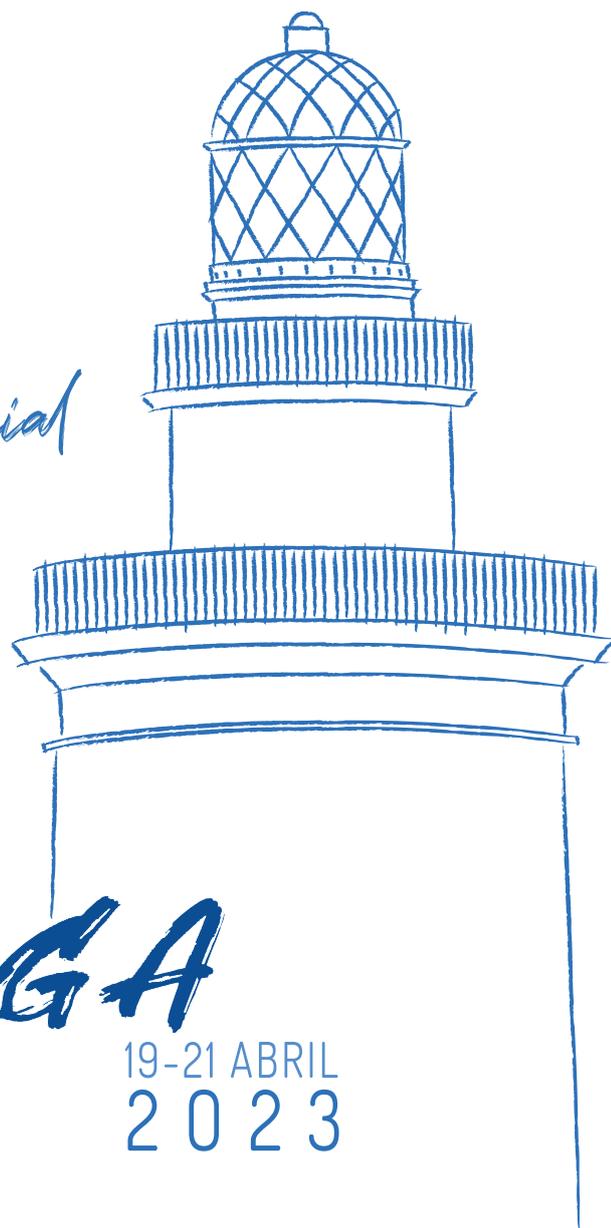


18 congreso safh



Libro de COMUNICACIONES

*Más visibles
Más seguros
Sumando en calidad asistencial*



MÁLAGA

19-21 ABRIL
2023

Patrocinan:



SUMARIO

SALUDA	3
COMITÉ DE HONOR	5
COMITÉS	6
PROGRAMA CIENTÍFICO	8
COMUNICACIONES	11



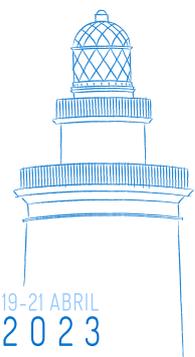
ISBN: 978-84-09-49966-3
DEPÓSITO LEGAL: H 103-2023

Patrocinan:



*Más visibles
Más seguros
Sumando en calidad asistencial*

MÁLAGA 19-21 ABRIL
2023



SALUDA

Estimados colaboradores:

En nombre de la Junta Directiva de la SAFH y de los Comités Organizador y Científico del XVIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospitales y Centros Sociosanitarios, es un placer informaros de la celebración del próximo congreso de nuestra Especialidad. Esperamos que nuestro encuentro anual ayude a enriquecer nuestras competencias y seguir avanzando para ofrecer, desde la farmacia hospitalaria, la mejor asistencia a nuestros pacientes.

En 2022 y bajo el Reto Mundial por la Seguridad del Paciente propuesto por la OMS se pusieron en marcha una serie de iniciativas para mejorar la seguridad bajo el lema “medicación sin daño”. Es nuestro deseo ampliar la aplicación de este reto mundial, fomentando la implicación y visibilizando el liderazgo del farmacéutico especialista en la implementación de prácticas seguras, impulsando cambios factibles y necesarios para mejorar la seguridad del paciente desde una perspectiva global, apostando, en definitiva, por la excelencia profesional.

Bajo el lema “Más visibles, más seguros. Sumando en calidad asistencial”, tendremos la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos y debatir aspectos que nos ayuden a seguir mejorando en la atención farmacéutica, todo ello con el paciente y su seguridad como centro de nuestra actividad y siempre con el mayor rigor científico. Para ello se han organizado distintas sesiones formativas y simposios a lo que se sumarán presentaciones de estudios, comunicaciones orales y discusión de posters, y en los que se abordará la calidad asistencial desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, de los pacientes y de la Administración.

Malaka, fundada por los fenicios en el siglo IX a.C. a orillas del mar Mediterráneo, es hoy un referente mundial de dinamismo y progreso. Es una ciudad con una excelente comunicación, hospitalaria y amable y con un clima excepcional, en la que sentiréis el cariño de los malagueños disfrutando del que esperamos sea un magnífico congreso.

Os esperamos en el XVIII Congreso SAFH, los días 19, 20 y 21 de abril de 2023.

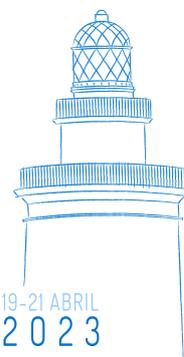
Begoña Tortajada Goitia
Presidenta Comité Organizador
XVIII Congreso SAFH

Marga Garrido Siles
Presidenta del Comité Científico
XVIII Congreso SAFH

Juan Enrique Martínez de la Plata
Presidente de la Sociedad Andaluza de
Farmacéuticos de Hospitales y Centros Sociosanitarios

*Más visibles
Más seguros
Sumando en calidad asistencial*

MÁLAGA 19-21 ABRIL
2023





CASA DE S. M. EL REY

C R E D E N C I A L

Nº 085/2023

Su Majestad el Rey, accediendo a la petición que tan amablemente Le ha sido formulada, ha tenido a bien aceptar la

PRESIDENCIA DEL COMITÉ DE HONOR

del «**18º CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE FARMACÉUTICOS DE HOSPITALES Y CENTROS SOCIOSANITARIOS (SAFH)**» que, bajo el lema "**Más visibles, más seguros. Sumando en calidad asistencial**", se celebrará en Málaga del 19 al 21 de abril de 2023.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 29 de marzo de 2023

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY,

SEÑOR PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE FARMACÉUTICOS DE HOSPITALES Y CENTROS SOCIOSANITARIOS (SAFH).

MÁLAGA



COMITÉ DE HONOR

EXCMO. SR. D. JUAN MANUEL MORENO BONILLA
PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

EXCMA. SRA. CATALINA MARÍA GARCÍA CARRASCO
CONSEJERA DE SALUD Y FAMILIAS DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

EXCMO. SR. D. FRANCISCO DE LA TORRE PRADOS
ALCALDE DE MÁLAGA

EXCMO. SR. D. MIGUEL ÁNGEL GUZMÁN RUIZ
VICECONSEJERO DE SALUD Y CONSUMO DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

EXCMO. SR. D. DIEGO VARGAS ORTEGA
DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

SR. D. LUIS MARTÍNEZ HERVÁS
DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y RESULTADOS
EN SALUD DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

SR. D. JORGE DEL DIEGO SALAS
DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA

SR. D. MIGUEL F. MORENO VERDUGO
DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA

SRA. DÑA. BELÉN JIMÉNEZ MARTÍNEZ
DIRECTORA GERENTE DEL HOSPITAL DE ANTEQUERA

SR. D. JOSÉ ANTONIO ORTEGA DOMÍNGUEZ
DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

SR. D. ANTONIO CANSINO OSUNA
DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL COSTA DEL SOL

SR. D. FRANCISCO SALADO ESCAÑO
PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE MÁLAGA

SR. D. ANTONIO MINGORANCE GUTIÉRREZ
PRESIDENTE DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS

SR. D. FRANCISCO FLORIDO ALBA
PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE MÁLAGA

SR. RECTOR MAGNÍFICO JOSÉ ÁNGEL NARVÁEZ BUENO
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ILMO. SR. D. FRANCISCO JAVIER SALAS RUIZ
SUBDELEGADO DEL GOBIERNO EN MÁLAGA

SR. D. CARLOS BAUTISTA OJEDA
DELEGADO TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIA DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA EN MÁLAGA



COMITÉS

PRESIDENTE DEL CONGRESO

JUAN ENRIQUE MARTÍNEZ DE LA PLATA

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

MARGA GARRIDO SILES

VOCALES

ELENA ÁLVARO SANZ

ROCÍO ASENSI DIEZ

CARMEN BLANCO BERMEJO

MARTA EGUILUZ SOLANA

MARÍA ESPINOSA BOSCH

VICENTE FAUS FELIPE

JESÚS FERNÁNDEZ MARTIN

CARMEN GALÁN RETAMAL

ARACELI GÓMEZ SÁNCHEZ

ARANCHA LINARES ALARCÓN

ELENA SÁNCHEZ YÁNEZ

ROCÍO TAMAYO BERMEJO

ALBERTO VARAS

LUCÍA YUNQUERA ROMERO

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

BEGOÑA TORTAJADA GOITIA

VOCALES

ESAÚ AGUILAR DEL VALLE

JAVIER ARENAS VILAFRANCA

ROSA GARRIDO FERNÁNDEZ

EFRÉN MÁRQUEZ FERNÁNDEZ

SUSANA MARTIN CLAVO

M^a JOSE MORALES LARA

ANA MORILLO

ISABEL MOYA CARMONA

CASILDA ORTEGA DE LA CRUZ



RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO**HECHOS**

ÚNICO.- Con fecha de 02 de febrero de 2023 la **Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospitales y Centros Sociosanitarios (SAFH)** presenta la solicitud y documentación correspondientes por si se estimara oportuno el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario respecto de la actividad **“18º Congreso SAFH, “Mas visibles, mas seguros, sumando en calidad asistencial”** , a celebrar en el Hotel NH de Málaga **los días del 19 al 21 de abril de 2023.**

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El Secretario General de Salud Pública e I+D+i en Salud es competente para resolver en virtud de las facultades que le han sido atribuidas por el artículo 5 del Decreto 156/2022, de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo.

SEGUNDO.- Examinada la memoria y objetivos, así como el programa de la actividad presentados por la entidad organizadora, se considera que se ajusta a lo establecido en la Orden de 2 de octubre de 1997 (BOJA nº 120 de 14/10/1997).

Visto los antecedentes expuestos, la normativa citada y demás preceptos legales de general y pertinente aplicación,

RESUELVE

CONCEDER el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario respecto de la actividad

“18º Congreso SAFH, “Mas visibles, mas seguros, sumando en calidad asistencial”

Contra la presente resolución, que no pone fin a la vía administrativa, podrá recurso de alzada ante la Viceconsejería de Salud y Consumo en el plazo de un mes contado a partir de su notificación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 12.39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Sevilla, en el día de la fecha de firma
EL SECRETARIO GENERAL
Isaac Túnez Fiñana



PROGRAMA CIENTÍFICO

MIÉRCOLES 19 DE ABRIL

- 9:00-14:00** **CURSO PRECONGRESO: CÓMO CONVERTIR UNA IDEA EN UN PROYECTO**
Moderadora: Dña. María Espinosa Bosch - F.E.A. Farmacia Hospitalaria. Hospital Regional de Málaga
- CÓMO NO EMPEZAR UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**
Dña. Cristina González Pérez - F.E.A. Farmacia Hospitalaria. Hospital Clínico San Carlos, Madrid
- CÓMO CONSEGUIR UNA AYUDA PARA DESARROLLAR UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**
Dña. María Olga Martínez Agustín - Catedrática del Dpto. de Bioquímica y Biología molecular, Facultad de Farmacia, Universidad de Granada
- CONSEJOS PARA EL DISEÑO DE UN CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS**
D. Emilio García Cabrera - Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Sevilla
- COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA, LOS RETOS DE INVESTIGAR JUNTOS. CASO PRÁCTICO**
Dña. Rosana Cabello Moruno - Therapeutic Area Leader, Roche
- DEBATE**
- CAFÉ**
- PASOS A SEGUIR PARA CONSEGUIR UN DOCTORADO**
Dña. Elena Álvaro Sanz - F.E.A. Farmacia Hospitalaria. Hospital Costa del Sol, Marbella
- LA INVESTIGACIÓN COMO OPORTUNIDAD ASISTENCIAL**
Dña. Marta Mejías Trueba - F.E.A. Farmacia Hospitalaria. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla
- INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL**
D. Fernando Gutiérrez Nicolás - Jefe de la Unidad de Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias
- 16:00-17:30** **MESA DE TÉCNICOS DE FARMACIA HOSPITALARIA**
Moderador: D. Vicente Faus Felipe - F.E.A. Farmacia Hospitalaria. Hospital Costa del Sol, Marbella
- COMPETENCIAS DEL TÉCNICO EN FARMACIA HOSPITALARIA: DEL LLENADO DE CARROS A LA PREPARACIÓN DE QUIMIOTERAPIA O LA ATENCIÓN A PACIENTES**
Dña. Susana Rebollo - Técnico Farmacia Hospitalaria. Hospital Costa del Sol, Marbella
- CAPACITACIÓN PARA EL DESEMPEÑO**
Dña. Wendy Lahiton - Psicóloga
- PASADO, PRESENTE Y FUTURO DEL DESARROLLO PROFESIONAL DE LOS TFH**
Dña. Begoña Tortajada - Jefa de Servicio de Farmacia, Hospital Costa del Sol, Marbella
- 17:30-18:00** **MEJORES COMUNICACIONES**
Moderadora: Dña. Marta Eguiluz Solana - F.E.A. Farmacia Hospitalaria. Hospital Costa del Sol, Marbella
- 21:00** **CÓCTEL DE BIENVENIDA**
Patio Inglés, Hotel NH Málaga

JUEVES 20 DE ABRIL

- 9:00-09:50** **SIMPOSIO 1**
ACTUALIZACIÓN SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES JAKS EN ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL.
Galapagos Biopharma
Moderador: D. Francisco Sierra - Jefe de Servicio de Farmacia del H.U. Torrecárdenas, Almería
D. Emilio Molina - F.E.A. Farmacia Hospitalaria, HU Torrecárdenas, Almería
D. Federico Arguelles - F.E.A. Digestivo. HU Virgen Macarena, Sevilla
D. Alejandro Escudero - Jefe de Servicio Reumatología. HU Reina Sofía, Córdoba



- 10:00-11:30 MESA 1**
SEGURIDAD DEL PACIENTE: MIRADA AL PRESENTE PARA ASEGURAR EL FUTURO
Moderadora: Dña. Eva Moreno Campoy - Directora de la estrategia de seguridad del paciente del SSPA
- ESTADO DE LOS HOSPITALES ANDALUCES EN CUANTO A IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS**
Dña. M.ª José Otero - Directora del Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos
- LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE SEGURIDAD DE LA CONSEJERÍA DE SALUD DE ANDALUCÍA**
Dña. Margarita Ladrón de Guevara García - F.E.A. Farmacia Hospitalaria. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla
Dña. Estefanía López Domínguez - Farmacéutica Atención Primaria. Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba
- APLICACIÓN DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE SEGURIDAD EN LOS CENTROS DEL SSPA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO**
Dña. M.ª José Piña Vera - Jefa del Servicio de Promoción del Uso Racional del Medicamento. Subdirección de Farmacia y Prestaciones
- 11:30-12:00 CAFÉ**
- 12:00-13:00 CONFERENCIA INAUGURAL**
Presentador: D. Jesús Fernández Martín - F.E.A Farmacia Hospitalaria, Hospital Regional de Málaga
- MEDICAMENTOS SIN DAÑO: A LA ALTURA DEL DESAFÍO**
Dña. Ciara Kirke - Responsable del Programa Nacional de Seguridad del Medicamento, Irlanda
- 13:00-14:00 ASAMBLEA DE LA SAFH**
- 14:00-15:00 SIMPOSIO 2**
PERSPECTIVAS EN LA HUMANIZACIÓN DE LA FARMACIA HOSPITALARIA
AbbVie
Moderador: Don Pedro Acosta - Director Gerente del Hospital de Poniente, El Ejido, Almería
Dña. Ana Álvarez - Coordinadora de la Guía de Humanización de la SEFH. Jefa de Servicio de Farmacia. Hospital Ramón y Cajal, Madrid
Dña. Inmaculada Vázquez - Directora general de Humanización, Planificación y Cuidados del SAS
Don. Ramón Morillo - F.E.A. Farmacia Hospitalaria, Hospital Nuestra Señora de Valme, Sevilla
Dña. M.ª Ángeles Fernández - Presidenta de la Asociación Sevillana de pacientes con artritis reumatoide (ASEPAR)
- 15:00-16:30 ALMUERZO DE TRABAJO**
- 16:30-17:30 MESA 2**
CUANDO LOS ERRORES SE VUELVEN VALIOSOS. APRENDIENDO DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS
Moderador: D. Javier Arenas Villafranca - F.E.A. Farmacia Hospitalaria. Hospital Costa del Sol, Marbella
- CÓMO VIVE EL PACIENTE UN ERROR DE MEDICACIÓN**
Dña. Marta Moreno Barón - Presidenta ALCER, Almería
- CÓMO PODEMOS ACTUAR ANTE UN ERROR DE MEDICACIÓN**
Dña. Bárbara Torres Verdú - Subdirectora Médico Hospital Regional de Málaga
- ¿CÓMO VIVE EL PROFESIONAL UN ERROR MÉDICO? HABLEMOS DE SEGUNDAS VÍCTIMAS**
Dr. José Joaquín Mira Solves - Catedrático Universidad Miguel Hernández, Alicante
- 17:30-18:00 CAFÉ**
- 18:00-19:00 MESA 3**
DONDE LA FARMACIA ES MÁS VISIBLE. COMPARTIENDO EXPERIENCIAS DE ÉXITO
Moderadora: Dña. Carmen Blanco Bermejo - F.E.A. Farmacia Hospitalaria. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga
- CARGA DE TRABAJO... ¿UNA UTOPIA INCORPORAR TIEMPO PARA INVESTIGACIÓN?**
Dña. Sandra Flores Moreno - Jefa de Servicio Hospital Virgen del Rocío, Sevilla
- QUÉ PUEDE APORTAR EL FARMACÉUTICO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE GERIÁTRICO**
Dña. Eva Delgado Silveira - F.E.A Farmacia Hospitalaria. Hospital Ramón y Cajal, Madrid
- ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**
Dña. Elena Sánchez Yañez - F.E.A. Farmacia Hospitalaria. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga

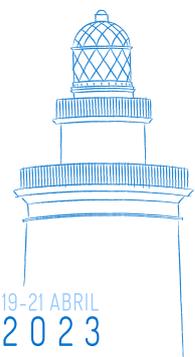


VIERNES 21 DE ABRIL

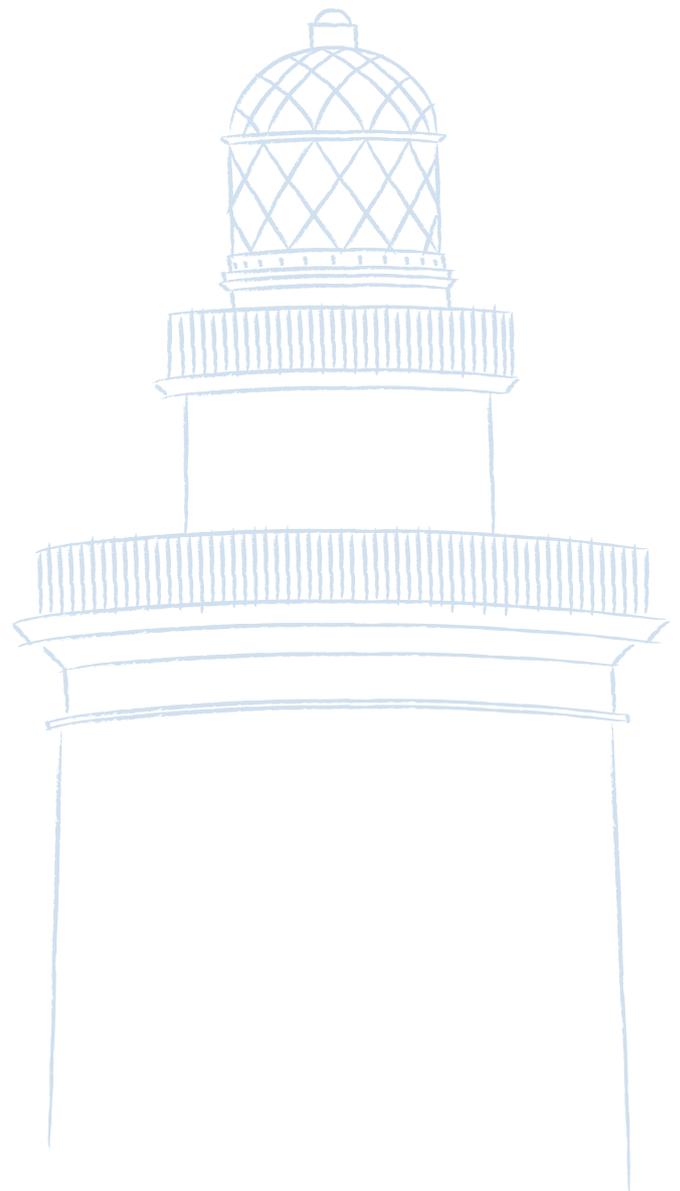
- 9:00-09:50 SIMPOSIO 3**
INNOVACIÓN EN SEGURIDAD, EFICACIA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ASOCIADA A LA INMUNOTERAPIA EN ESTADIOS TEMPRANOS DEL CÁNCER
Bristol-Myers Squibb
Dña. Elisabeth Pérez Ruiz - F.E.A. Oncología médica. Hospital Regional de Málaga
D. Pablo Nieto Guindo - F.E.A. Farmacia Hospitalaria. HU Torrecárdenas, Almería
- 10:00-11:15 MESA 4**
DESAYUNO CON EXPERTOS. PROFUNDIZANDO EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DESDE CUESTIONES DEL DÍA A DÍA
Moderadora: Dña. Marga Garrido Siles - F.E.A. Farmacia Hospitalaria. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga
Ponente: D. Carlos Gustavo García Collado - Subdirector de Prestaciones. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud
- 11:30-12:00 CAFÉ**
- 12:00-12:30 VISITA PÓSTER**
- 12:30-12:45 ACTO INSTITUCIONAL DE CLAUSURA**
- 12:45-13:00 RECONOCIMIENTO SAFH A LA TRAYECTORIA PROFESIONAL EN FARMACIA HOSPITALARIA**
- 13:00-14:00 CONFERENCIA DE CLAUSURA**
- 14:00-15:00 SIMPOSIO 4**
MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: POR UN CONSENSO EN EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD
Astra-Zeneca
Moderador: Dr. Miguel Ángel Calleja Hernández - Jefe de Servicio Farmacia Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla
Dr. Joaquín Borrás Blasco - F.E.A. Servicio de Farmacia Hospital de Sagunto, Valencia
Dra. María Ángeles García Rescalvo - Gerente Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada
Dr. José Luis Callejas Rubio - Jefe Unidad de Enfermedades Sistémicas del Servicio de Medicina Interna Hospital San Cecilio, Granada
- 15:00-16:30 ALMUERZO DE TRABAJO**
- 16:30-17:30 MESA 5**
INNOVAR AÑADIENDO CALIDAD. NUEVOS OBJETIVOS EN CALIDAD ASISTENCIAL
Moderador: D. Vicente Faus Felipe - F.E.A. Farmacia Hospitalaria. Hospital Costa del Sol, Marbella
¿ES POSIBLE ORGANIZARSE DE OTRO MODO?
D. Ignacio Vallejo Maroto - Subdirector médico del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla
EL PACIENTE COMO COMUNICADOR DE ERRORES MÉDICOS
D. Víctor Fuentes Gómez - Responsable de la Unidad de Calidad, Hospital Costa del Sol, Marbella
CÓMO MEDIR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN FARMACIA HOSPITALARIA
Dña. Carmen Galán Retamal - Jefa del Servicio de Farmacia, Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía
- 17:30-18:30 PRESENTACIÓN DE LAS MEJORES COMUNICACIONES ORALES**
Moderadora: Dña. Rocío Tamayo Bermejo - F.E.A. Farmacia Hospitalaria, Hospital Regional de Málaga

Más visibles
Más seguros
Sumando en calidad asistencial

MÁLAGA 19-21 ABRIL 2023



COMUNICACIONES



SUMARIO

COMUNICACIONES DE TÉCNICOS

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

8. VALORACIÓN DE LOS BOTIQUINES DE LAS UNIDADES QUIRÚRGICAS Y CLÍNICAS DE UN HOSPITAL GENERAL. 18

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

16. MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: EL TÉCNICO DE FARMACIA ANTE UN RETO DEL PRESENTE 18

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

20. NUEVO SISTEMA DE ORGANIZACIÓN PARA LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE PLÁSTICO EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA 19

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

45. PROTOCOLO PARA LA GESTIÓN Y VALIDACIÓN DE LOTES EN EL PROCESO DE ELABORACION DE QUIMIOTERAPIA ASISTIDA ELECTRÓNICAMENTE 20

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

89. ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL USO DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS 21

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

103. REPOSICIÓN UNIDOSIS. ADAPTACIÓN DEL MÉTODO KANBAN: MÁS EFICIENCIA, MÁS SEGURIDAD 22

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

112. PLANIFICACIÓN PREVIA A LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA TECNOLÓGICO (EPASE) PARA LA PREPARACION DE MEZCLAS DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS 22

CLASIFICACIÓN: HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

113. GUIA PARA EL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES EXTERNOS: EFECTOS ADVERSOS MAS FRECUENTES DE LOS MEDICAMENTOS ANTIRETROVIRALES. 23

131. REENVASADO DE SIROLIMUS SUSPENSION ORAL: EFICIENCIA Y ECOLOGIA 24

COMUNICACIONES 26

COMUNICACIONES

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

1. EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN VISADO DE INSPECCIÓN EN LAS PRESCRIPCIONES DE FENTANILO DE LIBERACIÓN RÁPIDA 26

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

2. SOTROVIMAB EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS CON COVID-19: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 26

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

4. ANÁLISIS DEL BENEFICIO CLÍNICO DE LOS FÁRMACOS AUTORIZADOS PARA CÁNCER DE MAMA ENTRE 2010-2022 SEGÚN ESCALA ESMO-MCBS 27

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

5. ANÁLISIS ENTRE BENEFICIO CLÍNICO Y FINANCIACIÓN DE LOS FÁRMACOS ONCOLÓGICOS AUTORIZADOS PARA CÁNCER DE MAMA EN LA ÚLTIMA DÉCADA 28

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

6. ESTUDIO DE SITUACIÓN DE LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UNIDADES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN DE UN PROCESO FORMATIVO EN BUENAS PRÁCTICAS. 28

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

7. REVISIÓN DE LOS EXCIPIENTES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA CONTENIDOS EN LAS SOLUCIONES ORALES MÁS UTILIZADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS 29

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

12. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ... 30



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

15. IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA ASIGNACIÓN DE FUNCIONES DE VISADO DE MEDICAMENTOS AL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA EN UN HOSPITAL DE TIPO 4..... 30

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

17. ESTUDIO EN VIDA REAL DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE RAMUCIRUMAB-PACLITAXEL EN SEGUNDA LÍNEA EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO DE MEJOR PRONÓSTICO EN BASE A UN SCORE 31

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

18. AVELUMAB EN CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL, A PROPÓSITO DE UN CASO 32

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

22. ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE LOS CRITERIOS 3-HIT EN PACIENTES CRÓNICOS EN CONSULTAS EXTERNAS DE FARMACIA HOSPITALARIA 33

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

23. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE USO DE INSULINA DEGLUCEC EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 33

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

24. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OLAPARIB/NIRAPARIB COMO TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO EN CÁNCER DE OVARIO PLATINO-SENSIBLE EN RECAÍDA 34

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

25. EVALUACIÓN DEL RIESGO ANTICOLINÉRGICO-SEDANTE DE LOS PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS INTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCISANITARIO 35

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

26. SIPONIMOD EN ESCLEROSIS MULTIPLE SECUNDARIA PROGRESIVA (EMSP): EXPERIENCIA CLÍNICA EN VIDA REAL..... 35

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

27. IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA MULTIDISCIPLINAR DE OPTIMIZACIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PSORIASIS E IMPACTO ECONÓMICO ASOCIADO 36

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

29. OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS EN TRATAMIENTO CON GUSELKUMAB. ... 37

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

30. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA EN LA PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN PARA LA INFECCIÓN POR VIH. 37

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

32. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE ADMINISTRACIÓN INTERMITENTE DE LEVOSIMENDÁN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA GRAVE 38

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

34. EFECTIVIDAD DE LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES CONTRA EL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA EN PACIENTES CON MIGRAÑA 39

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

36. EFICACIA Y SEGURIDAD DE FILGOTINIB EN ARTRITIS REUMATOIDE 39

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

39. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA BASADA EN LA METODOLOGÍA CMO PARA DISMINUIR LA PREVALENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS PIMDINAC EN PACIENTES VIH MAYORES..... 40

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

42. ESTRATEGIA CYCLING CON INHIBIDORES JAK EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE 41

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

46. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS DEL PROCESO DE NUTRICIÓN PARENTERAL..... 41

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

48. EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA CMO PARA PACIENTES VIH NAIVE.. 42



CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

49. TAQUIARRITMIA VENTRICULAR SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON IBRUTINIB. A PROPÓSITO DE UN CASO.. 43

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

51. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD DE TRASTUZUMAB EMTANSINA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER-2 POSITIVO EN POBLACIÓN REAL..... 43

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

53. ISAVUCONAZOL: ANÁLISIS DE USO, EFICACIA Y SEGURIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 44

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

54. EVALUACIÓN FARMACÉUTICA DEL TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS 45

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

55. IMPACTO ECONÓMICO DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES EN AUSENCIA DE INDICACIÓN..... 45

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

57. PATISIRAN EN EL TRATAMIENTO DE LA AMILOIDOSIS HEREDITARIA POR TRANSTIRETINA: ESTUDIO PRELIMINAR..... 46

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

58. EXPERIENCIA DEL USO DE CEFIDEROCOL EN PACIENTES CON AISLAMIENTO DE MICROORGANISMOS EXTREMADAMENTE RESISTENTES..... 47

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

59. USO DE ECUZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL RECHAZO AGUDO MEDIADO POR ANTICUERPOS DESPUÉS DEL TRASPLANTE RENAL 47

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

61. SEGURIDAD DEL USO DE REMDESIVIR EN EL TRATAMIENTO DE SARS-COV-2 EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.... 48

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

63. EXPERIENCIA EN EL USO DE DEFIBROTIDE PARA LA PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD VENOOCCLUSIVA HEPÁTICA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO..... 49

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

64. DISEÑO Y DESARROLLO DE CONCILIAMED: UNA APLICACIÓN INTERACTIVA PARA LA CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN CRÓNICA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS. 50

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

65. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE GRANDES QUEMADOS..... 50

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

66. USO DE USTEKINUMAB VÍA INTRAVENOSA EN TERAPIA DE MANTENIMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO..... 51

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

67. RESLIZUMAB EN GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO 52

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

68. IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE SOPORTE A LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS: GENERACIÓN DE ALERTAS POR INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS 52

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

69. EXPERIENCIA CLÍNICA DE CIDOFOVIR INTRALESIONAL PARA EL TRATAMIENTO DE PAPILOMATOSIS RESPIRATORIA RECURRENTE..... 53

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

71. UPADACITINIB EN ARTRITIS REUMATOIDE: EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA..... 54

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

72. REACCIÓN ADVERSA GRAVE Y DESCONOCIDA POR ADMINISTRACIÓN DE USTEKINUMAB EN PSORIASIS: A PROPÓSITO DE UN CASO 54

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

73. APORTACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN EL CIRCUITO DE TELEFARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 55



CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

75. GRADO DE ACEPTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA 56

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

77. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA UNIDAD DE NEUROLOGÍA PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL USO DE LOS ANTIMICROBIANOS..... 56

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

79. INCIDENCIA DE REACCIONES ADVERSAS CUTÁNEAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA EN TRATAMIENTO CON APALUTAMIDA 57

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

80. IMPACTO CLÍNICO Y FARMACO-ECONÓMICO DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PROTOCOLO PERSONALIZADO Y MULTIDISCIPLINAR DE MANEJO DE AGENTES BIOLÓGICOS 57

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

81. DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE ERRORES CUALITATIVOS DURANTE LA PREPARACIÓN DE CITOSTÁTICOS EN LA UNIDAD DE FARMACIA ONCO-HEMATOLÓGICA 58

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

82. MEJORA EN LA GESTIÓN DE LAS PREPARACIONES DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN EL ÁREA DE FARMACOTECNIA 59

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

83. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE ANÁLOGOS DE GLP1 60

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

84. EMICIZUMAB EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA EN VIDA REAL 60

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

85. ANÁLISIS DE USO DE TERIPARATIDA EN UNA UGC DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.... 61

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

86. INTENSIFICACIÓN DE DOSIS CON USTEKINUMAB INTRAVENOSO EN ADULTOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON PÉRDIDA DE RESPUESTA O RESPUESTA PARCIAL AL TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB 90 MG SUBCUTÁNEO 62

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

87. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN EL PROCESO DE PREPARACIÓN DE MEZCLAS DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS 62

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

88. UTILIZACIÓN EN VIDA REAL DE LA VACUNA GARDASIL FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO 63

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

91. ANÁLISIS DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS OPTIMIZADAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA 64

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

92. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO HOSPITALARIO PARA LA BRONQUIOLITIS AGUDA EN PEDIATRÍA 65

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

95. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA ADECUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE ANTIDIABÉTICOS A LAS RECOMENDACIONES OFICIALES DE USO 65

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

97. SEGURIDAD DEL PACIENTE: INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA DETECCIÓN DE INTOLERANCIAS Y ALERGIAS..... 66

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

98. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL AJUSTE DE DOSIS POR INSUFICIENCIA RENAL 67

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

99. PATIENT-REPORTED-OUTCOMES EN PACIENTES CON PSORIASIS 67



CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

100. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON UPADACITINIB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 68

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

104. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN NUTRICIÓN PARENTERAL DE PACIENTES CRÍTICOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL 68

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

107. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME SEROTONINÉRGICO ASOCIADO A LINEZOLID 69

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

108. TRALOKINUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA 70

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

109. PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA COLOPROCTOLÓGICA 70

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

110. INTEGRACIÓN DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS Y MICROSTRATEGY PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 71

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

111. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LA EFECTIVIDAD DE FOLFIRINOX MODIFICADO FRENTE A NAB-PACLITAXEL MÁS GEMCITABINA EN CÁNCER DE PÁNCREAS 72

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

114. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA CONSULTA ATENDIDA POR UN TÉCNICO EN FARMACIA 72

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

115. ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LOS TÉCNICOS EN FARMACIA SOBRE FORMACIÓN Y NUEVOS ROLES DE LA PROFESIÓN 73

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

116. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA DURANTE LA GESTACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO 74

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

119. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL COLIRIO DE INSULINA EN EL TRATAMIENTO DE DEFECTOS EPITELIALES PERSISTENTES 74

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

120. EFICIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE CICLINA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO CON RECEPTORES HORMONALES POSITIVOS, HER2 NEGATIVOS 75

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

121. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE AVELUMAB EN CÁNCER UROTelial. ESTUDIO MULTICÉNTRICO 76

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

122. IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA REGIONAL DE APROVECHAMIENTO DE MEDICAMENTOS HOSPITALARIO PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SSPA 76

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

123. SEGUIMIENTO DE UN PROGRAMA DE PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN A VIH EN LA PRÁCTICA HABITUAL 77

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

124. ANÁLISIS Y DISCORDANCIA DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DETECTADAS EN DOS BASES DE DATOS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON APALUTAMIDA 78

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

125. CRIBADO FARMACOGENÉTICO PREVENTIVO, DESARROLLO Y REGISTRO EN LA HISTORIA ELECTRÓNICA 79

127. TENDENCIAS EN LA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS ENTRE PERSONAS CON VIH EN UNA COHORTE DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL 82



CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMAECONOMÍA

129. AHORRO GENERADO POR LA OPTIMIZACIÓN DE NATALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE	82
---	----

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

130. DETERMINACIÓN DE NIVELES DE ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ¿SON EQUIPARABLES LA TÉCNICA DE ELISA TRADICIONAL VS UNA TÉCNICA “POINT OF CARE”?	83
--	----

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

133. PUESTA EN MARCHA DE ASESORÍAS DE PRESCRIPCIÓN DE CARBAPENÉMICOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL	84
--	----

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

134. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE IBRUTINIB EN LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA: DATOS EN VIDA REAL	84
---	----

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

135. MANEJO DEL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.....	85
--	----

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

137. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRALOKINUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE.....	86
--	----



COMUNICACIONES DE TÉCNICOS

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

8. VALORACIÓN DE LOS BOTIQUINES DE LAS UNIDADES QUIRÚRGICAS Y CLÍNICAS DE UN HOSPITAL GENERAL.

AUTORES

NAVARRO MORO I; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ M; RODRIGUEZ RAMIREZ M; ROMERO RUIZ A

OBJETIVOS

Analizar la calidad del mantenimiento y la seguridad de los medicamentos en los botiquines de las distintas unidades de enfermería de un Hospital General durante el primer semestre del año 2022.

MATERIALES Y MÉTODOS:

De acuerdo con la ley 29/2006 de Garantías de Uso racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, la gestión de las existencias de medicamentos en los botiquines de las distintas unidades clínicas de los Hospitales es responsabilidad del Servicio de Farmacia y su control recae sobre el supervisor de la Unidad.

El contenido cualitativo y cuantitativo del botiquín se pacta entre el Servicio de Farmacia y la Unidad Clínica correspondiente, teniendo en cuenta los consumos de medicamentos y el tipo de pacientes.

Durante el primer semestre del año 2022 el Servicio de Farmacia revisa un total de 21 botiquines correspondientes a cada Unidad de enfermería de un Hospital General de 577 camas, incluyendo quirófanos.

Las incidencias encontradas son comunicadas mediante un informe, tanto al supervisor de la Unidad como a la Dirección de enfermería.

RESULTADOS:

Número de Botiquines revisados: 21.

- Presencia de 2 ó más especialidades caducadas: 95% (si); 5% (no).
- Presencia de medicamentos no pactados en stock: 98% (si); 2% (no).
- Stock excesivo de medicamentos: 20% (si); 80% (no).
- Registra temperatura de frigoríficos: 19% (si); 81% (no).
- Contiene envases multidosis sin anotar fecha apertura: 23% (si); 77% (no).
- Realiza control adecuado de estupefacientes: 90 % (si); 10 % (no).
- Presencia de medicamentos fotosensibles sin proteger de la luz: 57% (si); 43% (no).
- Correcto orden e identificación: 22% (si); 78% (no).
- Correcta identificación de medicamentos de alto riesgo: 38% (si); 62% (no).

CONCLUSIONES:

El mantenimiento de los botiquines sigue siendo deficiente a pesar de las revisiones periódicas realizadas por el Servicio de Farmacia. Para mejorar las condiciones de almacenamiento y lograr así una mejor racionalización de los recursos, es necesario implicar tanto a los supervisores de las Unidades Clínicas en el control de los botiquines, como a la Dirección de enfermería incluyendo como objetivo anual del personal inspeccionar periódicamente el estado de las caducidades.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

16. MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: EL TÉCNICO DE FARMACIA ANTE UN RETO DEL PRESENTE

AUTORES

PÉREZ SANTOS MDM; CÉSPEDES MOLERO R; GUARINO PANTIÓN D

OBJETIVOS

Los medicamentos de alto riesgo (MAR) son aquellos que pueden provocar efectos graves en el paciente ante un eventual error en su manipulación. Hoy día suponen un reto para la seguridad del paciente y para la propia Farmacia. La bibliografía constata que existen una serie de medidas que contribuyen a disminuir los incidentes de seguridad relacionados con los MAR.

OBJETIVO: Implicación de los Técnicos de Farmacia en la seguridad el paciente a través de la implantación de medidas preventivas para evitar eventos adversos relacionadas con los medicamentos de alto riesgo

MATERIALES Y MÉTODOS:

1. Creación de grupo de trabajo formados por técnicos de farmacia para identificación de las intervenciones de las que son responsables
2. Búsqueda bibliográfica sobre medidas preventivas para evitar eventos adversos relacionadas con los MAR



3. Identificación de las unidades diana
4. Planificación cronograma de trabajo de medidas a implementar
5. Seguimiento implantación de intervenciones

RESULTADOS:

1) De las 16 intervenciones halladas en la bibliografía, se seleccionaron las que eran dependientes de Farmacia y, sobre todo las que recaían directamente en los técnicos, 7 en concreto:

- Análisis e identificación de los MAR incluidos en guía de fármacos del hospital
- Diseño etiquetas identificativas de los MAR y distribución por unidades diana (hospitalización) para identificar los cajetines de dichos fármacos.
- Identificación de los MAR en armarios de dispensación automática (SADME) y los cajones en Farmacia. Colocación estratégica de los cajones con MAR según recomendaciones bibliográficas.
- Colocación de alertas visuales de seguridad en los SADMEs de manera que cuando un profesional quiere sacar un MAR se le indique en pantalla este hecho, teniendo que confirmar que es consciente antes de seguir operando.
- Identificación en Athos (aplicación corporativa de prescripción, validación y tratamiento) de los MAR con la leyenda "MAR".
- Preparación de las perfusiones de los MAR en campana tipo I en Farmacia.
- Etiquetado (circulo rojo) de las ampollas o viales de los MAR

2) Unidades diana: todas las unidades de hospitalización y la propia Farmacia

3) El seguimiento de las medidas no automatizadas se realiza a través de la reposición por los técnicos de Farmacia de las etiquetas identificativas de los MAR en el 100% de los SADME y en los cajetines de Farmacia

CONCLUSIONES:

Crear cultura de seguridad en los profesionales contribuye a garantizar la seguridad del paciente. El compromiso de los Técnicos de Farmacia en esta iniciativa, ha ampliado sus competencias y los profesionales han manifestado su satisfacción con este proyecto y reconocen el valor añadido que les aporta el colaborar con la seguridad del paciente.

Este proyecto ha contribuido a dar visibilidad al trabajo de los técnicos de farmacia ante la falta de medidas para la minimización de los errores relacionados con los MAR en nuestro centro.

Para completar el seguimiento de las acciones implantadas, hay programada una auditoría anual del etiquetado en los botiquines de hospitalización para verificar el seguimiento de las medidas.

Para conocer grado de satisfacción de las unidades, tenemos planificada la realización de una encuesta de satisfacción de cliente interno en relación a las medidas implantadas.

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

20. NUEVO SISTEMA DE ORGANIZACIÓN PARA LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE PLÁSTICO EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES

ANDÚJAR ÁLAMO B; MEDINA POZO P; GALVEZ RICO D

OBJETIVOS

El excesivo consumo de plástico es uno de los principales problemas del medioambiente y reducir su consumo es todo un desafío. Desde la Farmacia Hospitalaria nos ponemos como objetivo el presente trabajo de implantar un nuevo sistema de organización para la reducción del consumo de plástico mejorando la sostenibilidad medioambiental.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se creó un grupo multidisciplinar formado por dos Técnicos de Farmacia, la coordinadora de Técnicos y una farmacéutica.

Se identificaron los procesos en los que el consumo de plástico estaba presente:

En nuestro entorno hospitalario, utilizábamos bolsas de plástico para identificar y separar la medicación en:

- la preparación de medicación de stock (botiquines, peticiones urgentes e ingresos).
- la preparación de medicamentos de dispensación en dosis unitaria.
- la preparación de la reposición de los sistemas de dispensación automatizados.
- la dispensación de nutriciones parenterales.
- la dispensación en consulta a pacientes externos
- los trasпасos de medicación entre almacénes y préstamos a otros hospitales.
- el reenvasado

Se analizaron las medidas viables y recursos necesarios para conseguir los objetivos e implantar los cambios estableciendo unas pautas básicas de trabajo como:



- introducción del uso de cajas de cartón en lugar de bolsas de plástico siempre que sea posible.
- instaurar el uso del tubo neumático para enviar medicación siempre que sea posible.
- envío de medicación para los pacientes de nuevo ingreso a través de cajones clasificadores reutilizables.
- preparación de la medicación para reponer los sistemas automatizados de dispensación en planta con un sistema de cajones con clasificadores.
- envío de nutriciones parenterales envasadas en sobre estéril en neveras portátiles modificando el sistema de etiquetado.
- realización de infografía para la concienciación en la sala de espera de pacientes externos con el fin de incentivar que los pacientes traigan su bolsa de casa.

Se estableció un cronograma para la implantación y difusión de las iniciativas al resto del servicio de Farmacia y otros servicios del hospital.

RESULTADOS:

Este nuevo sistema organizativo nos va a permitir reducir el consumo de plástico en el Servicio de Farmacia, pero también pretende sensibilizar sobre la contaminación y el gasto que supone el uso excesivo de plásticos.

Este proyecto nos ha permitido a los técnicos de farmacia participar e innovar en iniciativas mediomambientales en el medio hospitalario, nos aporta valores gratificantes al desempeño de nuestro trabajo, y fomenta la participación de los todos los profesionales en la mejora de las actividades diarias.

Con la difusión de las medidas a los diferentes servicios del hospital, queremos conseguir la concienciación y empatía con nuestro compromiso, solicitando su colaboración en momentos como la devolución de medicación al Servicio de Farmacia.

CONCLUSIONES:

Los técnicos de Farmacia han acogido con gran entusiasmo la nueva forma de trabajar ratificando el compromiso por la reducción del plástico como medida para mejorar la sostenibilidad del medioambiente.

Esta iniciativa está suponiendo un ahorro considerable en nuestro servicio y ha incentivado el trabajo en equipo, permitiendo conectar el Servicio de Farmacia con el resto de Servicios fomentando la concienciación sobre el cuidado del medioambiente

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

45. PROTOCOLO PARA LA GESTIÓN Y VALIDACIÓN DE LOTES EN EL PROCESO DE ELABORACION DE QUIMIOTERAPIA ASISTIDA ELECTRÓNICAMENTE

AUTORES

SÁNCHEZ BOLAÑOS L; CANTERO DELGADO L; REYES PERAL CB; GONZÁLEZ GARCÍA F; PRIEGO MORILLO JA; RUZ VELASCO Á

OBJETIVOS

La complejidad del proceso terapéutico en el paciente oncohematológico, obliga a un estricto control de calidad durante la elaboración, que aconseja sistemas automatizados de trazabilidad que garanticen La identificación inequívoca del producto, lote, caducidad y dosis preparada, así como registro automático de todas las acciones, usuarios, fechas y horas de preparación.

La mayoría de medicamentos contienen un sistema de identificación EAN-128/GS1-128 (Directiva 2011/62/EU) como alternativa al código de barras, permitiendo el almacenamiento de gran volumen de información en poco espacio (data matrix), incorporando lote y caducidad de cada medicamento con alta fiabilidad de lectura.

Sin embargo, la implantación de un sistema automatizado tiene limitaciones, como la ausencia de este tipo de codificación en algunos medicamentos. Esto obliga al reetiquetado de viales, e implica una validación posterior, ya que un error o un mal etiquetado pueden comprometer todo el proceso.

El objetivo es describir el circuito de trabajo implantado en nuestro servicio para RECEPCIÓN, REETIQUETADO de VIALES y CONTROL del proceso, como complemento a un sistema automatizado de elaboración de quimioterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS:

La implantación en noviembre 2022 del módulo e-PASE® (Farmis Oncofarm® versión 4.14), permite, el control cualitativo de fluidos y antineoplásicos mediante lectura de etiquetas con lectores de código de barras y Datamatrix.

Para garantizar la correcta lectura de los medicamentos se llevaron a cabo los siguientes pasos:

1. Identificación de medicamentos incorporados al sistema e-PASE y comprobación de disponibilidad de sistema GS1 DataMatrix.
2. Identificación y listado de medicamentos SIN GS1 DataMatrix y que requieren reetiquetado, clasificados por Laboratorio. Entrega a Celador y a técnico de farmacia.
3. Instrucciones de trabajo para recepción por celador y coordinación con técnico de farmacia para reetiquetado.



4. Registro/validación de reetiquetado (fecha, técnico responsable, medicamento, nº viales, lote, caducidad, muestra de etiqueta y doble chequeo por enfermería).

RESULTADOS:

Desde la puesta en marcha del módulo de quimioterapia asistida (1/12/22), se han incluido en el sistema 83 especialidades farmacéuticas, de las cuales 25 no disponen de codificación GS1 DataMatrix, por lo que, actualmente reetiquetamos el 30% de medicamentos incluidos. De diciembre a febrero, se han reetiquetado 744 viales, que suponen 80 registros de control (lote, caducidad y muestra etiqueta) por parte del técnico y validación por enfermería (100%), habiéndose detectado un 4% de incidencias menores ((lote erróneo en registro aunque correcto en etiqueta).

CONCLUSIONES:

La incorporación de este circuito de trabajo para gestión/validación del reetiquetado, nos permite complementar de una manera segura y eficaz, una de las limitaciones del software ePASE® en el control y registro de la acción de reetiquetado de lotes, cuando el sistema no puede leer el código del medicamento.

Esperamos que tanto la protocolización de este proceso, como la coordinación entre profesionales implicados (celador-técnico-enfermera), contribuya a prevenir errores y reducir los riesgos asociados a esta parte del proceso de preparación de antineoplásicos y sirva además para facilitar el trabajo de los nuevos técnicos que se incorporen en el futuro.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

89. ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL USO DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

AUTORES

ESCALERA CÁRDENAS C; DÍAZ ACEDO R; ROMERO SANCHEZ L; GOMEZ HEDRERA MDM; TOBAR TOBAR E

OBJETIVOS

Analizar la percepción del personal de enfermería sobre uso de los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos (SADME) dentro de una estrategia de mejora global del trabajo con los SADME.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Desde el servicio de farmacia, se diseñó una encuesta sobre la facilidad/dificultad de uso de los SADME (proceso de dispensación, devolución y dispensación “sin orden médica”), la frecuencia de determinadas incidencias (medicamento no disponible en SADME, medicamento sin stock, medicamento caducado, medicamento urgente no accesible sin orden médica, medicamento colocado incorrectamente o error informático) y la incidencia que más dificulta el trabajo diario con el SADME que fue cumplimentada de forma anónima por el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel. Los datos recogidos fueron procesados mediante Excel v.2301.

RESULTADOS:

Se realizaron un total de 40 encuestas al personal de enfermería (92,5% mujeres, edad mediana 46 años (IQR 40-50), 77,5% turno rotatorio versus 22,5 % fijo-mañanas).

Con respecto a la facilidad/dificultad en el proceso de dispensación de medicamentos (n=40), respondieron “fácil” el 55,0%, muy fácil el 25,0%, muy difícil el 12,5% y difícil el 7,5%. Con respecto al proceso de devolución de medicamentos (n=40), respondieron fácil el 47,5%, difícil el 20,0%, muy fácil el 17,5% y muy difícil el 15,0%; y, con respecto a la dispensación “sin orden médica”(n=40), respondieron difícil el 42,5%, fácil el 27,5%, muy difícil el 27,5% y muy fácil el 2,5%.

Con respecto a la frecuencia de incidencias detectadas, para “medicamento no disponible en dispensador” respondieron ocasional el 47,5%, muy frecuente el 40,0%, muy infrecuente el 10,0% y frecuente el 2,5%; para “medicamento sin stock” respondieron muy frecuente el 45,0%, ocasional el 42,5%, frecuente el 7,5% y muy frecuente el 5,0%; para “medicamento caducado” (n=39) respondieron muy infrecuente el 82,05%, ocasional el 15,38% y frecuente el 2,56%; para “medicamento urgente no accesible sin orden médica” (n=40) respondieron frecuente el 42,5%, muy frecuente el 32,5%, ocasional el 22,5% y muy infrecuente el 2,5%; para “medicación colocada incorrectamente” (n=40), respondieron muy infrecuente el 70,0%, ocasional el 22,5%, muy frecuente el 5,0% y frecuente el 2,5%; y, para “errores informáticos” (n=40), respondieron muy frecuente el 45,0%, frecuente el 27,5%, ocasional el 20,0% y muy infrecuente el 5,0%.

Con respecto a la tarea que más dificulta la tarea diaria con el SADME (n=36), respondieron “error informático” un 55,56%, no acceso a dispensación “sin orden médica” un 22,22%, medicamentos sin stock suficiente un 8,33% y otras incidencias un 8,33%. Ninguna persona resaltó la detección de medicamentos caducados ni colocados incorrectamente.

CONCLUSIONES:

El procedimiento más difícil para el personal de enfermería parece ser el de “dispensación sin orden médica”. Además, los problemas relacionados con errores informáticos y falta de acceso a medicamentos “sin orden médica” parecen ser dos incidencias relevantes y frecuentemente detectadas en el trabajo diario. Es necesario realizar una revisión del protocolo de trabajo en cuanto a la “dispensación sin orden médica” y del sistema informático de las plantas de hospitalización que disponen de SADME para mejorar la experiencia de uso de los mismos.



CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

103. REPOSICIÓN UNIDOSIS. ADAPTACIÓN DEL MÉTODO KANBAN: MÁS EFICIENCIA, MÁS SEGURIDAD

AUTORES

TORRES RODRÍGUEZ MC; BRETONES PEDRINACI JI; JIMENEZ CARBELO N; SÁNCHEZ CESPEDES E; SÁNCHEZ CESPEDES M; CASTRO VIDA MÁ; CALLEJÓN GARCÍA M

OBJETIVOS

Entre las funciones que desarrolla el Técnico de Farmacia (TF) en el Área de Unidosis, destaca la reposición de todos los medicamentos para la dispensación por paciente en el montaje de carros. Diseño y adaptación del método Kanban a la reposición de Unidosis, para optimizar en tiempo y recursos la reposición de los medicamentos de administración oral ubicados en éste Área, con objeto de mejorar los procesos incrementando la seguridad, rentabilidad y productividad.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El sistema Kanban (farma-kanban), consiste en utilizar tarjetas a modo de testigo en el proceso de reposición de los medicamentos que se han agotado en los botiquines de las diferentes unidades clínicas del hospital sustituyendo a la reposición por stock convencional. Nuestra adaptación para la reposición de los medicamentos de Unidosis se llevó a cabo por un TF conjuntamente con un farmacéutico del Área de Unidosis. Se pactaron qué medicamentos eran candidatos a formar parte del sistema en base al consumo medio mensual y anual mediante el programa de Gestión de Farmacia para estudiar y establecer los stocks necesarios.

RESULTADOS:

Se seleccionaron 104 medicamentos. Se confeccionaron tarjetas identificativas con el nombre del medicamento por principio activo, código del artículo y stock de reposición. Para calcular el stock de reposición se obtuvo un listado con el consumo diario y se multiplicó por 4. La adaptación consiste en reponer el stock de seguridad de los cajetines necesarios (a demanda) a través de la reposición diaria. Un separador de pasta dura no flexible divide en dos partes el cajetín. En la zona exterior se encuentra la medicación disponible para usar primero y en el otro apartado la de reserva con las mismas unidades de medicamento pactadas, más una tarjeta de papel modificable con el código del medicamento, el nombre por principio activo y cantidad a reponer. El stock de reposición va impreso en una etiqueta adhesiva en la tarjeta con la intención de ser modificada dependiendo de la demanda del medicamento. Es la herramienta que usa el TF a modo de señal para indicar que un medicamento debe ser repuesto. Estas tarjetas se van depositando en un casillero mientras se preparan los carros de Unidosis en el turno de tarde por el TF. Una vez agotado el stock del medicamento de uso (espacio exterior) el TF retira el separador dando paso a la reserva y deposita la tarjeta identificativa en el cajetín al uso. Es en el turno de mañana, la siguiente al montaje, cuando el TF del área de Unidosis recoge todas las tarjetas acumuladas para reponer solamente esos medicamentos. Se elaboró una guía para incluirlo en la práctica de trabajo habitual.

CONCLUSIONES:

Permite mejor control de inventario, disminución de medicamentos caducados y regulación de la demanda. Eficiencia y optimización del tiempo evitando reponer medicamentos con un consumo bajo de forma frecuente. Pendiente incluir en el protocolo normalizado de trabajo del Área de Unidosis. Continuidad, formación e implicación de todos los profesionales.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

112. PLANIFICACIÓN PREVIA A LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA TECNOLÓGICO (EPASE) PARA LA PREPARACION DE MEZCLAS DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS

AUTORES

GOMEZ ROS E; GIL ARAUJO F; MORAL MUÑOZ G; BUENO SABIO A; HEREDIA GARCIA RM

OBJETIVOS

De cara a la implementación de un control cualitativo en la preparación de mezclas de medicamentos citostáticos es necesario planificar los requisitos previos a dicha implementación. El objetivo de este estudio es conocer, qué medicamentos carecen de código de barras o código QR en el vial y que por tanto necesitan ser re-etiquetados para su lectura y prevención así de errores cualitativos durante la preparación.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se ha procedido a revisar todos los medicamentos antineoplásicos utilizados en el hospital, cuantificando el número de ellos que disponen de código de barras/QR y cuáles no. Para buscar alternativas con otras marcas, se ha consultado a laboratorios y se ha revisado en la web la posibilidad de encontrar opciones, para los medicamentos que no llevan código de barra o código QR.

RESULTADOS:

En nuestro Centro utilizamos para la terapia antineoplásica de pacientes con cáncer, un total de 102 medicamentos distintos de administración vía parenteral. De ellos, 16 sí disponen de código de barras o código QR en el vial lo que supone un 16% del total. El número de medicamentos sin código de barras o QR en el envase primario es de 86, un 86% del total.



Tras revisar alternativas de aquellos medicamentos sin código, en la mayoría de ellos (74%) sólo existe un laboratorio comercializador (no disponen aún de genérico o biosimilar), y por tanto tienen que re-etiquetarse. En 10 de ellos se podría usar una presentación de otro laboratorio que sí incorpora código en el vial.

CONCLUSIONES:

Los resultados del muestreo ponen de manifiesto la existencia de una mayoría de viales sin código de barras o QR, de los cuales no se han podido localizar en otros laboratorios existencias de estos con código.

Esto nos lleva a la necesidad de re-etiquetar los viales con códigos que permitan su lectura, así como crear un protocolo que permita un proceso seguro.

CLASIFICACIÓN: HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

113. GUIA PARA EL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES EXTERNOS: EFECTOS ADVERSOS MAS FRECUENTES DE LOS MEDICAMENTOS ANTIRETROVIRALES.

AUTORES

GIL ARAUJO F; GOMEZ ROS E; HEREDIA GARCIA RM; MORAL MUÑOZ G; BUENO SABIO A

OBJETIVOS

Elaborar un documento con los efectos adversos (EA) (no analíticos) de los antirretrovirales (ARV) más empleados en la actualidad, con objeto de proporcionar al técnico de farmacia una herramienta que permita resolver dudas sobre ARV durante el acto de dispensación.

MATERIALES Y MÉTODOS:

- Se creó un grupo multidisciplinar: farmacéutico responsable del área de pacientes externos (patologías víricas) y dos técnicos de farmacia que desarrollan su labor asistencial en esta área.
- Se identificaron los ARV más empleados en nuestro centro (aplicación de pacientes externos).
- Se identificaron los EA (no analíticos), frecuentes y muy frecuentes, empleando la Guía GESIDA 2021 y las fichas técnicas de los medicamentos.
- Se elaboró un documento en formato tabla que se expuso en el área de dispensación de pacientes externos donde trabaja el personal técnico.

RESULTADOS:

EFECTOS ADVERSOS FRECUENTES Y MUY FRECUENTES

	Trastornos psiquiátricos	Trastornos sistema nervioso	Trastornos gastrointestinales	Trastornos de la piel	Trastornos musculo esqueléticos	Otros trastornos
Emtricitabina/tenofovir alafenamida/bictegravir	Alteración del estado de ánimo, sueños anormales.	Cefalea, mareos.	Diarrea, nauseas.			Aumento de peso, cansancio.
Dolutegravir/lamivudina	Sueños anormales, alteración del estado de ánimo, somnolencia vs insomnio.	Cefalea, mareo.	Diarrea, náuseas, vómitos, flatulencia, molestias abdominales.	Erupción, prurito, alopecia.	Artralgia, mialgia.	Aumento de peso, cansancio.
Emtricitabina/tenofovir alafenamida/rilpivirina	Alteración del estado de ánimo, sueños anormales, somnolencia.	Cefalea, mareo.	Náuseas, vómitos, sequedad de boca, flatulencia, diarrea, molestias abdominales, disminución del apetito.	Erupción cutánea.		Cansancio.
Rilpivirina	Sueños anormales, alteración del estado de ánimo, somnolencia vs insomnio.	Cefalea, mareo.	Náuseas, vómitos, molestias abdominales, sequedad de boca, disminución del apetito.	Exantema.		Cansancio.



Emtricitabina/tenofovir alafenamida/ darunavir/ cobicistat	Sueños anormales.	Cefalea, mareo.	Diarrea, vómitos, náuseas, molestias abdominales, dispepsia, flatulencia, falta de apetito.	Erupción, prurito, urticaria	Artralgia, mialgia	Reacción de hipersensibilidad, cansancio.
Abacavir/lamivudina	Insomnio.	Cefalea.	Falta de apetito, náuseas, vómitos, diarrea, molestias abdominales.	Erupción, alopecia.	Artralgia, mialgia.	Hipersensibilidad, fiebre, cansancio.
Dolutegravir/rilpivirina	Sueños anormales, somnolencia, alteración del estado de ánimo.	Cefalea, mareo.	Náuseas, vómitos, molestias abdominales, sequedad de boca, disminución del apetito	Erupción, prurito.		Aumento de peso, cansancio.
Dolutegravir	Alteración del estado de ánimo, sueños anormales, insomnio	Cefaleas.	Nauseas, diarrea, vómitos, flatulencia, dolor abdominal.	Erupción, prurito.		Aumento de peso, cansancio..
Raltegravir	Alteración del estado de ánimo, sueños anormales, insomnio.	Mareos, cefaleas, hiperactividad.	Dolor abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, vómitos, dispepsia, disminución del apetito.	Erupción.		Cansancio, fiebre, vértigo.
Darunavir/cobicistat	Sueños anormales.	Cefalea.	Disminución del apetito, diarrea, náuseas, vómitos, molestias abdominales, dispepsia, flatulencia	Erupción, prurito.	Mialgia.	Hipersensibilidad, cansancio.

CONCLUSIONES:

El documento elaborado incluyó en su mayoría EA neuropsiquiátricos, digestivos y cutáneos.

El documento permitirá al personal técnico resolver dudas planteadas por los pacientes sobre los EA más frecuentes relacionados con los ARV. Además, mejorará la atención al paciente, proporcionando un valor añadido al acto de dispensación.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS**131. REENVASADO DE SIROLIMUS SUSPENSION ORAL: EFICIENCIA Y ECOLOGIA****AUTORES**

TRABADO CANTIZANO E; RODRIGUEZ DE FRANCISCO L; RAMIREZ VIZCAINO M; FALCON O M; ALVAREZ DEL VAYO BENITO C

OBJETIVOS**Objetivo**

Presentar el impacto ecológico y económico del reenvasado de una suspensión oral de sirolimus dispensado en una consulta de atención farmacéutica pediátrica durante 5 años.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El sirolimus, ha sido aprobado en nuestro centro como uso off label para el tratamiento de patologías graves y poco frecuentes en pacientes pediátricos. La dosis, guiadas por niveles plasmáticos, en la mayoría de los niños no permiten la utilización íntegra de la presentación comercial de 60 mg/ 60 ml dentro del periodo recomendado de un mes.

A petición del servicio de pediatría, y tras búsqueda bibliográfica, se elabora en el servicio de farmacia un procedimiento de reenvasado para dicha suspensión. En el área de elaboración, para los pacientes citados, el técnico prepara los reenvasados con la dosis necesaria para cada mes.

Efectuamos un estudio retrospectivo en nuestro centro de las dispensaciones de sirolimus suspensión efectuadas en la consulta de atención farmacéutica pediátrica desde 2017 al 2022 ; se obtienen del programa Athos prisma las siguientes



variables en el periodo de estudio: numero de pacientes atendidos, diagnóstico, edad de inicio de tratamiento, numero de dispensaciones para cada paciente y volumen de los envases dispensados.

De la aplicación Athos stock se obtiene precio medio de compra de la especialidad farmacéutica y de los frascos utilizados para el reenvasado.

Se calcula el volumen real dispensado a cada paciente en el periodo de estudio y el volumen que se le hubiera dispensado de entregarle frascos enteros en cada visita.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio se realizaron 279 dispensaciones correspondientes a 25 pacientes, con una edad media al inicio del tratamiento de 5 años(rango de edad;1 mes - 16 años). , siendo los diagnósticos más frecuentes malformación linfática o venosa grave (n= 17, 70%) y disregulación inmune(n=4, 16%).

Los reenvasados dispensados fueron 279, con un volumen medio de 25 ml, siendo la presentación más frecuentemente preparada 30 ml; el volumen total desuspension dispensado fue de 6.975 ml.

De haber entregado un envase de 60 ml en cada dispensación mensual se hubieran consumido 16.740 ml con un precio de compra total de 53.010 euros

CONCLUSIONES:

El reenvasado de una suspensión oral de sirolimus evito desechar en SIGRE por las familias 9765 ml , equivalentes a 163 envases de suspensión oral de Sirolimus 60 mg/60 ml , con un ahorro de 30.700 euros en el periodo estudiado y de su correspondiente huella de carbono.

El reenvasado de especialidades farmacéuticas puede ser una herramienta valiosa para la eficiencia y la ecología.



COMUNICACIONES

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

1. EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN VISADO DE INSPECCIÓN EN LAS PRESCRIPCIONES DE FENTANILO DE LIBERACIÓN RÁPIDA

AUTORES

SÁEZ-TORRES DE VICENTE M; RODRÍGUEZ CAMACHO JM; LÓPEZ RANCHAL R

OBJETIVOS

El consumo de fentanilo en España no ha dejado de aumentar desde 2008. La Agencia Española del Medicamento publicó en 2018 una nota informativa advirtiendo de la importancia de respetar las condiciones de uso autorizadas para el fentanilo de liberación rápida (FLR). La situación siguió empeorando hasta que la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia impuso un visado de inspección a estos medicamentos el 1 de julio de 2021 limitando su financiación a pacientes con dolor crónico oncológico (DCO). El objetivo de nuestro estudio es evaluar el impacto de la aplicación del visado de inspección de FLR en el perfil de prescripción de nuestro hospital y medir la adecuación de las prescripciones.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo observacional antes-después realizado en un hospital de tercer nivel. Se explotaron los datos de recetas de FLR de especialistas del hospital en dos periodos diferentes: previo a la implantación del visado (jun 2021) y un año tras su aplicación (jun 2022). Variables del paciente: Sexo, edad, presentación de FLR, servicio prescriptor, dosis diaria definida(DDD) de fentanilo y opiáceos de base. Las prescripciones se consideraron adecuadas cuando fueron pautadas para DCO con analgésicos opiáceos de base (como mínimo 60 mg de morfina oral diarios, 25 microgramos de fentanilo transdérmico cada hora, 30 mg de oxicodona diarios, 8 mg de hidromorfona oral diarios o una dosis equivalente de otro opioide durante una semana o más)

RESULTADOS:

Comparativa de periodos junio 2021 vs julio 2022: 61 vs 30 pacientes, media de edad de 69 vs 65 años (55% vs 50% mujeres), DDDs FLR (647 vs 280), presentación FLR: comprimidos para chupar (17% vs 20%), sublinguales (67% vs 67%), transmucosa (6% vs 3%) y pulverizador nasal (10% vs 10%). Servicios con más prescripciones: oncología médica (48% vs 50%), cirugía (16% vs 10%), anestesia (15% vs 17%) y otros servicios (19% vs 23%). Antes de la implantación de visado existía un 49% de prescripciones adecuadas, tras un año observamos un aumento hasta un 73% de prescripciones adecuadas.

CONCLUSIONES:

La incorporación del visado de medicamentos con FLR ha supuesto una disminución tanto del número de pacientes que reciben el fármaco, como de DDDs que se consumen. Además esta medida ha ayudado a aumentar el número de prescripciones adecuadas de FLR.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

2. SOTROVIMAB EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS CON COVID-19: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

GRAGERA GÓMEZ M; RIVAS RODRIGUEZ MD; ROJAS ALBARRÁN A; GIL GARCIA A; ZAMBRANO CROCHE MD; VELÁZQUEZ VÁZQUEZ H

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es describir la experiencia clínica del uso de sotrovimab en un hospital de tercer nivel, así como analizar el perfil de eventos adversos (EA). Sotrovimab se posiciona como un anticuerpo monoclonal en pacientes con alto riesgo de desarrollar COVID-19 grave, sin embargo, hay una escasez de datos en la práctica real.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de los pacientes en tratamiento con sotrovimab durante el periodo de diciembre de 2021 – agosto de 2022. Los datos fueron recopilados de la historia clínica electrónica de los pacientes y del programa Farmatools®. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, patología de riesgo, vacunación frente a la COVID-19, servicios solicitantes, cumplimiento de los criterios de priorización, tratamiento antiviral concomitante, días de hospitalización, eventos adversos (EA) y exitus.

RESULTADOS:

Durante el periodo analizado un total de 46 pacientes recibieron una dosis única de sotrovimab 500 mg vía intravenosa. El 61% fueron hombres y la media de edad fue de 64 años (rango 15-92). El principal servicio solicitante fue la unidad de enfermedades infecciosas (46%), seguido de nefrología (28%), medicina interna (13%), hematología (9%) y neumología (4%). El 98% de los pacientes fueron vacunados con al menos dos dosis frente a SARS-CoV-2. En cuanto a la condición



de alto riesgo, el 46% eran pacientes trasplantados, el 43% presentaba algún trastorno onco-hematológico, y el 11% presentaba enfermedades autoinmunes en tratamiento con fármacos inmunosupresores.

La mediana de días de hospitalización fue de 8 días (1-97). El 65% de los pacientes recibió tratamiento concomitante frente al SARS-CoV-2, los pacientes que recibieron exclusivamente remdesivir fueron 41%, tocilizumab 6,5%, remdesivir + tocilizumab 11%, remdesivir + baricitinib 4,5% y nirmatrelvir/ritonavir 2%.

El 59% de los pacientes cumplían los criterios de uso de sotrovimab, el principal motivo de no cumplimiento fue presentar más de 5 días con síntomas. Se produjeron 10 exitus. 2 pacientes presentaron algún EA, uno relacionado con la infusión y una reacción cutánea, que fueron notificados al Sistema Español de Farmacovigilancia.

CONCLUSIONES:

Los principales resultados del ensayo que demuestra el beneficio clínico de sotrovimab se basan en evitar una hospitalización y/o muerte; la mayoría de nuestros pacientes, al poseer patologías de alto riesgo, fueron hospitalizados y tratados, lo que dificulta la medición de la variable “evitar la hospitalización”. Sin embargo, sí que se produjeron un 22% de muertes por cualquier causa. Igualmente, lo que ha sido probado en el ensayo, como presentar menos de 5 días de síntomas, no se cumple en la mitad de nuestros pacientes, además de ser un perfil de población diferente a la del ensayo.

El tamaño del estudio fue reducido, por ello, son necesarios más datos de la experiencia clínica de distintos hospitales para valorar el uso de sotrovimab en inmunodeprimidos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

4. ANÁLISIS DEL BENEFICIO CLÍNICO DE LOS FÁRMACOS AUTORIZADOS PARA CÁNCER DE MAMA ENTRE 2010-2022 SEGÚN ESCALA ESMO-MCBS

AUTORES

NIETO GÓMEZ P; CASTAÑO AMORES C; TAUSTE HERNÁNDEZ B

OBJETIVOS

Analizar el beneficio clínico de los fármacos autorizados para cáncer de mama entre 2010-2022 comparando las scorecard de la European Society of Medical Oncology (ESMO-MCBS) (versión 1.1) con una valoración propia teniendo en cuenta el límite inferior del HR y el HR mediano.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó una búsqueda en la página web AEMPS-CIMA entre el grupo terapéutico L01 (agentes antineoplásicos) para seleccionar los medicamentos con indicación de cáncer de mama autorizados en ese período. Se excluyeron indicaciones no oncológicas o pediátricas. Las scorecard de los fármacos se obtuvieron de la página web de la ESMO (disponible en: <https://www.esmo.org/guidelines/esmo-mcbs/esmo-mcbs-scorecards>). Se realizó la puntuación empleando el formulario apropiado aplicando el límite inferior del HR y el HR mediano con datos actualizados de los ensayos clínicos. Posteriormente, se compararon las discrepancias en las puntuaciones.

RESULTADOS:

Se incluyeron 17 fármacos con un total de 31 indicaciones. En nuestro estudio, sólo el 61,3% (n=19) de los fármacos analizados mostraron un beneficio clínico sustancial según la puntuación ESMO-MCBS. Tras una evaluación posterior por parte de los autores, disminuyó al 58,1% (n=18). Encontramos 5 discrepancias entre la puntuación ESMO-MCBS y nuestra evaluación independiente. Al tener en cuenta la mediana de HR, se realizaron 5 cambios adicionales en la puntuación, disminuyendo la proporción de fármacos con beneficio clínico sustancial hasta un 54,8% (n=17). La mayoría de discrepancias se debían a la existencia de datos de supervivencia global (SG) actualizados no utilizados en el cálculo de la scorecard. El 19,4% (n=6) indicaciones no cambiaron su puntuación al utilizar el HR mediano por estar determinada por la ganancia porcentual de SG a un determinado tiempo.

Fármaco	Indicación	ESMO-MCBS scorecard (formulario)	ESMO-MCBS score - Autores (formulario)	ESMO-MCBS score Autores con HR mediano (formulario)	OS/PFS HR (CI 95%)	Comentario	Motivo discrepancia
ERIBULINA	Cáncer de mama localmente avanzado o metastásico con progresión de la enfermedad después de, al menos, un régimen de quimioterapia (QT) para la enfermedad avanzada.	2 (2a)	2 (2a)	1 (2a)	0.81 (0.66-0.99)	-	-
LAPATINIB	Cáncer de mama metastásico HER2+, RH + junto con un inhibidor de la aromatasa (IA) en mujeres postmenopáusicas no candidatas a QT. Tratamiento adyuvante extendido del cáncer de mama precoz RH+, HER2+ en pacientes que hayan acabado con trastuzumab adyuvante hace menos de un año.	2 (2b)	2 (2b)	1 (2b)	0.71 (0.53-0.91)	No beneficio SG ni QoL	ND (no scorecard)
NERATINIB	Cáncer de mama precoz de alto riesgo con mutaciones BRCA1/2 germinales, HER2-, previamente tratado con QT adyuvante o neoadyuvante.	A (1)	C (1)	C (1)	NS	No beneficio SG	Datos SG finales
OLAPARIB	Cáncer de mama avanzado o metastásico HR+, HER2-, en combinación con IA.	A (1)	B (1)	B (1)	0.68 (0.47-0.97)	Beneficio en SG <5% a 3 años	Datos SG actualizados
PALBOCICLIB	Cáncer de mama triple negativo localmente recurrente irresecable o metastásico con expresión PD-L1 CPS ≥ 10 sin QT previa para la enfermedad metastásica.	3 (2b)	2 (2b)	2 (2b)	0.58 (0.46-0.72)	No beneficio SG ni QoL	Datos SG actualizados, No beneficio SG ni QoL
PEMBROLIZUMAB	Cáncer de mama triple negativo localmente recurrente irresecable o metastásico con expresión PD-L1 CPS ≥ 10 sin QT previa para la enfermedad metastásica.	3 (2b)	4 (2a)	4 (2a)	0.73 (0.55-0.95)	Beneficio en SG, no en QoL, >10% ganancia en SG a 3 años	Datos SG actualizados
PERTUZUMAB	Cáncer de mama precoz con alto riesgo de recaída HER2+ junto con QT.	A (1)	A (1)	B (1)	0.76 (0.64-0.91)	No beneficio SG ni QoL (análisis a 8 años NS)	-
PERTUZUMAB, TRASTUZUMAB	Cáncer de mama precoz con alto riesgo de recaída HER2+ junto con QT.	A (1)	A (1)	B (1)	0.76 (0.64-0.91)	No beneficio SG ni QoL	-
RIBOCICLIB	Cáncer de mama avanzado o metastásico en mujeres premenopáusicas RH+, HER2-, primera línea de tratamiento junto con IA.	5 (2a)	5 (2a)	2 (2a)	0.76 (0.61-0.96)	Beneficio en SG y QoL, ganancia 9% en SG a 4,5 años)	-
TALAZOPARIB	Cáncer de mama avanzado o metastásico con mutaciones germinales BRCA1/2, HER2-.	4 (2b)	3 (2b)	3 (2b)	0.54 (0.41-0.71)	No beneficio SG ni QoL (exploratorio)	Ajuste por QoL exploratorio



Aproximadamente, dos tercios de los fármacos autorizados para cáncer de mama entre 2010 y 2022 tienen beneficio clínico sustancial según la scorecard publicada. El porcentaje disminuyó ligeramente al calcular la puntuación con datos actualizados y al aplicar el HR mediano. Algunas indicaciones no se vieron afectadas al utilizar el HR mediano porque el determinante de la puntuación fue la ganancia porcentual de SG.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

5. ANÁLISIS ENTRE BENEFICIO CLÍNICO Y FINANCIACIÓN DE LOS FÁRMACOS ONCOLÓGICOS AUTORIZADOS PARA CÁNCER DE MAMA EN LA ÚLTIMA DÉCADA

AUTORES

NIETO GÓMEZ P; CASTAÑO AMORES C; TAUSTE HERNÁNDEZ B

OBJETIVOS

Analizar la relación entre el beneficio clínico, beneficio en supervivencia global (SG) y beneficio en calidad de vida de los fármacos oncológicos autorizados para cáncer de mama entre 2010-2022 según las scorecard de la European Society of Medical Oncology (ESMO) y la decisión de financiación en España.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó una búsqueda en la página web AEMPS-CIMA entre el grupo terapéutico L01 (agentes antineoplásicos) para seleccionar los medicamentos con indicación de cáncer de mama autorizados en ese período. Se excluyeron indicaciones no oncológicas o pediátricas. El estado de financiación se obtuvo de BIFIMED. El beneficio clínico se obtuvo de las scorecards ESMO-MCBS (versión 1.1.) (disponible en: <https://www.esmo.org/guidelines/esmo-mcbs/esmo-mcbs-scorecards>). Se determinó que había beneficio clínico sustancial si la puntuación era A o B en tratamientos curativos y 4 o 5 en paliativos. El beneficio en SG se determinó si existía beneficio estadísticamente significativo. El beneficio en calidad de vida se determinó si se demostraba beneficio estadísticamente significativo en el ensayo con datos de calidad de vida comparativos como variable principal o secundaria. Además, se recogieron las variables: tipo de molécula, estadio terapéutico, fase y tipo de ensayo (aleatorización, enmascaramiento). Se realizó un test exacto de Fischer para determinar la significación estadística.

RESULTADOS:

Se incluyeron 17 fármacos con un total de 31 indicaciones. La mayoría de los ensayos se centran en estadio avanzado o metastásico (71%) y en segunda línea o posteriores (38,7%). El 90% de los ensayos eran de fase III, todos aleatorizados y el 61% enmascarados. De las indicaciones con resolución de financiación disponible (n=28), 21 (75%) estaban financiadas y 7 (25%) no. Cuando se analizó la asociación entre el beneficio clínico sustancial y el estado de financiación se encontró que 11/12 (92%) indicaciones sin beneficio clínico sustancial estaban financiadas mientras que sólo 10/16 (63%) de las que tenían beneficio clínico sustancial lo estaban (p=0,18). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la financiación de las indicaciones de fármacos con mejora de calidad de vida y las que no. El 75% de las indicaciones con mejora de calidad de vida se encontraban financiadas vs. 13/16 (81%) sin mejora de calidad vida (p=1). El 83,3% (10/12) de las indicaciones que demostraron mejora en la SG se encuentran financiadas mientras que el 63,6% (7/11) de las que no lo demostraron están financiadas (p=0,37).

CONCLUSIONES:

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el beneficio clínico sustancial, la mejora en la calidad de vida ni la mejora de SG y la decisión de financiación de las indicaciones revisadas de los fármacos oncológicos para el cáncer de mama. Sin embargo, prácticamente todas las indicaciones sin beneficio clínico sustancial han sido financiadas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

6. ESTUDIO DE SITUACIÓN DE LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UNIDADES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN DE UN PROCESO FORMATIVO EN BUENAS PRÁCTICAS.

AUTORES

JIMÉNEZ RIVERO N; EGUILUZ SOLANA M; SÁEZ RODRÍGUEZ M; GÓMEZ SÁNCHEZ A; TORTAJADA GOITIA B

OBJETIVOS

Conocer cómo se preparan los medicamentos en las unidades de enfermería de nuestro centro. Evaluar la adquisición de conocimientos en buenas prácticas de preparación tras un proceso formativo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El farmacéutico impartió un curso teórico sobre buenas prácticas de preparación de medicamentos en las plantas. Se realizó una encuesta de 30 preguntas a los asistentes, como estudio de situación. Al finalizar la formación, los asistentes completaron otro cuestionario de 30 preguntas con ítems similares, para compararlo con el primero. Las respuestas fueron registradas y evaluadas con Excel.

RESULTADOS:

Participaron un total de 19 enfermeras, 4 de ellas responsables de unidad, de 13 unidades diferentes. El 16% siempre prepara los medicamentos en la sala de medicación, mientras que el 74% los prepara ocasionalmente allí. Un 26% afirma que no dispone de protocolos de limpieza/higiene para la preparación de medicamentos. Un 84% no evita la preparación



de medicamentos estériles en caso de infección activa como herpes/conjuntivitis/infección respiratoria. El 53% evita el maquillaje/esmalte de uñas/joyería.

Sobre la preparación de medicamentos estériles, el 47% admite tocar los puntos críticos con potenciales superficies contaminantes y el 58% nunca desinfecta la superficie de los viales/cuello de ampollas antes de la extracción. El 47% mantiene en ocasiones las jeringas insertadas en los viales para administraciones posteriores. Cerca de un 70% añade en ocasiones el fármaco a la bolsa de suero mientras éste está siendo infundido al paciente. El 5% afirma que los medicamentos no siempre se administran justo después de prepararlos (1-2 horas después) y el 16% confiesa que muchas veces la administración se produce 6-12 horas después de la preparación.

En la encuesta inicial se constató que un 37% lleva a cabo prácticas poco adecuadas. Tras la formación, en base al cuestionario final, estas prácticas menos apropiadas se reducirían al 1%, gracias a los nuevos conocimientos adquiridos.

CONCLUSIONES:

Se constata una gran variabilidad en la práctica diaria y ciertas prácticas inadecuadas en la preparación de medicamentos estériles en las unidades de enfermería.

Después de la formación, se aprecia una sustancial mejora en el conocimiento de las buenas prácticas de preparación de medicamentos, lo cual debería repercutir en una mayor seguridad para el paciente. Estos resultados pone de manifiesto la importancia de la formación continua en preparación de medicamentos, que el farmacéutico, como experto, debe liderar.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

7. REVISIÓN DE LOS EXCIPIENTES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA CONTENIDOS EN LAS SOLUCIONES ORALES MÁS UTILIZADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES

DEL VALLE MORENO P; FERNÁNDEZ RUBIO B

OBJETIVOS

En numerosas ocasiones, los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) no toleran la vía oral y diversos fármacos deben ser administrados a través de sonda enteral. El objetivo de este estudio es revisar el contenido de excipientes de declaración obligatoria (EDO) que condicionan la correcta administración por sonda enteral de las soluciones orales más utilizadas en la UCI de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo y transversal en el que se recogieron las soluciones orales más utilizadas en una UCI de adultos de 99 camas, durante el año 2022 a través del programa de prescripción electrónica Athos-Prisma®. A continuación, se realizó una revisión de los EDO recogidos en la ficha técnica de todas las soluciones, según la marca comercial adquirida en nuestro hospital.

RESULTADOS:

Se analizaron las fichas técnicas de 27 soluciones orales y se identificaron 4 EDO en 18 fármacos (66,7%). La siguiente tabla muestra la cantidad de EDO en mg/mL contenidas en las distintas soluciones:

SOLUCIÓN ORAL (mg/ml)	SORBITOL 70%	ALCOHOL ANHIDRO	PROPILENGLICOL	SACAROSA
Alfacalcidol 0,002	452	113		
Carnitina 300	100			28
Cetirizina 10			125	
Ciclosporina 10%		94,7	94,7	
Clonazepam 2,5			40,7	
Clorpromazina 40		3,2		6,7
Codeína 2	175			
Deflazacort 22,75	100			
Dexclorfeniramina 0,4	140	4,9		400
Dextrometorfano 15			Contiene*	
Diazepam 2		26,7		13
Digoxina 50		83,8	Contiene*	300
Ferroglicina 170	430			
Fluoxetina 4				580
Hidroxizina 2		1	Contiene*	0,8



Lacosamida 10	187		
Lamivudina 10		20	200
Levomepromazina 40	130		200

*Cantidades no especificadas en ficha técnica.

En las fichas técnicas se encontraron descritos 4 EDO de interés: sorbitol, alcohol anhidro, propilenglicol y sacarosa. La lactosa no estaba contenida en ninguna de las soluciones. Por tanto, de los 27 fármacos analizados, 9 no especificaban la presencia de ningún EDO en su ficha técnica: ambroxol 3 mg/ml, fitomenadiona 10 mg/ml, haloperidol 2 mg/ml, levetiracetam 100 mg/ml, metamizol 500 mg/ml, metoclopramida 1 mg/ml, paracetamol 100 mg/ml, prednisolona 7 mg/ml y vitamina D3 2000 U/ml.

CONCLUSIONES:

Una importante cantidad de las soluciones orales más utilizadas en UCI contienen EDO. Debido a la fragilidad e inestabilidad de los pacientes de UCI, es imprescindible la aportación del farmacéutico para llevar a cabo intervenciones de prevención en cuestiones relativas a los excipientes, en el proceso de selección de los medicamentos orales en este grupo vulnerable.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

12. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

PARADAS PALOMO JD; DEL RÍO VALENCIA JC; YUNQUERA ROMERO L; LÓPEZ BAUTÍS B; ALAMINO ARREBOLA E

OBJETIVOS

Describir el incremento de la actividad del área de ensayos clínicos y las principales especialidades médicas implicadas en el servicio de farmacia de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional y retrospectivo sobre la actividad del área de ensayos clínicos llevados a cabo en el servicio de farmacia mediante análisis del número de dispensaciones y ensayos clínicos activos comprendidos entre 2015 y 2021.

Las variables estudiadas fueron: número de dispensaciones por especialidad y año y número de ensayos clínicos activos por especialidad y año.

Los datos fueron obtenidos del programa de gestión de ensayos clínicos (pk-ensayos®) y se analizaron a través de Microsoft Excel® 2020.

RESULTADOS:

Entre los años 2015 y 2021, se produjo un incremento de un 53,9% en el número de dispensaciones (2135 en 2015 y 3286 en 2021) y un incremento del 42,2% en el número de ensayos clínicos activos (237 en 2015 y 337 en 2021).

Las especialidades médicas que más vieron incrementadas la actividad en número de dispensaciones fueron enfermedades infecciosas con un 916,6% (6 a 61), pediatría 320,27% (74 a 311), hematología 201,2% (82 a 247), oncología 93,06% (1053 a 2033), ginecología 50% (16 a 24) y neurología 38,65% (251 a 348), mientras que las que disminuyeron en número de dispensaciones fueron reumatología 58,92% (241 a 99), endocrinología 51,61% (161 a 35) y nefrología 33,4% (9 a 6).

El incremento de actividad de las distintas especialidades médicas medido en número de ensayos clínicos activos fue ginecología de un 133,3% (3 a 7), hematología 121,05% (19 a 42), dermatología 100% (1 a 2), oncología 75,34% (73 a 128), pediatría 73,91% (23 a 40), enfermedades infecciosas 66,6% (9 a 15) y neurología 33,33% (24 a 32). Por el contrario, disminuyeron el número de ensayos clínicos activos nefrología en un 30% (10 a 7) y endocrino un 25% (8 a 6), mientras que reumatología mantuvo el mismo número de ensayos clínicos activos durante este tiempo (29).

CONCLUSIONES:

El incremento de la actividad en el área de ensayos clínicos pone de manifiesto la importancia del papel del farmacéutico como parte del proceso de obtención de medicamentos seguros y eficaces en áreas especialmente vulnerables como pediatría u oncohematología entre otras.

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

15. IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA ASIGNACIÓN DE FUNCIONES DE VISADO DE MEDICAMENTOS AL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA EN UN HOSPITAL DE TIPO 4.

AUTORES

VILLALOBOS TORRES L; ZAMORA ARDOY MA; ALCARAZ SANCHEZ JJ



OBJETIVOS

Cuantificar el impacto clínico y económico de la implantación del visado de medicamentos en un servicio de farmacia frente a la ejecución del mismo por parte de personal administrativo (gestoría del usuario).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizará un estudio unicéntrico y retrospectivo de 16 meses de actividad, entre septiembre-2021 y diciembre-2022 (8 meses por grupo comparador), en el que se medirán las siguientes variables:

Número total y media semanal de solicitudes de visado, solicitudes rechazadas y aceptadas por cada unidad, gasto sanitario total en medicamentos de visado así como los grupos de medicamentos más afectados.

Los datos clínicos se obtendrán del módulo de Diraya visados y los económicos de la base de datos Microstrategy recetas®.

RESULTADOS:

Se analizaron un total de 2.469 prescripciones de visado en el periodo de estudio (media 38/semana). 1.176 (47,63%) fueron visadas por gestoría de usuario, y 1.293 (52,36%) por el servicio de farmacia hospitalaria. Gestoría de usuario denegó un total de 34 solicitudes de visado, suponiendo el 2,98% del total, y el servicio de farmacia 73 solicitudes, suponiendo un 5,98% de las solicitadas.

Gestoría de usuario rechazó en mayor medida laxantes (12; 35,3%), anticoagulantes orales (ACOs) (10; 29,4%) y antitusígenos (7; 20,59%). La mayoría de las veces se informó de que el motivo de denegación era la falta de informe acompañante.

Desde el servicio de Farmacia, las solicitudes de financiación más frecuentemente rechazadas fueron: laxantes (19; 26,02%), ACO's (15; 20,54%), módulos de nutrición enteral (NE) y fármacos agonistas GLP-1, (ambos 8; 10,95%), siendo el principal motivo de denegación, el no estar la indicación financiada.

En relación al impacto económico, el importe de medicamentos sometidos a visado dispensados disminuyó un 19,07% en el segundo periodo en relación al primero (471.143,75€ y 381.304,03€ respectivamente)

Los grupos más implicados porcentualmente en dicha reducción fueron los ACOs (-36,7%; de 94.267,88€ a 59.670,9€), NE (-19,13%; de 187.547,60€ a 151.666,57€) y agonistas del GLP-1 (-13,19%; de 103.376,01€ a 89.743,67€). El grupo con mayor aumento de consumo fue el de antiagregantes plaquetarios (+38,82%; de 15.301,48€ a 21.241,48€)

CONCLUSIONES:

La asunción de las funciones de visado de inspección de medicamentos de manera exclusiva por parte del servicio de Farmacia en nuestro centro se ha traducido en un mayor número de prescripciones excluidas de financiación, que conlleva una lógica disminución en el gasto farmacéutico asociado de los medicamentos sometidos a visado. Los grupos de medicamentos más involucrados en esta reducción fueron los anticoagulantes orales, módulos de nutrición enteral y fármacos agonistas del GLP-1 empleados en el tratamiento de la diabetes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

17. ESTUDIO EN VIDA REAL DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE RAMUCIRUMAB-PACLITAXEL EN SEGUNDA LÍNEA EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO DE MEJOR PRONÓSTICO EN BASE A UN SCORE

AUTORES

GARCÍA LLORET P; ARTACHO CRIADO SM; ROBUSTILLO CORTÉS MDLA; GALVÁN BANQUERI M; FERNÁNDEZ PARRA EM; MÁRQUEZ SAAVEDRA E

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de ramucirumab-paclitaxel en segunda línea de tratamiento en pacientes con cáncer gástrico de riesgo bajo y medio en base a un SCORE pronóstico, así como su seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo, multidisciplinar y unicéntrico que incluyó a todos los pacientes con cáncer gástrico de riesgo bajo y medio que recibieron ramucirumab-paclitaxel en segunda línea de tratamiento en un hospital de especialidades entre octubre-2015 y mayo-2022 (fecha fin de seguimiento: 31-diciembre-2022).

Ramucirumab es categoría ESMO 2 (beneficio clínico modesto), por lo que para seleccionar un perfil de pacientes que pudiera obtener mayor beneficio del tratamiento, se aplicó la herramienta pronóstica SCORE de Fuchs et al 2017 (categorías de riesgo: bajo, medio, moderado o alto; implicando a menor categoría de riesgo, mayor supervivencia global), de manera que se han tratado con este esquema únicamente a aquellos pacientes de mejor pronóstico (riesgo bajo y medio).

Variables recogidas: edad, sexo, ECOG, grupo de riesgo según SCORE y motivo fin de tratamiento. Variables de efectividad: supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). Variables de seguridad: reacciones adversas (RA) y grado (G) según Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) V.5.0.

Fuentes de información: historia clínica y programa Farmis-Oncofarm®. Datos procesados con IBM®-SPSS®Statistics V.25. SLP y SG se estimaron mediante el método de Kaplan-Meier.



RESULTADOS:

Se incluyeron 24 pacientes (79,2% hombres) con una edad mediana de 66,3 años (RIQ 62,3-70,7). Todos los pacientes presentaban un ECOG 0-1. Según el SCORE, el porcentaje de pacientes fue 50% (n=12) de riesgo bajo y 50,0% (n=12) de riesgo medio.

La SLP mediana fue 3,2 meses (IC95%=2,4-4,1), y a fecha fin de seguimiento ningún paciente continuaba con el tratamiento, siendo los motivos de suspensión en un 91,6% (n=22) progresión/éxito y en un 8,3% (n=2) deterioro clínico.

La SG mediana fue 8,8 meses (IC95%=7,6-10,1), y sólo continua uno vivo a fecha fin de seguimiento.

El 91,7% (n=22) de los pacientes presentó alguna RA, siendo de G3-4 en el 25,0% (n=6) de los casos (cuatro casos de neutropenia, uno de anemia y uno de hipertensión). Fundamentalmente la toxicidad fue hematológica, neutropenia y anemia en un 45,8% (n=11) y 29,2% (n=7) de los pacientes respectivamente. El resto de RA fueron: astenia (25,0%; n=6), hipertensión y neurotoxicidad (20,8%; n=5), epistaxis (12,5%; n=3), toxicidad gastrointestinal (8,3%; n=2), proteinuria (4,2%; n=1) y otros (50,0%; n=12). No se registró ninguna muerte tóxica ni suspensión del tratamiento por toxicidad.

CONCLUSIONES:

La utilización de la herramienta pronóstica SCORE de Fuchs et al 2017 nos aporta resultados de efectividad de ramucirumab-paclitaxel en segunda línea en pacientes con cáncer gástrico de riesgo bajo-medio similares a los obtenidos en el ensayo clínico pivotal, aunque son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos datos. La toxicidad detectada de ramucirumab-paclitaxel ha sido la esperada para esta combinación.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**18. AVELUMAB EN CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL, A PROPÓSITO DE UN CASO****AUTORES**

MORENO RAMOS C; DOMÍNGUEZ SANTANA CM; MORA CORTÉS M; MARTÍNEZ DÍAZ C

OBJETIVOS

El carcinoma de células de Merkel es un tumor neuroendocrino muy infrecuente de la piel. La supervivencia a los 5 años apenas alcanza un 14% en enfermedad metastásica. El objetivo consiste en describir el caso de un paciente diagnosticado de carcinoma de células de Merkel en tratamiento con avelumab.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se solicita al servicio de Farmacia el uso de avelumab en un paciente con carcinoma de células de Merkel en estadio IV. Según el informe de posicionamiento terapéutico (IPT), los resultados preliminares de eficacia otorgados por un ensayo fase II no comparativo generan incertidumbre. Avelumab presenta una tasa y duración de la respuesta relevante posiblemente no alcanzable con quimioterapia, además de buen perfil de seguridad. A falta de resultados maduros en supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP) se considera su uso en un contexto con escasas opciones terapéuticas. La recogida de datos demográficos y clínicos se obtuvo a partir de la historia clínica digital única (Diraya®) y del programa de prescripción de antineoplásicos (Farmis®). Se valoró la respuesta clínica obtenida según criterios RECIST v1.1. La seguridad se evaluó según la presencia de reacciones adversas (RA) asociadas al tratamiento.

RESULTADOS:

Varón de 80 años, exfumador desde hace 20 años y bebedor ocasional, presenta actualmente un estado funcional según Eastern Cooperative Oncology Group de 0. Diagnosticado por primera vez de carcinoma de células de Merkel en 2012, cuando se interviene quirúrgicamente realizándose vaciamiento ganglionar, sin añadir otras terapias complementarias. En 2013, mediante ecografía, se diagnostica la presencia de adenopatía submandibular derecha, realizándose tratamiento quirúrgico de la lesión mediante vaciamiento cervical. En 2020, el paciente presenta molestias faríngeas inespecíficas y tras realizar TAC cervico-torácico y biopsia se confirma infiltración traqueal positiva para células de Merkel así como presencia de metástasis de afectación mediastínica. Tras desestimar una nueva cirugía y radioterapia, se propone a Farmacia comenzar tratamiento con avelumab según condiciones indicadas en el IPT con una posología de 10 mg/kg en infusión intravenosa durante 60 minutos cada 2 semanas. A los 3 meses de tratamiento, tras recibir 5 ciclos, se observa una reducción de las adenopatías en comparación con el estudio previo. Asimismo el paciente refiere una mejoría de los síntomas asociados. En la reevaluación realizada en junio de 2021 se describe una respuesta completa (RC) mantenida, a excepción de adenopatías laterocervicales subcentimétricas. El último TAC cervico-torácico (noviembre de 2022) no mostró signos de recidiva ni metástasis. Tras dos años de RC mantenida se propone un descanso terapéutico. A fecha fin de este estudio el paciente había recibido un total de 55 ciclos tras 28 meses de seguimiento. En cuanto a la seguridad, el paciente presentó un deterioro de la función renal (FR) que causó retraso en la administración de un ciclo. Posteriormente se normalizó la FR y actualmente no presenta toxicidad.

CONCLUSIONES:

A pesar de la incertidumbre de los resultados en SG y SLP mostrados en el ensayo clínico nuestro paciente ha presentado una respuesta completa mantenida y una tolerancia adecuada.



CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

22. ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE LOS CRITERIOS 3-HIT EN PACIENTES CRÓNICOS EN CONSULTAS EXTERNAS DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES

ESPINA LOZANO JM; ROLDÁN GALNARES M; CONTRERAS MACÍAS E; GABELLA BAZAROT E; MORILLO VERDUGO R

OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia de los criterios 3-HIT (alta complejidad farmacoterapéutica (ACF), interacciones medicamentosas (IM) y no adherencia a medicación concomitante (nAMC)) en pacientes crónicos atendidos en consultas de Farmacia Hospitalaria y analizar posibles factores de riesgo asociados a su desarrollo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico realizado entre 1-diciembre-2022 y 31-enero-2023. Se incluyeron pacientes >18 años atendidos en consultas externas de Farmacia con, al menos, un medicamento concomitante prescrito, que aceptaron participar mediante firma de consentimiento informado. Se recogieron variables demográficas: edad y sexo; clínicas: número de comorbilidades y su patrón (Calderón-Larrañaga et al.); farmacoterapéuticas: número de fármacos prescritos (receta electrónica y dispensación hospitalaria), grupo terapéutico, presencia de polifarmacia (>6 medicamentos) y polifarmacia mayor (>11 medicamentos), patrón de polifarmacia (Prados-Torres et al.) y medicación potencialmente inapropiada según Criterios Beers y la lista PRISCUS.

Para determinar la presencia de criterios 3-HIT se utilizó la herramienta Medication Regimen Complexity Index (MRCI) para calcular la ACF considerándose alta si >11,25 (Morillo-Verdugo et al.), Lexicomp® para identificar IM (considerándose potenciales y/o contraindicadas) y el cuestionario Morisky-Green y registro de dispensaciones para determinar nAMC.

La hipótesis de independencia se analizó mediante la prueba Chi-cuadrado para variables categóricas y prueba-T para variables cualitativas. Se llevó a cabo un modelo de regresión logística para evaluar los factores independientemente relacionados con la ocurrencia del 3-HIT. Se consideraron las variables asociadas significativamente con este fenómeno en el análisis bivariado, aquellas que atienden a aspectos farmacoterapéuticos o clínicos relevantes. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS:

Se incluyeron 145 pacientes, mediana de edad 56 años (RIC:46-64), 54,5% hombres.

El número mediano de comorbilidades fue 2 (RIC:1-4), siguiendo un 81,4% un patrón mecánico-obeso-tiroideo. El número mediano de fármacos prescritos fue 8 (RIC:5-11) y los grupos terapéuticos dispensados en consulta más frecuentemente fueron AntiTNF (58,6%), anti-IL (26,2%) e iJAK (8,3%).

En relación a las variables farmacoterapéuticas, se identificó que 75,1% de los pacientes presentó polifarmacia, alcanzando un 33,3% polifarmacia mayor. Destacan los patrones de polifarmacia asociados a patología cardiovascular y EPOC, con una prevalencia del 13,8% en ambos. Se encontró medicación potencialmente inapropiada en el 29,0% de la población.

Los criterios 3-HIT estuvieron presentes en el 62,8% de los pacientes de forma parcial (<3 criterios) y de forma total (=3) en un 33,1%. La ACF estuvo presente en un 87,6%, con un valor mediano de MRCI=24 (RIC=17-33,5) (de los pacientes, mientras que las IM se dieron en el 62,9%. Finalmente, la nAMC estuvo presente en un 57,9% de los pacientes.

Mediante regresión logística binaria, se estudiaron los posibles factores relacionados de forma independiente, revelándose como tal el número de comorbilidades (OR:1,3; IC95%=[1,0-1,7]; p=0.028).

CONCLUSIONES:

Según nuestros resultados, por cada nueva comorbilidad, el riesgo de desarrollar el fenómeno 3-HIT aumenta 1,3 veces. La alta prevalencia de estos criterios en pacientes crónicos sugiere la necesidad de una atención farmacéutica individualizada, dada su elevada complejidad farmacoterapéutica; influida por los fármacos de administración parenteral.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

23. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE USO DE INSULINA DEGLUCEC EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

RUEDA BERMUDEZ LDL; CASTILLEJO GARCÍA R; REBOLLO DÍAZ N; RAMÍREZ SOTO G



OBJETIVOS

La introducción en el mercado de insulina glargina biosimilar ha reducido los costes asociados al tratamiento con insulinas de acción prolongada, convirtiéndola en la opción más eficiente. El objetivo de este estudio fue analizar las condiciones de uso de la insulina degludec en base a criterios de eficiencia en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se realizó una búsqueda de los pacientes ambulatorios que iniciaron insulina degludec prescrita en el hospital por el servicio de endocrinología en marzo de 2022. Se seleccionó una muestra de 30 pacientes. Los datos se recogieron de la base de datos Microstrategy®.

Los criterios para el uso eficaz de insulina degludec fueron: uso previo de insulina glargina que requiriera fraccionamiento de dosis y episodios hipoglucémicos.

Se analizó la presencia de los siguientes factores de riesgo de hipoglucemia: edad, insuficiencia renal, enfermedad cardiovascular y antecedentes familiares.

Se calculó el porcentaje de pacientes con un uso eficaz de insulina degludec.

RESULTADOS:

Se analizaron 30 pacientes (53,3% hombres), con una mediana de edad de 61,9 (rango 19-86 años). El 86,7% de los pacientes estaban previamente tratados con insulina glargina (el 70% también estaban en tratamiento con otra insulina como lispro o aspart). No se registraron hipoglucemias en el 50% de los pacientes. El 0,03% de los pacientes tenía 4 factores de riesgo de hipoglucemia, el 23,3% tenía 3 factores de riesgo, el 36,7% tenía 2 factores de riesgo, el 26,67% tenía sólo 1 factor de riesgo y el 13,3% no tenía ningún factor de riesgo. Sólo el 40% de los pacientes cumplían los criterios para un uso eficaz de la insulina degludec.

CONCLUSIONES:

El farmacéutico de hospital desempeña un papel importante en el uso correcto, eficaz y seguro de los medicamentos. Este estudio ha detectado un uso ineficiente de la insulina degludec que requiere medidas correctoras para que se alcance un buen uso de la misma.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

24. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OLAPARIB/NIRAPARIB COMO TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO EN CÁNCER DE OVARIO PLATINO-SENSIBLE EN RECAÍDA

AUTORES

GALINDO GARCÍA C; DÍAZ ACEDO R; ARTACHO CRIADO S; ROBUSTILLO CORTÉS MDLA; ROBLES BARRAZA CE; MÁRQUEZ SAAVEDRA E

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y la seguridad de los inhibidores de la enzima poli (ADP-ribosa) polimerasa (IPARP) olaparib y niraparib, como tratamiento de mantenimiento en pacientes con cáncer de ovario en recaída, sensible a platino, que están en respuesta (completa/parcial) a la quimioterapia basada en platino.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo, multidisciplinar en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario en recaída, sensible a platino, en tratamiento de mantenimiento con olaparib/niraparib entre enero-2018 y febrero-2023. Se recogieron las siguientes variables: edad, ECOG, localización del tumor primario, histología tumoral, mutación BRCA, respuesta a la última línea basada en platino, líneas de quimioterapia previas basadas en platino e intervalo libre de platino (ILP). Se consideró "ILP" como el período de tiempo entre el último día del penúltimo régimen basado en platino y el primer día del último régimen. Variables efectividad: supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). Variables seguridad: frecuencia de reacciones adversas medicamentosas (RAM) y grado según CTCAEv5.0.

Fuentes de información: historia clínica electrónica y programa de dispensación pacientes externos. Los datos se procesaron en el programa estadístico Excel v.2301.

RESULTADOS:

Se incluyeron 20 pacientes; tres con olaparib (todas BRCA mutadas) y 17 con niraparib (seis BRCA mutadas). La edad mediana fue 64 años (Rango: 50-84). El 45% (n=9) presentó ECOG=1 y el 55% (n=11) ECOG=0. La localización del tumor primario fue: ovárica (n=14), peritoneal (n=3), tubo-ovárica (n=1) y otras (n=2). La histología fue serosa en un 80%. Un 90% (n=18) habían recibido 2 líneas de quimioterapia basadas en platino y el 10% (n=2) \geq 3 regímenes anteriormente. La respuesta a la última quimioterapia basada en platino fue completa en un 30% (n=6) de las pacientes y parcial en un 70% (n=14), siendo la mediana del ILP de 22,0 meses (RIQ=12,4-37,0). La SLP mediana fue 10,2 meses (RIQ=6,6-17,8) y la SG mediana 25,9 meses; (RIQ=10,5-32,5), teniendo en cuenta que a fecha de cierre de seguimiento seis pacientes continuaban en tratamiento y 15 seguían vivas. De las pacientes que habían finalizado el tratamiento (n=14), el 92,9% (n=13) lo habían suspendido por progresión/éxito y el 7,1% (n=1) por toxicidad.



En cuanto a la seguridad, presentaron RAM el 80% de pacientes (n=16), siendo en un 25% de grado 3-4. El 45% (n=9) de pacientes presentó RAM hematológicas, 33% de grado 3-4 (n=3), el 40% (n=8) RAM digestivas (todas grado 1-2), el 30% (n=6) astenia (todas grado 1-2) y el 10% (n=2) otras (un caso cefalea grado 1 y otro toxicidad cutánea grado 3-4).

CONCLUSIONES:

Dado que casi la mitad de las pacientes son BRCA mutadas, la SLP observada en este estudio resulta menor de la esperada, con la limitación del análisis de datos aún inmaduro. Este análisis además limita poder concluir sobre la SG, dado el elevado porcentaje de pacientes vivas a fecha de cierre de seguimiento, por lo que sería conveniente analizar estos datos a más largo plazo. Las RAM observadas con mayor frecuencia (hematológicas y digestivas) coinciden con las descritas en los ensayos pivotaes.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

25. EVALUACIÓN DEL RIESGO ANTICOLINÉRGICO-SEDANTE DE LOS PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS INTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCISANITARIO

AUTORES

DÍAZ SUÁREZ L; DANI-BEN ABDEL-LAH L; MÁRQUEZ FERNÁNDEZ E; MOYA CARMONA I

OBJETIVOS

Determinar la carga anticolinérgica-sedante(CAS) y el riesgo anticolinérgico-sedante(RAS) en pacientes institucionalizados en un centro sociosanitario residencial(CSSR) adscrito a un hospital de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo realizado en abril de 2022, en el que se revisaron las prescripciones de pacientes mayores de 70 años de un CSSR. Se utilizaron herramientas de prescripción electrónica.

Los criterios de valoración de este estudio fueron: edad, sexo, fármacos prescritos(excluidos los tratamientos tópicos), grupo farmacoterapéutico, polifarmacia(>5 fármacos activos), polifarmacia mayor(>10 fármacos), CAS y RAS.

CAS y RAS se calcularon utilizando el Drug Burden Index (DBI) obtenido de la herramienta Anticholinergic Burden Calculator (<https://www.anticholinergicscales.es/>), excluyendo los anticolinérgicos inhalados ya que esta calculadora no los tiene en cuenta cuantitativamente.

RAS se determinó de acuerdo con los siguientes criterios: Sin riesgo(CAS 0); Bajo riesgo(CAS 0-0.5); Riesgo moderado(CAS 0,51-0,99); Riesgo alto(CAS ≥ 1).

RESULTADOS:

Se incluyeron 68 pacientes, de los cuales 21(31%) eran mujeres y 47(69%) hombres con una mediana de edad de 78 años(70-93). El número total de recetas activas fue de 592 con una mediana de recetas por paciente de 9(1-21).

54 pacientes (80%) presentaban polimedicación y 22 pacientes (41%) polifarmacia mayor. 20 pacientes (29%) no tenían prescripciones activas que pudieran derivar en CAS (29%). El 77% de las prescripciones que podían dar lugar a CAS eran del Sistema Nervioso Central (Grupo N). La mediana de CAS por paciente fue de 1,02 (0,33-2,94). La RAS fue:

- Alta: 28 pacientes (40%) con CAS promedio de 1,4; 26(93%) estaban polimedificados y 14(50%) polifarmacia mayor.
- Medio: 20 pacientes (30%) con CAS promedio de 0,65; 17 estaban polimedificados (85%) y 6 (30%) tenían polifarmacia mayor.
- Sin riesgo: 20 paciente s(30%); 11 estaban polimedificados(55%) y ninguno con polifarmacia mayor.

CONCLUSIONES:

La CAS se define como el efecto acumulativo de tomar uno más medicamentos que pueden desarrollar efectos anticolinérgicos y sedantes negativos asociados a un deterioro de la función física y cognitiva, mayor riesgo de caídas y mortalidad. Su cuantificación es esencial en pacientes de edad avanzada y frágiles para así evaluar su RAS y adoptar las medidas pertinentes en reducir dicho riesgo.

En el grupo de pacientes incluidos (institucionalizados >70 años) existe una relación directa entre el RAS y la polimedicación. Todos los pacientes con polifarmacia mayor tuvieron un RAS medio o alto. Sin embargo, es importante destacar una limitación de la escala DBI que determina de manera cualitativa y no cuantitativa los fármacos inhalados pudiéndose obviar un efecto acumulativo en el CAS de un grupo de fármacos especialmente prevalente en pacientes polimedificados. Una revisión farmacoterapéutica integral que incluya la determinación del CAS y el RAS cobra especial importancia en pacientes institucionalizados, principalmente, en los pacientes con un mayor grado de polimedicación. El rol de farmacéutico con propuestas de deprescripción puede influir de forma crucial y positiva en un grupo de especial complejidad y fragilidad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

26. SIPONIMOD EN ESCLEROSIS MULTIPLE SECUNDARIA PROGRESIVA (EMSP): EXPERIENCIA CLÍNICA EN VIDA REAL.

AUTORES

ROJAS ALBARRÁN A; RIVAS RODRIGUEZ MD; GIL GARCIA A; GRAGERA GÓMEZ M; ZAMBRANO CROCHE MD; VELAZQUEZ VAZQUEZ H



OBJETIVOS

Siponimod es un modulador del receptor de la esfingosina 1- fosfato (S1P), concretamente de los receptores S1P1 y S1P5. Con su acción antagonista previene la salida de los linfocitos de los ganglios linfáticos, reduciendo la recirculación de las células T en el sistema nervioso central y limitando la inflamación central. Desde 2021 está financiado para el tratamiento de EMSP con enfermedad activa.

El objetivo de este estudio es analizar las características de los pacientes en tratamiento con siponimod, estudiar los efectos adversos y describir la experiencia de uso en nuestra práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de pacientes que iniciaron tratamiento con siponimod desde julio de 2021 hasta noviembre de 2022. Se analizaron variables demográficas (sexo y edad), fecha de diagnóstico de esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR), fecha de progresión a EMSP, número de tratamientos previos, Expanded Disability Status Scale (EDSS) al inicio de siponimod, genotipo del polimorfismo de CYP2C9, dosis de mantenimiento, efectos adversos y necesidad de reducir dosis o suspender tratamiento. Los datos se obtuvieron de la historia clínica del paciente y del programa de gestión de pacientes externos farmatools®.

RESULTADOS:

Se incluyeron 14 pacientes (100% mujeres) diagnosticadas de EMSP con una mediana de edad de 52 [34-68] años. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de EMRR hasta progresión a EMSP fue de 15,5 [5-34] años. El número medio de tratamientos previos fue de 4 y la puntuación media en la EDSS al iniciar siponimod fue 6.3. El 57% (n=8) presentó un genotipo CYP2C9 *1*1; 36% (n=5) presentó genotipo CYP2C9*1/*2 y una paciente (7,1%) presentó genotipo CYP2C9 *1*3. En cuanto a las dosis de mantenimiento, 12 pacientes (86%) recibieron dosis de 2 mg; 2 pacientes (14%) recibieron dosis de 1 mg (una paciente por presentar polimorfismo *1*3 y otra paciente por iniciar con niveles de linfocitos bajos). Los efectos adversos estudiados fueron: Linfopenias en el 100% de las pacientes (dos pacientes (14,3%) grado 2; nueve pacientes (64,3%) grado 3 y tres pacientes (21,4%) grado 4); 6 pacientes (43%) tuvieron que reducir dosis por dicho efecto adverso; una paciente (7,1%) tuvo que suspender por linfopenia grado 4. Dos pacientes (14,3%) presentaron niveles de transaminasas hepáticas que triplicaban el límite de la normalidad (una paciente tuvo que reducir dosis y otra paciente requirió ingreso hospitalario y suspendió tratamiento). 2 pacientes (14,3%) experimentaron edemas periféricos y 1 paciente (7,1%) desarrolló edema macular que obligó a suspender tratamiento. Ninguna paciente presentó bradiarritmias.

CONCLUSIONES:

El perfil y la incidencia de efectos adversos plantea la necesidad de una vigilancia estrecha de los pacientes en tratamiento con siponimod. Nuestra experiencia clínica nos muestra que realizando un seguimiento activo se mejora la seguridad del paciente, permitiendo una detección temprana de posibles toxicidades y optimizando el manejo de las mismas mediante reducciones de dosis, minimizando así las interrupciones de tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

27. IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA MULTIDISCIPLINAR DE OPTIMIZACIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PSORIASIS E IMPACTO ECONÓMICO ASOCIADO

AUTORES

DIAZ ACEDO R; GALVAN BANQUERI M; GABELLA BAZAROT E; PEREZ GIL A; MARQUEZ SAAVEDRA E

OBJETIVOS

Describir la implantación de una estrategia de optimización de fármacos biológicos en psoriasis y evaluar el impacto económico asociado a la misma.

MATERIALES Y MÉTODOS:

De acuerdo con las recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología para el tratamiento de psoriasis con terapia biológica (2022), se llevó a cabo una estrategia multidisciplinar de optimización de fármacos biológicos en psoriasis en conjunto con el servicio de Dermatología. Se incluyeron todos los pacientes con psoriasis que llevaban en tratamiento más de 12 meses (fecha corte abril 2022), sin artritis psoriásica, con estabilidad clínica (PASI≤1). Para cada paciente, se propuso desde Farmacia una de las siguientes estrategias de optimización: cambio de fármaco, cambio a biosimilar o ampliación del intervalo posológico. Tras la evaluación clínica por parte de Dermatología (desde abril 2022 hasta diciembre 2022), se evaluó el porcentaje de pacientes revisados, el resultado de la intervención (optimización sí/no) y el ahorro potencial anual estimado tras la estrategia (coste anual tratamiento inicial – coste anual tratamiento tras optimización).

RESULTADOS:

Se propusieron 53 pacientes para optimización, de los cuales 37 fueron revisados (69,8%), optimizándose el tratamiento en 24 pacientes (64,9%) mediante las siguientes actuaciones: ampliación de intervalo posológico (79,1%, n=19), cambio de fármaco (8,3%, n=2) o cambio a biosimilar (12,6%, n=3). De 26 pacientes en tratamiento con adalimumab, 22 fueron revisados (84,6%) y 16 optimizados (72,7%), lo que supuso un ahorro potencial anual estimado de 12.931 euros. Un paciente en tratamiento con certolizumab fue incluido, revisado y no optimizado. Cuatro pacientes en tratamiento



con etanercept fueron propuestos, revisándose dos de ellos (50%) sin optimizarse ninguno. Cuatro pacientes en tratamiento con guselkumab se incluyeron, revisándose dos (50%) y optimizándose ambos (100%), lo que supuso un ahorro potencial anual estimado en 5.790,2 euros. De tres pacientes propuestos en tratamiento con ixekizumab, uno fue revisado (33,3%) y se optimizó (100%), lo que supuso un ahorro potencial anual estimado de 1.258,4 euros. De seis pacientes en tratamiento con secukinumab, tres fueron revisados (50%) sin optimización en ninguno. De ocho pacientes en tratamiento con ustekinumab, cinco fueron revisados (62,5%) y cuatro optimizados (80%), lo que supuso un ahorro potencial anual estimado de 13.821,8 euros. Dos pacientes con infliximab fueron incluidos, de los cuales se revisó uno (50%) y se optimizó (100%), lo que supone un ahorro potencial anual estimado de 469,6 euros. El ahorro potencial anual estimado para la estrategia global fue de 37.010,7 euros.

CONCLUSIONES:

Un elevado porcentaje de pacientes propuestos para optimización fueron revisados y optimizados, siendo la estrategia de ampliación de intervalo posológico la más utilizada, lo cual lleva asociado un relevante ahorro potencial anual estimado. Sería interesante la evaluación de resultados en salud a largo plazo de esta estrategia de optimización de tratamiento cuando se disponga de datos de seguimiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

29. OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS EN TRATAMIENTO CON GUSELKUMAB.

AUTORES

VILLALOBOS TORRES L; FERNÁNDEZ CUERVA C; ALCARAZ SÁNCHEZ JJ

OBJETIVOS

Guselkumab es un inhibidor de la interleukina 23 (IL-23) utilizado en el tratamiento de la psoriasis en placas moderada-grave en pauta de 100 mg en inyección subcutánea en las semanas 0 y 4, seguida de una dosis de mantenimiento cada 8 semanas. El objetivo es identificar posibles pautas posológicas optimizadas para guselkumab, en el tratamiento de la psoriasis en placas moderada-grave.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio multicéntrico retrospectivo de un año de duración (Enero-Diciembre 2022), en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de psoriasis en placas moderada-grave en tratamiento con guselkumab en un hospital regional y un hospital comarcal.

Variables medidas: variables demográficas (edad y sexo), número de tratamientos previos a guselkumab, tiempo desde inducción a inicio del espaciado de dosis, y nuevo intervalo posológico.

Los datos clínicos de los pacientes se obtuvieron de Diraya, y los relativos a la medicación se obtuvieron del programa de dispensación a pacientes externos (Prisma).

RESULTADOS:

Se identificaron un total de 28 pacientes en tratamiento durante el periodo de estudio, 16 (57,1%) hombres y 12 (42,9%) mujeres. La edad media de los pacientes fue de 51 años (rango 23-70). Del global de pacientes, 12 (42,9%) habían tenido un tratamiento biológico previo, 10 pacientes (35,7%) 2 tratamientos previos, 3 pacientes (10,7%) 3 tratamientos previos; y 3 (10,7%), ninguno. Se detectó que 12 pacientes (42,9%), tenían un intervalo posológico optimizado (pauta de mantenimiento mayor de cada 8 semanas). Estas optimizaciones del tratamiento se iniciaron a una media de 32 semanas con los pacientes estando en respuesta completa (escala PASI=0). La distribución de estas posologías optimizadas fue la siguiente: 5 (41,67%) cada 10 semanas; 4 (33,33%) cada 12 semanas; 2 (16,67%) cada 14 semanas y 1 (8,33%) cada 16 semanas. La media de semanas en seguimiento por parte del servicio de dermatología para valorar subsecuentes ampliaciones posológicas fue de 18 semanas (rango 12-24). Todos los pacientes en tratamiento optimizado se mantuvieron sin lesiones al cierre del estudio.

CONCLUSIONES:

El tratamiento con inhibidores de la IL-23 constituye un nuevo paradigma en el tratamiento de la psoriasis en placas moderada-grave. En un porcentaje importante de nuestros pacientes, independientemente de las líneas previas de tratamiento, guselkumab se muestra suficientemente potente como para aumentar los intervalos posológicos sin comprometer la eficacia de la respuesta, llegando en algún caso incluso a duplicar el intervalo indicado en ficha técnica. Esta práctica constituye una posible mejora en el ámbito farmacoeconómico, que puede mejorar el acceso de los pacientes a este tipo de medicamentos. Son necesarios más estudios en relación a las ampliaciones posológicas con fármacos inhibidores de la IL-23.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

30. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA EN LA PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN PARA LA INFECCIÓN POR VIH.

AUTORES

GÁMEZ TORRES D; SÁNCHEZ VALERA M; GÁZQUEZ PÉREZ R; SÁNCHEZ RODRÍGUEZ B; GÓMEZ SÁNCHEZ MT



OBJETIVOS

En 2016, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) autorizaron el tenofovir disoproxil fumarato + emtricitabina (TDF/ETC 245/200 mg/día), como tratamiento preventivo del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Está indicada en subpoblaciones con mayor riesgo de contraer la infección, tal y como se indica en el Manual de implantación del programa de Profilaxis Pre-Exposición del VIH (PrEP) en España.

El objetivo del estudio fue analizar la eficacia y la seguridad del tratamiento PrEP con TDF/ETC y la adherencia del paciente al mismo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron los pacientes que recibieron PrEP en un hospital de nivel terciario desde 2020. Variables recogidas: sexo, edad, días de tratamiento, enfermedades de transmisión sexual (ETS) al inicio y cada 3 meses, efectividad (sin infección por el VIH durante el tratamiento, medida cada 3 meses), seguridad (sin aparición de eventos adversos (EA)), adherencia (medido en comprimidos/días de tratamiento x 100) y uso de medidas de precaución (preservativo) durante el tratamiento. Los datos se recopilaron a través del Registro Electrónico de Salud y el Programa de Registro Ambulatorio.

RESULTADOS:

Se incluyeron 31 pacientes, todos varones, mediana de edad 37 años (23-57). Mediana de días de tratamiento = 273 días (80-874). Ningún paciente contrajo la infección por el VIH durante el tratamiento. 11 pacientes (35,5%) tenían ETS al inicio del tratamiento. 16 pacientes (51,6%) reportaron no usar preservativo regularmente (12 (75,0%) desarrollaron ETS) vs. 15 pacientes que usaron preservativo (7 (46,7%) desarrollaron ETS). 17 pacientes (54,8%) tenían adherencia = 100%, 2 (6,4%) tenían adherencia > 80%, 2 (6,5%) > 60% y 1 paciente (3,2%) tenía adherencia < 60%. 7 pacientes (22,6%) abandonaron la PrEP. Se perdieron 2 pacientes en el seguimiento debido al traslado a domicilio. 7 pacientes (22,6%) experimentaron algunos EA en los primeros 3 meses de tratamiento (trastorno digestivo = 5; quemadura de sol = 1; insomnio = 1). Todos fueron limitados en el tiempo, aunque un paciente suspendió el tratamiento temporalmente.

CONCLUSIONES:

La PrEP fue efectiva en pacientes de nuestro centro. Hubo pocos EA, todos leves y de corta duración. La mayoría de los pacientes eran adherentes al tratamiento, pero la atención farmacéutica debe fortalecerse en aquellos con baja adherencia. Más de la mitad de los pacientes desarrollaron ETS durante el tratamiento. Las ETS fueron más frecuentes en los pacientes que no utilizaron medidas de precaución, por lo que debe destacarse la educación sexual.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

32. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE ADMINISTRACIÓN INTERMITENTE DE LEVOSIMENDÁN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA GRAVE

AUTORES

NARANJO LLAMAS ME; DÍAZ ACEDO R; ESPINA LOZANO JM; MÁRQUEZ SAAVEDRA E

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad de una estrategia de administración intermitente de levosimendán en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) grave como uso *off-label* con el fin de prevenir descompensaciones agudas de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo que incluyó todos los pacientes con ICC incluidos en un programa de administración intermitente de levosimendán entre enero 2018-enero 2022. Se recogieron variables basales (sexo, edad, tratamiento crónico para ICC), clínicas (clase funcional NYHA, fracción de eyección del ventrículo izquierdo-FEVI, nt-proBNP) y número de ingresos por ICC en el año previo. El análisis de efectividad se realizó a los tres meses y al año post-tratamiento, incluyendo el número de dosis recibidas (considerando tres dosis como un ciclo de levosimendán completo), todas las variables clínicas registradas y el número de ingresos y éxitos en esos periodos. Además, se estudiaron las reacciones adversas (RAM) registradas durante la infusión de levosimendán. La información se recogió del programa de prescripción electrónica y de la historia clínica electrónica. Los datos se procesaron mediante Excel v.2301.

RESULTADOS:

Se incluyeron diez pacientes, el 70% hombres (n=7), con edad mediana 74 años (RIQ 65-76). Todos presentaban NYHA basal=III. La FEVI basal media fue 24,1%±4,8% y el nt-proBNP mediano fue 6234 pg/ml (RIQ 4185-9507). Con respecto al tratamiento para ICC, el 20% (n=2) tomaban IECA+betabloqueante+antagonista de aldosterona, el 40% (n=4) sacubitrilo/valsartan+betabloqueante+antagonista de aldosterona y el 40% (n=4) otras combinaciones. Un 80% de pacientes (n=8) habían presentado ingresos por descompensación de ICC el año previo, con una mediana de ingresos de 2 (RIQ 1-3).

El 70% de pacientes (n=7) recibió el ciclo completo de levosimendán, mientras que el 30% restante (n=3) recibió solo una dosis (uno por no efectividad, otro por RAM y otro por dificultad para acudir al hospital).



A los tres meses post-tratamiento, un paciente presentaba clase funcional NYHA=I, tres NYHA=II y seis NYHA=III. La FEVI media a los tres meses era $27,2 \pm 3,9\%$. El nt-proBNP mediano era 6332 pg/ml (RIQ 4064-8865). Un paciente (10%) ingresó por descompensación de ICC en este periodo y ninguno fue éxito.

Al año post-tratamiento (datos clínicos disponibles en 7 pacientes), seis presentaban clase funcional NYHA=III y uno NYHA=II, la FEVI media fue $28,8 \pm 6,9\%$ y la mediana de nt-proBNP fue 9094 pg/ml (RIQ 6812-10783). Durante este periodo, un 40% (n=4) ingresó por descompensación de ICC, con una mediana de ingresos de 1 (RIQ 0-2), y un 20% (n=2) fue éxito.

El 60% (n=6) presentó RAM, de los cuales el 66,7% (n=4) presentó hipotensión sintomática, el 17% (n=1) fibrilación auricular no conocida previamente y el 17% (n=1) hipocaliemia.

CONCLUSIONES:

Aunque se observa cierta mejoría funcional inicial en algún paciente y reducción de ingresos a 3 meses post-tratamiento, estos efectos no se mantienen durante el primer año ni son notables en la mayoría de casos, por lo que se considera necesaria la realización de estudios con mayor número de pacientes para poder determinar el perfil de paciente que más se podría beneficiar de esta estrategia terapéutica. El perfil de seguridad del fármaco es aceptable.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

34. EFECTIVIDAD DE LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES CONTRA EL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA EN PACIENTES CON MIGRAÑA

AUTORES

CUADROS MARTÍNEZ CM; ALCALÁ SOTO Á; MORALES GARCÍA Á; LÓPEZ MUÑOZ MJ; GONZÁLEZ MARTÍNEZ M

OBJETIVOS

Erenumab, Fremanezumab y Galcanezumab actúan como antagonistas del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (a-CGRP), el cual modula señales nociceptivas y produce vasodilatación, de ahí que se encuentre asociado a la fisiopatología de la migraña. Debido a su reciente comercialización es conveniente analizar su efectividad en vida real.

El objetivo es evaluar la efectividad de los a-CGRP en pacientes con migraña crónica y episódica de alta frecuencia.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo que incluye a todos los pacientes en tratamiento con a-CGRP hasta 07/06/22 que hayan recibido al menos 3 dosis de tratamiento entre enero 2020 y junio 2022. La extracción de datos se hizo mediante la revisión de la Historia Clínica electrónica y registros de dispensación. Se registraron los siguientes datos: edad, sexo, tipo de migraña, fármaco, número de dosis de fármaco administradas y variación de número de crisis de migraña antes y tras el inicio del tratamiento. Como variable de efectividad se midió el porcentaje de reducción de las crisis de migraña al mes. Se consideró efectivo el tratamiento si las crisis se reducían un 50% tras el tratamiento.

RESULTADOS:

Se incluyen 149 pacientes, 81.2% (n=121) mujeres, con una edad media de 45.02 años [18-71]. Para el análisis de efectividad se incluyeron 132 pacientes (se excluyen 13 pacientes por recibir menos de 3 dosis de fármaco y 4 por no disponer de revisión tras el inicio). El 31% (41/132) fueron tratados con erenumab 70mg, 15.9% (21/132) con erenumab 140 mg, 40.15% (53/132) con fremanezumab y 25,8% (34/132) con galcanezumab. El 70.1% (N=94) de los pacientes tenían migraña episódica de alta frecuencia y el resto, migraña crónica. La mediana de dosis administradas fue de 15 dosis [3-35], con una media de 16 dosis [3-35]. La media de días con migraña al mes previo a tratamiento fue de 15.31 días [3-30] y la media de días de migraña al mes tras el tratamiento fue de 6.73 días [0-28]. 47% (n = 62) de los pacientes redujeron al menos el 50% días de migraña al mes, 1.5% (n =2) redujeron menos del 50% de días de migraña al mes, 7.6% (n = 10) mantuvieron el mismo número de crisis mensuales y en 5.3% (n = 7) aumentó el número de crisis durante el tratamiento.

CONCLUSIONES:

Erenumab, Fremanezumab y Galcanezumab parecen ser un tratamiento efectivo frente a la migraña crónica y episódica de alta frecuencia en la práctica clínica habitual, respondiendo al tratamiento casi uno de cada dos pacientes tratados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

36. EFICACIA Y SEGURIDAD DE FILGOTINIB EN ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES

RIVAS RODRÍGUEZ MD; GIL GARCÍA Á; ROJAS ALBARRÁN A; GRAGERA GÓMEZ M; VELÁZQUEZ VAZQUEZ H; ZAMBRANO CROCHE MD; MURILLO IZQUIERDO M

OBJETIVOS

El filgotinib, un inhibidor oral de la Janus quinasa (JAK), está aprobado como monoterapia o en combinación con metotrexato para tratar la artritis reumatoide (AR) activa de moderada a grave.

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de filgotinib en pacientes diagnosticados de AR en la práctica clínica.



MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó pacientes con AR tratados con filgotinib entre febrero de 2022 y enero de 2023. Se excluyeron los pacientes que no habían sido tratados durante al menos 12 semanas con filgotinib. Los datos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas en Jara Asistencial® y del programa de dispensación de medicamentos FarmaTools®. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, dosis, duración del tratamiento, tratamiento previo, posterior y tratamiento concomitante con metotrexato.

La eficacia fue medida por la variación DAS28-PCR. Se utilizó el test no paramétrico de Wilcoxon para evaluar diferencias entre el DAS28-PCR inicial y final. Se asumió significación estadística cuando $p < 0,05$.

La seguridad se determinó en función de los efectos adversos (EA) descritos.

RESULTADOS:

Se evaluaron 36 pacientes con una edad media de 60,61 (37-81) años, el 75% (n=27) mujeres y el 25% (n=9).

Sólo el 11,1% (n=4) de los pacientes requirió una dosis de 100 mg por tener 75 años o más y/o insuficiencia renal moderada o grave. El resto de pacientes (n=32) tomaron la dosis de 200 mg.

La duración media de tratamiento fue de 7,6 (3-10) meses. La media de tratamientos previos fue de 2 (0-8) biológicos. El 7,5% (n=4) de los pacientes suspendió el tratamiento por falta de eficacia y cambiaron a otro inmunosupresor. El 28,3% (n=15) de los pacientes precisó tratamiento concomitante con metotrexato.

Con respecto a la eficacia, la mediana de DAS28-PCR antes del tratamiento = 3,30; IQR = [1,49 - 4,67] y una mediana de DAS28-PCR en la última evaluación clínica = 2,21, IQR = [1,24- 4,50] con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,000$). El 75% (n=27) de los pacientes alcanzó la remisión clínica.

En cuanto a la seguridad, 8 pacientes (25,8%) tuvo al menos un EA: molestias gastrointestinales (30%), astenia (20%), cefaleas (10%), pérdida de apetito (10%), ansiedad (10%), aparición de vello facial (10%) y aumento de niveles de colesterol (10%). Un paciente requirió reducción de la dosis de filgotinib.

CONCLUSIONES:

En nuestra experiencia clínica, filgotinib ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la AR, con un buen perfil de seguridad. Sin embargo, son necesarios más estudios y con un mayor número de pacientes para poder extraer conclusiones más precisas.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

39. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA BASADA EN LA METODOLOGÍA CMO PARA DISMINUIR LA PREVALENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS PIMDINAC EN PACIENTES VIH MAYORES

AUTORES

ROBUSTILLO CORTÉS MDLA; DÍAZ ACEDO R; SÁNCHEZ YÁÑEZ E; HUERTAS FERNÁNDEZ MJ; FERNÁNDEZ ESPÍNOLA S; MORILLO VERDUGO R

OBJETIVOS

Determinar la efectividad de una intervención farmacéutica, basada en la metodología CMO (Capacidad, Motivación y oportunidad), para disminuir la prevalencia de criterios PIMDINAC (medicación potencialmente inapropiada, interacciones farmacológicas y no adherencia a la medicación concomitante) en pacientes VIH+ en tratamiento antirretroviral activo en seguimiento farmacoterapéutico en consultas externas de Farmacia de los hospitales participantes.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio multicéntrico, multidisciplinar, prospectivo longitudinal, llevado a cabo entre octubre-2021 y octubre-2022. Se incluyeron pacientes VIH+ mayores de 65 años, en tratamiento antirretroviral activo y con medicación concomitante prescrita.

La intervención farmacéutica se realizó durante los 6 meses de seguimiento a través de la metodología CMO, en función del nivel de estratificación de cada paciente y las intervenciones planificadas para cada nivel. Asimismo, se trabajó la consecución de los objetivos farmacoterapéuticos a través de la entrevista motivacional y la atención farmacéutica dual (presencial+telemática).

Se recogieron variables demográficas: sexo, edad; clínicas: carga viral, cifras CD4 y comorbilidades; y farmacoterapéuticas: polifarmacia, número de fármacos, adherencia al TAR y a la medicación concomitante, de forma basal y a los seis meses de seguimiento.

La variable principal fue la diferencia en el porcentaje de pacientes que presentaban el criterio PIMDINAC completo al inicio y fin del estudio. Adicionalmente se comparó la presencia de los tres ítems por separado.

Además, se analizó la variación del porcentaje de pacientes adherentes tanto al tratamiento antirretroviral como a la medicación concomitante, así como el porcentaje de sujetos que alcanzaron sus objetivos farmacoterapéuticos previamente definidos a los seis meses de seguimiento.



Las variables cuantitativas se resumieron con medias y desviaciones típicas, o bien con medianas y rango intercuartílico (RIQ), en caso de distribuciones asimétricas y las cualitativas con frecuencias absolutas y relativas. La comparación bivariada entre grupos relacionados, se realizará mediante el t-test de Student o la prueba de signos de Wilcoxon para variables cuantitativas y las variables cualitativas, se usarán las pruebas de Chi cuadrado o de McNemar. Programa SPSS V.26.0

RESULTADOS:

Se incluyeron 67 pacientes, 83,8% varones, con una mediana de edad de 69 años (RIQ: 66-73). El 92,6% de los pacientes presentaba buen control viroinmunológico, siendo la comorbilidad cardiovascular la más frecuente (76,5%) en los pacientes. El 79,1% de los pacientes tenían polifarmacia de forma basal con una mediana de fármacos de 7,0 (RIQ: 5-9). La presencia de criterios PIMDINAC disminuyó significativamente del 10,3 al 0% ($p=0.016$). Individualmente se redujo el porcentaje de pacientes con medicación inapropiada (36,8% vs 14,7%; $p=0.000$), interacciones relevantes (8,8% vs 0; $p=0.031$) y no adherencia a la medicación concomitante (39,7% vs 10,3%; $p=0.000$).

Se incrementó el porcentaje de pacientes adherentes a la medicación concomitante de un 55,9% al 88,2% ($p=0.000$) y el de aquellos que alcanzaron sus objetivos farmacoterapéuticos (48,5% vs 88,2%; $p=0.000$).

CONCLUSIONES:

La intervención multidisciplinar y multidimensional basada en la metodología CMO disminuye significativamente la prevalencia de criterios PIMDINAC, tanto global como parcialmente. Adicionalmente, mejora la adherencia a la medicación concomitante e incrementa la consecución de los objetivos farmacoterapéuticos de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

42. ESTRATEGIA CYCLING CON INHIBIDORES JAK EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES

LÓPEZ MUÑOZ MJ; CUADROS MARTINEZ CM; MORALES GARCIA A; GONZALEZ MARTINEZ M

OBJETIVOS

Describir nuestra experiencia en práctica clínica real en el cycling tras el fracaso a un primer inhibidor de JAK, alternativa que se emplea actualmente en la práctica clínica en paciente diagnosticados de Artritis reumatoide (AR).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes con AR en seguimiento en el Hospital Universitario de Jerez de la Frontera por parte del servicio de Farmacia y de Reumatología. Para la recogida de datos se utilizó ATHOS-Prisma® y para el análisis de datos el programa informático Excel®. Se analizaron los siguientes datos: edad, sexo, factor reumatoide (FR), Anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (ACPA), disease activity Score 28 (DAS28), Proteína C Reactiva (PCR), sintomatología y tratamiento recibido.

RESULTADOS:

Se identificaron 18 pacientes con AR que habían iniciado el tratamiento con inhibidores de Jak-quinasas entre 2017 y 2021. Las características de los pacientes se resumen en la tabla 1. El 66,7% eran mujeres, con una edad media (DE) de 59 (10,89) años, El 94,4% y el 88,9 % eran FR y ACPA positivo, respectivamente. El 38,9% tenían manifestaciones extraarticulares, de ellos, lo más frecuente fue osteoporosis (38,9%), seguido de EPID (11,1%) y fibromialgia (11,1%), síndrome de Sjögren (5,6%) y nódulos reumatoides (5,6%). 10 pacientes recibieron Tofacitinib, 7 pacientes Baricitinib y 1 Upadacitinib como primer tratamiento. El segundo tratamiento más frecuente fue Upadacitinib. La mediana (IC95%) de supervivencia del primer tratamiento fue 12 meses (7,84-16,15), no observándose diferencias en la supervivencia entre tofacitinib, baricitinib y upadacitinib con medianas (IC 95%) de 12 (7,86-16,13), 31 (0,00-92,59) y 10 (0,00-0,00) meses, respectivamente ($p= 0,174$). La principal razón del cambio (61,1%) fue por un fallo secundario. Se observó una mejoría significativa en la actividad de la enfermedad medida por DAS28 a los 3 meses tras el cycling de inhibidor de JAK (tabla 2).

CONCLUSIONES:

El tratamiento de la AR con un segundo inhibidor JAK parece una opción segura y eficaz a corto plazo tras la suspensión del primero, aunque se necesitan más datos que apoyen nuestros resultados.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

46. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS DEL PROCESO DE NUTRICIÓN PARENTERAL.

AUTORES

SALAMANCA CASADO A; ARENAS VILLAFRANCA JJ; GÓMEZ SÁNCHEZ A; MORENO SANTAMARÍA M; TORTAJADA GOITIA B

OBJETIVOS

Aplicar un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) al proceso de nutrición parenteral (NP), para identificar sus riesgos, priorizarlos y establecer un plan de mejora. Posteriormente, repetir el AMFE tras implementar las medidas propuestas.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo, cuasi-experimental pre-post, siguiendo la metodología AMFE, realizado en un hospital de segundo nivel de 387 camas. Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por 3 farmacéuticos especialistas,



3 nutricionistas, 1 residente de farmacia, 1 técnico de farmacia, 1 enfermera y 2 miembros de la unidad de calidad. Se evaluaron todas las etapas del proceso: indicación, valoración nutricional, prescripción electrónica, preparación, almacenamiento, dispensación, administración y monitorización. Mediante *brainstorming*, se identificaron los posibles fallos, causas y efectos. Para cada fallo, se valoró de 1 a 10 la gravedad, incidencia y detectabilidad, y se calculó el índice de prioridad de riesgo (IPR = gravedad x incidencia x detectabilidad). Finalmente se calculó el IPR medio del proceso. Los fallos con IPR>100 fueron priorizados y analizados para establecer una batería de medidas que permitiera eliminar los modos de fallo o reducir la probabilidad de que se produzcan, mejorando su detección y/o minimizando sus consecuencias. Al cabo de 2 años, se realizó un nuevo AMFE del proceso, incluyendo los cambios producidos con las mejoras incorporadas.

RESULTADOS:

En el AMFE inicial se identificaron un total de 32 posibles fallos, de los cuales 15 presentaron un IPR>100. Para abordar esos riesgos priorizados se planificaron 4 tipos de acciones preventivas: 1. Elaboración de un *check-list* con el objetivo de calcular adecuadamente los aportes en base a los requerimientos, prevenir el síndrome de re-nutrición, evitar errores de volumen, evitar errores con NP cíclicas, evitar errores con insulina en la NP, corregir errores de etiquetado, evitar errores de vía de administración y reevaluar periódicamente al paciente. 2. Elaboración de un tríptico informativo para prescriptores para realizar un inicio/retirada gradual de la NP y evitar el inicio de una NP fuera del horario establecido. 3. Revisión de las competencias del personal elaborador para el cumplimiento de las buenas prácticas de preparación. 4. Añadir control gravimétrico de las mezclas de NP para detectar errores de dosificación. Al cabo de dos años se repitió el AMFE del nuevo proceso, identificándose un total de 36 posibles fallos, de ellos 5 obtuvieron un IPR>100 (2 fallos nuevos y 3 fallos ya detectados en el AMFE inicial). Por lo tanto, se redujo el riesgo en 13 de los 15 fallos previos. El IPR medio entre el AMFE inicial y su revisión a los dos años, descendió de 96 a 57 puntos.

CONCLUSIONES:

La realización del AMFE, aplicable en cualquier proceso de riesgo, permitió en nuestro caso poner de relevancia los posibles errores en el proceso de NP, así como innovar con acciones preventivas. Dichas acciones, establecidas a dos años vista, permitieron objetivar en la reevaluación una reducción del riesgo de los errores más relevantes, así como reducir el IPR medio global del proceso, mejorando la seguridad. Asimismo, la reevaluación también permitió detectar nuevos fallos surgidos tras los cambios en el circuito.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

48. EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA CMO PARA PACIENTES VIH NAIVE.

AUTORES

SALAMANCA CASADO A; ARENAS VILAFRANCA JJ; MIRANDA MAGAÑA M; SÁEZ RODRÍGUEZ MI; TORTAJADA GOITIA B

OBJETIVOS

Análisis de la implantación de un modelo Capacidad-Motivación-Oportunidad (CMO) para pacientes VIH en la consulta de Atención Farmacéutica (AF).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se desarrolló un protocolo multidisciplinar para aplicar la metodología CMO en los pacientes VIH cuyo criterio de inclusión fue paciente naive no ingresado. En la consulta de inicio se realizó un informe de AF que quedó registrado en la historia clínica. Al mes se programó una consulta de revisión de AF y en función del nivel de estratificación (NE) se programaron el resto de consultas (NE=2 semestralmente y NE=3 anualmente). A cada paciente se le realizó un seguimiento prospectivo durante un año y en cada visita se registró en un informe de AF. Se recogieron variables demográficas, variables necesarias para la estratificación y todas las intervenciones realizadas por el farmacéutico. Dichas variables se analizaron mediante estadísticos descriptivos: variables cuantitativas como media y desviación estándar, y variables cualitativas mediante distribución de frecuencias y porcentaje.

RESULTADOS:

Se incluyeron 23 pacientes, todos hombres, 38.3±11.5años, IMC=23.9±3.0. El 78% no tenía ningún antecedente de interés y el 13% presentaban alguna alergia. Un paciente presentó dependencia según índice de Katz, y ninguno presentó deterioro cognitivo según la escala de Pfeiffer. El 22% presentaban hábitos tóxicos, y el 86% tenían un buen soporte familiar. El 17% tenía prescrita medicación de alto riesgo, y el 13% era polimedicado. Antes del tratamiento la media de los CD4 fue 382.8±216.1cells/ul y de la carga viral (CV) 536837.5±1828830.0copias/mL. El 100% de los inicios se hicieron de acuerdo con las guías GESIDA. En la primera visita 4 pacientes tenían <200CD4 y 2 de ellos requirieron intervención del farmacéutico para pauta de profilaxis. Se detectaron interacciones en el 30% de los pacientes y co-administraciones prohibidas en el 13% (100% resueltas en la consulta de AF). El 9 % de los pacientes presentó NE=2 y el 91% NE=3. Se cumplieron todas las visitas programadas, y además se registraron 9 consultas presenciales a petición del paciente (3,4 consultas/paciente en total). Durante el seguimiento se detectaron 11 reacciones adversas (RA) leves resueltas a nivel ambulatorio y tres RA graves que requirieron interconsulta al prescriptor y cambio de tratamiento. Se resolvieron 13 consultas relacionadas con el VIH y su tratamiento, además de 10 consultas no relacionadas con el VIH. Se realizó



educación sanitaria por hábitos nutricionales, sexuales o tóxicos en el 48% de los pacientes. El 52% de los pacientes presentaron problemas de aceptación de la enfermedad y trastorno del ánimo que requirieron acompañamiento en consulta de AF. Al año del tratamiento los CD4 fueron 654.1 ± 284.2 cells/ul de media, (el 100% eran >200) y la CV indetectable en el 82%. El 96% de los pacientes fueron adherentes. La escala EVA de satisfacción con el TAR fue 9.8 ± 0.4 . Al reestratificar el 96% presentó NE=3 y un paciente seguía con NE=2.

CONCLUSIONES:

La aplicación del modelo CMO permite realizar una AF estructurada lo que facilita el abordaje y seguimiento clínico por parte del farmacéutico permitiendo la identificación de problemas y su resolución, así como un adecuado acompañamiento del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

49. TAQUIARRITMIA VENTRICULAR SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON IBRUTINIB. A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

RODRÍGUEZ MORETA C; PLA PASÁN R; TUDELA TOMÁS J; SILES MORRIS S; HUERTAS FERNÁNDEZ MJ

OBJETIVOS

Describir un caso de taquiarritmia ventricular secundaria al uso de ibrutinib para el tratamiento de leucemia linfocítica crónica (LLC) y la intervención multidisciplinar en el manejo del mismo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo y multidisciplinar, en el que se describe el caso de un paciente de 70 años diagnosticado de LLC en 2012, con buen estado general y con criterios de buen pronóstico (IGHV: mutado, TP53: no mutado, FISH: positivo para del13q14 (55%) y deleción monoalélica de ATM (11q22) (85%), resto de sondas negativas (CEP12, del p53, reordenamientos IgH (14q32))), y con antecedentes personales de hipertensión prostática, prostatitis y portador gen protrombina.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica digital Diraya® y del programa de prescripción electrónica de quimioterapia Oncowin®. Se revisó el perfil de seguridad de ibrutinib en su ficha técnica (FT) y la bibliografía en la que se describen casos de trastornos cardíacos con ibrutinib y otros agentes antineoplásicos.

RESULTADOS:

Tras recibir una primera línea de tratamiento con rituximab-bendamustina, el paciente progresa e inicia terapia con ibrutinib. La pauta recomendada de ibrutinib 140mg para mejorar la tolerancia fue: un comprimido/día, los días 1, 2 y 3; dos comprimidos/día, los días 4, 5 y 6; y tres comprimidos/día a partir del día 7 del ciclo en adelante. Tras 7 días de tratamiento con 420mg/día, el paciente refiere regular estado general, aturdimiento y visión borrosa de un ojo, por lo que el hematólogo solicita de urgencia un electrocardiograma, que muestra un episodio de taquiarritmia ventricular. El especialista contacta con el Servicio de Farmacia Hospitalaria para corroborar si se trata de un efecto adverso (EA) secundario a ibrutinib. El farmacéutico realiza una revisión de la FT y bibliografía que confirma el evento (se describe taquiarritmia ventricular como EA poco frecuente ($>1/1000$ a $<1/100$)). Se interrumpe inmediatamente el tratamiento con ibrutinib y el clínico decide cambiar de línea de tratamiento a venetoclax-rituximab debido al EA producido, el cual le ocasionó una secuela persistente con taquicardias intermitentes y la necesidad de tratamiento antitrombótico crónico con edoxaban 60 mg, un comprimido diario. La sospecha de reacción adversa fue notificada al Sistema Español de Farmacovigilancia y se estableció una relación de causalidad entre el fármaco y el acontecimiento adverso según el Algoritmo de Naranjo, obteniendo una puntuación de 7, que establece una relación probable.

CONCLUSIONES:

Es importante la monitorización y seguimiento estrecho de los EAs asociados a los fármacos, así como la participación del farmacéutico en los equipos multidisciplinarios, validando los tratamientos y llevando a cabo la monitorización de los mismos. Todo ello contribuye a una mejora en el manejo de los EAs y por lo tanto en la seguridad de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

51. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD DE TRASTUZUMAB EMTANSINA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER-2 POSITIVO EN POBLACIÓN REAL

AUTORES

TUDELA TOMÁS J; PLA PASÁN R; OCAÑA DE LA ROSA MÁ; CORRALES PAZ M; MARTÍNEZ BAUTISTA MJ

OBJETIVOS

Se denomina cáncer de mama HER-2 positivo a aquel caracterizado por la sobreexpresión del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER-2). Estos tumores se caracterizan por una mayor tasa de progresión y metástasis. Trastuzumab emtansina es un fármaco financiado en cáncer de mama metastásico, siendo hasta ahora el tratamiento de elección tras progresión a una primera línea, pudiendo cambiar esta práctica clínica, a raíz de la publicación del ensayo clínico Destiny-Breast03, donde resultó notablemente inferior a trastuzumab deruxtecan.



El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de trastuzumab emtansina en una población de pacientes con cáncer de mama HER-2 positivo metastásico en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo que incluyó a todas las pacientes tratadas con trastuzumab emtansina en enfermedad metastásica desde junio de 2017 hasta enero de 2022.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica digital Diraya® y del programa de prescripción electrónica de quimioterapia Oncowin®. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, estado funcional al inicio del tratamiento (ECOG), número de ciclos y líneas previas. La efectividad se evaluó mediante la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG).

RESULTADOS:

El número total de pacientes fue de 30 mujeres, con una mediana de edad de 58 años (intervalo entre 38-73). El 30% (n=9) tenían ECOG 0 al inicio del tratamiento, el 63,3% (n=19) ECOG 1 y el 6,7% (n=2) ECOG 2. El 93,3% (n=28) recibió el tratamiento como segunda línea, el 0,03% (n=1) lo recibió como tercera línea y el 0,03% (n=1) como cuarta línea. El 76,7% de las pacientes (n=23) fueron tratadas previamente con pertuzumab. La mediana de ciclos de trastuzumab emtansina recibidos fue de 6 (intervalo entre 1-17). El 80% de las pacientes (n=24) progresaron durante el tratamiento, con una mediana de SLP de 6,6 meses [IC 95% (4,7-8,5)]. Se produjo el exitus del 46,6% de pacientes (n=14), con una mediana de SG de 17,8 meses [IC 95% (12,7-22,9)].

CONCLUSIONES:

La efectividad del fármaco en vida real es inferior a la obtenida en el ensayo clínico que dio lugar a su aprobación, pero los resultados obtenidos en nuestra práctica clínica son muy similares a los publicados en el ensayo Destiny-Breast03, que comparaba trastuzumab emtansina con trastuzumab deruxtecan, probablemente influenciados por la elevada proporción de pacientes previamente tratadas con pertuzumab, fármaco que aún estaba en fase de investigación durante los ensayos clínicos de trastuzumab emtansina. A raíz de estos resultados, decidimos modificar nuestro protocolo e implantar en nuestro centro trastuzumab deruxtecan como tratamiento preferente en enfermedad HER-2 metastásica que ha progresado al menos a una línea previa.

CLASIFICACIÓN: **PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH**

53. ISAVUCONAZOL: ANÁLISIS DE USO, EFICACIA Y SEGURIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

ZAMBRANO CROCHE MD

OBJETIVOS

El isavuconazol (IVZ) es un antifúngico triazólico, indicado en aspergilosis invasiva, siendo una alternativa al voriconazol, y en la mucormicosis cuando la anfotericina B no es apropiada.

El objetivo de este estudio es evaluar el uso del IVZ, su eficacia y seguridad en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo del empleo de IVZ en pacientes hospitalizados desde agosto de 2018 hasta agosto de 2022. Como fuente de datos se utilizaron: Farmatools®, Innovian®, Gestlab®, y la historia clínica.

Las variables recogidas fueron demográficas: sexo y edad, y clínicas: patología de base, motivo de prescripción, servicio prescriptor, posología, días de tratamiento, microorganismo aislado, detección de anticuerpos (Ac) anti-micelio, detección de antígeno (1-3) B-D glucano (BG) y de galactomanano (GM), coinfecciones, evolución, exitus, antifúngico previo y posterior, reacciones adversas e interacciones.

RESULTADOS:

La edad media del grupo de pacientes a estudio (n=34) fue de 59,0 (SD12,6) años, siendo el 67,6% hombres. El servicio prescriptor mayoritario fue UCI (70,6%), seguido de nefrología (8,82%), medicina interna (5,88%) y hematología (5,88%). La posología habitual fue de 200 mg durante 48 horas como dosis de carga y 200 mg cada 24 horas de mantenimiento. El 85% de los pacientes recibió IVZ vía intravenosa, y de ellos un 5 % también vía oral. La mediana de duración de tratamiento durante el ingreso fue de 10 días (2-69).

Cabe señalar ciertas patologías de base que destacaron en nuestro grupo de pacientes como: receptor de trasplante de órgano sólido (29,4%), neoplasia hematológica (20,6%), enfermedad pulmonar (11,7%), hepatopatía (11,7%), y enfermedad autoinmune (5,8%). El 47% ingresaron por COVID-19, y un 91,1% desarrollaron coinfecciones recibiendo terapia antimicrobiana de amplio espectro.

Los motivos de prescripción de IVZ se clasificaron en tres grupos: profilaxis (14,7%), tratamiento empírico (35,3%) y dirigido (50%), incluyéndose en este último aquellos en los que se obtuvo el microorganismo aislado, biopsia con hifas sin diagnosticar especie, y detección de Ac-antimicelio, BG o GM. Los microorganismos aislados fueron *Aspergillus fumigatus* (3), *A. terreus* (1), *A. granulatus* (1), y *Candida albicans* (2).



Solo un 26,5% recibió tratamiento previo con otros antifúngicos (azoles, equinocandinas o anfotericina B), y un 11,7% recibió otro posteriormente, haciendo mención especial a un caso con *A. granulosis*, cuya CMI solo era baja para micafungina y posaconazol. El 44,1% de las prescripciones fueron suspendidas por exitus.

De forma general, IVZ tuvo buena tolerancia. Únicamente se detectó epigastralgia, vómitos e hipertransaminemia en un caso. Como posibles interacciones señalar la observada entre el IVZ con edoxaban, donde fue necesario cambiar a enoxaparina.

CONCLUSIONES:

IVZ se utilizó en pacientes complejos, la mayoría inmunodeprimidos, con comorbilidades y coinfecciones. No siempre se siguieron las recomendaciones de la Comisión de Farmacia y Terapéutica ya que su uso queda relegado para sospecha o confirmación de infección por hongos filamentosos.

El hecho de que sea difícil aislar estos microorganismos hace necesario su prescripción empírica, para evitar el avance de la enfermedad.

Se observó buena tolerancia a IVZ, aunque, dado el bajo número de pacientes incluidos, es necesario realizar más estudios en la práctica clínica.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

54. EVALUACIÓN FARMACÉUTICA DEL TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS

AUTORES

TUDELA TOMÁS J; MENGUIANO ROMERO Y; OCAÑA DE LA ROSA MÁ; RODRÍGUEZ MORETA C; MARTÍNEZ BAUTISTA MJ

OBJETIVOS

La depresión afecta al 6,38% de la población europea, tratándose de la enfermedad mental más prevalente en España. Se trata de una patología de alto impacto social, familiar y económico. Actualmente, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) constituyen la primera línea de tratamiento farmacológico en los pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM), debido a su relación beneficio/riesgo favorable. La combinación de ISRS no está clínicamente justificada en las guías clínicas.

El objetivo del estudio fue evaluar las redundancias terapéuticas de los pacientes tratados con ISRS en un área de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión descriptiva retrospectiva entre marzo y abril de 2022 que incluyó a los pacientes pertenecientes al área de salud tratados con varios ISRS. Los pacientes con duplicidades fueron localizados con la base de datos MicroStrategy del Servicio Andaluz de Salud. Se estudiaron las historias clínicas digitales de los mismos, así como el registro de dispensaciones de sus tratamientos. Las variables del estudio fueron: edad, sexo, número de ISRS redundantes y dispensación de los fármacos de forma simultánea.

RESULTADOS:

El número total de pacientes analizados fue de 39, con una media de edad de 55,9 años, siendo un 2% mujeres (n=32). El 87,2% de los pacientes (n=34) tenía dos ISRS redundantes, mientras que el 12,8% (n=5) tenía tres fármacos redundantes. El 71,8% de los pacientes (n=28) estaba retirando y tratándose simultáneamente con todos los ISRS prescritos. El 20,5% de los pacientes (n=8) retiraba únicamente uno de los fármacos. El 7,7% de los pacientes (n=3), se encontraba en situación de intercambio terapéutico, sustituyendo su ISRS inicial por otro de forma paulatina. Se realizaron entrevistas y sesiones de recomendaciones con los médicos prescriptores con el fin de optimizar el tratamiento y mejorar la seguridad de los pacientes afectados.

CONCLUSIONES:

Los datos obtenidos muestran una elevada cifra de redundancias terapéuticas no detectadas en pacientes con tratamiento con ISRS.

El papel del farmacéutico resulta fundamental para llevar a cabo un correcto mantenimiento farmacoterapéutico y evitar redundancias terapéuticas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

55. IMPACTO ECONÓMICO DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES EN AUSENCIA DE INDICACIÓN

AUTORES

TUDELA TOMÁS J; RODRÍGUEZ MORETA C; MENGUIANO ROMERO Y; PLA PASÁN R; MARTÍNEZ BAUTISTA MJ

OBJETIVOS

La nutrición parenteral (NP) permite el aporte de nutrientes directamente en el torrente sanguíneo de los pacientes. En adultos, está indicada en pacientes con tracto gastrointestinal no funcional o que no debe ser utilizado en un período superior de 5 a 7 días. No obstante, es de interés mantener la mayor ingesta natural posible, para preservar el trofismo intestinal, así como para evitar posibles complicaciones metabólicas e infecciosas. Por estos motivos, las guías de práctica



clínica suelen recomendar no pautar NP cuando se estima una duración menor de 5 días de la misma. La elaboración de las NP supone un elevado gasto en los servicios de farmacia hospitalaria destinados a su elaboración.

El objetivo del estudio fue determinar el impacto económico de las NP en adultos con una duración menor de 5 días (NP<5) en el servicio de farmacia de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Utilizando el software Hospi WinÒ para prescripción y elaboración de NP, se recopilaron los datos de las NP elaboradas y dispensadas en el período entre el 1 enero 2022 y 31 de agosto 2022. Se excluyeron del estudio las NP utilizadas en neonatología. Las variables utilizadas fueron número de NP<5 por paciente, mediana de NP por paciente, gasto destinado para cada paciente con NP<5 y mediana de gasto para cada paciente.

RESULTADOS:

El número total de pacientes con NP en ese período fue de 152. De estos, el 46,71% (n=71), llevaron NP en un período inferior a 5 días. El número total de NP dispensadas fue de 1411. De estas, el 10,6% (n=149) fueron NP<5. La mediana de NP<5 por paciente fue de 2. El gasto total en NP fue de 24161,91€, siendo el 9,6% del gasto (2328,84€) destinado a NP<5. La mediana de gasto por paciente con NP<5 fue de 20,78€.

CONCLUSIONES:

El número de pacientes con NP prescrita de forma no recomendada fue elevado. El impacto de estas NP en el gasto destinado al área de nutrición fue notable. Los resultados obtenidos pueden fomentar la mejoría en la práctica clínica de cara a evitar complicaciones en la salud de los pacientes y un empleo inadecuado de recursos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

57. PATISIRAN EN EL TRATAMIENTO DE LA AMILOIDOSIS HEREDITARIA POR TRANSTIRETINA: ESTUDIO PRELIMINAR

AUTORES

DÍAZ PERALES R; ALAMINO ARREBOLA E; MORALES LARA MJ; MUÑOZ CASTILLO I

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de patisiran en el tratamiento estabilizador de la polineuropatía secundaria a amiloidosis hereditaria por transtiretina (ATTRh) mediante el estudio de datos en vida real en un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo desarrollado con pacientes diagnosticados de ATTRh con afectación cardíaca, tratados con patisiran (0.3 mg/kg c/3 semanas) durante al menos seis meses.

Variables recogidas: demográficas (edad y sexo), farmacológicas (tratamiento previo y tiempo de seguimiento) y clínicas (estadio, mutación genética, afectación patológica y comorbilidades).

La efectividad cardiológica se estudió mediante la evaluación clínica sucesiva (signos clínicos de insuficiencia cardíaca (IC), síncope/presíncope) y resultados de electrocardiogramas (anomalías conducción AV, arritmias), ecocardiogramas (grosor tabique ventrículo izquierdo (gTVI), engrosamiento valvular (EV)) y biomarcadores (NT-proBNP). A nivel neuropático, se estudió la evolución clínica (signos empeoramiento sensitivo-motor) y resultados de escalas validadas (NIS, KansasCity, Norfolk.Qol-DN, Rods y Compass-31).

RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 3 pacientes varones [edad media 68,33±10,78 años (60,08-82,53)]. Sin tratamiento previo ni trasplante hepático. Seguimiento medio 8,41±2,79 meses (6,8-11,63). Estadio I: un paciente; Estadio II: dos. Mutación V30M: 100%.

Paciente.1. Afectación cardíaca (marcada disnea/ahogamiento pequeños esfuerzos, FEV1:61%, gTVI 17mm, EV, dilatación biauricular y derrame pericárdico (DP) de 5mm), vegetativa y neuropática mixta sistémica (marcada afectación en movilidad y fuerza, arreflexia, hiperalgesia; NIS:80). Comorbilidades relevantes: carcinoma urotelial, adenocarcinoma gástrico, carcinoma escamoso piel. Efectividad: Estabilización de sintomatología cardíaca, FEV1%, grosor TVI. Mejoría del DP (3 mm). Empeoramiento neurológico con incremento en escala NIS (+41 puntos) a los dos meses.

Paciente.2. Afectación cardíaca (disnea grado 2, FEV1:62%, grosor TVI 15 mm, EV ligero, no DP), vegetativa y neuropática mixta sistémica (marcada afectación motora, debilidad, hipoestesia, parestesias; NIS: no medida). Efectividad: mejora sintomatológica de disnea (sin síncope/palpitaciones) y mantenimiento del FEV1:61%, gTVI (15mm) y NT-proBNP [negativo a 4 meses del inicio (487pg/ml; <900pg/ml)]. Estabilización neurológica, no obstante, los valores de las escalas tomadas (con 3 meses de separación) reportan empeoramiento de calidad de vida (+70 puntos Norfolk.Qol-DN y +4 puntos KansasCity), incremento de discapacidad general (+9 puntos en Rods) y mejoría vegetativa (-3 puntos en Compass31).

Paciente.3. Afectación cardíaca (no IC, síncope posturales, FEV1:66%, gTVI 13.8mm, no EV ni DP; NT-proBNP negativa (93pg/ml), vegetativa (Compass31=21), y neuropática-sensitiva localizada a nivel distal (escasa pérdida de fuerza).



Efectividad: Estabilización de la patología a nivel cardíaco/neurológico con mejoría subjetiva reportada por paciente días posteriores a administración. No se disponen de pruebas/escalas para valorar éxito del tratamiento.

Seguridad: Buena tolerancia al tratamiento. Paciente.1 presentó edemas de fácil manejo y el paciente.3 excitabilidad e insomnio.

CONCLUSIONES:

Los datos preliminares de nuestro estudio muestran una detención de la progresión sintomática en dos de nuestros pacientes con perfil de tolerancia y seguridad bueno. Las comorbilidades del paciente.1 probablemente imposibilitaron su estabilización.

Las escalas validadas son herramientas de gran utilidad en el manejo de esta patología, aunque no hay un consenso en cuanto a su aplicación, lo que supone un sesgo en la evaluación de nuestros pacientes.

Se hacen necesarios más estudios en esta población, ampliar el periodo de seguimiento y el tamaño muestral para establecer resultados definitivos.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

58. EXPERIENCIA DEL USO DE CEFIDEROCOL EN PACIENTES CON AISLAMIENTO DE MICROORGANISMOS EXTREMADAMENTE RESISTENTES

AUTORES

AZUARTE PADIAL P; MARTINEZ-DUEÑAS LOPEZ-MARIN L; GARCIA LOPEZ A; GONZALEZ SANCHEZ B

OBJETIVOS

El cefiderocol es una novedosa cefalosporina siderófora con actividad contra bacterias gramnegativas extremadamente resistentes (XDR).

El objetivo de este estudio es analizar el uso de cefiderocol en pacientes con infecciones por XDR.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo, que incluyó a todos los pacientes en los que se utilizó cefiderocol debido a la ineficacia de los tratamientos comercializados en España por su perfil de resistencias. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, aislamiento microbiológico, muestra y antibiograma, tipo de infección, germen multirresistente (GMR), estudios de colonización, días de tratamiento con cefiderocol, tratamientos concomitantes, días de estancia hospitalaria y evolución.

RESULTADOS:

De noviembre de 2020 a mayo de 2022 se administró cefiderocol a 8 pacientes, en uno de ellos dos veces, mediana de edad 61 años (22-72). Servicios en los que ingresaron: Medicina Interna (3); Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Urología (2), Neurocirugía (2), Hematología (1). Hubo 6 infecciones respiratorias, 2 bacteriemias, 1 infección de herida quirúrgica, 1 prostatitis + miositis y 2 bacteriemias. Los microorganismos aislados fueron gram negativos: *Acinetobacter baumannii* OXA 23 y 48, *P. aeruginosa* XDR, *Providencia stuartii* XDR, *Stenotrophomonas maltophilia* XDR y *Achromobacter xylosoxidans* XDR, siendo en casi todos los casos la única opción terapéutica colistina, y en algunos casos hubo disminución de S a la minociclina. Se realizaron estudios de colonización para GMR. Los días de tratamiento oscilaron entre 5 y 15, excepto en un caso en el que el tratamiento duró 51 días. Casi todos recibieron tratamiento concomitante con colistina o tigeciclina y en un caso se utilizó monoterapia. Se requirió ajuste por insuficiencia renal en 2 pacientes, el resto recibió la pauta de 2g/8h. De los 9 pacientes atendidos, 4 fallecieron (dos ingresados en UCI, uno ingresado por trasplante de células hematopoyéticas y uno ingresado por neurocirugía), el resto fueron dados de alta, excepto un paciente que permanece hospitalizado.

CONCLUSIONES:

El uso de cefiderocol permitió la curación y supervivencia en el 55,55% de los pacientes tratados. La aparición de bacterias gram negativas extremadamente resistentes tiene pocas opciones válidas de tratamiento y el cefiderocol puede considerarse una de ellas. Los estudios de colonización son una herramienta útil para identificar a los pacientes con riesgo de infecciones por GMR, pudiendo prevenir su transmisión a otros pacientes y anticiparse a las posibles infecciones que puedan ocasionar.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

59. USO DE ECULIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL RECHAZO AGUDO MEDIADO POR ANTICUERPOS DESPUÉS DEL TRASPLANTE RENAL

AUTORES

MARTINEZ-DUEÑAS LOPEZ-MARIN L; GONZALEZ SANCHEZ B; GARCIA LOPEZ A

OBJETIVOS

No existe tratamiento estándar para el rechazo agudo mediado por anticuerpos (RAM). Los ensayos clínicos son pequeños e inconclusos. El tratamiento con Plasmáferesis e Inmunoglobulinas, a pesar de la débil evidencia, es el tratamiento inicial recomendado por documentos de consenso y guías clínicas. Eculizumab, un anticuerpo monoclonal anti-proteína



C5 del complemento, podría ser efectivo para tratamientos preventivos y curativos del RAM.

El objetivo de nuestro estudio es describir la eficacia y seguridad de eculizumab en una paciente trasplantada renal con RAM en el que había fracasado el tratamiento estándar.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Describimos el seguimiento de una paciente trasplantada renal con RMA ten la que se solicitó tratamiento fuera de indicación con eculizumab tras tratamiento estándar sin éxito. Los parámetros utilizados en la monitorización de eculizumab fueron: función renal (creatinina y proteinuria), hemograma (hemoglobina, neutrófilos, plaquetas, linfocitos) y resultado de la biopsia renal. Los datos se obtuvieron de aplicaciones de receta electrónica y de historia clínica electrónica. Se realizó una búsqueda bibliográfica de la bibliografía disponible.

RESULTADOS:

Mujer de 43 años que ingresó en julio de 2021 para trasplante renal con compatibilidad HLA baja. Recibió tratamiento desensibilización pretrasplante con rituximab, plasmaféresis e inmunoglobulinas. Tras el trasplante inició tratamiento inmunosupresor metilprednisolona y timoglobulina. El día+12 disminuyó de la tasa de diuresis. Se inició tratamiento con metilprednisolona, plasmaféresis e inmunoglobulinas ante la sospecha de RAM activa. La biopsia renal confirmó el diagnóstico con presencia de C4d en capilares peritubulares. Se inició tratamiento adyuvante con eculizumab, 1200mg dosis inicial y 600mg tras plasmaféresis cada 48h (6 dosis). Posteriormente recibió 8 dosis quincenales de 1200 mg. El estudio anatomopatológico tras 4 meses de tratamiento presentó persistencia de signos de rechazo activo mediado por anticuerpos pero con mejoría de parámetros histológicos destacando la disminución de inflamación transmural, capilaritis y glomerulitis. Se observó mejoría y estabilización de función renal (creatinina 1.7-2 mg/l) y disminución de proteinuria. Como efecto adverso se observó trombocitopenia durante las primeras 7 dosis, la cual revirtió sin consecuencias.

	28/07/2021	16/11/2021
Glomerulitis (0-3)	g2	g1
Capilaritis (0-3)	cpt3	cpt2-3
Inflamación intersticial (0-3)	i0	i0-1
Tubulitis focal (0-3)	t1	t1
Inflamación transmural (0-3)	v3	v0
C4d peritubular	C4d1	C4d1
Células plasmáticas	si	indeterminado

CONCLUSIONES:

Eculizumab podría ser una alternativa en pacientes con RAM en casos complejos en los que la terapia estándar no es efectiva y el esfuerzo terapéutico desde el trasplante es elevado. Se necesitan más estudios para determinar que pacientes se beneficiarían, así como la dosis y pauta adecuada.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

61. SEGURIDAD DEL USO DE REMDESIVIR EN EL TRATAMIENTO DE SARS-COV-2 EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

AUTORES

BLANCO ESPESO T; ROMERO RUIZ A; SERRANO GIMÉNEZ R; RIVAS GIL RC; FLORIDO FRANCISCO M; CAMACHO PARREÑO S

OBJETIVOS

Importancia

Los pacientes en hemodiálisis constituyen un grupo de riesgo para el desarrollo de infecciones ya que su inmunidad puede estar alterada, desarrollando infecciones más graves. La probabilidad de contagio en este grupo poblacional es mayor que en otros debido a que visitan centros sanitarios con frecuencia y cada visita dura varias horas. En una situación de pandemia, como la de SARS-CoV-2, hay que conocer qué tratamiento disponible se puede utilizar en este grupo poblacional.

Objetivos

Evaluar la seguridad del uso de remdesivir en pacientes en hemodiálisis con infección por SARS-CoV-2.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, realizado en un hospital de primer nivel. Se incluyeron todos los pacientes en hemodiálisis tratados con remdesivir desde 01/01/2022 hasta 31/12/2022. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad), clínicas [comorbilidades que empeoren el pronóstico de la enfermedad por SARS-CoV-2



(hipertensión, diabetes mellitus (DM), cirrosis, trasplante renal e insuficiencia cardíaca), parámetros analíticos (creatinina (Cr), AST y ALT al inicio y fin de tratamiento con remdesivir)], farmacoterapéuticas (medicamentos nefrotóxicos concomitantes, pauta de remdesivir recibida, principales eventos adversos) y días de ingreso hospitalario. Los datos se obtuvieron de la historia clínica del paciente y del programa de prescripción electrónica a pacientes ingresados.

RESULTADOS:

Se incluyeron once pacientes, diez hombres, con una mediana de edad de 66 años [rango intercuartílico (RIQ): 82-59,5]. Comorbilidades: hipertensión (n=10), DM (n=3), cirrosis (n=0), trasplante renal (n=1), insuficiencia cardíaca (n=2). Mediana de Cr de 4,28 mg/dL (RIQ: 6,73-2,98) al inicio y 4,62 mg/dl (RIQ: 6,13-3,24) al final del tratamiento. Al inicio, los valores de AST y ALT estuvieron dentro del rango de la normalidad en diez pacientes y no hubo datos de un paciente; al finalizar fueron normales en dos pacientes, mientras que se desconocen los datos en cuatro. En cuanto a los medicamentos nefrotóxicos concomitantes: un paciente recibió losartán y aciclovir, otro recibió ciclosporina, valsartán y sulfametoxazol-trimetropim, otro losartán y sulfametoxazol-trimetropim y otro captopril. En el resto de pacientes no se prescribieron fármacos nefrotóxicos. En base a la bibliografía existente, fueron prescritas dos pautas posológicas:

1. Remdesivir 100 mg vía intravenosa, cuatro horas antes de la sesión de hemodiálisis, de dos a seis dosis en total (pauta prescrita en cinco de los pacientes). En tres pacientes se administraron seis dosis, en uno tres y en otro cuatro.
2. Remdesivir 100 mg vía intravenosa, durante seis días consecutivos como máximo (pauta prescrita en un paciente). En cinco pacientes se administró cinco días.

Sólo se observó en dos pacientes náuseas como evento adverso. La mediana de días de ingreso fue de 13 días (RIQ= 43-7).

CONCLUSIONES:

Los datos obtenidos en este estudio muestran que el tratamiento con remdesivir en pacientes en hemodiálisis parece no provocar aumento de toxicidad ni eventos adversos distintos a los referidos en la ficha técnica del medicamento. Sin embargo, es necesario realizar estudios con una muestra más amplia para poder obtener resultados estadísticamente significativos.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

63. EXPERIENCIA EN EL USO DE DEFIBROTIDE PARA LA PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD VENOOCCLUSIVA HEPÁTICA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

PARADAS PALOMO JD; MARTÍN CLAVO S; YUNQUERA ROMERO L; GALLEGO FERNÁNDEZ C

OBJETIVOS

Justificación del uso de defibrotide en la profilaxis de la enfermedad venooclusiva hepática (EVOH) en pacientes pediátricos con factores de riesgo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Defibrotide es un fármaco que ha demostrado eficacia frente a la EVOH. En mayo de 2022 la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) indicó que defibrotide no debía utilizarse para la profilaxis de la EVOH según los resultados del estudio Harmony 15-007 que incluía tanto pacientes adultos como pediátricos. No obstante, la incidencia de la EVOH es el doble en población pediátrica (20%) que en los adultos (10%), aparece de forma tardía en el 20% de los niños y puede debutar sin ictericia hasta en el 30% de la población pediátrica.

Se presenta el caso clínico descriptivo y retrospectivo de un paciente varón de 4 años con diagnóstico de neuroblastoma abdominal de alto riesgo que se somete a un trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) con alto riesgo de sufrir EVOH para el que se utiliza defibrotide en profilaxis.

Los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica. La efectividad se evaluó por seguimiento clínico y control analítico del perfil hepático y la seguridad por control de sangrado y recuento de plaquetas.

RESULTADOS:

El paciente inició en marzo de 2022 quimioterapia según el protocolo HR-NBL 1.7 Rapid COJEC con reducción de masa tumoral. Se intervino en septiembre de 2022 con complicación quirúrgica de trombosis e isquemia de gran parte del parénquima hepático. De acuerdo con el protocolo de tratamiento se realizó TPH en noviembre de 2022.

Debido a los resultados y la presencia de dos factores de riesgo (lesiones hepáticas previas y el esquema de acondicionamiento para el TPH con busulfán y melfalán) recogidos en el ensayo fase 3 de defibrotide para la profilaxis de la EVOH en pacientes pediátricos sometidos a TPH de Corbacioglu y compañeros, se decidió en comité (farmacia y oncología pediátrica) el uso de defibrotide a dosis de 6,25 mg/kg cada 6h en profilaxis de la EVOH desde el día -7 hasta el +21 (diciembre de 2022) del TPH.

Durante el uso de defibrotide no se produjeron problemas de sangrado ni alteraciones en el recuento plaquetario que precisaran disminución de la dosis o suspensión de defibrotide. En cuanto a la efectividad desde el acontecimiento hasta el día +30 (30/12/2022) no se han evidenciado signos de EVOH y el control analítico del perfil hepático se ha mantenido en rango en todo momento.



CONCLUSIONES:

Nuestra experiencia muestra que defibrotide es efectivo y con un adecuado perfil de seguridad al igual que los resultados del ensayo de Corbacioglu y compañeros que señalan una reducción del 40% en la incidencia global de EVOH, justificando el uso de este fármaco en profilaxis de la EVOH aunque esta indicación no esté recogida en su ficha técnica.

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

64. DISEÑO Y DESARROLLO DE CONCILIAMED: UNA APLICACIÓN INTERACTIVA PARA LA CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN CRÓNICA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS.

AUTORES

CIUDAD GUTIÉRREZ P; GUIADO GIL AB; FALCÓN CUBILLO M; ALFARO LARA ER

OBJETIVOS

Diseñar y desarrollar ConciliaMed, una aplicación web y móvil dirigida a profesionales sanitarios que permita la elaboración de un listado de medicación conciliada y adaptada a pacientes quirúrgicos programados.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Un equipo multidisciplinar integrado por farmacéuticos, médicos y una empresa externa se encargaron de establecer un protocolo de trabajo para el diseño y desarrollo de la aplicación (app). En primer lugar, se realizó una revisión de las guías y protocolos más actuales sobre la conciliación de la medicación crónica y equivalentes terapéuticos, con el fin de crear una base de datos que nutriera el portal de contenidos de la app. El diseño de la app incluyó cuatro campos principales: conciliación preoperatoria, equivalentes terapéuticos, mis informes y documentos de interés, junto con un módulo adicional de encuestas de satisfacción dirigido a los usuarios. Por último, se realizó un pilotaje con farmacéuticos hospitalarios de diferentes centros para detectar posibles áreas de mejora de la app antes de su lanzamiento.

RESULTADOS:

ConciliaMed es una app dirigida a profesionales sanitarios que permite conciliar la medicación crónica de pacientes quirúrgicos programados, así como la generación de un informe de conciliación dirigido, bien al paciente/cuidador, o bien al profesional sanitario. Esta herramienta también facilita la búsqueda de equivalentes terapéuticos a través de un buscador por principio activo o marca comercial, incluyendo información tanto de la vía de administración como de las posologías equivalentes. El módulo “mis informes” ofrece la posibilidad a los profesionales sanitarios de guardar, editar o enviar por correo electrónico los informes de conciliación que han elaborado a sus propios pacientes, así como consultar o profundizar sobre el contenido de la app a través del campo “documentos de interés”. La usabilidad y el grado de satisfacción de los usuarios con la app podrán ser valorados mediante encuestas de satisfacción que el equipo investigador recibirá automáticamente para su posterior evaluación. Finalmente, se identificaron como aspectos mejorables una mayor precisión en algunas recomendaciones preoperatorias así como una mayor agilidad en el uso de la app. Estos aspectos fueron valorados y subsanados por el equipo investigador en el caso de las recomendaciones preoperatorias, así como por la empresa externa en el caso de optimizar el manejo de la app.

CONCLUSIONES:

La app ConciliaMed es una herramienta de ayuda a la conciliación de la medicación crónica de pacientes quirúrgicos que se encuentra en su fase final de desarrollo, previa al lanzamiento. Se espera que su distribución y lanzamiento a través de los markets (App store y Play Store) se realice próximamente. La integración de la app dentro de los software de prescripción electrónica será esencial para difundir la herramienta en un futuro.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

65. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE GRANDES QUEMADOS

AUTORES

SUÁREZ CASILLAS P; DEL VALLE MORENO P; HERRERA HIDALGO L; GUIADO GIL AB; FALCÓN CUBILLO M

OBJETIVOS

Analizar las intervenciones farmacéuticas realizadas sobre el tratamiento antimicrobiano en pacientes ingresados en una unidad de grandes quemados de un hospital de tercer nivel y evaluar el grado de aceptación de las mismas.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo, descriptivo y multidisciplinar donde se recogieron las intervenciones farmacéuticas realizadas en los pacientes hospitalizados en una unidad de grandes quemados durante el año 2022.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, número de días de estancia en la unidad y superficie corporal afectada de los pacientes sobre los que se hizo alguna intervención farmacéutica, antimicrobiano sobre el que se intervino, número y tipo de intervenciones farmacéuticas realizadas y grado de aceptación de las mismas por parte del prescriptor.

Los tipos de intervenciones se clasificaron en: suspensión del tratamiento, cambio a otro antimicrobiano, ajuste de la dosis, inicio de tratamiento antibiótico, monitorización farmacocinética y modificación de la duración.



RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 18 pacientes (83% hombres) con una mediana de edad de 52 años (76-20), con una superficie corporal media afectada del 30% (8-85), que estuvieron ingresados en la unidad una media de 50 días (20-185).

Se registraron un total de 32 intervenciones (media de intervenciones por paciente 1,8). Las intervenciones realizadas consistieron en 11 (34,37%) recomendaciones de suspensión del tratamiento, 5 (15,62%) cambios de antimicrobiano, 3 (3,12%) ajustes de dosis, 7 (21,87%) inicios de tratamiento antimicrobiano, 2 (6,25%) monitorizaciones de niveles plasmáticos de vancomicina y 6 (18,75%) modificaciones de la duración.

El grado de aceptación global de las intervenciones fue del 100%.

Los grupos de antimicrobianos sobre los que se intervino fueron: carbapenemes en el 25% de los casos, aminoglucósidos en el 25%, cefalosporinas en el 21,88%, penicilinas en el 9,38% y antifúngicos en el 6,25%. El 12,5% restante fueron sobre linezolid, colistina, cotrimoxazol y ciprofloxacino.

CONCLUSIONES:

Los pacientes ingresados en la unidad de grandes quemados con frecuencia presentan estancias prolongadas e infecciones nosocomiales que los exponen a una elevada presión antimicrobiana. Las intervenciones en el tratamiento antimicrobiano realizadas por el farmacéutico del equipo PROA obtuvieron un alto grado de aceptación, lo que refuerza el gran valor de la integración de esta figura en el equipo multidisciplinar de las unidades de grandes quemados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS**66. USO DE USTEKINUMAB VÍA INTRAVENOSA EN TERAPIA DE MANTENIMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO****AUTORES**

VELÁZQUEZ VÁZQUEZ H; RIVAS RODRÍGUEZ MD; GIL GARCÍA Á; ROJAS ALBARRÁN A; GRAGERA GÓMEZ M; ZAMBRANO CROCHE MD

OBJETIVOS

Describir un caso de Enfermedad de Chron no controlado mediante los fármacos disponibles y esquemas terapéuticos recogidos en ficha técnica y la propuesta de ustekinumab vía intravenosa en mantenimiento como posible alternativa.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Descripción de un caso clínico. Los datos fueron recogidos de la historia clínica electrónica del paciente y del programa informático de pacientes ambulatorios Farmatools. También se consultó la ficha técnica de ustekinumab.

RESULTADOS:

Se presenta el caso de una paciente mujer, de 44 años de edad, diagnosticada de Enfermedad de Chron en íleon distal y colon transverso en julio de 2014, que también padece obesidad, esclerosis múltiple y tiroiditis autoinmune crónica. Dado este particular contexto, fármacos de primera línea como azatioprina y los antiTNF se encontraron contraindicados por el desarrollo de pancreatitis secundaria asociada al uso del inmunosupresor y a la presencia de esclerosis múltiple en el caso de los antiTNF.

Se optó por metotrexato en monoterapia inicialmente, siendo complementado por vedolizumab en primera instancia y posteriormente sustituido por este último por desarrollo de intolerancia a metotrexato. El escaso control de la actividad, que requirió ingreso hospitalario, motivó el cambio de vedolizumab por ustekinumab en octubre de 2020, que, tras tres dosis de mantenimiento vía subcutánea, no logró una mayor estabilidad en términos sintomáticos –persistencia de episodios de dolores abdominales y frecuencia del número de deposiciones- ni analíticos –dos picos de calprotectina fecal con valores superiores a 2000 µg/g-.

Se decidió realizar, por tanto, una reinducción intravenosa de 130 mg e intensificación de 90 mg de ustekinumab subcutáneo cada 4 semanas como mantenimiento en septiembre de 2021. Sin embargo, continuaron sucediéndose brotes que condujeron a rescates de corticoides que resultaron ineficaces. Frente a la inoperancia de la nueva pauta terapéutica, en junio de 2022, el servicio de Digestivo solicitó el uso fuera de indicación de ficha técnica al servicio de Farmacia de un régimen de mantenimiento intravenoso de 130 mg cada 8 semanas. Tras cinco dosis de la nueva pauta hasta la fecha, y salvo un episodio con clínica de brote, la paciente refiere en la actualidad mejoría clínica con deposiciones diarreicas sin sangre, peso mantenido y más apetito; viéndose reflejada dicha mejoría también a nivel analítico, donde la calprotectina fecal se ha reducido respecto a tratamientos y pautas previas y se mantiene en niveles estables inferiores a 400 µg/g.

CONCLUSIONES:

En determinados pacientes no respondedores a ninguna de las opciones terapéuticas contempladas en la Enfermedad de Chron, incluido el régimen habitual de ustekinumab, la terapia intravenosa de mantenimiento se postula como una alternativa cuando la eficacia del fármaco administrado a través de la vía subcutánea se muestra ineficaz; si bien actualmente su uso es off-label y no está recogido en la ficha técnica del medicamento.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

67. RESLIZUMAB EN GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

GONZÁLEZ MARTÍNEZ M; LÓPEZ MUÑOZ MJ; MORALES GARCÍA Á; CUADROS MARTÍNEZ CM; ALCALÁ SOTO Á; VÁZQUEZ REAL M

OBJETIVOS

La gastroenteritis eosinofílica (GEE) es un trastorno infrecuente, de etiopatogenia desconocida que se caracteriza por la infiltración eosinofílica tisular en las distintas capas que forman el estómago e intestino delgado. La clínica y evolución de la enfermedad es variable en función de la localización del área del tracto digestivo afectado y del grado de infiltración de la pared intestinal. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de reslizumab (anticuerpo anti IL-5) en el tratamiento de la sintomatología de la GEE.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo descriptivo de un paciente que precisó ingreso en nuestro hospital al presentar dolor abdominal difuso, ascitis y múltiples deposiciones líquidas de meses de evolución, destacando elevada presencia tanto en sangre como en líquido ascítico de eosinófilos. Se tomaron biopsias y se observó presencia de linfocitos con predominio eosinofílico siendo diagnosticado de GEE con afectación de la capa serosa.

Se inició tratamiento con prednisona oral con mejoría clínica, evidenciándose en la analítica la desaparición de la eosinofilia y la desaparición de ésta en el líquido ascítico. El paciente presentó brotes repetidos de ascitis eosinofílica que precisaron de ingreso hospitalario y tratamiento continuado con corticoides. Debido al carácter corticodependiente de la enfermedad, acabó desarrollando necrosis avascular de la cadera por lo que se ensayó con otros fármacos (montelukast, azatioprina, budesonida de mantenimiento) sin mejoría. Finalmente, en junio de 2019 se optó por tratamiento biológico con reslizumab.

Los datos fueron obtenidos a través de la historia clínica digital Diraya[®], el seguimiento a través del programa informático ATHOS-Prisma[®] y la preparación de la mezcla y validación clínica con Farmis_Oncofarm[®]. La efectividad del tratamiento se evaluó como remisión completa o no remisión de los síntomas.

RESULTADOS:

Se inició tratamiento con reslizumab a dosis de 1mg/kg cada 4 semanas con seguimiento del paciente hasta la actualidad. El paciente recibió 25 dosis con pauta de 1mg/kg cada 4 semanas, 11 dosis con 1mg/kg cada 6 semanas y 4 dosis de 1mg/kg cada 8 semanas, siendo esta última la pauta optimizada 45 meses desde el inicio del tratamiento. Una vez iniciado el tratamiento, el recuento eosinofílico fue disminuyendo, alcanzando valores normales y consiguiendo remisión de los síntomas. Tras revisiones sucesivas con el Servicio de Digestivo y Farmacia, el paciente no refirió ningún efecto adverso que pudiera tener relación con el fármaco administrado, y dada la respuesta clínica favorable, no se solicitaron biopsias posteriores al inicio del tratamiento.

CONCLUSIONES:

Nuestra experiencia muestra que reslizumab es efectivo y con un adecuado perfil de seguridad para tratar la sintomatología relacionada con el GEE permitiendo una mejora en la calidad de vida de los pacientes. Los agentes bloqueantes de la IL-5, como reslizumab, podrían tener un papel clave en el tratamiento de esta enfermedad al disminuir significativamente el número y actividad de eosinófilos. Sin embargo, se necesitan más estudios para demostrar la efectividad y seguridad de fármacos anti IL-5 en esta patología.

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

68. IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE SOPORTE A LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS: GENERACIÓN DE ALERTAS POR INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

AUTORES

ZAMBRANO CROCHE MD; RIVAS RODRÍGUEZ MD; GIL GARCÍA Á; ROJAS ALBARRÁN A; GRAGERA GÓMEZ M; VELÁZQUEZ VÁZQUEZ H; BRIEGAS MORERA D

OBJETIVOS

La implementación de la prescripción electrónica asistida (PEA), junto con los sistemas de soporte a la decisión clínica (SSDC), son herramientas informáticas que están a disposición de los profesionales sanitarios para ayudar en la toma de decisiones clínicas y reducir el número de errores de medicación.

Se pueden definir dos tipos de SSDC: básicos (generan alertas relacionadas con alergias, duplicidades, interacciones...) y avanzados (tienen en cuenta datos clínicos del paciente).

El objetivo fue desarrollar e implementar un sistema de generación de alertas de las interacciones medicamentosas más relevantes en la PEA en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se constituye un grupo de trabajo integrado a la cabeza por 1 farmacéutico especialista, 6 farmacéuticos interinos residentes y 1 consultor informático.



La fuente bibliográfica consultada, y con la que se elaboró la base de datos, fue el libro Hansten P.D. y Horn J.R. (2021). *The Top Hundred Drug Interactions: a guide to patient management*. H & H Publications.

Para la elaboración de la base de datos de interacciones farmacológicas se recurrió a los programas Excel® y Acces®.

Toda la información fue cargada en el programa Farmatools® con ayuda del consultor informático.

RESULTADOS:

La implementación de este sistema de ayuda a la PEA, comprendió de dos fases bien diferenciadas:

1. El desarrollo de una base de datos con las interacciones medicamentosas catalogadas en clase 1, 2 y 3, siguiendo el sistema de clasificación "The Operational Classification of Drug Interactions (ORCA)".
2. El vertido de la información en el programa Farmatools® para la generación de las alertas (ventanas emergentes), indicando al médico a la hora de prescribir de posibles interacciones detectadas.

Para la elaboración de la base de datos, traducimos en una tabla las 250 monografías de interacción que se describen en el libro referente. De modo que en cada monografía los fármacos implicados en la interacción se dividen en precipitantes (desencadenantes) u objetos (afectados), también se clasificaron las interacciones en farmacocinéticas o farmacodinámicas. Además, se incorporó las recomendaciones para el clínico, en cuanto al manejo de las posibles interacciones.

Fue necesario combinar todos los precipitantes con sus respectivos objetos en cada interacción, obteniendo un total de 74.136 pares de fármacos que interaccionan.

Para poderlo aplicar en nuestro hospital, solo tuvimos en cuenta los principios activos disponibles. De tal forma que se redujo considerablemente el número de interacciones a 6.591, de las cuales 73 son de relevancia extrema (ORCA-1), 1204 de relevancia alta (ORCA-2) y el resto de relevancia media (ORCA-3).

Para evitar el rechazo y la *infoxificación* solo se cargaron al principio las interacciones de clase ORCA-1 y ORCA-2. Pasado un tiempo, y tras la aceptación, se cargaron las restantes.

CONCLUSIONES:

Es necesario seguir desarrollando y optimizando los SSDC para establecer una mayor seguridad y calidad asistencial. Para saber el grado de repercusión de este nuevo soporte será necesario realizar informes de todas las interacciones registradas y las implicaciones clínicas que hayan podido conllevar, así como posibles errores y mejoras.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

69. EXPERIENCIA CLÍNICA DE CIDOFOVIR INTRALESIONAL PARA EL TRATAMIENTO DE PAPILOMATOSIS RESPIRATORIA RECURRENTE

AUTORES

ALAMINO ARREBOLA E; DIAZ PERALES R; LOPEZ BAUTIS B; MORALES LARA MJ; MUÑOZ CASTILLO I

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de cidofovir intralesional en el tratamiento de la papilomatosis respiratoria recurrente en el área de Otorrinolaringología de un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes diagnosticados de papilomatosis respiratoria recurrente tratados con cidofovir intralesional en nuestro centro. Se revisaron las historias clínicas, recogiendo los siguientes parámetros: demográficos (edad, sexo), clínicos (diagnóstico), terapéuticos (intervenciones quirúrgicas previas y posteriores al tratamiento con cidofovir, posología, frecuencia y duración del tratamiento con cidofovir). Para evaluar la efectividad del tratamiento se consideró respuesta completa el no requerimiento de tratamiento adicional, y respuesta parcial a la disminución de la frecuencia de intervenciones o aparición de nuevos papilomas.

Todos los tratamientos fueron solicitados y aprobados por la dirección de nuestro hospital al tratarse de una indicación off-label.

RESULTADOS:

Desde el año 2012 han sido tratados en nuestro centro 5 pacientes con cidofovir intralesional (edad media: 42±11.48 (33-56) años; 60% varones) diagnosticados de papilomatosis laríngea. Los pacientes recibieron una media de 1.8 ± 0.97 intervenciones quirúrgicas previas mediante microcirugía laríngea para exéresis de lesiones papilomatosas sin obtener un resultado óptimo, siendo necesaria la aplicación posterior de cidofovir intralesional como adyuvante, fuera de indicación.

La media de aplicaciones de cidofovir en los pacientes fue de 1,4 ± (0,8) infiltraciones en la región papilomatosa, preparadas en el servicio de Farmacia a una concentración de 75 mg/mL.

Tras la administración del tratamiento, dos de los pacientes respondieron de forma completa. Tres han tenido respuesta parcial, con aparición de nuevas lesiones papilomatosas que han requerido una media de 1,66± (1,24) intervenciones posteriores, aunque con menor frecuencia.

En la actualidad, solo un paciente continúa con molestias y disfonía, estando aún en tratamiento activo con cidofovir intralesional. La tolerancia al tratamiento en la población estudiada fue buena, no observándose efectos secundarios al mismo.



CONCLUSIONES:

A pesar de que la primera opción de tratamiento de la papilomatosis laríngea es quirúrgica, la administración de cidofovir intralesional off-label resulta un tratamiento adyuvante muy utilizado. En nuestro estudio, el 40% de los pacientes respondieron de forma completa al tratamiento y el 60% consiguió respuesta parcial. La administración de cidofovir intralesional resultó ser un tratamiento seguro. Sin embargo, no existe un protocolo consensuado para su aplicación, por lo que se considera necesario realizar un mayor número de estudios que permitan determinar la dosis y frecuencia óptima de cidofovir intralesional para esta patología, con el fin de establecer su efectividad, seguridad y finalmente, su uso.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS**71. UPADACITINIB EN ARTRITIS REUMATOIDE: EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA****AUTORES**

JIMÉNEZ LÓPEZ Y; RIVAS RODRIGUEZ MD; ZAMBRANO CROCHE MD; VELÁZQUEZ VÁZQUEZ H

OBJETIVOS

El objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad del uso de upadacitinib en pacientes con artritis reumatoide (AR) activa moderada-grave.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel, en el que se incluyeron a todos los pacientes con AR moderada-grave tratados con upadacitinib (pauta posológica: 15 mg/día) desde enero de 2021 hasta diciembre de 2022. Se excluyeron los pacientes que no habían sido tratados durante al menos 12 semanas o por ausencia de datos en el informe clínico.

Se consultaron las siguientes variables en la historia clínica digital de los pacientes: edad, sexo, tratamientos previos, si recibían tratamiento concomitante con metotrexato, el índice de actividad de la enfermedad DAS28-PCR a las 12 semanas del inicio del tratamiento y los efectos adversos (EA).

Las variables de eficacia fueron: remisión de la enfermedad (DAS28-PCR < 2,6) y baja actividad de la enfermedad (DAS28-PCR $\geq 2,6$ y $\leq 3,2$), ambas valoradas a las 12 semanas de iniciar el tratamiento. La variable de seguridad empleada fue la tasa de EA.

RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 45 pacientes con AR moderada-grave cuya edad media fue de 56 años. 33 pacientes eran mujeres y 12 hombres.

Todos los pacientes habían sido tratados previamente con uno o más fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) y presentaban AR activa sin respuesta a la primera línea de tratamiento. 13 pacientes de los tratados con upadacitinib recibían metotrexato como tratamiento concomitante.

Tras 12 semanas de tratamiento con upadacitinib, 27 pacientes (60%) alcanzaron la remisión clínica (DAS28-PCR < 2,6), 6 pacientes (13,3%) alcanzaron una baja actividad de la enfermedad (DAS28-PCR $\geq 2,6$ y $\leq 3,2$) y 9 pacientes (20%) no mostraron mejoría respecto al DAS28-PCR previo. Se desconocen estos datos de eficacia de 3 pacientes.

Se detectaron EA en 7 pacientes (15,6%): 1 paciente presentó infección de las vías respiratorias bajas, 2 pacientes notificaron cefalea, 2 astenia, 1 febrícula y otro paciente elevación de la creatinfosfoquinasa en sangre. Se suspendió el tratamiento a dos pacientes por intolerancia al fármaco.

CONCLUSIONES:

Upadacitinib fue eficaz en el 60% de los pacientes estudiados, los cuales alcanzaron la remisión clínica de la enfermedad a las 12 semanas de iniciar el tratamiento. Además, un 13,3% alcanzó una baja actividad de la enfermedad.

Puede considerarse un fármaco seguro, ya que sólo el 15,6% presentó EA leves que no requirieron intervención.

No obstante, es necesario vigilar la eficacia y seguridad a largo plazo de este tratamiento.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD**72. REACCIÓN ADVERSA GRAVE Y DESCONOCIDA POR ADMINISTRACIÓN DE USTEKINUMAB EN PSORIASIS: A PROPÓSITO DE UN CASO****AUTORES**

MORILLO MORA AB; DOMÍNGUEZ RIVAS Y; GONZÁLEZ ROSA V; ZARAGOZA RASCÓN M; GONZÁLEZ-MIRET MARTÍN JM

OBJETIVOS

Describir una reacción adversa grave por la administración de ustekinumab.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Los datos se obtuvieron de la historia clínica digitalizada (Diraya) del paciente y entrevista clínica en el Servicio de Farmacia. La relación causal entre ustekinumab y la reacción adversa desconocida se evaluó mediante el algoritmo de Naranjo.



RESULTADOS:

Mujer de 52 años que acude a servicio de urgencias de nuestro hospital con eritema multiforme, temblor, rigidez en miembros inferiores, mareos, confusión, amnesia, anorexia, reflujo gastroesofágico, molestias en lengua, garganta y esófago.

Tres días antes, la paciente recibió una primera dosis de 45 mg de ustekinumab para tratar la psoriasis.

En el examen médico, la paciente tenía una temperatura corporal de 36 grados centígrados, una frecuencia cardíaca de 99 latidos por minuto (lpm) y una saturación de oxígeno del 99%. Se pautaron corticoides orales y se suspendió el tratamiento con ustekinumab, diagnosticándose este evento como neuritis.

No se encontraron reacciones adversas similares en la Ficha Técnica del producto ni en la revisión bibliográfica (PubMed y Uptodate). Como dato adicional, la paciente estaba en tratamiento con rifampicina e isoniazida como profilaxis de la tuberculosis. No se encontró causalidad farmacocinética/farmacodinámica o evidencia científica descrita en la literatura que justifique una interacción farmacológica entre estos fármacos. Finalmente comunicamos esta reacción al Sistema Español de Farmacovigilancia como posible reacción adversa a ustekinumab.

Aplicando el algoritmo de Naranjo esta reacción adversa se clasificó como “posible”.

CONCLUSIONES:

La farmacovigilancia es fundamental para conocer los efectos secundarios cuando se utilizan medicamentos en la práctica clínica.

La comunicación de estos efectos secundarios raros o poco frecuentes es esencial para obtener datos reales sobre la seguridad de los medicamentos involucrados.

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

73. APORTACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN EL CIRCUITO DE TELEFARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

AGUILAR MENDEZ-VILLAMIL I; GARRIDO SANCHEZ C; MEDINA POZO P

OBJETIVOS

Ante el aumento de la demanda del servicio de telefarmacia, se estableció la figura de un TF encargado de atender a los pacientes incluidos en el programa de telefarmacia.

Describir las nuevas funciones del técnico de farmacia (TF) en el área de consultas externas y cuantificar la carga de trabajo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Existen dos sistemas de telefarmacia uno con envío a domicilio del paciente a través de una empresa de mensajería y otro con envío a oficina de farmacia

Se estudió la carga de trabajo en las consultas externas y se decidió establecer las siguientes funciones:

Responsable de las llamadas de teléfono, revisar los correos electrónicos de los pacientes.

Preparación de la medicación y acondicionamiento del envío.

Se estudia la carga de trabajo del último trimestre del año 2022.

Número de correos electrónicos recibidos 60

Número de envíos realizados por ambos sistemas 936

RESULTADOS:

Se han respondido a 60 correos electrónicos, se han realizado 310 envíos a través de empresa de mensajería y 566 a través de oficinas de farmacia.

Limitación: no se realiza un recuento diario de las llamadas de teléfono recibidas.

En el último trimestre se han recibido 60 correos electrónicos .

CONCLUSIONES:

El técnico de farmacia de recibir llamadas , correos y las peticiones de las oficinas de farmacia , es un sistema que está funcionando bastante bien y el paciente siempre tiene su medicación, el sistema es práctico y muy manejable , nosotros durante toda la jornada de trabajo miramos si hay peticiones , las vamos haciendo y tenemos unos protocolos que van muy bien clasificado y así facilitamos nuestro trabajo , si hay alguna duda se le llama al paciente o le escribimos al farmacéutico de las oficinas de farmacia para que así no haya errores.

Los pacientes que tienen un perfil seleccionado, se le acepta si da el requisito que es que tengan tratamiento de larga duración, paciente de riesgo con dificultad de venir a las consultas o no tienen a ningún familiar para venir.

Lo que podríamos mejorar es que hay prescripciones que lo médicos no modifican y tenemos que dedicarle más tiempo , tenemos que hablar con el farmacéutico que tiene asignada su área de patología , que se encargará de localizar al médico , todo eso ralentiza el trabajo , así que esperemos que cuanto más ruede el sistema vaya mejorando por este lado.

Se ha modificado y se ha corregido muchas cosas a la hora de ver que el paciente pide su medicación nosotros

rastreamos si ha venido al médico, si tiene las prescripciones actualizadas, si hay algún cambio en los tratamientos etc y si



es así localizamos al paciente y se lo notificamos para que lo arregle lo antes posible. Es una buena mejora el sistema y algo muy innovador que está dando muy buenos resultados.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

75. GRADO DE ACEPTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA

AUTORES

GONZÁLEZ BARTOLOMÉ J; ALMANCHEL RIVADENEYRA A; CABA HERNANDEZ C; MARTÍN MARTÍN MI; LUENGO ALVAREZ J

OBJETIVOS

Analizar las intervenciones realizadas en los pacientes ingresados en la planta de neurología desde el programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) de nuestro hospital y evaluar el grado de aceptación de estas

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de las intervenciones realizadas por el equipo PROA (constituido por internistas, farmacéuticos y microbiólogos) a los pacientes ingresados en el Servicio de Neurocirugía en el periodo comprendido entre enero de 2022 y mayo de 2022.

Se incluyeron a todos los pacientes con algún antimicrobiano prescrito, revisando la evolución clínica (niveles de leucocitos, proteína C reactiva, procalcitonina y aclaramiento renal) diaria de cada paciente durante la duración del tratamiento. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, antimicrobianos prescritos, intervenciones realizadas y aceptación de las mismas. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica para pacientes ingresados y la historia clínica electrónica.

Los tipos de intervenciones se clasificaron en ajuste tratamiento empírico, ajuste de tratamiento dirigido, fin de tratamiento y secuenciación a vía oral.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio ingresaron en el Servicio de Neurocirugía e iniciaron tratamiento antimicrobiano un total de 23 pacientes (69,57% hombres) con una media de edad de 63,18 años \pm 12,30.

Se realizaron un total de 41 intervenciones, siendo aceptadas 40/41 (97,56%).

Se sugirió un ajuste de tratamiento empírico en el 24,39% de las intervenciones (10/41), un ajuste de tratamiento dirigido en el 39,02% (16/41), la finalización del tratamiento en el 24,39% de los casos (10/41) y secuenciación a vía oral en el 12,20% (5/41).

En total, se modificaron un total de 44 antimicrobianos, siendo los que presentaron más intervenciones meropenem 22,73% (10/44), linezolid 18,18% (8/44), piperacilina/tazobactam 13,64% (6/44) y amoxicilina/clavulánico 13,64% (6/44).

CONCLUSIONES:

Con estos datos se muestra, no solo el grado de aceptación del PROA en nuestro hospital, si no que se resalta la importancia del farmacéutico como parte del equipo multidisciplinar.

El elevado numero de intervenciones aceptadas permite la reducción del riesgo de toxicidad, optimización de la terapia antimicrobiana y reducción del riesgo de resistencias, garantizando así una atención de mayor calidad en el paciente hospitalizado.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

77. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA UNIDAD DE NEUROLOGÍA PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL USO DE LOS ANTIMICROBIANOS

AUTORES

ALMANCHEL RIVADENEYRA A; GONZALEZ BARTOLOMÉ J; CABA HERNÁNDEZ C; MARTIN MARTIN MI; LUENGO ALVAREZ J; FERNANDEZ LISON LC

OBJETIVOS

Analizar las intervenciones realizadas en los pacientes ingresados en la planta de neurología desde el programa de optimización de antimicrobianos (PROA) de nuestro hospital y evaluar el grado de aceptación de las mismas.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de las intervenciones realizadas por un equipo PROA (constituido por internistas, farmacéuticos y microbiólogos) a los pacientes ingresados a cargo de neurología realizadas desde enero de 2022 a mayo de 2022.

Se incluyeron a todos los pacientes con algún antimicrobiano prescrito y se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, antimicrobianos prescritos, intervenciones realizadas y el resultado de las mismas. Se les hizo seguimiento durante la duración del tratamiento antimicrobiano revisando la evolución clínica diaria de cada paciente (niveles de leucocitos, PCR, procalcitonina y aclaramiento renal). Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica para pacientes ingresados y la historia clínica electrónica. Los tipos de intervenciones se clasificaron en: ajuste tratamiento empírico, ajuste de tratamiento dirigido, fin de tratamiento y secuenciación a vía oral.



Los tipos de intervenciones se clasificaron en: ajuste tratamiento empírico, ajuste de tratamiento dirigido, fin de tratamiento y secuenciación a vía oral.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio ingresaron en la planta de neurología e iniciaron tratamiento antimicrobiano un total de 46 pacientes (43,47% hombres) con una media de edad de 76,25 años \pm 10,08.

Se realizaron un total de 20 intervenciones, siendo aceptadas 18/20 (90%). De las cuales, se produjo: ajuste de tratamiento empírico en el 27,77% (5/18), ajuste de tratamiento dirigido en el 27,77% (5/18) y la suspensión del tratamiento en el 44,44% de los casos (8/18). No se realizó ninguna intervención sobre secuenciación a administración oral.

Los antimicrobianos que presentaron más intervenciones fueron piperacilina/tazobactam 27,27% (9/33), amoxicilina/ácido clavulánico 21,21% (7/33) y meropenem 12,12% (4/33).

CONCLUSIONES:

El elevado número de intervenciones aceptadas, respalda la necesidad de la implantación de este tipo de programas en los hospitales y la importancia de un abordaje multidisciplinar. Supone un manejo seguro de los antimicrobianos, permite optimizar la terapia antimicrobiana, disminuir el riesgo de toxicidad y la aparición de resistencias antimicrobianas.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

79. INCIDENCIA DE REACCIONES ADVERSAS CUTÁNEAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA EN TRATAMIENTO CON APALUTAMIDA

AUTORES

FALCÓN CUBILLO M; BARRIGA RODRÍGUEZ P; MONTECATINE ALONSO E

OBJETIVOS

Evaluar la incidencia y gravedad de las reacciones adversas cutáneas (RAC) en pacientes con cáncer de próstata tratados con apalutamida.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital terciario entre abril del 2021 y febrero del 2023. Se incluyeron los pacientes con cáncer de próstata que han iniciado tratamiento con apalutamida hasta octubre del 2022 para poder haber completado al menos 5 meses de tratamiento.

Variables recogidas: edad, fecha de inicio del tratamiento, fecha de aparición de la reacción cutánea, tipo de reacción (prurito o rash), gravedad según la escala CTCAE v5.0 y la actuación llevada a cabo (continuación, reducción de dosis, suspensión temporal o definitiva del tratamiento). Los datos se obtuvieron a través del programa corporativo ATHOS® y de la historia clínica DIRAYA®.

RESULTADOS:

Se incluyeron 50 pacientes, con una media de edad de 73 (\pm 8) años. El 44% de los pacientes tuvieron reacciones adversas cutáneas durante el tratamiento. De estos, el 41% sufrieron tanto rash como prurito, el 32% solo rash y el 27% prurito.

En el 45% de los pacientes aparecieron las RAC cuando llevaban menos de 3 meses con apalutamida, en el 23% entre los 3 y 6 meses de tratamiento y en el 32% cuando habían estado más de 6 meses.

Respecto a la gravedad de las reacciones de rash cutáneo, en 7 pacientes fueron de grado 1, en 2 de grado 2, en 6 de grado 3 y solo en un paciente fue de grado 4. El perfil de gravedad de los pacientes con prurito fue similar a los de rash, 12 pacientes fueron de grado 1, 2 de grado 3 y solo en un paciente fue de grado 4.

La actuación clínica observada fue, en el 73% de los pacientes, continuación del tratamiento con apalutamida a pesar de las RAC. A un 13,6% les redujeron la dosis de apalutamida aunque posteriormente tuvieron que suspenderlo definitivamente y a otro 13,6% lo suspendieron inmediatamente por la aparición de la reacción.

CONCLUSIONES:

Las reacciones adversas cutáneas son uno de los efectos secundarios más frecuentes en los pacientes tratados con apalutamida. La incidencia de los pacientes analizados fue mayor que en los ensayos clínicos, siendo graves (grado 3-4) en un tercio de ellos. Las RAC ocurren principalmente en los primeros meses de tratamiento pero la mayoría de pacientes pueden continuar con el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGÉNICA

80. IMPACTO CLÍNICO Y FARMACO-ECONÓMICO DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PROTOCOLO PERSONALIZADO Y MULTIDISCIPLINAR DE MANEJO DE AGENTES BIOLÓGICOS

AUTORES

GIL SIERRA MDGS; MORENO RAMOS C; BRICEÑO CASADO MDP; RÍOS SÁNCHEZ E; PEDROSA MARTINEZ MJ; ARMARIO HITA JC



OBJETIVOS

La integración del farmacéutico hospitalario en un equipo multidisciplinar (EM) podría mejorar la eficiencia, seguridad y conveniencia de los agentes biológicos. Las optimizaciones terapéuticas (OT), seguimiento telemático y percepción del paciente (PP) pueden ser herramientas útiles. El objetivo es describir el impacto de las intervenciones farmacéuticas en un protocolo de EM sobre enfermedades inflamatorias inmunomediadas en dermatología y reumatología.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se compuso un EM formado por farmacéuticos, internistas, dermatólogos y farmacólogos. Se revisaron todas las prescripciones activas de pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriasica (APs), espondiloartritis y psoriasis (Ps) hasta mayo 2021. Se seleccionaron pacientes con estas patologías tratados ininterrumpidamente con etanercept o adalimumab durante al menos 6 meses. Se realizó una búsqueda bibliográfica de rangos terapéuticos óptimos (RTO) de etanercept y adalimumab en cada patología. Se diseñó un protocolo personalizado para el manejo de estos agentes biológicos basado en criterios bioquímicos, clínicos y PP. El farmacéutico solicitó pruebas bioquímicas (niveles plasmáticos de fármaco y Ac anti-fármaco) cada 6 meses y realizó entrevistas de percepción de evolución de enfermedad a los pacientes. Según datos bioquímicos y PP, se realizaron propuestas farmacéuticas (PF) al EM de OT basadas en regímenes de dosificación prolongados o “descansos terapéuticos”, cambio de fármaco (CF) debido a pérdida de efectividad o seguridad (presencia Ac anti-fármaco), o mantener esquema (ME). Tras decisión clínica, los pacientes con OT aceptadas tuvieron seguimiento farmacoterapéutico telemático. Durante mayo 2021-septiembre 2022, se registraron: medicamentos, reuniones multidisciplinarias, pruebas bioquímicas, niveles plasmáticos de medicamentos y Ac anti-fármaco, tipo de PF aceptadas, y respuestas a seguimiento telemático de OT a los 1 y 3 meses (respuestas de PP: “buena evolución”/“algunos síntomas”/“mala evolución”). Se cuantificó el ahorro de OT como la diferencia entre costes de dosis utilizadas tras OT y costes hipotéticos de dosis utilizadas antes de OT. Se estimaron las administraciones de medicamentos evitadas.

RESULTADOS:

Los resultados de búsqueda permitieron definir los RTO de adalimumab (5-8 µg/mL para AR y APs; 3,2-7 µg/mL para Ps y 4,6-12 µg/mL para espondiloartritis) y etanercept (2-3 µg/mL para AR y espondiloartritis, y 2-7 µg/mL para Ps y APs). Se seleccionaron 645 pacientes candidatos a ser valorados por EM. El 51,8% de pacientes recibieron etanercept y 48,2% adalimumab. Se organizaron 25 reuniones multidisciplinarias. Hasta el corte del estudio, se realizaron 408 pruebas bioquímicas. Los niveles plasmáticos de medicamentos estuvieron fuera del RTO en 72,9% de pacientes. Ac anti-fármaco fueron encontrados en 18 pacientes. Un total de 305 PF fueron aceptadas: 183 (60%) OT, 52 (17%) CF y 70 (23%) ME. Las respuestas al seguimiento telemático de OT al mes fueron: 81,8% “buena evolución”, 3,6% “algunos síntomas” y 14,6% “mala evolución”. A los 3 meses fueron: 69,8% “buena evolución”, 5,7% “algunos síntomas” y 24,5% “mala evolución”. El ahorro económico total de OT fue 68804,96 €. El número de administraciones de medicamentos evitadas fue 777.

CONCLUSIONES:

El farmacéutico participó activamente en un EM basado en criterios bioquímicos, clínicos y PP con seguimiento telemático posterior. Las intervenciones farmacéuticas del protocolo personalizado y multidisciplinar permitieron mejorar la eficiencia, seguridad y conveniencia de los agentes biológicos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

81. DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE ERRORES CUALITATIVOS DURANTE LA PREPARACIÓN DE CITOSTÁTICOS EN LA UNIDAD DE FARMACIA ONCO-HEMATOLÓGICA

AUTORES

MONTERO SALGADO B; ALVARO SANZ E; CARRILLO MENDOZA A; MARTIN BECERRA MR; TORTAJADA GOITIA B

OBJETIVOS

Conocer y evaluar el porcentaje y la causa de errores de tipo cualitativo detectados con el programa ePASE® (Preparación Asistida, Segura y Eficiente) durante la elaboración de mezclas de citostáticos por parte del técnico especialista en farmacia (TEF).

MATERIALES Y MÉTODOS:

En la Unidad de Farmacia Oncohematológica (UFOH) de nuestro centro disponemos de un programa de prescripción electrónica de fármacos antineoplásicos (Oncofarm®) que a su vez incorpora un módulo para la preparación asistida y segura, ePASE®. Dicho módulo permite realizar un control de tipo cualitativo, de forma que detecta cualquier error en la incorporación del fármaco en el proceso de preparación. Esto se realiza mediante la lectura de un código data matrix. Todo componente utilizado en la preparación y que no contenga código data matrix, debe ser reetiquetado previamente para proceder a su lectura durante la preparación de la mezcla. El software, tras la lectura de los componentes, envía distintos tipos de mensaje de alarmas: componente correcto, identificación omitida, componente incorrecto, código incorrecto, identificación incorrecta, identificación omitida, lectura mezcla reutilizada incompleta, presentación caducada, presentación incorrecta o secuencia incorrecta.

RESULTADOS:

Durante el año 2022 se elaboraron 41.737 mezclas en la UFOH. Entre ellas 24.406 mezclas (58%) correspondían con antineoplásicos. El 90% de los citostáticos han sido identificados como componente correcto por el módulo ePASE® en el



proceso de elaboración. El 10% restante correspondió a: identificación omitida (6.0%), componente incorrecto (1.9%), código incorrecto (0.9%), lectura de mezcla reutilizada incompleta (0.9%), presentación caducada (0.2%) y secuencia incorrecta (0.1%).

Los fármacos que con mayor frecuencia se detectaron como componente incorrecto fueron: etopósido 23%, vinorelbina y docetaxel 12%. En cuanto a los fármacos con alerta de identificación omitida destacan: trastuzumab (6%), docetaxel (4%), doxorubicina (4%) trastuzumab-deruxtecán (3%) y etopósido (3%).

Las causas asociadas a un error de tipo componente incorrecto pueden ser: fármaco equivocado, error de re-etiquetado o error de lectura durante el proceso. Todo ello se resuelve verificando su correcto uso mediante el doble chequeo con el TEF de apoyo durante la elaboración de la mezcla.

CONCLUSIONES:

A pesar de que la gran mayoría de mezclas de antineoplásicos se han elaborado de forma correcta, se ha identificado un error de tipo cualitativo en 1 de cada 10 mezclas. El programa de preparación asistida empleado ha permitido detectar y corregir cualquier error cualitativo en la preparación de citostáticos, asegurando que todas las mezclas dispensadas se han elaborado de forma correcta. El módulo ePASE® mejora la seguridad en el proceso de elaboración, minimizando el riesgo de error.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

82. MEJORA EN LA GESTIÓN DE LAS PREPARACIONES DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN EL ÁREA DE FARMACOTECNIA

AUTORES

EGUILUZ SOLANA M; MONTERO SALGADO B; GOMEZ SANCHEZ A; JIMENEZ RIVERO N; TORTAJADA GOITIA B

OBJETIVOS

Identificar las preparaciones a partir de medicamentos peligrosos (MP) y actualizar los protocolos normalizados de trabajo (PNT) para garantizar su identificación y la seguridad de los manipuladores. Como objetivo secundario, se analizó el consumo anual de estas preparaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS:

A través del programa del área de Farmacotécnica Copa®, se revisó el formulario de un hospital de segundo nivel de 384 camas. Se identificaron aquellas preparaciones que contenían algún MP de las Tablas 1 y 2 del borrador Lista NIOSH 2020, y se modificaron los PNT para su identificación y manipulación segura. Se calculó el consumo de estas preparaciones en el año 2022.

RESULTADOS:

Se identificaron 38 preparaciones a partir de medicamentos comercializados (19 contenían MP de la Tabla 1 y 19 MP de la Tabla 2) y 9 fórmulas magistrales (FM) a partir de principios activos, (3 de la Tabla 1 y 6 de la Tabla 2), representando un 7,6 % del total del formulario y habiendo sido elaboradas a partir de 24 MP diferentes (11 de la Tabla 1 y 13 de la Tabla 2).

Se identificaron como MP las ubicaciones de los productos de partida y se modificaron los PNTs siguiendo los pasos que se detallan:

- En el *Título* se asociaron las siglas de MP.
- En el apartado *Metodología* se añadieron las precauciones y aspectos a tener en cuenta según el Protocolo General (PG) de MP del centro: preparación en cabina de seguridad biológica en sala blanca con presión negativa (para todas las operaciones farmacéuticas hasta el envasado final) y equipo de protección individual oportuno para cada etapa del proceso (calzas, guantes, mascarilla, bata, gorro y gafas).
- En el apartado *Etiquetado* se estableció que las preparaciones elaboradas a partir de antineoplásicos se etiquetarían con pegatina "Citostáticos" y el resto con pegatina "MP" en concordancia con el PG.
- En el apartado *Comentarios y Observaciones* se anotó si pertenecía a la Tabla 1 o a la Tabla 2 y la fecha de revisión del PNT.
- Se actualizó el apartado de *Bibliografía y Prospecto*.

En el año 2022 se realizaron un total de 512 elaboraciones a partir de MP, representando un 5% del total de elaboraciones del año 2022 (334 preparaciones y 178 FM; 248 con MP de la Tabla 1 y 264 con MP de la Tabla 2; 374 estériles y 138 no estériles); a partir de 10 MP diferentes, siendo los más frecuentes Mitomicina, Tacrolimus y Zonisamida. Estas preparaciones y FM fueron dispensadas tanto a pacientes hospitalizados como a pacientes ambulatorios.

CONCLUSIONES:

Las preparaciones a partir de MP forman parte de la práctica diaria del Área de Farmacotecnia del Servicio de Farmacia. Su correcta identificación y manipulación en todas las etapas, desde la recepción, pasando por el almacenamiento, preparación, limpieza/gestión de residuos, dispensación y administración al paciente, es un pilar fundamental para garantizar la seguridad de los trabajadores y familiares/cuidadores.



CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

83. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE ANÁLOGOS DE GLP1

AUTORES

GARCÍA LÓPEZ Á; GONZÁLEZ SÁNCHEZ B; CANTUDO CUENCA MR; SÁNCHEZ SUÁREZ MDM

OBJETIVOS

Los análogos de GLP1 (AGLP1) son un grupo de fármacos utilizados para el tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2) que requieren visado para su financiación por el Sistema Nacional de Salud (SNS). El objetivo es evaluar la adecuación de la prescripción de AGLP1 en el ámbito hospitalario a los criterios de financiación, así como analizar los errores detectados en el visado.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional prospectivo de 8 meses de duración (del 1 de mayo 2022 al 31 de enero 2023) en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes con nuevas prescripciones de AGLP1. Las variables incluidas fueron: tipo de AGLP1, servicio clínico prescriptor, último valor de hemoglobina glicosilada (HbA1c), índice de masa corporal (IMC), tratamiento para la DM concomitante y anterior a la prescripción del AGLP1.

Se analizó la adecuación de la prescripción de AGLP1 teniendo en cuenta los siguientes criterios: diagnóstico de DM2, IMC \geq 30kg/m², terapia combinada con otros antidiabéticos (no monoterapia), mal control glucémico. Se consideró mal control glucémico un objetivo de Hb1A más estricto (>6,5%), de acuerdo al documento de Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la DM2 del Sistema Andaluz de Salud (SAS). Además, también se analizaron los principales errores detectados en su prescripción: prescripción concomitante con un inhibidor de la dipeptidil peptidasa-4 (iDPP4), pauta incorrecta y/o duplicidad terapéutica con otro AGLP1.

Se utilizó como fuente de información la historia clínica electrónica. Los datos se registraron en Excel y se realizó un análisis estadístico de los mismos.

RESULTADOS:

Se analizaron 433 prescripciones de AGLP1: semaglutida subcutánea (46,2%), semaglutida oral (30,2%), dulaglutida (19,7%) y liraglutida (3,9%). Se realizaron principalmente por los servicios de endocrinología y nutrición (53%), cardiología (19,6%), medicina interna (16%) y nefrología (8,3%). En relación al tratamiento antidiabético anterior a la prescripción del AGLP1, el 13,6% de los pacientes habían estado con doble antidiabético oral (ADO) más insulina, triple terapia de ADO sin insulina (14%), triple terapia de ADO más insulina (9,5%).

Se denegaron el 24% de las prescripciones por presentar alguno de los siguientes criterios: 1,4% no tenían diagnóstico de DM2; 0,9% tenía IMC<30kg/m²; 1,6% se prescribieron en monoterapia; 11,5% presentaba un control glucémico adecuado, mientras que el 2,5% no tenían datos recientes de HbA1c. Un 6% de las prescripciones presentaban >1 criterio.

Se detectaron 28 errores en las prescripciones (6,5%). En el 5,1% de los casos se prescribió junto a un iDPP4, un 0,9% tenía una pauta incorrecta y en el 0,5% existía duplicidad con otro AGLP1. Estas prescripciones se dejaron en estado "pendiente de datos" hasta que el prescriptor lo rectificase.

CONCLUSIONES:

Un porcentaje importante de prescripciones de AGLP-1 no cumple con los criterios de financiación del SNS, siendo la causa principal el buen control glucémico al prescribirlos. Además, el error más común es la prescripción concomitante con un iDPP4. Por tanto, es esencial la revisión de la adecuación de estos fármacos por el farmacéutico.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

84. EMICIZUMAB EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA EN VIDA REAL

AUTORES

FERNANDEZ MARTIN JM; SALDAÑA SORIA R; YUNQUERA ROMERO L; LOPEZ BAUTIS B; GALLEGO FERNANDEZ C

OBJETIVOS

Emicizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado biespecífico que mimetiza la función del factor VIII activado facilitando la unión del factor IX al factor X restableciendo la hemostasis. Está indicado para profilaxis de episodios de sangrado en pacientes con hemofilia A con inhibidores y en hemofilia A grave (HAG) sin inhibidores. Se administra por vía sc. Nuestro objetivo es describir la efectividad y seguridad de emicizumab en pediatría

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo realizado en hospital de tercer nivel entre Noviembre 2021- Enero 2023 de pacientes con hemofilia A pediátricos que iniciaron emicizumab en régimen de profilaxis. Se revisaron historias clínicas mediante Historia Clínica Digital y registro de dispensaciones de farmacia. Datos recogidos: demográficos, peso, fenotipo hemorrágico, presencia de artropatía hemofílica (AH), presencia de inhibidor contra factor VIII, motivo de inicio, mediana exposición, posología emicizumab, tratamiento sustitutivo previo (dosis y frecuencia), número de sangrados, resultado escala de salud articular para pacientes con hemofilia (HJHS) (valoración 6 articulaciones principales hasta un máximo de 124 puntos), necesidad tratamiento suplementario con factor VIII, efectos adversos y adherencia registrada como tasa de posesión de medicación (número días medicación dispensada x 100/número días por los que se ha prescrito).



RESULTADOS:

Total pacientes: 7. Edad: 7.7 \pm 4.8 años (2-16). Hombres: 7 (100%). Peso: 29.2 \pm 19.3 kg (17-69). Fenotipo hemorrágico: HAG: 5, HAG-moderada; 1, HAG + enfermedad Von Willebrand; 1. AH previa: 3 (2 con inhibidor). Motivos inicio: presencia inhibidor; 2, mal acceso venoso; 2, adherencia errática; 1, otros; 2. Mediana exposición: 51.6 semanas (rango 17-64). Posología: bisemanal (3 mg/kg); 5, semanal (1.5 mg/kg); 2 (los que tienen inhibidor). Régimen profilaxis previa a emicizumab: octocog alfa; 4, eptacog alfa; 2 y moroctocog alfa; 1. Dosificación previa con factor: 20-40 UI/kg en régimen de 2-3 dosis semanales, además de dosis extra si presentara sangrado. Desde el inicio de emicizumab no se ha reportado ningún sangrado en todos los pacientes. El score de HJHS se realizó en la mayoría de los pacientes a las 20 semanas de media de inicio de emicizumab, siendo su valor de 3/124 en uno (con inhibidor) y el resto 0/124 en todos ellos (no daño articular). Ningún paciente ha necesitado dosis de factor VIII adicionales. No se han reportado efectos adversos relacionados con su administración, excepto afonía y erupción cutánea ambas autolimitantes en un solo paciente. Adherencia: Media de tasa de posesión: 99.6% (rango 98-100%). En 3 pacientes con dosis intermedias a las presentaciones comerciales disponibles se realizó fraccionamiento de los viales lo que ayudó a coordinar las administraciones el mismo día en Hospital de Día favoreciendo tanto la adherencia como la optimización del fármaco.

CONCLUSIONES:

Emicizumab ha demostrado ser efectivo y seguro en nuestra cohorte de pacientes, pero se necesita un mayor seguimiento para confirmar dichos resultados a largo plazo. Supone una mejora en la calidad de vida al reducir sensiblemente el número de administraciones, además de ser una alternativa en aquellos pacientes pediátricos en los que la administración intravenosa de factor es problemática y/o no son candidatos a colocar reservorio

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA**85. ANÁLISIS DE USO DE TERIPARATIDA EN UNA UGC DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.****AUTORES**

MOYA MANGAS C; REBOLLO DIAZ N; VALERA RUBIO M

OBJETIVOS

Teriparatida es un medicamento recomendado para la prevención de fracturas vertebrales y no vertebrales en mujeres postmenopáusicas con osteoporosis grave; con preferencia a bifosfonatos en mujeres que han tenido una fractura vertebral grave o dos o más moderadas por trauma leve.

El objetivo del estudio fue analizar la prescripción de este medicamento en la UGC de Medicina Interna en base a criterios de uso racional.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un corte transversal localizando mediante Microstrategy® los pacientes a los que se les había dispensado teriparatida en oficina de farmacia durante el mes de septiembre de 2022. Se recogieron variables demográficas (sexo y edad), y variables clínicas (número y tipo de fracturas, uso de corticoides y densidad mineral ósea (T-score)) de la historia clínica del paciente en Diraya®. Además, se revisó la duración del tratamiento en Receta XXI. Todos estos datos han sido analizados en Excel®.

Se comprobó el grado de cumplimiento de las recomendaciones de uso de teriparatida recogidas en el protocolo "Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas: Osteoporosis (actualizado en Enero 2023)" vigente en el SAS: prevención secundaria de fracturas en mujeres con osteoporosis vertebral grave (1 fractura vertebral grave o ≥ 2 fracturas vertebrales moderadas por radiografía y T-score $< -1,5$ en cualquier sitio o T-score espinal $< -4,0$), duración máxima del tratamiento de 2 años y uso posterior de un antirresortivo al finalizar terapia.

RESULTADOS:

Se localizaron un total de 30 pacientes (10% hombres). La edad media \pm desviación estándar de los pacientes era de 68 \pm 13 años. La media de fracturas previas es de 4, y en el 87% de los pacientes una de estas fracturas era vertebral, en el 33% de cadera y en el 43% de otro tipo. El 80% de los pacientes presentaba un T-score $< -1,5$ en cualquier sitio.

El 57% de los pacientes cumplen todos los criterios que definen un uso adecuado según el protocolo del SAS. El 10% no se ajustaba al protocolo por ser hombres, el 10% porque la duración del tratamiento superaba los 2 años, el 7% por no haber sufrido 1 fractura vertebral grave o ≥ 2 fracturas vertebrales moderadas previamente, y 16% por varias causas (duración, fractura y por no presentar un T-score $< -1,5$ en cualquier sitio o un T-score espinal $< -4,0$).

Actualmente, 3 de los pacientes evaluados ha finalizado ya el tratamiento con teriparatida, de los cuales, 2 han iniciado tratamiento antirresortivo posteriormente (1 con bifosfonatos y 1 con Denosumab).

CONCLUSIONES:

Se ha detectado un alto porcentaje de pacientes en los que la utilización de teriparatida no se ajusta a los criterios de eficiencia recogidos en el protocolo del SAS. Esto ha puesto de manifiesto la necesidad de realizar una intervención formativa para difundir dicho protocolo, que será liderada por el Servicio de Farmacia del Hospital.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS**86. INTENSIFICACIÓN DE DOSIS CON USTEKINUMAB INTRAVENOSO EN ADULTOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON PÉRDIDA DE RESPUESTA O RESPUESTA PARCIAL AL TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB 90 MG SUBCUTÁNEO****AUTORES**

LASALA AZA C; CAYUELA GARCÍA P; AGUILAR DEL VALLE E; SÁNCHEZ YÁÑEZ E; MOYA CARMONA I

OBJETIVOS

Describir el uso y los resultados de ustekinumab (UST) 130mg intravenoso (IV) a intervalos de 4-8 semanas como mantenimiento en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal con pérdida de respuesta o respuesta parcial al tratamiento con ustekinumab 90mg subcutáneo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico (hospital de tercer nivel) que incluyó pacientes adultos con enfermedad inflamatoria intestinal, Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU), tratados con al menos 3 dosis de UST 130mg IV en mantenimiento tras pérdida de respuesta o respuesta parcial al UST subcutáneo.

Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, hábito tabáquico, tratamientos biológicos previos, número de dosis de UST IV recibidas, fenotipo de la enfermedad (ileal, estenosante, fistulizante) y los siguientes parámetros analíticos: calprotectina fecal (CPF) y proteína C reactiva (PCR) previos al inicio de la intensificación IV y en el control a las 12 y a las 24 semanas. También se recogió la percepción de los propios pacientes tras la intensificación y la aparición de efectos adversos.

RESULTADOS:

- Se incluyeron 10 pacientes (3 hombres y 7 mujeres), 9 de ellos con EC (4 de fenotipo inflamatorio, 4 estenosante y 1 fistulizante) y 1 con CU. 2 pacientes eran fumadores activos, 4 exfumadores y 4 no fumadores. La edad media fue de 56 años y ninguno presentaba sobrepeso.
- Todos habían recibido otros tratamientos biológicos previos, cinco iniciaron UST tras fallo a un único anti-TNF y cinco tras fallo a al menos dos terapias biológicas.
- Media de CPF y PCR previa al tratamiento: 719mcg/g N=10 (RIQ 188-985) y 8,5mg/L N=10 (RIQ 4-11), respectivamente.
- Media de CPF y PCR a las 12 semanas del inicio de UST 130 IV: 877mcg/g N= 8 (RIQ 266-1256) y 7,8mg/L N=8 (RIQ 4-11), respectivamente.
- Media de CPF y PCR a las 24 semanas del inicio de UST 130 IV: 601mcg/g N=6 (RIQ 30,6-705,5) y 16mg/L N=6 (RIQ 4-16,5), respectivamente.
- Un 20% de los pacientes mantuvo la CPF en valores similares a los previos a la intensificación IV, un 40% mejoró estos niveles y otro 40% los vio aumentados a lo largo del tratamiento. En cuanto a la PCR, un 40% de los pacientes mantuvo los mismos valores, un 40% mejoró este parámetro y en un 20% se incrementaron los niveles.
- 80% de los pacientes refirieron mejoría sintomática con el tratamiento IV, peso solo en un 30% esto se vio acompañado de una reducción en los parámetros analíticos.
- No se notificaron eventos adversos relacionados.

CONCLUSIONES:

Los datos obtenidos son dispares, si bien, la mejoría analítica no es evidente en todos los pacientes, si observamos mejoría sintomática en la mayoría de ellos. La disparidad de datos puede deberse al reducido número de pacientes incluidos (principal limitación del estudio) y a otras variables que pueden influir en la eficacia de la terapia como el hábito tabáquico o el fenotipo de la enfermedad. Aunque son necesarios más estudios, ustekinumab 130mg IV como terapia de mantenimiento podría ser una opción en pacientes mal controlados y sin otra alternativa terapéutica.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD**87. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN EL PROCESO DE PREPARACIÓN DE MEZCLAS DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS****AUTORES**

CARRASCO GOMARIZ M; BUENO SABIO A; MUROS DE FUENTES B; RODRÍGUEZ ALONSO MP; RODRÍGUEZ SÁNCHEZ EJ; GARRIDO SILES M

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es analizar los potenciales riesgos asociados al proceso de preparación de mezclas de medicamentos antineoplásicos, así como establecer recomendaciones de prevención de fallos del proceso de cara a mejorar la seguridad del paciente y del manipulador.



MATERIALES Y MÉTODOS:

La metodología usada ha sido el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), un método de análisis de riesgos prospectivo y cuantitativo que permite identificar las causas de los fallos y sus potenciales consecuencias así como priorizar aquellos procesos que requerirían de un mayor control de cara a una mejora de la seguridad. Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por 3 farmacéuticos, 2 enfermeras y 2 técnicos. Se programaron reuniones con los siguientes puntos a tratar:

- en la primera reunión se hizo una presentación por parte de la coordinadora del grupo para explicar la herramienta metodológica, conceptos clave y se definieron los procesos y subprocesos que se analizarían posteriormente.
- en la segunda y tercera reunión se identificaron los fallos potenciales, causas y efectos de los distintos subprocesos, utilizando como herramientas el brainstorming y la revisión de errores comunicados a la Unidad previamente.
- en la cuarta reunión se cuantificó el riesgo de cada fallo identificado, mediante una matriz de riesgo que valoró frecuencia y detectabilidad del fallo y gravedad del efecto, obteniendo un Índice de Prioridad de Riesgo (IPR) para cada riesgo definido.
- en la quinta reunión se definieron acciones de mejora encaminadas a la prevención de errores.

RESULTADOS:

Tras aplicar la matriz de riesgo los fallos potenciales con mayor IPR fueron: almacenamiento incorrecto de medicamentos, retraso en la aplicación del protocolo de derrame, error en la selección del medicamento prescrito, dilución con reconstituyente o volumen erróneo, dosificación inexacta en la preparación, error en el suero de dilución, selección incorrecta del infusor, ausencia de filtro en caso requerido, falta de medicamentos en el tratamiento dispensado. Las acciones de mejora propuestas para minimizar estos errores potenciales fueron:

- Reuniones formativas y colocación de carteles informativos sobre correcto almacenamiento de medicamentos y actuación en caso de derrame.
- Establecimiento de control cualitativo/cuantitativo automatizado para la preparación. Mientras no se disponga del mismo se realizará doble checking de todos los medicamentos, sueros e infusores utilizados.
- En tratamientos compuestos por varias mezclas, cada una de ellas (viales + suero) se dispondrá en una gaveta independiente para su preparación.
- Separación física de medicamentos parecidos y utilización de tall-lettering o nombres comerciales en fármacos que pudieran confundirse.
- Doble checking del tratamiento final (filtro y fotoprotección si precisa, y terapia de soporte prescrita).
- Reuniones formativas al personal nuevo y validación periódica (anual) del personal manipulador en cuanto a adhesión al Protocolo de Trabajo del área.

CONCLUSIONES:

La metodología AMFE llevada a cabo por un grupo multidisciplinar permite estratificar puntos críticos en cuanto a seguridad en el proceso de preparación de mezclas antineoplásicas y establecer medidas de mejora preventivas de potenciales errores, mejorando así la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

88. UTILIZACIÓN EN VIDA REAL DE LA VACUNA GARDASIL FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

AUTORES

ROMERO RUIZ A; LÓPEZ MANCHA MT; SÁNCHEZ DEL MORAL R; BLANCO ESPESO T

OBJETIVOS

ANTECEDENTES: La vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) es un buen método para la prevención del cáncer de cuello de útero y de las verrugas genitales. La instrucción DGSPyOF-7/2019 del Servicio Andaluz de Salud recoge las patologías y situaciones de riesgo para las que se recomienda vacunación: personas de hasta 26 años con infección por VIH, afectas de síndrome de WHIM, en situación de prostitución hasta 26 años, mujeres de hasta 26 años con trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos, mujeres con lesiones preneoplásicas con intervención escisional de cérvix independientemente de la edad y hombres hasta los 26 años que tienen sexo con hombres. En todos los casos se administra una pauta de 3 dosis (0, 2 y 6 meses).

Evaluar el cumplimiento de los criterios de vacunación de Gardasil contra el VPH en pacientes de riesgo frente a la infección.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado en un hospital de especialidades, con un periodo de estudio comprendido entre los meses de febrero de 2021 a enero de 2023. Las variables recogidas fueron: Sexo, edad, indicación, número de dosis recibidas y motivo de denegación en su caso. Para la obtención de los datos se revisaron las prescripciones en ATHOS-Prisma y las historias clínicas en DIRAYA. Su registro y análisis se llevó a cabo en una hoja de cálculo de Microsoft Excel®.



RESULTADOS:

Se incluyeron 212 pacientes, 97.17% mujeres. La media de edad fue de 41,27 años [26-68]. Las indicaciones para las que se dispensó la vacuna fueron: mujeres con lesiones preneoplásicas con intervención escisional de cérvix independientemente de la edad en un 97,01%, hombres menores de 26 años con VIH en un 2,49% y mujeres menores de 26 años con trasplante de progenitores hematopoyéticos en un 0,50%.

De los 201 pacientes que cumplían criterios de financiación y comenzaron la pauta de vacunación, el 5,97% no la completaron correctamente.

La dispensación de la vacuna fue denegada en el 5,19% de pacientes por no cumplir con los criterios de financiación. Las indicaciones por las que la dispensación fue denegada fueron mujeres con lesiones preneoplásicas sin conización en un 36,36%, mujeres con lesiones preneoplásicas y conización años antes de la instrucción en un 18,18%, inmunosupresión por enfermedades no recogidas en la instrucción (trasplante renal, esclerosis múltiple o lupus eritematoso) en un 27,27%, problemática social en un 9,09% y hombres con VIH mayores de 26 años en un 9,09%.

CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos muestran que un alto porcentaje de órdenes de dispensación cumplen con los criterios de financiación propuestos por la instrucción del Servicio Andaluz de Salud en cuanto a la prevención de la infección por VPH por Gardasil.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS**91. ANÁLISIS DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS OPTIMIZADAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA****AUTORES**

ROMERO GONZÁLEZ M; MERINO BOHÓRQUEZ V; CASTILLEJO GARCÍA R; MARTÍNEZ SUÁREZ A; AMARO ÁLVAREZ L; MOYA MANGAS C; MARTÍN CASADO L

OBJETIVOS

Analizar las pautas de los diferentes fármacos biológicos utilizados en el servicio de Reumatología para conocer el grado de optimización y estudiar el ahorro económico que esto supone.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedades inflamatorias inmunomediadas reumatológicas y prescripción de algún fármaco biológico dispensado desde enero a diciembre de 2022.

Los datos fueron obtenidos a partir del programa de prescripción electrónica Athos® y de la historia clínica informatizada y recogidos y procesados en Excel®. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, juicio clínico, terapia biológica, pauta posológica, terapia optimizada y coste económico.

Las terapias biológicas que se analizaron fueron: Tocilizumab (Roactemra®), Etanercept (Enbrel®, Erelzi®, Benepali®), Adalimumab (Humira®, Hyrimoz®, Yuflyma®, Amgevita®), Abatacept (Orencia®), Golimumab (Simponi®), Certolizumab (Cimzia®), Secukinumab (Cosentyx®), Ixekizumab (Taltz®), Canakinumab (Ilaris®), Sarilumab (Kevzara®), Ustekinumab (Stelara®), Baricitinib (Olumiant®), Filgotinib (Jyseleca®), Tofacitinib (Xeljanz®) y Upadacitinib (Rinvoq®).

Se definió como terapia optimizada la utilización de una dosis o un intervalo diferente a los considerados en las respectivas fichas técnicas de estos fármacos.

Para calcular el impacto económico de la estrategia de optimización se calcularon los costes evitados a partir del número de dosis realmente administradas al paciente comparadas con el número de dosis que se hubieran administrado de cada fármaco a dosis y posología estándar.

RESULTADOS:

Se analizaron 1217 pacientes, con una edad media de $55,2 \pm 15$ años, 728 eran mujeres (60%). El 49% presentaba artritis reumatoide, 19% artritis psoriásica, 17% espondilitis anquilosante, y 4% artritis juvenil idiopática.

En total el 29,4% de los pacientes con terapia biológica se encontraba en situación optimizada. El porcentaje de pacientes optimizados para los diferentes tratamientos biológicos fue del: 54% de los 105 pacientes tratados con Tocilizumab, 50% de los 4 pacientes tratados con Anakinra, 44% de los 324 pacientes tratados con Etanercept, 40% de los 20 pacientes tratados con Baricitinib, 38% de los 26 pacientes tratados con Golimumab, 33% de los 30 pacientes tratados con Abatacept, 28% de los 29 tratados con Certolizumab, 25% de los 4 pacientes tratados con Filgotinib, 25% de los 36 pacientes tratados con Sarilumab, 25% de los 12 pacientes tratados con Ustekinumab, 21% de los 463 pacientes tratados con Adalimumab, 14% de los 21 pacientes tratados con Tofacitinib, 10% de los 21 pacientes tratados con Ixekizumab, 9% de los 11 pacientes tratados con Infliximab y 9% de los 46 pacientes tratados con Secukinumab.

No se alcanzó la optimización posológica en ningún paciente en tratamiento con Belimumab, Canakinumab, Guselkumab y Upadacitinib.

La optimización de la pauta posológica de las diferentes terapias biológicas supuso en el período de tiempo estudiado un ahorro económico de 1.004.153,37 € para el Servicio de Reumatología.



CONCLUSIONES:

La optimización de las terapias biológicas se puede considerar una estrategia de ahorro económico para el hospital sin perjudicar a la evolución clínica de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS**92. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO HOSPITALARIO PARA LA BRONQUIOLITIS AGUDA EN PEDIATRÍA****AUTORES**

JIMÉNEZ CARBELO N; AZNAR GARCÍA M; BRETONES PEDRINACI JI

OBJETIVOS

Analizar la prescripción de fármacos en pacientes ingresados a cargo del Servicio de Pediatría (SP) con diagnóstico de bronquiolitis aguda (BA) durante la estacionalidad de virus respiratorios.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo observacional realizado entre octubre de 2022 y enero de 2023 en un hospital comarcal. Se revisaron las recomendaciones de las principales Guías de Práctica Clínica (GPC) pediátricas y se identificaron los fármacos más frecuentes en el tratamiento de la BA. Se recogieron los datos de pacientes con hasta 2 años, ingresados a cargo del SP diagnosticados de BA. Se clasificaron según la gravedad de la BA (escala Wood-Downes modificado) y según recibieran tratamiento de soporte (TS) como único tratamiento: sueroterapia, oxigenoterapia y desobstrucción nasal, o TS más tratamiento farmacológico (TF) con broncodilatadores (BD): salbutamol inhalado, ipatropio inhalado, adrenalina nebulizada; corticoterapia (CT): metilprednisolona, prednisolona, dexametasona y budesonida; suero salino hipertónico (SSH), así como antibioterapia (ATB) por sospecha de sobreinfección bacteriana (SSB). Datos obtenidos: demográficos (edad y sexo), test virológicos, gravedad, pacientes con TS como único tratamiento, pacientes con TS y TF y estancia hospitalaria (EH). Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica (Dominion, Farmatools®) y de la historia clínica digital. El análisis estadístico se realizó con Microsoft Excel.

RESULTADOS:

Se incluyeron 37 pacientes, 19(51%) mujeres, edad media 9 meses[1-24], edad media gestacional 37,5 meses (DE ± 1,47), 23(62%) infectados con Virus Respiratorio Sincitial(VRS), 14(38%) otros virus respiratorios. BA moderada (BAM): 24(65%) pacientes, 5(21%)TS, EH media 6,4 días (DE ± 2,3); 19(79%)pacientes TS + TF: media de fármacos empleados por paciente sin incluir ATB 1,9 (DE ± 0.78); 17(89%) BD: 16(94%) salbutamol, 8(47%) ipratropio, 7(42%) adrenalina; 11(58%) CT: 9(81%) prednisolona, 5(45%)metilprednisolona, 1(10%)dexametasona; 7(29%) ATB, EH media 6,73 días (DE ± 2,10). BA leve (BAL): 9 (24%) pacientes, 6(67%) TS, EH media 5,6 días (DE ± 1,75); 3(33%) pacientes TS + TF: media de fármacos empleados por paciente 1,3(DE ± 0,57); 2(66%)BD: 1(50%) salbutamol, 1(50%) ipratropio; 2(66%) CT: 1(50%) prednisolona, 1(50%) budesonida, EH media 4,3 días (DE ± 0,57). BA grave (BAG): 4(11%)pacientes, 4(100%) TS + TF. Pacientes con TS + TF: media de fármacos empleados por paciente 3(DE ± 0), 4(100%) CT: 3(75%) prednisolona, 1(25%)metilprednisolona, 4(100%)BD: 4(100%) salbutamol, 2(50%) ipratropio, 1(25%) adrenalina, EH media 4días(DE ± 0.95).

CONCLUSIONES:

A pesar de que las GPC no recomiendan el uso sistemático de TF para el tratamiento de la BA, la mayoría de pacientes de este estudio, independientemente del grupo de gravedad, recibieron TF con uno o más fármacos. El grupo de pacientes con TF fue superior en BAM y BAG.No se prescribió adrenalina nebulizada para BAL y sólo en el grupo de BAM se prescribió ATB por SSB. La EH media de los pacientes con TS y los pacientes con TS + TF fue similar en BAM. A pesar del tamaño muestral, los datos concuerdan con la literatura, ya que el TF parece no modificar la EH respecto al uso de TS únicamente. Se debe revisar el tratamiento empleado en BA, fomentando el uso racional del medicamento y terapias basadas en la evidencia, evitando una sobremedicación.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA**95. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA ADECUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE ANTIDIABÉTICOS A LAS RECOMENDACIONES OFICIALES DE USO****AUTORES**

SÁNCHEZ LOBÓN I; BULO CONCELLÓN R; OCAÑA DE LA ROSA MDLÁ; RODRÍGUEZ MORETA C; MARTÍNEZ BAUTISTA MJ

OBJETIVOS

Analizar el impacto de la información enviada a los clínicos sobre prescripciones de fármacos antidiabéticos no ajustadas a las recomendaciones de uso, atendiendo a criterios de indicación y/o financiación.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se obtuvieron las prescripciones realizadas en el periodo julio-octubre de 2022 registradas en el informe "Pacientes con inicio de tratamiento antidiabético de 2º escalón" del programa Microstrategy®. Se revisó la historia clínica de estos pacientes a través de Diraya Estación Clínica® y se seleccionaron aquellas no ajustadas a indicación y/o financiación. Finalmente, se envió un informe a los prescriptores recordando las recomendaciones y solicitando la revisión de las mismas. A continuación,



se realizó el análisis prospectivo de los cambios realizados en las prescripciones tras el envío de la información. Los datos fueron recogidos en un Excel en el que se registró: edad, sexo, servicio, prescriptor, NUHSA, especialidad farmacéutica, fecha de inicio y fin de la prescripción, posología, recomendación y resultado de la intervención farmacéutica.

RESULTADOS:

Se revisaron las prescripciones de 239 pacientes (edad media: 58±17; sexo: 68,1% mujeres), de las que 19,7% (47/239) no cumplían criterios de indicación y/o financiación. Los fármacos implicados fueron: semaglutida: 70,2% (33/47); linagliptina: 10,6% (5/47); dapaglifozina: 10,6% (5/47) y dulaglutida: 8,6% (4/47). El 51,1% (24/47) de las prescripciones no cumplían criterios de indicación (pacientes obesos sin diabetes mellitus) y 80,9% (38/47) no cumplían criterios de financiación (uso en monoterapia sin intolerancia ni contraindicación a metformina). Tras las recomendaciones, el 31,9% (15/47) de las prescripciones fueron corregidas, de las cuales 26,6% (4/15) añadieron metformina y el 73,4% (11/15) retiraron el fármaco en monoterapia. Entre los servicios hospitalarios que destacan por presentar un mayor número de prescripciones que no cumplen con las recomendaciones de uso se encuentran los servicios de cardiología y nefrología, implicados ambos en el 29,8% (14/47) de los casos, de los cuales tan solo se modificaron el 7,1% (1/14) y el 21,4% (3/14) de las prescripciones inadecuadas, respectivamente. Sin embargo, cabe destacar que, el servicio de endocrinología, el cual estuvo implicado en el 14,9% (7/47) de dichas prescripciones inadecuadas, tuvo un mayor grado de aceptación de la intervención farmacéutica, corrigiendo el 57,1% (4/7) de las prescripciones.

CONCLUSIONES:

Existe un porcentaje importante de prescripciones de antidiabéticos de 2º escalón que no se ajustan a las recomendaciones de uso. La revisión e información a los prescriptores mejora la adecuación a las recomendaciones, lo que implica un aumento de la calidad y eficiencia en el uso de los medicamentos, pero aún hay un porcentaje importante de prescriptores que no reaccionan a la información, destacando los servicios de cardiología y nefrología. Por lo que el desarrollo de grupos multidisciplinares para el Uso Racional del Medicamento en los centros podría aumentar en impacto positivo de este tipo de iniciativas.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

97. SEGURIDAD DEL PACIENTE: INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA DETECCIÓN DE INTOLERANCIAS Y ALERGIAS

AUTORES

OCAÑA DE LA ROSA MDLÁ; SÁNCHEZ LOBÓN I; TUDELA TOMÁS J; SILES MORRIS S; MARTÍNEZ BAUTISTA MJ

OBJETIVOS

Analizar el impacto de la Intervención Farmacéutica (IF) en la seguridad de los pacientes mediante la detección y comunicación de alergias e intolerancias a fármacos en las prescripciones electrónicas de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de intervención multidisciplinar prospectivo desde julio 2022 a febrero 2023 en un hospital de tercer nivel. Se revisaron todos los pacientes ingresados con tratamiento prescrito durante la hospitalización. Se cotejaron las intolerancias/alergias registradas en la historia clínica digital Diraya®, con los medicamentos prescritos al ingreso en el programa de prescripción electrónica Athos Prisma®. Fueron incluidos todos aquellos pacientes en los que coincidía una intolerancia/alergia registrada y dicho fármaco prescrito. La IF consistió en emitir avisos mediante el sistema de mensajería del programa Athos Prisma® y llamada telefónica al médico prescriptor. Los datos fueron recogidos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel® en la que se registró la siguiente información de cada paciente: NUHSA, edad, sexo, intolerancia/alergia, fármaco prescrito y aceptación de la IF.

RESULTADOS:

Se identificaron 70 pacientes que cumplían los criterios de inclusión (edad media: 66±17 años; sexo: 57% mujeres). El 15,70% (11/70) presentaban intolerancias farmacológicas frente al 84,30% (59/70) que presentaban alergias medicamentosas. En el 74,28% (52/70) de los casos, el médico prescriptor tuvo en cuenta la IF procediendo en un 67,30% (35/52) a la retirada de la medicación y en un 32,70% (17/52) a la prescripción de una alternativa terapéutica. En el 25,71% (18/70) restante, no se modificó la prescripción por parte del médico prescriptor, se verificó que el registro de la intolerancia/alergia en la historia clínica digital era incorrecto, confirmando con el servicio de alergología dicha discrepancia. El 47,14% (33/70) de las IF se realizaron en antibióticos y 41,42% (29/70) en antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).

CONCLUSIONES:

La IF fue acogida por los médicos prescriptores en la mayoría de los casos, lo que permitió la correcta adecuación del tratamiento farmacológico. La presencia de discrepancias en las intolerancias/alergias constata la importancia de una historia clínica digital que ofrezca una adecuada información sobre los pacientes. Destacar, por tanto, la participación del farmacéutico hospitalario en los equipos multidisciplinares desarrollando un papel indispensable en la validación de la prescripción, permitiendo reducir los errores de tratamiento y aumentando así la seguridad de los pacientes.



CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

98. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL AJUSTE DE DOSIS POR INSUFICIENCIA RENAL

AUTORES

OCAÑA DE LA ROSA MDLÁ; SÁNCHEZ LOBÓN I; RODRÍGUEZ MORETA C; CORRALES PAZ M; MARTÍNEZ BAUTISTA MJ

OBJETIVOS

Analizar el impacto de la Intervención Farmacéutica (IF) en el ajuste de dosis por insuficiencia renal en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de intervención prospectivo desde agosto 2022 a febrero 2023 realizado en un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron pacientes hospitalizados con insuficiencia renal y en tratamiento con cualquier fármaco que exigiese dosificación según función renal. Para ello, se consultaron los niveles de creatinina sérica en los análisis clínicos presentes en la historia digital Diraya®. Posteriormente, se calculó el filtrado glomerular (FG) mediante la fórmula MDR/CDK-EPI disponible en la página web de la Sociedad Española de Nefrología en base a datos de: creatinina, edad y sexo. La IF consistió en emitir recomendaciones de ajuste posológico según filtrado glomerular al médico prescriptor a través del sistema de mensajería de Athos Prisma®. Para el registro y análisis de datos se utilizó una hoja de cálculo de Microsoft Excel® en la que se recogió la siguiente información de cada paciente: NUHSA, edad, sexo, FG, fármaco, posología prescrita, posología recomendada y aceptación de la IF.

RESULTADOS:

Se identificaron 29 pacientes que cumplían los criterios de inclusión (edad media: de 76±12 años; sexo: 57% mujeres). En el 82,76% (24/29) de los casos, el médico prescriptor modificó la prescripción, según la recomendación posológica descrita en la IF. En el 17,24% (5/29) restante, no se modificó la prescripción original. El 44,82% (13/29) de los ajustes posológicos fueron en anticoagulantes, siendo el 61,54% (8/13) heparinas de bajo peso molecular y el 38,46% (5/13) anticoagulantes orales. Un 34% (8/29) del total de las IF se realizó en antibioterapia.

CONCLUSIONES:

La IF fue acogida por los médicos prescriptores en la mayoría de los casos, lo que permitió la correcta adecuación del tratamiento. Por tanto, queda reflejado que la figura del farmacéutico desarrolla un papel indispensable en la validación de la prescripción, permitiendo reducir los errores y aumentando la seguridad en la cadena de prescripción-validación-administración cuyo objetivo final es la calidad en la asistencia al paciente. Así mismo, cabe destacar una posible mejora del sistema de mensajería de Athos Prisma®, ya que no se obtuvo respuesta ni justificación del motivo por el cual hubo pacientes en los que no se modificó la prescripción, lo que podría deberse a la no recepción de la IF por parte del médico prescriptor.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

99. PATIENT-REPORTED-OUTCOMES EN PACIENTES CON PSORIASIS

AUTORES

SALAMANCA CASADO A; SÁEZ RODRÍGUEZ MI; MIRANDA MAGAÑA M; TORTAJADA GOITIA B; ARENAS VILAFRANCA JJ

OBJETIVOS

Evaluar el control de la enfermedad en pacientes con psoriasis. Valorar posibles discrepancias entre Patient Reported Outcomes (PRO) y métodos habituales de control de la enfermedad como [Psoriasis Area Severity Index](#) (PASI). Identificar y describir las características de aquellos pacientes mal controlados según los PRO para mejorar su respuesta al tratamiento mediante un protocolo de abordaje multidisciplinar.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Siguiendo los criterios del protocolo NAVETA del grupo de Farmacéuticos Unidades de Pacientes Externos Illes Balears, se llevó a cabo un estudio prospectivo durante 6 meses en los pacientes con psoriasis en tratamiento biológico del centro. Se excluyeron aquellos cuya duración del tratamiento fue <16 semanas y se incluyeron los que dieron su consentimiento y cumplimentaron voluntariamente el cuestionario Psoriasis Symptoms and Signs Diary (PSSD), además de un cuestionario de calidad de vida. Los resultados obtenidos del cuestionario PSSD fueron recogidos en una base de datos junto a variables demográficas: edad y sexo; variables relacionadas con el tratamiento: duración del mismo, principio activo, nº de líneas de tratamiento previas; y variables de eficacia: PASI. Se consideró un buen control de la enfermedad si PSSD < 20 o PASI <10. Se estableció un protocolo multidisciplinar con el servicio de dermatología mediante el cual los pacientes con PSSD>20 eran remitidos al prescriptor para su evaluación con un informe de valoración de atención farmacéutica. Se realizó análisis descriptivo, calculando la media y desviación estándar para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Para evaluar correlación entre variables de naturaleza cuantitativa se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. En los diferentes análisis se estableció el nivel de significación estadística en p<0.05.

RESULTADOS:

Se incluyeron 21 pacientes (18.7% del total). La edad media fue 50.8±15.9años y el 52.4% eran varones. La media de tiempo de tratamiento fue 8.4±5.4 años. De los pacientes incluidos, 11 pacientes (52.4%) obtuvieron una puntuación >20



en el cuestionario PSSD y fueron derivados a dermatología para valoración. De estos, el 63.6% estaban en tratamiento con adalimumab, el 27.3% con etanercept y el 9.1% con certolizumab. Además, el 72.7% de estos pacientes recibían tratamiento de primera línea. El valor medio de PASI en el momento de la intervención de los pacientes con PSSD>20 fue de 2.3 ± 2.7 (100% de los pacientes con PASI<10) No se observó correlación estadísticamente significativa entre los resultados del PASI y la puntuación obtenida en el cuestionario PSSD (coeficiente de correlación de Spearman 0.18; p 0.518).

CONCLUSIONES:

De los pacientes evaluados voluntariamente, más de la mitad presentaron mal control de la enfermedad según el cuestionario PSSD a pesar de tener valores de PASI<10 que sería indicativo de buen control. Además, no se halló correlación estadística entre ambas variables. La incorporación del cuestionario PSSD a la práctica asistencial podría ser una herramienta sencilla para la detección temprana de falta de respuesta al tratamiento que permita la optimización del mismo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

100. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON UPADACITINIB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

CASTILLEJO GARCÍA R; MOYA MANGAS C; AMARO ÁLVAREZ L; MARTÍNEZ SUÁREZ A

OBJETIVOS

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria de la piel, caracterizada por la presencia de prurito, lesiones eccematosas y xerosis. Upadacitinib es un inhibidor reversible y selectivo de las quinasas Janus (JAK1 y JAK1/3) con indicación para el tratamiento de la DA moderada-grave en adultos y adolescentes de 12 años o más que son candidatos a tratamiento sistémico. El objetivo del estudio es la obtención de datos en vida real sobre la efectividad y seguridad de upadacitinib en el tratamiento de la DA.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de DA que recogieron upadacitinib en nuestras consultas externas en el período desde mayo del 2022 a enero del 2023.

Los datos fueron obtenidos a partir del programa de prescripción electrónica Athos® y de la historia clínica informatizada. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, carácter de DA (moderada/grave), terapias sistémicas previas, tiempo total de tratamiento con upadacitinib, dosis inicial y final del fármaco, tratamiento concomitante, escala EASI (Easy Area and Severity Index) al inicio de upadacitinib y a la semana 16 de tratamiento y efectos adversos.

RESULTADOS:

Se analizaron 3 pacientes, con una mediana de edad de 57 años (51-59), todas ellas mujeres. El 66,7% presentaba DA de carácter grave. De las 3 pacientes, 1 paciente estuvo con terapia sistémica previa con azatioprina y otra paciente con metotrexato, tralokinumab (ensayo clínico) y dupilumab. Todas las pacientes habían estado en tratamiento previo con ciclosporina. La mediana de tratamiento con upadacitinib fue de 8.3 meses.

La dosis de inicio de upadacitinib fue de 30mg en todas las pacientes. La dosis en el final del estudio era de 15mg diarios en el 66,7% y de 30mg diarios en el 33,3% de las pacientes. El 66,7% de las pacientes estaban con terapia concomitante de corticoides e inhibidores de calcineurina tópicos.

La escala EASI al inicio del tratamiento fue de 15, 23 y 22. La escala EASI tras 16 semanas en tratamiento fue de 0, 5 y 1, respectivamente.

En general, upadacitinib fue bien tolerado, reportándose efectos adversos leves en todas las pacientes. Los más frecuentes fueron hipercolesterolemia (100%), elevación de las transaminasas (33,3%), leucopenia (33,3%), neutropenia (33,3%), foliculitis (33,3%), anemia (33,3%), herpes labial (33,3%) y mareos (33,3%).

En todo el período de estudio no tuvo lugar la interrupción o suspensión del tratamiento en ninguna de las pacientes.

CONCLUSIONES:

El uso de upadacitinib constituyó una alternativa terapéutica segura y efectiva para la DA en nuestro hospital, destacando el caso de una paciente que había sido refractaria a múltiples terapias previas. No obstante, se trata de un estudio que incluyó un número muy reducido de pacientes, por lo que es necesario realizar más estudios en vida real con un tamaño muestral superior para sacar conclusiones definitivas.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

104. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN NUTRICIÓN PARENTERAL DE PACIENTES CRÍTICOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

GONZÁLEZ PADILLA M; LÓPEZ ESCOZ R; HUELAMO MORUNO C; BLANCO BERMEJO CJ; MOYA CARMONA I

OBJETIVOS

Describir y analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en las prescripciones de nutrición parenteral (NP) en pacientes críticos.



MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de octubre a diciembre de 2022 en un hospital de segundo nivel con 36 camas en la unidad de cuidados intensivos y 15 en la unidad de recuperación. Se incluyeron las siguientes variables: demográficas, duración de la NP, indicación de NP, tipo de IF y grado de aceptación. Los datos se obtuvieron de los registros de prescripción electrónica e historia clínica.

RESULTADOS:

Se registraron 53 pacientes (68% hombres, edad media 63 años). La duración media de la NP fue de 18 días. Se registraron 120 intervenciones (de media 2,3 IF/paciente) durante el seguimiento de la prescripción de la NP.

La distribución de las IF según diagnóstico fueron: complicación postoperatoria (45,3%), sepsis (20,8%), pacientes cardíacos (13,2%), pancreatitis (11,3%), enfermedades hepáticas (7,5%) y politraumatismos (1,9%).

Según el tipo de IF: el 41% (49) de las IF estaban relacionadas con un cambio en la composición de macronutrientes, de éstas: el 45% relacionadas con el aporte de gramos de nitrógeno/kg/día, el 20% con los lípidos (Kcal no proteicas/kg/día) y el 35% con los hidratos de carbono (Kcal no proteicas/kg/día). El 20% (24) de las IF estaban relacionadas con un cambio en el aporte de electrolitos en la NP (54% suplementación; 46% restricción), siendo el potasio y el fósforo los electrolitos que generaron un mayor número de IF; por otro lado, el 18% (22) de las IF estaban orientadas a solicitar una analítica de perfil nutricional, el 13% (16) con la adición de insulina en la NP y el 8% (9) con el ciclado de la NP por colestasis.

El 89% de las IF fueron aceptadas por los prescriptores.

CONCLUSIONES:

La mayoría de las intervenciones fueron debidas a cambios en la composición de macronutrientes y micronutrientes de la NP, ajustándose a los cambios constantes en las necesidades de los pacientes críticos. El elevado número de intervenciones farmacéuticas y el alto grado de aceptación por parte de los prescriptores ponen de manifiesto el importante papel del farmacéutico de hospital en el seguimiento nutricional de los pacientes críticos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

107. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME SEROTONINÉRGICO ASOCIADO A LINEZOLID

AUTORES

OCAÑA DE LA ROSA MDLÁ; SÁNCHEZ LOBÓN I; MENGUIANO ROMERO Y; RODRÍGUEZ MORETA C; MARTÍNEZ BAUTISTA MJ

OBJETIVOS

Analizar el impacto de la intervención farmacéutica (IF) en el síndrome serotoninérgico asociado al tratamiento concomitante de linezolid con fármacos potenciadores de la neurotransmisión de serotonina en las prescripciones de un hospital de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de intervención prospectivo de 8 meses de duración (julio 2022-febrero 2023) realizado en un hospital de tercer nivel. Se revisaron todos aquellos pacientes en tratamiento con linezolid y se comprobó la presencia de fármacos prescritos potenciadores de la neurotransmisión de serotonina. Para ello, se consultó la base de datos de interacciones medicamentosas Lexicomp®. La IF consistió en emitir recomendaciones de adecuación terapéutica al médico prescriptor, a través del sistema de mensajería de Athos Prisma®, sobre el uso concomitante de estos fármacos y el riesgo de aparición de la reacción adversa. Para el análisis y el registro de datos se empleó una hoja de cálculo de Microsoft Excel®, en la que se anotó: NUHSA, edad, sexo, fármaco que ocasionaba la interacción y aceptación de la IF.

RESULTADOS:

Se identificaron a 24 pacientes hospitalarios que cumplían los criterios de inclusión (edad media: 68±13 años; sexo: 50% hombres). En el 79,2% (19/24) de pacientes, el prescriptor tuvo en cuenta la IF manteniendo el tratamiento con linezolid y retirando el fármaco que interaccionaba pudiendo provocar la reacción adversa. En el resto de pacientes, 20,8% (5/24), el facultativo no modificó la prescripción original. El 50% (12/24) de las interacciones fueron por la prescripción de metoclopramida, el 20,83% (5/24) por inhibidores selectivos de la serotonina (ISRS) y el 8% (2/24) por antidepresivos tricíclicos. Dichas interacciones mencionadas son catalogadas como categoría X en la base de datos Lexicomp®, no siendo recomendada su combinación.

CONCLUSIONES:

La IF fue acogida por los médicos prescriptores en la mayoría de los casos, lo que permitió la correcta adecuación del tratamiento y la prevención del síndrome serotoninérgico en pacientes tratados con linezolid durante el ingreso hospitalario. Por tanto, queda reflejado que la figura del farmacéutico hospitalario desarrolla un papel indispensable en la validación de la prescripción, permitiendo reducir las interacciones medicamentosas graves y aumentar la seguridad de los pacientes.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

108. TRALOKINUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA

AUTORES

DOMÍNGUEZ SANTANA CM; CANO MARTÍNEZ G; RÍOS SÁNCHEZ E; MORA CORTÉS M; MORENO RAMOS C

OBJETIVOS

La dermatitis atópica(DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, caracterizada por la presencia de lesiones eccematosas, xerosis y prurito intenso. Tralokinumab, anticuerpo monoclonal humano que se une a la interleucina-13(IL-13) bloqueando su interacción con el receptor IL-13R α 1/IL-4R α , está autorizado para el tratamiento de DA moderada/grave en adultos con respuesta insatisfactoria, contraindicación o intolerancia a ciclosporina candidatos a tratamiento sistémico. El objetivo del ensayo fue evaluar la efectividad y el perfil de seguridad de tralokinumab en DA en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con DA que recibieron al menos durante 16 semanas tralokinumab desde junio/2022 hasta febrero/2023. Se recogieron los siguientes datos a través de la aplicación de pacientes externos y de la historia digital: sexo, edad, posología, duración del tratamiento, tratamientos previos, SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis) e IGA (Investigator Global Assessment) basales.

La efectividad se evaluó mediante las escalas SCORAD e IGA. Se establecieron como variables principales la proporción de pacientes que alcanzó respuesta IGA 0-1 y una reducción de al menos el 75% del SCORAD(SCORAD-75) desde el momento basal hasta las semanas 16 y 24. Como variables secundarias se incluyeron la disminución de al menos el 90% en SCORAD(SCORAD-90) y “aclaramiento total” entendido como el número de pacientes que alcanzaron SCORAD-0, en semana 16 y 24. Para evaluar la seguridad se registraron efectos adversos(EA) y suspensiones del tratamiento por EA.

RESULTADOS:

Se incluyeron 14 pacientes, 8 mujeres, mediana de edad: 29(18-85) años. Todos recibieron una dosis de 600mg subcutánea, seguida de 300mg cada dos semanas. Mediana de duración del tratamiento: 24(16-32) semanas. Todos los pacientes recibieron tratamiento previo con antihistamínicos, corticoides tópicos y orales. 11(78,6%) recibieron tratamiento con ciclosporina y 3 tenían contraindicación. Tras fracaso al inmunosupresor, 3 pacientes recibieron dupilumab y 2 de ellos posteriormente fueron tratados con upadacitinib. Las medianas de las puntuaciones basales fueron: SCORAD 56(21-72) e IGA 4(1-4). Para la valoración de la efectividad se excluyó a un paciente por exitus. Respecto a las variables principales, en la semana 16, un 84,6%(n=11) de los pacientes alcanzaron una respuesta de IGA 0-1 y SCORAD-75. En el momento del análisis, la mitad de los pacientes llevaban más de 24 semanas en tratamiento, de los cuales un 71,4%(n=5) alcanzó IGA 0-1 y SCORAD-75. Los resultados de las variables secundarias fueron: 23,1%(n=3) y 28,6%(n=2) alcanzaron SCORAD-90 en semanas 16 y 24 respectivamente, y 38,5%(n=5) y 28,6%(n=2) lograron aclaramiento total en semanas 16 y 24 respectivamente. En el momento del análisis, 3 pacientes habían suspendido tralokinumab, 2 por fracaso del tratamiento y 1 por reacción en la zona de inyección. La mitad de los pacientes presentaron algún EA: sequedad y picor ocular(n=5) y reacción en zona de inyección(n=2).

CONCLUSIONES:

1. La efectividad de tralokinumab en DA fue elevada, consiguiendo la mayoría de pacientes SCORAD-75 e IGA 0-1 la semana 16 y manteniéndose hasta la semana 24. Un tercio de los pacientes logró aclaramiento total.
2. La mitad de los pacientes presentaron EA, principalmente a nivel ocular. Un paciente suspendió el tratamiento por reacción en zona de inyección.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

109. PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA COLOPROCTOLÓGICA

AUTORES

LORA ESCOBAR S; LÓPEZ FEIJOO M; CAMPANO PÉREZ IL; LI O T; FALCÓN CUBILLO M; ACOSTA GARCÍA H

OBJETIVOS

Describir la actividad de un programa de conciliación previo al ingreso en pacientes de cirugía colorectal programada.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo y retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel en el que se incluyeron todos los pacientes del Programa Concilia del año 2022. Este programa consiste en la conciliación de la medicación de determinados pacientes que se van a intervenir de manera programada de cirugía colorrectal. Los pacientes eran seleccionados por la unidad de cirugía colorrectal en base a las características de éstos (presencia de comorbilidades y tratamiento farmacológico crónico) y eran comunicados a la unidad de Farmacia. El farmacéutico obtenía los datos de salud del paciente, el informe de Preanestesia y su historia farmacológica a través de la historia clínica digital y de la aplicación Receta XXI®. Una vez recopilados los datos, mediante entrevista telefónica, el farmacéutico verificaba con el paciente su medicación habitual y realizaba la conciliación, indicando qué medicamento/s debía suspender antes de la cirugía y cuándo, así como los



por menores relativos al resto del tratamiento. Se registraba la medicación, alergias, peso y talla en el programa de prescripción electrónica del centro, y se informaba al médico internista interconsultor de cirugía, para que confirmase la conciliación de la medicación.

Las variables recogidas fueron: sexo y edad, si se consideraba al paciente pluripatológico (de acuerdo a la definición del PAI de atención a pacientes pluripatológicos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía), presencia o no de polimedición (toma de ≥ 5 medicamentos de forma crónica), presencia de diabetes mellitus (DM), cardiopatía, neumopatía, hepatopatía enfermedad renal crónica (ERC) e hipertensión arterial (HTA), si se había realizado alguna intervención sobre la medicación, así como el fármaco suspendido y a qué grupo farmacológico pertenecía.

RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 78 pacientes (21,79 % mujeres) con una mediana de edad de 74,5 años (RIQ: 10,75). Los resultados de algunas variables incluidas se muestran en la tabla 1.

Tabla 1: principales características de los pacientes incluidos.

	N (%)
Polimedición	47 (60,26%)
Pluripatológicos	35 (44,87%)
DM	38 (48,72%)
Cardiopatía	41 (52,56%)
Neumopatía	15 (19,23%)
Hepatopatía	12 (15,38%)
ERC	10 (12,82%)
HTA	51 (65,38%)

Del total de pacientes, a un 74.36% (n=58) se les realizó alguna intervención sobre la medicación. Se interrumpieron 117 fármacos antes de la cirugía, de los cuales 49 (41,9%) fueron antidiabéticos orales, 17 (14,5%) anticoagulantes orales, 10 (8,55%) diuréticos y el resto (41, 35%) otros fármacos.

CONCLUSIONES:

Los pacientes atendidos en el programa de conciliación fueron, en su mayoría, de edad avanzada, con comorbilidades significativas y polimedición. Se realizaron intervenciones relacionadas con su tratamiento en 3 cuartas partes de los mismos. Nuestra experiencia subjetiva ha sido que la puesta en marcha de un programa de conciliación en determinados pacientes (pluripatológicos/polimeditados) con cirugía programada, resulta útil tanto a pacientes como a clínicos, pero requiere recursos humanos (se consume al menos 30 minutos por paciente), formación en la materia y coordinación con los clínicos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

110. INTEGRACIÓN DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS Y MICROSTRATEGY PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

MIRANDA MAGAÑA M; FAUS FELIPE V; LARA BLANQUER A; BARÓ RODRIGUEZ L; LLAMAS DE CASTILLO D; TORTAJADA GOITIA B

OBJETIVOS

Uno de los problemas para el uso racional del medicamento es la ausencia de datos clínicos vinculados a las aplicaciones de prescripción farmacéutica, por lo que el uso de las herramientas digitales para la detección de problemas relacionados con la medicación es a menudo impreciso. El objetivo del presente trabajo es estudiar la utilidad de la integración de datos de Microstrategy® (MTI) y del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) usando como ejemplo la detección de antecedentes de carcinoma de piel no melanocítico (CPNM) en pacientes con tratamiento activo de hidroclorotiazida. La Agencia Española del Medicamento publicó en 2017 una nota informativa, MUH (FV) 13 /2018, donde recomendaba, entre otras medidas la revisión de su utilización en estos pacientes por su mayor riesgo de presentar un nuevo cáncer cutáneo

MATERIALES Y MÉTODOS:

Para llevar a cabo la realización del estudio, del CMBD se obtuvieron los pacientes con antecedentes de CPNM, seleccionando a aquellos en los que en cualquiera de sus episodios de hospitalización (ingresos, hospitalización, CMA, diálisis) estuvieran registrados estos diagnósticos en los últimos 6 años. A través de la plataforma de MTI se extrajeron de los meses de Octubre a Diciembre de 2022 aquellos pacientes con cualquier medicamento que incluyera hidroclorotiazida en su composición. Del mismo periodo, se obtuvieron los pacientes con antihipertensivos (grupos terapéuticos C02, C04, C08, C09).

A través de una base de datos relacional (Microsoft Access®) se cruzaron los registros de pacientes con antecedentes de CPNM y aquellos que tenían antihipertensivos o tiazidas en su tratamiento.



RESULTADOS:

Del CMBD se obtuvieron 5018 pacientes con antecedentes de CPNM.

El número total de pacientes con algún fármaco antihipertensivo de los grupos previamente mencionados fue de 3661, mientras que el total de pacientes con hidroclorotiazida en los últimos 3 meses fue de 1246.

Al realizar el cruce de los datos, se obtuvieron 123 pacientes con antecedentes de CPNM que usaban antihipertensivos, de los cuáles, 40 llevan prescrita hidroclorotiazida. Estos datos muestran que el 32.5% de los pacientes con antecedentes de CPNM mantienen, a pesar de la recomendación de la Agencia del Medicamento, el tratamiento crónico con hidroclorotiazida. La detección de estos pacientes mediante las aplicaciones de uso habitual en atención primaria hubiera requerido la revisión individual de su historia clínica.

CONCLUSIONES:

La integración de ambas herramientas conjuntamente (MTI y CMBD) ha permitido detectar que en uno de cada tres pacientes hipertensos con antecedentes de CPNM el tratamiento con hidroclorotiazida no se ha suspendido. La estrategia de integrar datos clínicos del CMBD con la información de Microstrategy es útil para ampliar su efectividad y mejorar la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**111. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LA EFECTIVIDAD DE FOLFIRINOX MODIFICADO FRENTE A NAB-PACLITAXEL MÁS GEMCITABINA EN CÁNCER DE PÁNCREAS****AUTORES**

MORENO RAMOS C; BRICEÑO CASADO MDP; GIL SIERRA MD

OBJETIVOS

El cáncer de páncreas localmente avanzado o metastásico (CPLA/M) presenta limitadas opciones terapéuticas. Actualmente, no se dispone de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que comparen directamente la eficacia de FOLFIRINOX modificado (MFOLFIRINOX) frente a nab-paclitaxel más gemcitabina (NabGem). El objetivo es evaluar la efectividad de MFOLFIRINOX versus NabGem en pacientes con CPLA/M mediante un análisis multivariante (AM).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con CPLA/M tratados con MFOLFIRINOX o NabGem desde enero-2016 hasta enero-2023. Se recogieron las siguientes variables demográficas y clínicas del programa de gestión de citostáticos (Farmis®) e historia clínica electrónica (Diraya®): edad, sexo, peso, hábitos tóxicos (tabaco y alcohol), estado funcional según Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), estadio, histología del tumor, líneas previas, tiempo de tratamiento y número de ciclos recibidos. Se compararon los dos grupos de tratamiento con el fin de detectar posibles diferencias, mediante el test t de student (t) o U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas y el test de χ^2 o test exacto de Fisher para las variables cualitativas. La efectividad se evaluó mediante la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP), utilizando el método Kaplan-Meier. Se aplicó un AM mediante regresión logística de Cox para calcular el Hazard Ratio (HR) e intervalos de confianza del 95% (IC95%) de SG y SLP, con el fin de ajustar posibles desbalanceamientos entre las ramas de tratamiento de las variables (demográficas y clínicas) recogidas que pudieran relacionarse con el beneficio. Se utilizó el programa estadístico SPSS v.18.

RESULTADOS:

Se incluyeron 64 pacientes asignados a MFOLFIRINOX (N=18) y NabGem (N=46), con una media de edad de 65,9 (44-79) años. Por sexos, el 68,8% eran hombres y 31,3% mujeres. La mediana de peso fue 60,5 (41-143) kilos. Respecto a los hábitos tóxicos, el 40,6% eran fumadores y 12,5% consumían alcohol. El 37,5% de pacientes mostraron ECOG=0, 54,7% ECOG=1 y 7,8% ECOG=2. Un total de 29 pacientes presentaron estadio localmente avanzado y 37 metastásicos. Todos los pacientes fueron diagnosticados de adenocarcinoma exocrino de páncreas. El 37,5% no habían sido tratados previamente, 54,7% recibió una línea de tratamiento y 7,8% dos líneas. La mediana de tiempo de tratamiento fue 5 (1-10) meses con MFOLFIRINOX y 4 (1-23) meses con NabGem. Se administró una mediana de 8,5 (1-18) ciclos de MFOLFIRINOX y 4 (1-23) de NabGem. Se detectaron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento en cuanto a la edad ($t=-3,517$; $p=0,001$) y ECOG ($\chi^2=6,823$; $p=0,033$), que posteriormente se ajustaron con el AM. Se obtuvo una mediana de SG para MFOLFIRINOX de 15,0 meses (IC95%: 7,4-22,6) frente a 9,0 meses (IC95%: 3,4-14,6) para NabGem, con HR=0,35 (IC95%: 0,12-0,98; $p=0,044$). La mediana de SLP para MFOLFIRINOX fue 4,0 (IC95%: 2,2-5,8) meses frente a 4,0 meses (IC95%: 2,52-5,48) para NabGem, con HR=1,10 (IC95%: 0,50-2,38; $p=0,818$).

CONCLUSIONES:

MFOLFIRINOX presentó una mejora en SG estadísticamente significativa frente a NabGem en CPLA/M, sin diferencias en SLP. El AM permitió ajustar desbalanceamientos de variables. En este contexto clínico con escasas alternativas, este estudio permitió detectar posibles diferencias entre MFOLFIRINOX y NabGem, que deben confirmarse en un ECA.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD**114. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA CONSULTA ATENDIDA POR UN TÉCNICO EN FARMACIA****AUTORES**

MESA JIMÉNEZ A; GUARINO PANTIÓN DM; VÁZQUEZ REAL M



OBJETIVOS

El aumento del número de pacientes atendidos en las consultas de Pacientes Externos (PE), así como la mayor presencia del Farmacéutico en actividades clínicas, crea la necesidad de que los Técnicos en Farmacia (TF) tengan más competencias en una consulta de PE tras una adecuada formación y el establecimiento de protocolos que faciliten la toma de decisiones. El objetivo de este estudio es establecer y medir la puesta en práctica de un protocolo de derivación a atención farmacéutica (AF) en una consulta de PE atendida por un TF.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo desarrollado entre los meses de julio y agosto de 2022 en un Hospital de segundo nivel. Se estableció un protocolo en el que, tras la correcta identificación del paciente, se evaluaba tiempo desde la prescripción, cambio en el tratamiento, efectos secundarios, cambio en el tratamiento domiciliario, posibles interacciones y adherencia. En los casos en que la prescripción fuese superior a un año y el paciente no tuviese cita próxima con su médico especialista, así como en casos de pacientes no adherentes, con cambio de tratamiento, posibles interacciones mayores con su nuevo tratamiento domiciliario, o con detección de efectos secundarios reseñables y/o limitantes, se procedía a la derivación a AF. Se analizaron los datos recogidos de las derivaciones a AF realizadas por el TF en dicha consulta. Se registraron distintas variables: datos demográficos, servicio prescriptor, y motivo de derivación. Los datos demográficos, así como los relacionados con la Historia Clínica (HC) se extrajeron del módulo de HC Diraya®, mientras que los datos de dispensación del software Athos®.

RESULTADOS:

En el período de estudio se produjeron un total de 117 derivaciones a AF, de las cuales 69 (58,97%) correspondían a hombres. La mediana de edad fue de 47,6 años [21 – 73]. De las 117 derivaciones, 45 (38,46 %) fueron motivadas por una antigüedad en la prescripción superior al año, de estas, en 20 ocasiones fue necesaria la interconsulta con su médico especialista. Un 17,95% (21) del total de derivaciones fueron motivadas por falta de adherencia, y en 51 (43,59%) por cambio en el tratamiento. En cuanto a los servicios prescriptores, en 21 ocasiones fueron motivadas por prescripciones provenientes de Enfermedades Infecciosas, el 80,95 % de estas (17) debidas a falta de adherencia; 16 (13,67%) de Digestivo, 15 (12,82%) de Reumatología, 12 (10,26%) de Dermatología.

CONCLUSIONES:

Gracias al establecimiento del protocolo de derivación a AF, así como los establecidos para medir la adherencia y revisar posibles interacciones farmacológicas, se optimizó el tiempo del Farmacéutico en la consulta, necesario para atender los inicios de tratamiento y/o derivaciones provenientes de la consulta del TF.

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

115. ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LOS TÉCNICOS EN FARMACIA SOBRE FORMACIÓN Y NUEVOS ROLES DE LA PROFESIÓN

AUTORES

MESA JIMÉNEZ A; GUARINO PANTIÓN DM; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ M

OBJETIVOS

Los servicios de farmacia han crecido en los últimos años incrementando su cartera de servicios. Los nuevos roles del farmacéutico y su inclusión en equipos multidisciplinares genera la posibilidad de delegar, bajo supervisión, algunas actividades a los Técnicos en Farmacia (TF). El objetivo es conocer la opinión, predisposición y percepción de los TF sobre su profesión y adquisición de nuevas funciones.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio transversal y multicéntrico, donde se realizaron encuestas anónimas a TF que desarrollan su labor en Hospitales de segundo y tercer nivel, pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud, durante los meses de diciembre de 2022 a febrero de 2023. La encuesta fue desarrollada en la plataforma Google Forms® y estaba compuesta por 20 ítems donde se recogieron: datos demográficos, filiación, datos relativos al puesto de trabajo, número de profesionales de su categoría pertenecientes al Servicio, así como aspectos relativos a la formación y las inquietudes competenciales. El análisis de datos se llevó a cabo en la misma plataforma donde fue desarrollada la encuesta, siendo un análisis descriptivo y calculando porcentajes para cada respuesta.

RESULTADOS:

Realizaron la encuesta un total de 96 TF, de los cuales el 75% (72) eran mujeres. El 52,1% se sitúan en el rango de edad 35-50, siendo un 45,83% (44) los profesionales con estudios de Grado Superior, un 31,25% (30) con estudios de Grado Medio, y un 6,25% con estudios universitarios. El 50% (48) con contrato de Interinidad, siendo 26 (26,53%) eventuales. El 26,04% (25) profesionales refieren la existencia de TF no pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud desarrollando su labor en su Servicio de Farmacia: el 72% de estos (18) los sitúan en el área de Pacientes Externos (PE). A la pregunta sobre si los TF reciben formación específica en su Servicio, el 52,08% (50) responden afirmativamente, siendo en un 52% (26) de los casos el Farmacéutico responsable del Área el encargado de la formación, un 32% (16) el TF, y en un 16% (8) el Farmacéutico responsable de Formación. Preguntados por el área donde consideran que el TF puede tener más competencias, un 50% señala Farmacotecnia, un 35,42% (34) Unidosis, el 60,42% (58) PE, el 33,3% (32) Hospital de Día,



y un 29,69% (28) Almacén. El 77,81% (74) del total de los encuestados estarían dispuestos a ejercer nuevas funciones, mientras que un 20,8% (20) refiere dudas. Preguntados por la disposición a recibir formación para desarrollar nuevas funciones, el 89,6% (86) responden afirmativamente, y el 6,3% (6) muestra dudas. En cuanto al área donde les gustaría desarrollar esas nuevas funciones, el 56,25% (54) señala Farmacotecnia, el 25% (24) Unidosis, el 50% PE, un 41,67% Hospital de Día, y un 18,75% Almacén.

CONCLUSIONES:

Los resultados demuestran una alta predisposición de los TF encuestados a desempeñar nuevas funciones y a recibir formación que ayude al desarrollo competencial. PE y Farmacotecnia se muestran como las Áreas que más interés generan.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

116. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA DURANTE LA GESTACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

MARTÍNEZ SUÁREZ A; MOYA MANGAS C; AMARO ÁLVAREZ L; CASTILLEJO GARCÍA R; MARCOS RODRÍGUEZ JA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento adyuvante para el cáncer de mama Her2 positivo y la terapia antiemética en una mujer embarazada.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Reporte de un caso clínico. Los datos clínicos se recogen de la historia clínica y los de prescripción del programa de prescripción electrónica. La efectividad se evalúa mediante la no interrupción del tratamiento adyuvante, supervivencia libre de progresión, la ausencia de vómitos de grado ≥ 2 (NCI CTCAE versión 5.0) y el nacimiento del feto sano. La seguridad se evalúa describiendo los acontecimientos adversos experimentados por la paciente y el feto.

RESULTADOS:

Caso clínico de una mujer, embarazada de 10 semanas de gestación, diagnosticada de cáncer de mama mediante biopsia, que presenta la siguiente inmunohistoquímica: receptores de estrógenos y progestágenos positivos, Ki 67 positivo y HER2 negativo. El tumor fue resecado a las 19 semanas de gestación y se diagnosticó como carcinoma ductal infiltrante de alto grado, estadio IA y cambio inmunohistoquímico a HER2 puro. Se decidió tratamiento adyuvante con doxorubicina 60 mg/m² y ciclofosfamida 600 mg/m² cada 21 días durante cuatro ciclos, y tras el nacimiento del feto, paclitaxel 80 mg/m² semanal 12 ciclos y trastuzumab 6mg/kg cada tres semanas durante un año. Durante el embarazo, la paciente no pudo ser tratada con corticosteroides por indicaciones ginecológicas y fue tratada con granisetron 1 mg.

La paciente finalizó el tratamiento adyuvante, presentó una SLP de 24 meses y náuseas de grado I. Se indujo el parto a las 37 semanas y nació un feto con peso adecuado para la edad gestacional, con test de APGAR normal y exploración normal. La paciente presentó las siguientes reacciones adversas: grado I: vómitos, cefalea y diarrea y grado III: diarrea, por la cual se redujeron las dosis en un 75%. El feto presentó bronquiolitis que requirió hospitalización un mes después del nacimiento.

CONCLUSIONES:

Hay poca evidencia científica sobre la eficacia y seguridad de la quimioterapia en el embarazo y la terapia antiemética, y la descripción de este caso clínico puede ser útil para el tratamiento de las pacientes. El tratamiento con doxorubicina y ciclofosfamida durante el embarazo fue efectivo, pero la paciente requirió hospitalización por diarrea de grado III. Es necesario vigilar de cerca las reacciones adversas de estas pacientes y tener en cuenta las recomendaciones del ginecólogo. Debido a la evaluación de beneficios y riesgos, se prescribió granisetron como único antiemético y como resultado la paciente presentó vómitos de grado I.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

119. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL COLIRIO DE INSULINA EN EL TRATAMIENTO DE DEFECTOS EPITELIALES PERSISTENTES

AUTORES

SALDAÑA SORIA R; GARCIA FERNÁNDEZ C; YUNQUERA ROMERO L; ALAMINO ARREBOLA E; LÓPEZ BAUTIS B; GALLEGU FERNÁNDEZ C

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con colirio de insulina en pacientes con defectos epiteliales persistentes (DEP). Los DEP se definen como alteraciones de la córnea cuya resolución no es espontánea después de tratamiento convencional.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en un hospital de tercer nivel en el que se incluyeron todos los pacientes con DEP tratados con colirio de insulina entre abril de 2022 y febrero de 2023. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes y el registro de elaboración del colirio como fórmula magistral y se recogieron las siguientes variables: edad,



sexo, patología corneal asociada al DEP, tratamientos no invasivos o quirúrgicos previos y datos referentes al tratamiento con colirio de insulina (concentración, dosis, frecuencia, duración, efectividad y seguridad). La efectividad se evaluó mediante mejoría clínica o epitelización de las úlceras observadas por oftalmología mediante tinción con fluoresceína y la seguridad con la descripción de aparición de efectos adversos y/o intolerancia al colirio.

RESULTADOS:

Se incluyeron 29 pacientes (12 hombres y 27 mujeres), con edades entre los 18 y 90 años, siendo la media de 58,6. Las patologías corneales causantes del DEP fueron: blefaritis(n=2), distrofia de Fuchs(n=3), queratitis herpética(n=6), queratopatía bullosa(n=3), queratitis severa tras cirugía(n=1), distrofia de Schnyder(n=1), glaucoma(n=3), melanoma conjuntival(n=2), queratitis por Acanthamoeba(n=1), queratocono(n=1), síndrome Sjögren(n=2), síndrome de Kid (n=2) y traumatismo corneal físico/químico(n=2). El 96,5% de los pacientes recibieron terapia tópica oftálmica previa: 28 pacientes fueron tratados con otros colirios, 24 con humectantes, 19 con colirio de suero autólogo o de plasma rico en plaquetas (PRP), 14 utilizaron una lente de contacto terapéutica y a 10 se les realizó una oclusión puntual del ojo afecto. A 12 pacientes se les intervino para un trasplante de córnea y a uno para un desbridamiento del epitelio corneal. A todos los pacientes se le prescribió colirio de insulina 1UI/ml con una dosis y frecuencia de administración de 1 gota 4 veces al día. En el momento de la realización del estudio 16 pacientes (55,1%) habían finalizado el tratamiento tras una media de 3,23 meses. De estos, 13 (81,2%) presentaron resolución completa de la úlcera, 1 (6,2%) resolución parcial y discontinuó el tratamiento por intolerancia, 1 (6,2%) no obtuvo mejoría y 1 (6,2%) no pudo ser evaluado por pérdida de seguimiento. De los 13 pacientes (44,8%) que continuaron con el tratamiento tras finalizar el estudio (duración media de 5,06 meses), 5 (38,4%) presentaron resolución parcial de la úlcera, 4 (30,8%) no obtuvieron mejoría y 4 (630,8%) no pudieron ser evaluados por pérdida de seguimiento. El tiempo hasta la reepitelización osciló entre 11 y 427 días siendo la media 132,9 días. No se reportaron efectos adversos.

CONCLUSIONES:

El tratamiento con colirio de insulina de los DEP en la práctica clínica resultó efectivo y seguro. Además, ofrece ventajas frente a otras alternativas entre las que destacan su coste, menor tiempo requerido hasta el cierre del DEP, supresión de la exposición ocupacional del elaborador y menor incomodidad para el paciente, lo que podría contribuir a su posicionamiento como mejor alternativa terapéutica de primera línea.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMAECOECONOMÍA

120. EFICIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE CICLINA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO CON RECEPTORES HORMONALES POSITIVOS, HER2 NEGATIVOS

AUTORES

PLA PASÁN R; TUDELA TOMÁS J; SÁNCHEZ LOBÓN I; SILES MORRIS S; MARTÍNEZ BAUTISTA MJ

OBJETIVOS

El informe de posicionamiento terapéutico de ribociclib concluye que la selección de ribociclib o palbociclib en mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama avanzado receptores hormonales (ER) positivos y HER2 negativo que no hayan recibido tratamiento sistémico previo para la enfermedad avanzada, combinado con un inhibidor de aromataasa, debe basarse en criterios de eficiencia.

Es frecuente que haya que modificar las dosis de estos fármacos en base a toxicidad, presentando la dosis de reducida de ribociclib menor coste que la de palbociclib.

El objetivo del estudio fue evaluar la eficiencia del uso de ribociclib frente a palbociclib en monoterapia para el tratamiento del cáncer de mama metastásico, con receptores hormonales positivos, HER2 negatínegativos que presenten al menos un nivel de reducción de dosis.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo, en el que se revisaron todas las pacientes que habían recibido tratamiento con ribociclib o palbociclib, desde enero a diciembre de 2022 y que hubieran necesitado una reducción de dosis por toxicidad. La fuente de datos fue la historia de salud de Andalucía (Diraya®), el programa de prescripción oncológica Oncowin® y el sistema de gestión logística SIGLO®

Se recogió el número de ciclos que presentaban un nivel o dos de reducción de dosis de palbociclib y ribociclib y se calculó el coste que hubiera supuesto esta dosis reducida si el inhibidor de ciclina utilizado hubiera sido ribociclib.

RESULTADOS:

El coste de 1 mes de tratamiento con palbociclib es de 1579,96 €, independientemente de la dosis recibida (75 mg, 100 mg o 125 mg cada 24 h x 21 días, ciclos de 28 días), mientras que el coste de ribociclib varía en función de la dosis: 600 mg/24h x 21 días suponen 1579,12€, 400 mg/24h suponen 1052,74€ y 200 mg/24h suponen 526,37€

19 pacientes recibieron en el periodo de estudio tratamiento con palbocilib, el 84,21% (16/19) presentó reducción de dosis. De estos pacientes, 10 precisaron una reducción de dosis en un nivel (100mg), y 6 precisaron reducción de 2 niveles (75 mg). El número total de ciclos a dosis de 100 mg fue de 51 frente a 29 ciclos a 75 mg.



27 pacientes recibieron ribociclib, disminuyendo la dosis un 40,74 % (11/27) a 400 mg/día x 21 días, ciclos de 28 días. Del 84,21% de las pacientes que precisaron reducción de dosis con palbociclib, el gasto calculado según el número de ciclos recibido fue de 131.453,00 €/año. Se estimó el gasto si este mismo número de pacientes hubiese recibido ribociclib, obteniendo un valor de 71.526,00 €/año, lo que supondría un ahorro de 59.927,00 €/año.

CONCLUSIONES:

En función de lo observado en nuestro estudio, ribociclib parece ser una alternativa más eficiente a palbociclib en los pacientes con cáncer de mama metastásico, con receptores hormonales positivos, HER2 negativos que precisan de reducción de dosis, consiguiendo una reducción del gasto importante frente a palbociclib. Así mismo cabe destacar el menor porcentaje de pacientes que precisó de reducción de dosis en el grupo con ribociclib, lo que sugiere una mejor tolerabilidad del mismo.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

121. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE AVELUMAB EN CÁNCER UROTELIAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

AUTORES

PLA PASÁN R; DOMÍNGUEZ SANTANA CM; LÓPEZ MUÑOZ MJ; CORRALES PAZ M; MARTÍNEZ BAUTISTA MJ

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de avelumab en el tratamiento de mantenimiento de primera línea de los pacientes adultos con carcinoma urotelial (CU) localmente avanzado o metastásico libres de progresión después de recibir quimioterapia basada en platino.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo, multicéntrico que incluyó a todos los pacientes diagnosticados de CU tratados con avelumab entre mayo de 2021 y diciembre de 2022. Avelumab se administró vía intravenosa a una dosis de 800 mg cada 2 semanas hasta progresión o toxicidad inaceptable.

La fuente de datos fue la historia de salud de Andalucía (Diraya®) y el programa de prescripción oncológica Oncowin®. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad, estado funcional al inicio del tratamiento [ECOG] y exitus) y terapéuticas (esquema de tratamiento, número de ciclos recibidos, líneas previas, y valor de PDL-1). La efectividad se expresó a través de la supervivencia libre de progresión (SLP), y la seguridad mediante la aparición de efectos adversos (EA) graves.

RESULTADOS:

Se incluyeron quince pacientes de edad media: 68 ± 8 años y sexo: 80% hombres.

El 53,3% (8/15) de los pacientes presentaba PDL-1 positivo, en el 40% (6/15) no se obtuvieron datos y en el 6,67% (1/15) el resultado fue negativo.

El 33,3% (5/15) recibió tratamiento previo con carboplatino más gemcitabina, y el 66,6% (10/15) recibió el esquema cisplatino más gemcitabina. El 86,6% (13/15) presentaba un ECOG de 0 al inicio del tratamiento con avelumab, frente a un 6,66% (1/15) que presentaba un ECOG 1 y un 6,66% (1/15) que presentaba un ECOG 2. Los pacientes recibieron una mediana de 14 ciclos (rango: 4 - 44).

La SLP a los 6 meses fue del 66,6 % (10/15) y del 40% (6/15) a los 12 meses.

Al finalizar el estudio, el 80% (12/15) de los pacientes continuaba en tratamiento, mientras que el 20% (3/15), suspendió el tratamiento por progresión. El 33,3 % de ellos (1/3) falleció.

El 40% (6/15) de los pacientes no manifestó ningún EA. El 40% (6/15) manifestó nefritis e infección del tracto urinario, el 13,33% (2/15) astenia y náuseas y el 6,66% (1/15) toxicidad dérmica.

CONCLUSIONES:

La efectividad de avelumab en mantenimiento en los pacientes con CU en condiciones de práctica real, es similar a la obtenida en los ensayos clínicos, con un perfil de toxicidad manejable. Son necesarios estos estudios en población real para verificar los resultados de los ensayos.

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

122. IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA REGIONAL DE APROVECHAMIENTO DE MEDICAMENTOS HOSPITALARIO PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SSPA

AUTORES

GALLEGO GALISTEO M; SÁNCHEZ ARGAIZ MC; AGUILAR DEL VALLE E; SANTOS RUBIO MD; ARTACHO CRIADO SM; ÁVILA ÁLVAREZ JR

OBJETIVOS

La gestión de los medicamentos hospitalarios (MH) por Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH) es un proceso complejo que debe garantizar la disponibilidad de todos los medicamentos en cada centro, minimizando el riesgo de pérdidas por caducidad y respetando las directrices definidas por la organización para el control del inventario y presupuesto.



Con frecuencia la suspensión imprevista de algún tratamiento de elevada especificidad y coste de un paciente conlleva a la inmovilización de MH con alto riesgo de pérdidas por caducidad. Con el fin de subsanar esta situación, se desarrolló una red de comunicación entre los SFH, permitiendo localizar pacientes que pudieran hacer uso de medicamentos inmovilizados en otro centro público.

Objetivo

- Describir el proceso de implementación de una red de comunicación y logística entre los SFH del SSPA para compartir recursos farmacéuticos destinados a caducarse.
- Cuantificar la actividad de la estrategia de aprovechamiento e impacto económico para el SSPA.
- Analizar la valoración de la herramienta por los usuarios.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Entre diciembre 2019 y abril 2022, se realizó el pilotaje de un repositorio online de acceso privado en 5 hospitales públicos de una provincia andaluza. En dicho repositorio, farmacéuticos hospitalarios responsables de cada centro compartían MH con previsión de caducidad próxima, quedando disponibles para cualquier centro con pacientes en tratamiento activo. Paralelamente, la plataforma provincial de compras aprobó una red logística de distribución para el traslado programado y controlado de estos medicamentos.

En abril 2022, se realizó la expansión del proyecto a nivel autonómico, ofreciendo la implementación a todos los SFH del SSPA. A pesar de la expansión, el funcionamiento de la red de aprovechamiento siguió siendo coordinado por el centro impulsor, siendo informada la organización sanitaria de los pasos realizados.

Para la implantación, funcionamiento y resolución de dudas, los farmacéuticos hospitalarios disponían de un canal grupal de mensajería instantánea de WhatsApp para su resolución inmediata.

Respecto al área técnica, actualmente se trabaja con informáticos de Universidad de Sevilla, FISEVI y NTT-data en el desarrollo de una aplicación corporativa basada en inteligencia artificial que permita su integración con la aplicación corporativa de gestión Farmacia Hospitalaria Athos.

RESULTADOS:

En febrero 2023, la estrategia de aprovechamiento de MH está implementada en 28 hospitales del SSPA y se han conseguido reutilizar 705 medicamentos, evitándose una pérdida económica de 2.214.566,99€ para el SSPA.

Respecto a la valoración de la estrategia, 48 farmacéuticos hospitalarios participaron en una encuesta de satisfacción, donde más del 90% consideraron la herramienta necesaria, innovadora y fácil de usar, aunque requería tiempo añadido de dedicación.

CONCLUSIONES:

La implementación de la estrategia de aprovechamiento de MH ha supuesto un ahorro de más de 2 millones de € al SSPA y podría ser considerada como estrategia de eficiencia en el proceso de gestión de recursos farmacéuticos para la sanidad pública.

La herramienta podría ser útil también para la optimización de otros recursos perecederos (fungibles, reactivos, etc).

La integración de la herramienta con aplicaciones corporativas de gestión de medicamentos podría automatizar el proceso y potenciar su rendimiento, reduciendo al mínimo las pérdidas ocasionadas por caducidad de medicamentos de alto coste.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

123. SEGUIMIENTO DE UN PROGRAMA DE PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN A VIH EN LA PRÁCTICA HABITUAL

AUTORES

LOPEZ ESCOZ R; MONTERO MARTÍN V; GONZÁLEZ PADILLA M; SÁNCHEZ YAÑEZ E; MOYA CARMONA I

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y la seguridad de un programa de profilaxis preexposición (PrEP) para la infección por el VIH con emtricitabina/tenofovir disoproxil (FTC/TDF). Medir la adherencia a la medicación de los pacientes incluidos en el programa para el periodo de estudio. Evaluar la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en estos pacientes tras su inclusión en el programa de PrEP .

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes que iniciaron PrEP entre enero y marzo de 2022. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, creatinina sérica (basal, a los 3 y 6 meses), serología VIH (basal y cada 3 meses) e ITS previas y posteriores al inicio con FTC/TDF, tasa de abandono de la medicación, tasa de posesión de la medicación (TMP) (número total de unidades dispensadas/número de unidades totales teóricas prescritas en ese



intervalo de tiempo multiplicado por 100) y eventos adversos (EA). Para la obtención de los datos se utilizó la historia clínica electrónica y el programa de dispensación a pacientes externos.

RESULTADOS:

Se incluyeron 69 pacientes, edad media 39 años (20-60), todos varones. La media de la duración del seguimiento fue de 11,4 meses.

La efectividad del tratamiento fue del 100%. Durante el periodo de estudio todas las serologías de control de los pacientes fueron negativas. Respecto a la seguridad, el 14,5% (10) presentó algún EA, siendo la intolerancia gastrointestinal el EA más frecuente. En uno de los pacientes aumentó significativamente la creatinina sérica, motivo por el cual se suspendió el tratamiento con FTC/TDF.

La tasa de abandono del programa fue del 21,7% (15), desconocemos los motivos por pérdida de seguimiento. En el resto de pacientes (54), la TPM fue superior al 90% en el 76,5% de éstos.

El 72,5% (50) de los pacientes había presentado al menos una ITS previa al inicio del programa PrEP, siendo la sífilis la ITS más común. Por otro lado, el 49,2% (31) tuvo al menos una ITS tras el inicio del programa, siendo la viruela del mono y clamidia las ITS con mayor incidencia.

CONCLUSIONES:

Emtricitabina/tenofovir disoproxilo es un fármaco efectivo para la PrEP al VIH-1, además se trata de un fármaco seguro, con bajo porcentaje de EA y de carácter leve.

Desde el Servicio de Farmacia se facilita la dispensación en acto único, lo que podría ser uno de los motivos que justifiquen la alta adherencia evaluada con la TPM, serían necesarios cuestionarios más específicos como Morisky-Green para confirmar dicha adherencia.

Debido al alto porcentaje de ITS posteriores al inicio de la PrEP, creemos importante educar e incidir en el uso de preservativo para prevenir otras ITS en esta población.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

124. ANÁLISIS Y DISCORDANCIA DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DETECTADAS EN DOS BASES DE DATOS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON APALUTAMIDA.

AUTORES

JURADO ROMERO A; DIAZ SUAREZ L; GARRIDO SILES M; MOYA CARMONA I

OBJETIVOS

Analizar el grado de discordancia entre las interacciones farmacológicas detectadas entre apalutamida y tratamiento domiciliario (TD) habitual de pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSm) en dos bases de datos: Lexicomp® y Drugbank®.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional y retrospectivo de interacciones detectadas en pacientes con CPHSm en tratamiento oral con Apalutamida desde febrero de 2021 hasta enero de 2023, en un hospital de especialidades. Se recogieron las siguientes variables: edad al diagnóstico, ECOG, medicación domiciliaria y grupo farmacoterapéutico (GFT), número de interacciones detectadas en Lexicomp® y clase (clase X (terapia contraindicada), clase D (considerar modificación de la terapia), clase C (monitorizar terapia) y clase B (no necesita ningún tipo de interacción), número de interacciones detectadas en Drugbank® y clase (mayor, moderada y menor) y número de interacciones potenciales de GFT en Lexicomp® (clase X y D) y Drugbank® (clase mayor). Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica (Oncofarm®), revisión de historias clínicas, programa de prescripción electrónica en receta XXI y base de datos de interacciones (Lexicomp® y Drugbank®).

RESULTADOS:

Se incluyeron 51 pacientes con una mediana de edad al diagnóstico de 67 años (47-86): el 52% de los pacientes presentaban ECOG 0, el 40% presentaban ECOG 1, y el 8% presentaban ECOG 2. El número total de prescripciones fue de 301 fármacos. La media de medicación domiciliaria fue de 6 (1-15) y el 46% de los pacientes presentaban polifarmacia mayor (más de 10 fármacos). El GFT más prevalente fue el C (Sistema cardiovascular) con el 30% de prescripciones, seguido del A (tracto alimentario y metabolismo) con el 22% y N (Sistema nervioso) con el 19% de las prescripciones. Se detectaron 95 interacciones en la base de datos Lexicomp® de las cuales, el 18% fueron de categoría X, el 6% fueron categoría D, el 66% fueron categoría C y el 10% fueron categoría B. El GFT que más interacciona fue el C (41%) seguido del N (18%) y el A (16%). Con el uso de Drugbank® se detectaron 252 interacciones (157 interacciones más que con Lexicomp®) de las cuales el 43% fue de categoría mayor, el 41% de categoría moderada y el 16% de categoría menor siendo el GFT que más interacciona el C (32%), seguido del N (22%) y el A (21%). El porcentaje de interacciones y GFT de las interacciones potenciales más relevantes se recoge en la Tabla 1.



Base de datos	Clase	Interacciones (%)	GFT (%)
Lexicomp	X	18%	A (82%)
			B (12%)
	D	6%	B (17%)
			N (66%)
Drugbank	Mayor	43%	C (26%)
			G (21%)
			N (29%)

GFT B (Sangre y órganos hematopoyéticos); GFT G (Sistema genitourinario y hormonas sexuales)

CONCLUSIONES:

Tras consultar en diferentes bases de datos para el análisis de interacciones farmacológicas se encuentran discrepancias en cuanto a su sensibilidad y severidad asignada. Mientras que DrugBank® ofrece más sensibilidad, Lexicomp® ayuda en el manejo de las interacciones detectadas. Se recomienda consultar más de una base de datos con el fin de detectar las posibles interacciones potenciales y de mayor relevancia clínica.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMOGENÉTICA

125. CRIBADO FARMOGENÉTICO PREVENTIVO, DESARROLLO Y REGISTRO EN LA HISTORIA ELECTRÓNICA

AUTORES

AMARO ÁLVAREZ L; CORDERO RAMOS J; GONZÁLEZ DÍAZ A; MARTÍNEZ ESCUDERO A; NÚÑEZ TORRES R

OBJETIVOS

La farmacogenética estudia la relación entre la variación genética y la variabilidad interindividual en la respuesta a fármacos, pudiendo predecir esta respuesta y permitir así la selección óptima de los mismos y la dosis adecuada que permita un tratamiento seguro y eficaz.

El objetivo principal es la creación de un repositorio farmacogenético poblacional para su integración en la historia clínica electrónica, con el que individualizar tratamientos según variantes farmacogenéticas identificadas del paciente disminuyendo así los eventos adversos y optimizando la respuesta terapéutica.

Como objetivo secundario se propone un análisis descriptivo del perfil farmacogenético de pacientes del área de influencia.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, longitudinal, prospectivo, multicéntrico y multidisciplinar.

La población objetivo fueron pacientes adultos pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía procedentes de atención especializada y primaria que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- >18 años
- Iniciar/estar en tratamiento con fármacos, listados en la Tabla 1
- Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Expectativa de vida menor a 6 meses.
- ECOG>2

Los genes seleccionados en la Tabla 1 fueron los destacados por su mayor relevancia clínica en el metabolismo de fármacos y con evidencia 1A según las recomendaciones en las guías clínicas del Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC).

La extracción de ADN se realizó a partir de muestras de sangre periférica, con el E.Z.N.A Blood DNA Mini-Kit de Omega Bio-Tek®. Para el genotipado se emplearon arrays Global Diversity Array(GDA)+PGX y Global Screening Array(GSA)+PGX [Infinium de Illumina®].

Los datos obtenidos tras los arrays fueron procesados por PGX Analysis Microarray Software de Illumina. El análisis del *CYP2D6* se realizó usando el CNV Caller de Illumina®.



Tabla 1. Principales fármacos metabolizados por los genes estudiados

FAMILIA DE FÁRMACOS	GEN	FAMILIA DE FÁRMACOS	GEN
ISRS (citalopram, escitalopram, fluvoxamina, paroxetina, sertralina)	CYP2D6	Warfarina	CYP2C9
	CYP2C19		CYP4F2
Venlafaxina	CYP2D6		VCORC1
Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, clomipramina, desipramina, doxepina, imipramina, nortriptilina, trimipramina)	CYP2D6	Estatinas (simvastatina, atorvastatina, pitavastatina, rosuvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina)	SLCO1B1
	CYP2C19	IBPs (omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, dexlansoprazol)	CYP2C19
Antipsicóticos (Zuclopentixol, haloperidol, aripirrazol, risperidona)	CYP2D6	Ondasetron/tropisetron	CYP2D6
Atomoxetina	CYP2D6	Alopurinol	HLA-B
Fenitoína	CYP2C9	Rasburicasa	G6PD
	HLA-B	Ivacaftor, ivacaftor/tezacaftor	CFTR
Carbamazepina/Oxcarbazepina	HLA-A	Voriconazol	CYP2C19
	HLA-B	Efavirenz	CYP2B6
Lamotrigina	HLA-B	Abacavir	HLA-B
Siponimod	CYP2C9	Atazanavir, atazanavir/ritonavir	UGT1A1
Opiáceos (codeína, tramadol)	CYP2D6	Ribavirina, PEG-INF-a-2a, PEG-INF-a-2b	INFL3
Anestésicos volátiles y succinilcolina	RYR1	Tacrolimus	CTP3A5
	CACNA1S	Tamoxifeno	CYP2D6
Clopidogrel	CYP2C19	Fluoropirimidinas (fluorouracilo, capecitabina, tegafur)	DPYD
Metoprolol	CYP2D6	Tiopurinas (mercaptopurina, azatioprina, tioguanina)	NUDT15
Antiarrítmicos (flecainida, propafenona)	CYP2D6		

RESULTADOS:

Un total de 40 sujetos fueron incluidos. La mediana de edad(IQR) fue 32(28-48) años y 70%(28) mujeres. Los diagnósticos principales fueron gastritis 32,5%(13), hipercolesterolemia 20%(8) y depresión 15%(6); y las comorbilidades más frecuentes, hipotiroidismo 15%(6) e hipertensión arterial 15%(6). Los pacientes estaban en tratamiento con una mediana de 1(1-2)fármacos, principalmente IBPs 57,5%(23) y antidepresivos 17,5%(7).

La prevalencia de los genotipos estudiados y su implicación fenotípica se muestran descritos en la Tabla 2.

La totalidad de los participantes presentó alguna alteración genotípica. El 62,5%(25) presentaron más de 3 genotipos alterados y el 35%(14) más de 5. Para los genes CACNA1S, CFTR, G6PD, NUDT15 y RYR1 no se encontró ningún alelo mutado.

Los genes con mayor variedad alélica encontrada en su distribución fueron el CYP2D6, DPYD, SLCO1B1. Se encontraron 15 variantes alélicas de cada uno.

Los genes implicados que presentaron mayor frecuencia de fenotipos alterados fueron CYP2C19 (57,5%), CYP2C9 (37,5%), CYP2B6 (37,5%), CYP2D6 (30%) y SLCO1B1 (27,5%). Estos fenotipos son aquellos que requirieron de una modificación en la pauta posológica del paciente.

CONCLUSIONES:

El cribado farmacogenético preventivo presenta un potencial enorme en la individualización de tratamientos, especialmente en individuos polimedicados. Casi la totalidad de los pacientes presentaron algún fenotipo con recomendación 1A de cambio en la pauta de tratamiento acorde a las guías CPIC (Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium). La implementación del cribado en la historia clínica puede suponer un paso proactivo fundamental en la medicina personalizada.

Tabla 2 (página siguiente)



Tabla 2. Prevalencia de genotipos y fenotipos previstos de los genes estudiados en una muestra de población andaluza (n=40)

Genotipo	Frecuencia		Genotipo	Frecuencia		Genotipo	Frecuencia	
	Nº individuos	relativa (%)		Nº individuos	relativa (%)		Nº individuos	relativa (%)
CYP2C19			ABCG2			SLCO1B1		
CYP2C19*1/*1	17	42,5	rs2231142 G/G	33	82,5	SLCO1B1*1/*1	9	22,5
CYP2C19*1/*17	11	27,5	rs2231142 G/T	6	15	SLCO1B1*1/*5	1	2,5
CYP2C19*1/*2	3	7,5	rs2231142 T/T	1	2,5	SLCO1B1*1/*14	8	20
CYP2C19*1/*4A	1	2,5	CYP2B6			SLCO1B1*1/*15	4	10
CYP2C19*1/*4B	1	2,5	CYP2B6*1/*1	15	37,5	SLCO1B1*1/*19	1	2,5
CYP2C19*17/*17	4	10	CYP2B6*1/*2	2	5	SLCO1B1*1/*20	3	7,5
CYP2C19*2/*17	2	5	CYP2B6*1/*5	4	10	SLCO1B1*1/*37	3	7,5
CYP2C19*8/*17	1	2,5	CYP2B6*1/*6	11	27,5	SLCO1B1*1/*46	1	2,5
CYP2C9			CYP2B6*1/*7	1	2,5	SLCO1B1*14/*14	2	5
CYP2C9*1/*1	22	55	CYP2B6*2/*6	1	2,5	SLCO1B1*14/*15	1	2,5
CYP2C9*1/*2	11	27,5	CYP2B6*4/*6	1	2,5	SLCO1B1*14/*20	1	2,5
CYP2C9*1/*3	3	7,5	CYP2B6*5/*5	1	2,5	SLCO1B1*14/*37	2	5
CYP2C9*1/*5	1	2,5	CYP2B6*6/*6	1	2,5	SLCO1B1*15/*15	1	2,5
Indeterminado ^a	3	7,5	Indeterminado ^a	3	7,5	SLCO1B1*15/*37	2	5
CYP2D6			CYP4F2			SLCO1B1*20/*37	1	2,5
CYP2D6*1/*1	7	17,5	c.1297G>A A/A	4	10	DPYD		
CYP2D6*1/*10	1	2,5	c.1297G>A A/G	15	37,5	c.1601G>A (*4)/c.1627A>G (*5)	2	5
CYP2D6*1/*2	11	27,5	c.1297G>A G/G	21	52,5	c.1627A>G (*5)/c.1627A>G (*5)	3	7,5
CYP2D6*1/*4	4	10	IFNL3/4			c.1627A>G (*5)/c.1896T>C	1	2,5
CYP2D6*1/*4N-4	1	2,5	rs12979860 C/C	21	52,5	c.1627A>G (*5)/c.2194G>A (*6)	1	2,5
CYP2D6*1/*68-4	1	2,5	rs12979860 C/T	17	42,5	c.85T>C(*9A)/c.496A>G/c.1627A>G(*5)≠	1	2,5
CYP2D6*1/*9	1	2,5	rs12979860 T/T	2	5	c.85T>C(*9A)/c.496A>G/c.2194G>A(*6)≠	1	2,5
CYP2D6*2/*2	4	10	TPMT			c.85T>C(*9A)/c.1129-5923C>G/c.1236G>A(HapB3)≠	1	2,5
CYP2D6*2/*2X2	1	2,5	*1/*1	34	85	c.85T>C(*9A)/c.496A>G	2	5
CYP2D6*2/*33	1	2,5	*1/*2	3	7,5	c.85T>C(*9A)/c.775A>G	1	2,5
CYP2D6*2/*4	2	5	*1/*3A	2	5	Referencia/c.1601G>A (*4)	1	2,5
CYP2D6*2/*9	1	2,5	*1/*3C	1	2,5	Referencia/c.1627A>G (*5)	6	15
CYP2D6*2/*9	2	5	VKORC1			Referencia/c.85T>C (*9A)	3	7,5
CYP2D6*4/*6	1	2,5	1639G>A A/A	4	10	Referencia/c.1896T>C	1	2,5
CYP2D6*4/*68-4	1	2,5	1639G>A G/A	19	47,5	Referencia/c.496A>G	1	2,5
Indeterminado ^a	1	2,5	1639G>A G/G	17	42,5	Referencia/Referencia Indeterminado ^a	11	27,5
CYP3A5							4	10
CYP3A5*1/*3	3	7,5						
CYP3A5*3/*3	34	85						
CYP3A5*3/*4	1	2,5						
CYP3A5*3/*6	1	2,5						
Indeterminado ^a	1	2,5						

^aNo se ha detectado ninguna de las variantes alélicas incluidas en el array



CLASIFICACIÓN: **PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH**

127. TENDENCIAS EN LA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS ENTRE PERSONAS CON VIH EN UNA COHORTE DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL.

AUTORES

CONTRERAS MACÍAS E; ROMERO ALONSO MDLM; REYES MALIA M

OBJETIVOS

Evaluar la incidencia de las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo asociados entre las personas que viven con el VIH (PVVIH).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo de cohorte clínica de PVVIH de 18 años o más con TAR activo que acudieron al servicio ambulatorio de farmacia hospitalaria entre 2011 y 2021. Se recogieron variables demográficas, clínicas y farmacoterapéuticas. La enfermedad cardiovascular se definió como eventos cardiovasculares agudos como infarto de miocardio o accidente cerebrovascular y patologías cardiovasculares crónicas como insuficiencia cardíaca. El tiempo hasta la incidencia de enfermedad cardiovascular se calculó a partir de la población clínica completa para cada año. Se crearon modelos de regresión de riesgo proporcional de Cox multivariable con covariables dependientes del tiempo para evaluar la asociación independiente entre las covariables y el tiempo hasta la incidencia de la enfermedad cardiovascular.

RESULTADOS:

En estos análisis, se incluyeron 681 PVVIH de los cuales 618 eran hombres (90,8 %) y 258 (37,9 %) tenían 50 años o más al inicio del estudio. Se identificaron 221 casos incidentes de enfermedades cardiovasculares. La incidencia aumentó de 2,5 incidentes por 1000 personas año (PY) en 2011, a 3,3 incidentes por 1000-PY en 2021. Recuentos más bajos de CD4+ (<200 células/ μ l) (Razón de riesgo (HR): 2,0; IC 95%: 1,2-3,3; p=0,03) y el tratamiento antirretroviral del esquema de biterapia (HR: 5,0; IC 95%: 1,9-12,8; p=0,01) se asociaron con incidencia de enfermedad cardiovascular.

CONCLUSIONES:

Los aumentos moderados en las tasas de incidentes de enfermedades cardiovasculares entre PVVIH se asociaron con factores de riesgo relacionados con el VIH. Uno de los factores de riesgo asociados podría ser modificable, favoreciendo un diagnóstico precoz de la infección por VIH, evitando recuentos bajos de CD4+. Se está estudiando la existencia de un proceso inflamatorio crónico de bajo grado a pesar de una adecuada supresión virológica por su papel en el desarrollo de determinadas comorbilidades como la enfermedad cardiovascular. Hay estudios que hablan de aumento de algunos biomarcadores inflamatorios al pasar de triple terapia antirretroviral a biterapia.

CLASIFICACIÓN: **EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA**

129. AHORRO GENERADO POR LA OPTIMIZACIÓN DE NATALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

MORALES RIVERO B; MORENO LÓPEZ ÁJ; GARCÍA GÓMEZ N; RODRÍGUEZ GOICOECHEA M; HORNO UREÑA F

OBJETIVOS

La optimización de natalizumab en el tratamiento de la esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) genera un ahorro de unos dos viales al año por paciente. En nuestro centro se lleva optimizando el natalizumab desde mediados de 2018, por lo que el objetivo de este estudio es analizar el ahorro generado gracias a la optimización del natalizumab.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, observacional de carácter económico realizado en un hospital de tercer nivel. Se analizaron los pacientes afectados de EMRR en tratamiento con natalizumab optimizado entre enero 2019 y diciembre 2022. Se extrajeron datos de consumo por paciente del programa de gestión, así como los datos económicos. Se calcularon los meses teóricos de tratamiento en función del natalizumab consumido, y se obtuvieron las cifras económicas que habrían supuesto, así como los consumos económicos reales generados. Se calculó también el importe generado por el cambio de tratamiento de aquellos pacientes que tuvieron que cambiar de tratamiento.

RESULTADOS:

39 pacientes en tratamiento activo durante el periodo descrito, con un consumo total de 1.057 dosis (mismo precio de natalizumab subcutáneo o intravenoso, por lo que no se hace distinción), que acarrearían un gasto de 1.376.509,96€, mientras que de no haberse optimizado el natalizumab en estos 4 años, el gasto total habría sido de 1.715.753,90€. El ahorro generado por nuestros pacientes asciende a 339.243,94€, que por paciente y año asciende a 2.174,64€.

El precio del natalizumab con IVA asciende a 1.302,28€. De aplicarse cada 4 semanas, el importe por paciente y año ascendería a 16.929,64€, mientras que en pacientes optimizados a cada 5 semanas, este importe asciende a 13.543,71€.

El ahorro teórico de optimizar natalizumab sería de 3.385,93€, mientras que nuestros resultados ofrecen un ahorro equivalente a un 64,2% del ahorro teórico de la optimización. Esta reducción está ocasionada por el hecho de incluir pacientes que iniciaron tratamiento dentro del periodo de estudio, ya que contabilizan en un periodo de 4 años, aunque hayan estado menos tiempo de tratamiento.



Por otra parte, 6 pacientes tuvieron que cambiar de tratamiento por progresión, 2 a cladribina y 4 a ocrelizumab, con un gasto anual dependiente del peso en caso de la cladribina, y de 18.666,56€ en el caso del ocrelizumab.

CONCLUSIONES:

La optimización del natalizumab parece constituir una herramienta de ahorro que puede ayudar a sufragar costes de nuevos tratamientos, que, en el caso de la EMRR, es algo que será necesario, ya que todos los ensayos clínicos muestran que no hay un 100% de pacientes respondedores a los tratamientos.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

130. DETERMINACIÓN DE NIVELES DE ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ¿SON EQUIPARABLES LA TÉCNICA DE ELISA TRADICIONAL VS UNA TÉCNICA “POINT OF CARE”?

AUTORES

ROMERO GONZÁLEZ M; MERINO BOHÓRQUEZ V; MARTÍNEZ ESCUDERO A; TIRADO PÉREZ MJ; REINA OROZCO P; ARGÜELLES ARIAS F; CAUNEDO ÁLVAREZ Á

OBJETIVOS

La técnica ELISA es la más utilizada para la determinación de niveles de adalimumab (ADL) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), por ser sencilla y barata. Su principal limitación es que precisan de un laboratorio especializado y se han de acumular varias decenas de muestras para que el coste de cada determinación sea más eficiente, con el consiguiente retraso en la obtención del resultado. El desarrollo de test rápidos permite la obtención de los niveles en tiempos muy cortos (15 minutos) y, por tanto, actuar de forma inmediata en la optimización de la terapia biológica.

El objetivo de este estudio es comparar la técnica de referencia para cuantificación de niveles ADL de tipo ELISA frente a la cuantificación mediante una prueba rápida “point of care (POC)”.

MATERIALES Y MÉTODOS:

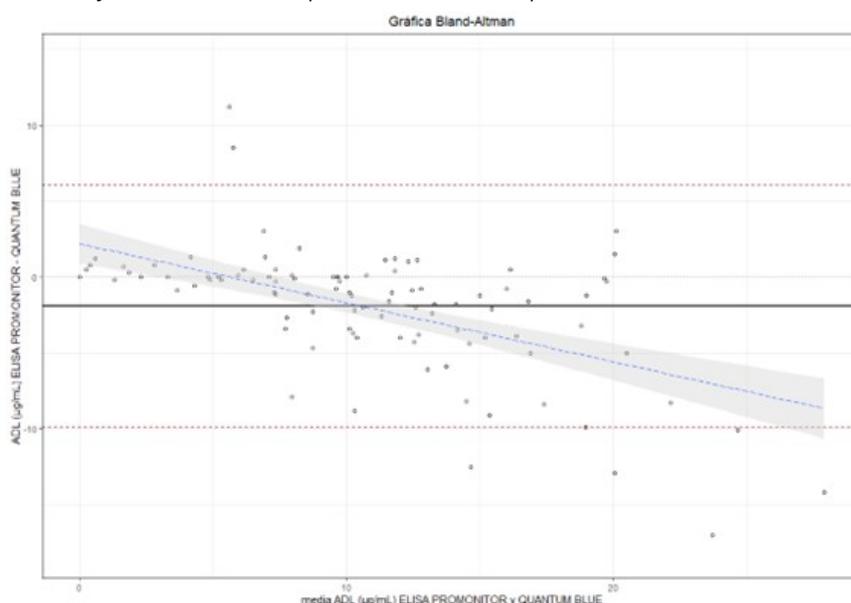
Se analizaron los niveles de ADL de 103 pacientes con EII que estaban en tratamiento de mantenimiento con ADL. Las muestras se obtuvieron previas a la infusión de ADL (niveles valle) y fueron analizadas mediante ambos métodos siguiendo las instrucciones de cada fabricante. Para realizar el estudio mediante enzimoanálisis (ELISA) se utilizaron los kits Promonitor®ADLv2, de Progenika Biopharma, Derio, España. Para el análisis rápido (POC) se utilizó la técnica de Inmuncromatografía de Flujo Lateral Quantum Blue® adalimumab (BÜHLMANN Laboratories AG, Schönenbuch, Switzerland).

La comparación cuantitativa de ambas técnicas se evaluó con gráficos de Bland-Altman, la prueba t de Student y la recta de regresión para comprobar la concordancia entre ambas técnicas. Un valor p de <0.05 se consideró estadísticamente significativo. Los límites de concordancia del 95% se calcularon utilizando la media $\{\overline{x}\} \pm 1.96*SD$. La correlación se evaluó mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r). Los análisis estadísticos fueron realizados con el paquete R® version 4.2.2 (R Core Team, Viena, Austria).

RESULTADOS:

La mediana de la concentración de ADL fue de 9.60 µg/mL (rango de medida 0.3-24.4 µg/mL) utilizando el test de ELISA y 11.20 µg/mL (rango de medida 1-35 µg/mL) utilizando el test POC (Quantum Blue®). La correlación de Pearson para ambas fue alta ($r=0.85$, $p<0.001$) y la recta de regresión $y=1.22x-0.26$, cuya pendiente cercana a 1.00 indica una buena concordancia entre ambas técnicas. La diferencia media de concentraciones entre test ELISA y test POC fue de -1.90 µg/mL. La gráfica de Bland-Altman (figura 1) indica que a concentraciones por encima de aproximadamente de 12 µg/mL, el test rápido (POC) empieza a generar dispersión de los valores de concentración de ADL frente a la técnica ELISA y sobreestimando a partir de este punto los valores de concentración de ADL.

Figura 1. Gráfica de Bland-Altman para adalimumab comparando ELISA PROMONITOR vs QUANTUM BLUE



CONCLUSIONES:

El test rápido (POC) Quantum Blue® adalimumab muestra una correlación y concordancia altas y unas diferencias mínimas aceptables en comparación con los test de referencia ELISA en los rangos terapéuticos habituales, por lo que resultan fiables y presentan la ventaja de obtener resultados en muy pocos minutos

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

133. PUESTA EN MARCHA DE ASESORÍAS DE PRESCRIPCIÓN DE CARBAPENÉMICOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

GONZÁLEZ PADILLA M; JURADO ROMERO Á; SÁNCHEZ YÁÑEZ E; MOYA CARMONA I

OBJETIVOS

El incremento de bacterias multirresistentes (BM) se ha convertido en un problema sanitario mundial. Es por esto que surge la necesidad de establecer actividades con el fin de monitorizar los tratamientos antimicrobianos. El objetivo de nuestro trabajo es describir la puesta en marcha de asesorías de prescripción de carbapenémicos.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo y de intervención realizado desde abril a diciembre de 2022. Miembros del grupo PROA (programa de optimización de uso de antibióticos) que realizan las asesorías: farmacéuticos hospitalarios y médicos especialistas en enfermedades infecciosas. Selección de prescripciones para las asesorías: con una periodicidad semanal se obtuvo un listado de prescripciones de carbapenémicos de todo el hospital a través del programa de prescripción electrónica. De cada listado se seleccionaron prescripciones dando prioridad a servicios con mayor presión antibiótica y con mayor número de prescripciones. Los miembros del grupo PROA valoraron la adecuación de la prescripción (adecuada vs no adecuada) y acordaron, en los casos necesarios, propuestas para el médico prescriptor, a quién se trasladó la información el mismo día. En un plazo inferior a 48 horas el grupo PROA revisó la aceptación o no de la propuesta emitida. Se registraron las siguientes variables: fecha de asesoría, edad, sexo, fecha de ingreso, diagnóstico, servicio médico, carbapenem prescrito, fecha de prescripción, tratamiento empírico/dirigido, antibioterapia concomitante, presencia o no de factores de riesgo para BM, tipo de muestras y resultados de cultivos, adecuación de prescripción, intervenciones propuestas y resultado de asesorías.

RESULTADOS:

Se realizaron un total de 97 asesorías: 74% (72) meropenem, 25% (24) imipenem, 1% (1) ertapenem. 57% hombres, edad media 62 años. La mediana de tiempo desde la prescripción hasta la asesoría fue de 4 días. Los servicios médicos donde más asesorías se realizaron fueron: medicina interna 47% (27), cirugía general 29% (17) y digestivo 12% (7). El 22% (21) de los carbapenémicos fueron prescritos de forma dirigida y el 78% (76) de forma empírica, de los cuales el 48% (36) no presentaba factores de riesgo para BM. El 62% (60) de las prescripciones se consideraron adecuadas y el 39% (37) no adecuadas. Se realizaron un total de 81 intervenciones: 43% (35) desescalada dirigida, 18% (15) revisión de la duración de la prescripción, 14% (11) desescalada por no presentar factores de riesgo para BM, 11%(9) toma de cultivos, 11%(9) correcta interpretación del antibiograma, 3%(2) suspensión de antibiótico concomitante por redundancia de espectro terapéutico. El 77% de las intervenciones propuestas fueron aceptadas por el prescriptor.

CONCLUSIONES:

El alto grado de aceptación de las asesorías por parte de los prescriptores pone de manifiesto el importante papel del grupo PROA en el seguimiento de la prescripción de carbapenémicos aportando una mejora en la calidad de la prescripción. Esta actividad de forma aislada sería insuficiente para reducir la presión antibiótica de carbapenémicos pero junto a otras herramientas que nos ofrece PIRASOA (programa integral de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de los antimicrobianos) el resultado esperable es la reducción la presión antibiótica y por consiguiente, la reducción de microorganismos multirresistentes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

134. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE IBRUTINIB EN LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA: DATOS EN VIDA REAL

AUTORES

DÍAZ PERALES R; LÓPEZ BAUTIS B; ORTEGA DE LA CRUZ C; DEL RIO VALENCIA JC

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de ibrutinib en primera, segunda y posteriores líneas de tratamiento en pacientes con leucemia linfática crónica (LLC) mediante el análisis de supervivencia libre de progresión (SLP) y las causas de discontinuación de tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo desarrollado en un hospital de tercer nivel con pacientes de LLC tratados en primera, segunda y posteriores líneas de tratamiento con ibrutinib durante al menos 6 meses, en seguimiento por el servicio de farmacia, desde mayo 2015 hasta enero 2023.



Variables recogidas: demográficas (sexo y edad) y clínicas (número de líneas de tratamiento).

Variables estudiadas: tasa de discontinuación y causas de la misma (según línea de tratamiento): progresión, toxicidad o exitus (y sus causas); mediana de seguimiento (según línea de tratamiento y global); mediana SLP (mSLP) según línea de tratamiento, edad y global.

Los datos fueron obtenidos del programa de prescripción electrónica a pacientes externos y de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS:

Total de 57 pacientes, 61,4% varones con una edad media de 71,5 años (47,2-92,7), en tratamiento con ibrutinib para LLC. En el momento del estudio, 56% pacientes en tratamiento activo. Mediana de seguimiento global: 28,7 meses (7,3-83).

Primera línea: 28 pacientes (49%). Discontinuación en 6 pacientes (21,4%), mediana de seguimiento de 25,1 meses (7,3-69,1). Causas: 3 pacientes por toxicidad (2 pacientes cardiotoxicidad y 1 afectación neuro-muscular grado IV de la OMS), 2 pacientes por progresión (1 paciente a síndrome de Richter) y 1 paciente por exitus (infección COVID-19). No se alcanzó la mSLP.

Segunda línea: 15 pacientes (26%). Discontinuación en 8 pacientes (53,3%), mediana de seguimiento de 41,7 meses (7,3-83). Causas: 3 pacientes por toxicidad (1 paciente cardiotoxicidad y 2 sangrados por combinación con ACODs), 3 pacientes por progresión y 2 por exitus (shock séptico: 1 de origen urinario y 1 por colecistitis). No se alcanzó la mSLP.

Tercera o posterior línea: 14 pacientes (25%). Discontinuación en 11 pacientes (78,6%), mediana de seguimiento de 28,5 meses (8,3-67,6). Causas: 2 pacientes por toxicidad (1 paciente cardiotoxicidad y 1 sangrados por combinación con ACODs), 7 pacientes por progresión (2 pacientes a síndrome de Richter) y 2 pacientes por exitus (1 infección COVID-19 y 1 traumatismo). Se alcanzó la mSLP a los 28,7 meses.

No se alcanzó la mSLP independientemente de la edad de los pacientes ni en la población total.

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio no se alcanza la mSLP en primera ni en segunda línea de tratamiento al igual que en otros estudios en vida real (Ibrors). La mSLP, como era de esperar, ha sido inferior en los pacientes con ibrutinib en tercera o posteriores líneas de tratamiento.

En cuanto a la discontinuación del tratamiento por toxicidad, el porcentaje del 14% en nuestro estudio es superior al de otros estudios realizados en vida real (Ibrors, BIRD). Esto puede ser debido a nuestro menor tamaño muestral y a las diferencias en las características basales de los pacientes.

El papel del farmacéutico en el seguimiento farmacoterapéutico del paciente hematológico es fundamental para detectar posibles problemas de medicación y mejorar los resultados en salud.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

135. MANEJO DEL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

AUTORES

CANO MARTINEZ G; DOMÍNGUEZ SANTANA CM; MARTÍNEZ RUBIO C; MORENO RAMOS C; DÍAZ NAVARRO J

OBJETIVOS

Describir el manejo y la efectividad del tratamiento de la infección por *Clostridium difficile* (ICD) en el ámbito hospitalario.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo en el que incluyó a pacientes diagnosticados de ICD durante el año 2022. Se solicitó al servicio de microbiología el listado de pacientes ingresados con PCR positiva para *Clostridium difficile* en muestras de heces. Los siguientes datos se obtuvieron de la historia única digital (Diraya): sexo, edad, presencia de factores de riesgo (>65 años, ingreso en UCI, tratamiento con inhibidores de la bomba de protones -IBPs-, inmunosupresores y antibióticos previos), ingresos recientes, tratamiento inicial para ICD y duración, recurrencias (<8 semanas tras el tratamiento inicial) y nuevo episodio (>8 semanas).

Para medir la efectividad se estableció como variable principal la curación clínica, definida como la proporción de pacientes que no habrían requerido más terapia frente a la ICD dos días después de la finalización del tratamiento, tal y como aparece en el informe de posicionamiento terapéutico de fidaxomicina del Ministerio de Sanidad.

RESULTADOS:

Se incluyeron 30 pacientes, 56,6% hombres, con una mediana de edad de 70 (18-84) años. Todos presentaban algún factor de riesgo: 66,6% mayor de 65 años, 6,6% ingreso en UCI, 73,3% en tratamiento con IBP y 93,3% con antibioterapia previa, con la siguiente distribución por grupo terapéutico: 36,6%(n=11) cefalosporinas, 33,3%(n=10) penicilinas con inhibidores de las betalactamasas, 30%(n=9) quinolonas, 23,3%(n=7) penicilinas, 23,3%(n=7) carbapenems, 13,3%(n=4) metronidazol, 10%(n=3) linezolid, 6,6%(n=2) fosfomicina, 3,3%(n=1) aminoglucósidos y 3,3%(n=1) aztreonam. El 73,3% tuvo un ingreso hospitalario reciente. El episodio inicial en el 73,3% de los pacientes fue tratado con vancomicina oral 125mg/6h, el 16,6% recibió vancomicina oral 125mg/6h más metronidazol IV 500mg/8h y el 10% vancomicina



oral 125mg/6h más metronidazol oral 500mg/8h. La duración del tratamiento habitual fue de 10 días, excepto en dos pacientes, que se redujo a cinco días por resolución de síntomas tempranos.

Hubo seis casos de pacientes con recurrencia de la enfermedad, dos de los cuales fueron tratados con vancomicina oral, otros dos con vancomicina oral más metronidazol y el resto con fidaxomicina 200mg/12h. La duración del tratamiento en estos pacientes fue de 10 días, excepto en un paciente que recibió vancomicina oral con una duración de 14 días. El 93,3% de los pacientes alcanzaron la curación clínica. Dos pacientes presentaron un nuevo episodio de ICD tras la curación del episodio inicial.

CONCLUSIONES:

En nuestra población, todos los pacientes presentaron algún factor de riesgo predisponente. El abordaje terapéutico inicial elegido para tratar los episodios de ICD fue la vancomicina oral con o sin metronidazol, existiendo una baja tasa de recurrencias y una curación clínica mayoritaria con estos fármacos. Fidaxomicina sólo fue necesaria en algunos casos de recurrencia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

137. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRALOKINUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE

AUTORES

URBANO FERNÁNDEZ MÁ; CANO DOMÍNGUEZ S; RODRÍGUEZ GOICOECHEA M; NACLE LÓPEZ I; CANTUDO CUENCA R

OBJETIVOS

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel caracterizada por la presencia de prurito intenso, eccemas y xerosis. Los objetivos del tratamiento son reducir la sintomatología y prevenir las exacerbaciones. Dentro del tratamiento a nivel sistémico de la DA moderada-grave una opción de reciente autorización es el tralokinumab, anticuerpo monoclonal humano dirigido específicamente y con alta afinidad a IL-13, inhibiendo así la unión a su receptor y disminuyendo niveles de mediadores de la inflamación de tipo 2.

El objetivo del estudio es evaluar la efectividad y seguridad de tralokinumab con DA de moderada-grave en tres hospitales de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico de los pacientes en tratamiento con tralokinumab desde abril de 2022 hasta febrero de 2023. Variables recogidas: edad, sexo, tratamientos previos, tratamientos concomitantes, inicio y duración del tratamiento, efectos adversos (EA) y se analizó la severidad de la DA mediante las escalas: Eczema Area and Severity Index (EASI), Investigator Global Assessment (IGA) y Body Surface Area (BSA).

La efectividad se evaluó mediante la evolución del EASI, IGA, y BSA, valorando el número de pacientes con una reducción de al menos el 50% o 75% en los valores de EASI (EASI50 y EASI75, respectivamente), número de pacientes en alcanzar valores de IGA de 0 o 1 y número de pacientes en reducir el BSA, todo ello en la semana 16 aproximadamente. Fuentes de información: aplicación de prescripción electrónica Prisma® y la historia clínica informatizada Diraya®.

RESULTADOS:

Se incluyeron 27 pacientes, de los cuales 14 (11 mujeres, 3 hombres) habían alcanzaron la semana 16 de tratamiento o más, con una edad media de 33,3 años (rango 16-52 años) y con una mediana de seguimiento de 25,4 semanas. Todos habían recibido tratamientos previos con corticoides tópicos (CST) y ciclosporina, donde 7 de ellos habían recibido tratamiento con dupilumab y 4 con inhibidores de JAK. La posología utilizada fue la indicada en ficha técnica. 7 pacientes fueron tratados concomitantemente con CST y 4 con metotrexato.

La media basal de EASI fue de 34,3 y tras la valoración realizada alrededor de la semana 16, el 50% (7/14) alcanzó EASI50 y el 21% (3/14) EASI75. Con una mediana de valoración por parte del dermatólogo de 20 semanas, el número de pacientes que continuaban en EASI50 eran 6 y en EASI75 1. En cuanto a IGA, partiendo de 10 pacientes con valores mayores a 0 o 1, el 50% de ellos lograron alcanzar dichos valores. La mediana basal de BSA se situó en 26,5, donde 2 (14%) pacientes sufrieron un aumento y 9 (64%) lo redujeron, llegando 2 de ellos a valores de 0.

En relación a los EA, se notificaron 2 casos: un paciente sufrió un síncope tras la 3ª dosis y otro paciente refirió cefalea, siendo ambos EA limitados en el tiempo.

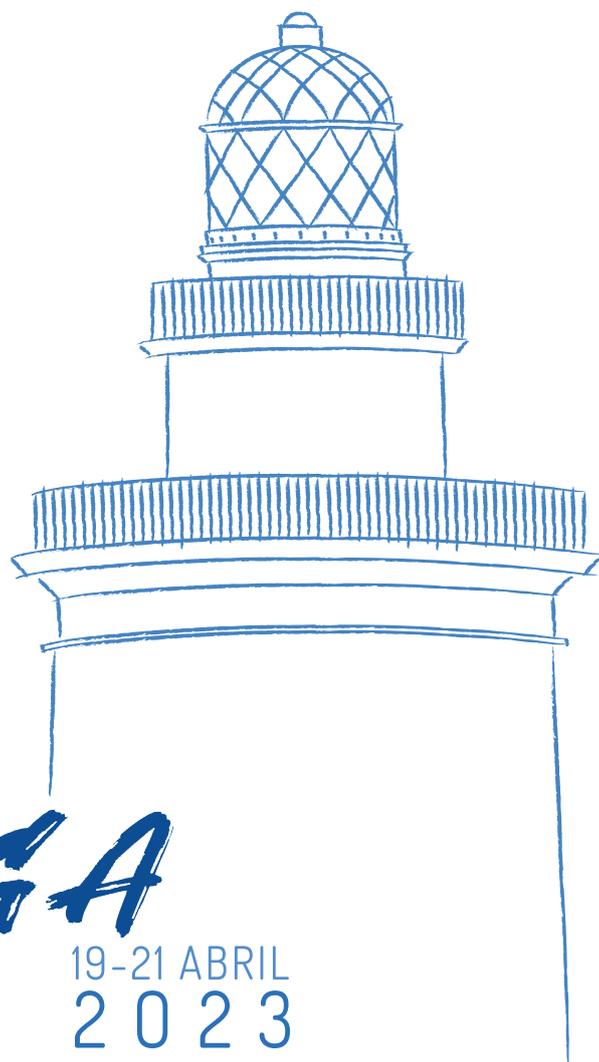
CONCLUSIONES:

Tralokinumab es una novedosa alternativa en pacientes con DA moderada-grave refractaria a otras terapias. Sin embargo, debido a la reciente indicación de este fármaco, son necesarios más datos sobre eficacia y seguridad a largo plazo.



18 congreso safh

*Más visibles
Más seguros
Sumando en calidad asistencial*



MÁLAGA

19-21 ABRIL
2023

