padecían complicaciones psiquiátricas, 50% presentan trastornos del sueño y 86% no habían manifestado ningún brote durante el último año. Se ponderó el grado de discapacidad según la clasificación del EDSS obteniendo el siguiente resultado: EDSS 0 (exploración normal): 8%/pacientes, EDSS 1 (sin discapacidad): 24%/pacientes, EDSS 1.5 (sin discapacidad): 6,5%/pacientes, EDSS 2 (discapacidad mínima): 11,5%/pacientes, EDSS 3 (discapacidad leve-moderada): 11,5%/pacientes, EDSS 3.5 (discapacidad leve-moderada): 4,5%/pacientes, EDSS 4 (discapacidad moderada-severa): 11%/pacientes, EDSS 4.5 (discapacidad moderada-severa): 8%/pacientes, EDSS 5.5 (discapacidad severa): 6%/pacientes, EDSS 6 (discapacidad severa): 5%/pacientes, EDSS 7.5 (discapacidad severa): 4%/pacientes. El EDSS 10 corresponde a muerte debida a EM. La progresión de la incapacidad está asociada al fracaso del tratamiento, a la falta de adherencia al mismo y a la progresión de la enfermedad.

Conclusiones: La escala EDSS es una herramienta de valoración clínica para establecer la progresión de la incapacidad. La atención farmacéutica y el consenso con el equipo médico de la Unidad de EM permiten identificar aquellos pacientes que requieren especial seguimiento tanto por efectos secundarios como por su adherencia al tratamiento. La rotación del residente por la unidad de EM ha permitido mejorar la formación clínica en esta patología, favorecer la incorporación del farmacéutico al equipo multidisciplinar y optimizar la capacidad de intervención en este tipo de pacientes.

Conflicto de intereses: Ninguno.

863. Análisis descriptivo de utilización de folitropinas en reproducción asistida

E. García Martínez, M.R. Ortiz Navarro, A. Moya Gil, M. Pascual Martínez, M. Lacal Espí y M.D. Sola Moreno
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Introducción: En el catálogo de prestaciones que ofrece el servicio de salud de Castilla la Mancha están incluidas las técnicas de reproducción asistida, así como su tratamiento, que es dispensado a través de los servicios de farmacia; esto permite realizar estudios de la utilización de dichos fármacos, tales como la folitropina.

Objetivo: Describir y comparar el uso de las hormonas foliculoestimulantes (FSH) recombinantes, folitropina alfa y beta, en los tratamientos de reproducción asistida.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida durante el año 2007, tratadas con folitropinas. Se analizó como variable el tipo y presentación de folitropinas, la edad, la técnica reproductiva y en el caso de tratarse de inseminación si se produjo o no embarazo. Los datos se obtuvieron de valores analíticos del servicio de análisis clínicos, de la base de datos de dispensación a pacientes externos y de la base de datos de los informes de consulta digitalizados del hospital. Los datos fueron tratados estadísticamente a través del programa SPSS.

Resultados: Durante 2007 recibieron tratamiento con folitropina 424 pacientes. De edades comprendidas entre 20 y 47 años. La media fue de 34 años. 194 se sometieron a inseminación y 241 a fecundación in vitro (FIV). La folitropina más utilizada fue la alfa en la presentación de 1.050 UI (46%) seguido por folitropina beta 900 UI (35%), en tercer lugar folitropina alfa de 900 UI (19%) y por último la folitropina beta de 600 UI (12%). Existen diferencias significativas en el tipo y presentación de folitropina con respecto a la técnica de reproducción utilizada. En inseminación se usó significativamente más la folitropina alfa 900 y folitropina beta 600, en cambio, la folitropina alfa de 1.050 fue más utilizada en FIV. La folitropina beta 900 no presentó diferencias significativas entre las dos técnicas. Al agrupar a las pacientes en 4 grupos de edad (20-28, 29-34, 35-40 y > 40) se observan diferencias significativas siendo más utilizada la inseminación de 29 a 34 años y de 35 a 40 más la FIV. En la inseminación el tratamiento varía con respecto a la edad. Por otro lado, entre las pacientes de inseminación no se observó diferencia significativa respecto al índice de embarazo con las distintas especialidades aunque apareció una frecuencia mayor de la esperada en el grupo de la folitropina beta de 900.

Conclusiones: La folitropina alfa y beta, se utilizan por igual en inseminación y FIV. Ambas se usan en sus presentaciones de dosis mayores (1050UI y 900UI) cuando se trata de FIV y en este caso la folitropina alfa es la más utilizada. En la inseminación es más variable y depende de la edad entre otras cosas. Con respecto al índice de embarazo son muchos los factores que dependen por lo que es mucho más complejo elaborar un estudio que mida la efectividad. No existen suficientes estudios que hagan dilucidar entre la elección más adecuada de una u otra folitropina, por lo que es necesaria la realización de dichos estudios comparativos

Conflicto de intereses: Ninguno.

866. Perfil de los pacientes VIH en tratamiento antirretroviral d e toda una provincia

E. Pascual Jiménez, C. Quiñones Ribas, P. Alemany Masgrau, M.D. Córdoba Sotomayor, E. Martínez Bernabé y M. Perpinyà Gombau
Hospital de Palamós. Palamós. Girona.

Objetivo: Describir la situación actual de los pacientes en tratamiento antirretroviral (TAR) de toda una provincia en cuanto a su perfil farmacológico, respuesta virológica e inmunológica y el impacto económico que representa.

Material y método: Se realizó un corte transversal durante el mes de abril de los pacientes adultos en TAR de toda la provincia. Participaron los 6 hospitales cuyos Servicios de Farmacia son los responsables de toda la dispensación de TAR a pacientes externos. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), virológicos (CV), inmunológicos (CD4) y los fármacos de la combinación antirretroviral. Se diseñó una base de datos única para el tratamiento conjunto de los datos.

Resultados: De los 706.185 habitantes de la provincia, 866 están en TAR. El 69% (598) son hombres. La edad media es de 44 años (18-79). Existen 124 combinaciones diferentes de Principios Activos, siendo 32 el número de combinaciones de los distintos grupos farmacológicos. Las 3 combinaciones más frecuentes de los grupos farmacológicos son:

- 2 Análogos de Nucleósidos (AN) + 1 No Análogo (NN): 27,8 % (241) de los pacientes.
- 2 AN + 1 Inhibidor de Proteasa reforzado con Ritonavir (IPr): 23,6% (204) de los pacientes.
- 1 AN + 1 Análogo de Nucleótido (ANt) + 1 INN: 17,7% (153) de los pacientes.

Las 3 combinaciones más frecuentes de fármacos y su PVL + IVA por Principio Activo son:

- Emtricitabina (FTC) + Tenofovir (TDF) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r): 109 pac. (12,6%); 844,89 €/mes.

e) FTC + TDF + Efavirenz (EFV): 108 pac. (12,5%); 729,12 €/mes
 f) Lamivudina (3TC) + Zidovudina (AZT) + EFV: 79 pac. (9,1%); 551,91 €/mes.

Los 4 fármacos que más se utilizan son: 3TC en 498 pacientes, TDF en 335 pacientes, EFV en 327 pacientes y LPVr en 247 pacientes. El 71,6% (620) de los pacientes tienen Carga Viral indetectable y 141 pacientes (16,7%) tienen CD4 < 200; 199 pacientes (23,6%) tienen CD4: 200-350; 192 pacientes (22,7%) tienen CD4: 350-500 y 312 pacientes (37%) tienen CD4 > 500. El gasto total es de 616.821 € por mes: 712,26 €/paciente/mes. Con las 5 combinaciones más frecuentes se trata al 48,5% de los pacientes (420) con un gasto de 288.137 €, lo que representa un 46,7% del gasto total.

Conclusiones: El gran número de combinaciones de TAR utilizadas en el estudio responde a la aparición de nuevas familias farmacológicas y nuevos fármacos, junto con la necesidad de individualizar la terapia. A partir de esta base de datos única hemos de elaborar estrategias que permitan conseguir homogeneizar lo máximo posible la terapia de los pacientes en los diferentes hospitales de la provincia. La consolidación de un grupo de trabajo provincial permite conocer el perfil de los pacientes en TAR y constituir a su vez una base para seguir trabajando de forma conjunta en proyectos futuros. Conflicto de intereses: Nada que declarar.

876. Evaluación del grado de satisfacción y análisis de los errores de dispensación en una unidad de pacientes externos

M.G. López Ramos, A. Nebot Giralt, J. Giménez Vega, J. Espejo Guerrero, L. Tuneu Valls y M.A. Mangues Bafalluy
 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Detectar y cuantificar los errores de dispensación ambulatoria. Valorar y cuantificar el grado de satisfacción de los pacientes respecto al trato y la información recibida.

Material y método: Estudio descriptivo de corte transversal en pacientes ambulatorios que acuden a por medicación hospitalaria al servicio de farmacia.

Población y ámbito de estudio: Todos los pacientes mayores de 18 años que querían participar.

Criterios de exclusión: Pacientes que rechazaban la participación, familiares de pacientes que acudían a por la medicación.

Selección de la Muestra: Aleatoria. Se calculó la N considerando que el número anual de pacientes dispensados es de 16.203 y que el % de errores según la literatura es del 10%. Asumiendo un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta 0,10. La n mínima ha sido de 75. Para valorar el porcentaje y el tipo de errores de dispensación se utilizó el método de observación directa por una persona ajena a la dispensación. Para registrar el grado de satisfacción de los pacientes se utilizó un cuestionario semiestructurado y validado de diez ítems con una escala de Likert. Periodo de recolección de datos: 2 meses. Análisis de los resultados se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.

Resultados: Se entrevistaron y valoraron 81 pacientes. Valoración de los errores de dispensación: Los errores de dispensación atribuidos a una discordancia entre la receta prescrita y los fármacos servidos se cuantificaron en un 2,5%. Con un 4,9% se registraron los errores de facturación. El 66,6% de los errores de dispensación cometidos consistió en que dos pacientes recibieron más envases de los que indicaba la receta y sólo en un paciente (33%) se le sirvió de menos. A un 1,2% de los pacientes se les dispensó el medicamento sin el acondicionamiento para mantener la cadena del frío. Valoración del grado de satisfacción: El 96,3% de los pacientes encuestados opina que el personal fue diligente (totalmente de acuerdo y de acuerdo) durante su visita. Un 82,2% está de acuerdo o totalmente de acuerdo en haber recibido la información adecuada de los medicamentos. Un 1,3% está totalmente en desacuerdo. En cuanto a haber aprendido a conocer los medicamentos, un 67,1% afirma que mientras que un 30,3% se muestra indiferente a esta opción y un 2,6% es negativo. El grado de confianza que los pacientes mostraron tener con el servicio de farmacia fue reflejado por el alto porcentaje de pacientes (84,8%) que aseguró que informaría sobre posibles cambios en su medicación.

Conclusiones: En nuestro hospital el % de errores de dispensación han sido bajos y de poca relevancia clínica. Los pacientes se muestran satisfechos con el trato recibido y aprecian la diligencia de los profesionales implicados; sin embargo casi un 30% no está satisfecho con la información recibida sobre el medicamento especialmente en cuanto a efectos adversos potenciales.

Conflicto de intereses: Ninguno.

877. Implantación de un programa de detección de efectos adversos neuropsiquiátricos en una población de pacientes infectados por hepatitis C crónica

M. Martí Navarro, N. Rudi Sola, M. Freixes Graells, A. Morón Besolí, M. Masip Torné y J. Altimiras Ruiz

Corporació Sanitària Parc Taulí. Hospital de Sabadell. Sabadell. Barcelona.

Objetivo: Determinar si los pacientes infectados por hepatitis C crónica y que presentaron trastornos neuropsiquiátricos (TNP) alcanzaron menor proporción de Respuesta Viral Sostenida (RVS) al tratamiento antiviral que los que no padecieron TNP. Valorar la influencia de la introducción de un instrumento de detección y tratamiento precoz de TNP sobre la adherencia al tratamiento antiviral.

Material y método: Estudio observacional y prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes que completaron tratamiento antiviral entre febrero del 2006 y abril 2008 en un Hospital docente de nivel II. Se excluyeron los coinfectados con VIH y los que a pesar de haber finalizado el tratamiento no pudo evaluarse la RVS. La variable principal fue la RVS, entendida como la negativización de la carga viral a las 24 semanas de haber finalizado el tratamiento. Como variable secundaria se recogieron el número de abandonos del tratamiento debidos a TNP. La tasa de abandonos se comparó con un grupo control histórico, en el que la recogida de datos se realizó retrospectivamente mediante la revisión de historias clínicas y no se utilizaron cuestionarios específicos de detección de TNP. Los cuestionarios utilizados fueron el Hospital Anxiety and Depression Scale (Ziagmond Snaith, 1983) y General Health Questionnaire (Goldberg, 1972) validados para el ámbito hospitalario y aplicados antes (test basal) y a lo largo del tratamiento antiviral.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes en el grupo de estudio. De éstos, 33 presentaron TNP en algún momento del tratamiento. La RVS en este grupo fue del 37% frente al 48% de RVS en el grupo de pacientes sin TNP durante el tratamiento (no significativo). Antes del inicio del tratamiento antiviral, el 34% de los pacientes presentaban ansiedad y el 7,5% depresión. Se pudo retrasar el inicio de tratamiento por test basales patológicos en 2 de los pacientes para poder asegurar un buen cumplimiento. A pesar del incremento detectado de TNP a lo largo del tratamiento (38% de ansiedad y 37% de depresión) en el grupo estudio frente los porcentajes recogidos en el grupo control (13% de ansiedad y 12% de depresión) se consiguió reducir a cero el número de abandonos por TNP.

Conclusiones: Se observa una tendencia a una menor RVS en los pacientes con TNP. No obstante, no se alcanza la significación estadística. La aplicación de instrumentos específicos de detección de efectos adversos permite identificarlos precozmente y reducir el número de abandonos del tratamiento. Conflicto de intereses: Los autores no tienen conflictos de interés relacionados con el manuscrito.