



14^º congresoSAFH

**UNIDOS
COMPARTIENDO
METAS**



SEVILLA 2017



Sociedad Andaluza de Farmacéuticos
de Hospitales y Centros Sociosanitarios

**HOTEL NH COLLECTION SEVILLA
26-28 ABRIL**



14

CONGRESO SAFH
SEVILLA 2017

UNIDOS
COMPARTIENDO
METAS

*Sociedad Andaluza de Farmaceúuticos
de Hospitales y Centros Sociosanitarios*



© Sociedad Andaluza de Farmacéuticos
de Hospitales y Centros Sociosanitarios

Edita: Editorial Amarppe

Depósito Legal: GR. 651-2017

ISBN: 978-84-943090-8-3

Fotocomposición, impresión y encuadernación: Editorial Amarppe



SUMARIO

| | |
|-------------------------------|-----|
| SALUDA | 7 |
| COMITÉ DE HONOR | 11 |
| COMITÉS. | 13 |
| PROGRAMA CONGRESO | 15 |
| COMUNICACIONES. | 25 |
| PECHA KUCHAS | 188 |
| INFORMACIÓN GENERAL | 197 |
| EXPOSICIÓN COMERCIAL. | 199 |

SALUDA

Estimad@s compañer@s:

En nombre de los Comités científico y organizador os damos la bienvenida a la edición número 14 del Congreso de la Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospitales y Centros Sociosanitarios, que celebramos del 26 al 28 de abril de 2017 en Sevilla, ciudad que la mayoría conocéis, pero a la que siempre gusta volver para descubrir lugares y rincones diferentes.

La sede elegida es el Hotel NH Collections, poseedor de una infraestructura que lo hace idóneo para un acontecimiento de este nivel y con una ubicación de fácil acceso para los asistentes.

El lema del Congreso “Unidos compartiendo metas” es un fiel reflejo de lo que deseamos para nuestra profesión. En la complicada situación económica que existe actualmente en la Sanidad, es necesario trabajar de forma articulada si pretendemos seguir creciendo y continuar siendo profesionales puntales en el ámbito sanitario, inmersos en los equipos multidisciplinares. imprescindibles para conseguir una asistencia sanitaria de calidad, seguridad y eficiencia.

En esta edición número 14 se van a mezclar las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación con otras que fueron esenciales para la difusión de la información en el pasado. Y como ejemplo de éstas resaltar la vuelta a la exposición de las comunicaciones pósteres como tales, en su formato de celulosa, por sugerencia de muchos de nuestros socios. Y esto no es sólo un guiño a la añoranza, sino que hemos creído que aquel “viejo formato” facilitaba más su lectura y por tanto la difusión de las comunicaciones que es su fin último. Con este giro hacia el pasado nos alineamos con otros congresos europeos e internacionales.

Destacar que en los últimos años se ha contado con la presencia de farmacéuticos de hospitales y otros profesionales sanitarios de otras Comunidades Autónomas, hecho que con ilusión iniciamos como un reto y que se ha convertido en una realidad en auge, no sólo asistiendo como congresistas, sino participando mediante la aportación de comunicaciones. Se pretende un hermanamiento oficial con una de estas Comunidades.

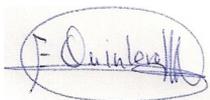
Queremos compartir nuestra ilusión de poder hablar en estos días sobre los temas propuestos, otros temas de interés general, opiniones y experiencias, de recibir vuestras interesantes comunicaciones y de aprender siempre, para hacer de este Congreso, como cada año, un punto de encuentro y de intercambio de conocimientos.

Desde los comités organizador y científico hemos querido plantear un congreso que proyecte la unión, desgajando los obstáculos que nos impiden caminar juntos, mirando a un horizonte que nos lleve hacia la meta que todos queremos conseguir.

Hemos preparando también con ilusión el programa social, para disfrutar y conocer diferentes lugares de Sevilla para que os llevéis un agradable recuerdo de esta ciudad.

Os deseamos un feliz congreso

Esperanza Quintero Pichardo
Presidenta del Congreso



Santiago Sandoval Fernández
Presidente del Comité Organizador



José Antonio Marcos Rodríguez
Presidente del Comité Científico



CASA DE S. M. EL REY

C R E D E N C I A L

Nº 107/2017

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 "14 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE FARMACÉUTICOS DE HOSPITALES Y CENTROS SOCIO-SANITARIOS (SAFH)" que, bajo el lema «*Unidos compartiendo metas*», se celebrará en Sevilla del 26 al 28 del presente mes de abril.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 6 de abril de 2017

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY
P.A.
EL SECRETARIO GENERAL,

SEÑORA PRESIDENTA DEL CONGRESO.

SEVILLA

COMITÉ DE HONOR

Excm. Sra. D.^a Susana Díaz Pacheco
Presidenta de la Junta de Andalucía

Excmo. Sr. D. Aquilino Alonso Miranda
Consejero Andaluz de Salud y Bienestar Social

Ilmo. Sr. D. Mariano Marín Patón
Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud

Ilmo. Sr. D. Manuel Pérez Fernández
Presidente del Real e Ilustre Colegio Oficial
de Farmacéuticos de la Provincia de Sevilla

Sr. D. Juan Espadas Cejas
Alcalde de Sevilla

Dr. D. Manuel Romero Gómez
Director Gerente del Hospital Universitario Virgen del Rocío

Dr. D. Juan José Afonso Rodríguez
Director Gerente Hospital San Juan de Dios Aljarafe

Dr. D. Manuel Romero Gómez
Director Gerente del Hospital Universitario Virgen del Rocío

Dr. D. José Manuel Vega Pérez
Decano de la Facultad de Farmacia de la Universidad
de Granada Facultad de Farmacia

COMITÉS

Presidenta del Congreso

Esperanza Quintero Pichardo

Comité Científico

Presidente

José Antonio Marcos Rodríguez

Vocales

Margarita Beltrán García

M.^a Dolores Cantudo Cuenca

Susana Corral Baena

Benito Dorantes Calderón

Silvia Fénix Caballero

M.^a José Garabito Sánchez

Beatriz García Robledo

Dolores Guerrero Aznar

Margarita Ramírez



Comité Organizador

Presidente

Santiago Sandoval Fernández

Vocales

Ángel Albacete Ramírez

Concepción Carrascosa Rodríguez

José Manuel Carretero Abascal

Antonio Monzón Moreno

Nuria Muñoz Muñoz

Rosa Muñoz

Pablo Quintero García

Gabriel Ramírez Soto

Joaquín Santana Flores

Responsable de redes sociales: Silvia Fénix Caballero

PROGRAMA CONGRESO SAFH 2017 “UNIDOS COMPARTIENDO METAS”

MIÉRCOLES 26 DE ABRIL

PRECONGRESO

- 9,00 – 9,10 **Presentación**
Esperanza Quintero Pichardo
- 9,10 – 10,15 **Compartiendo... Cómo transmitir conocimiento con las presentaciones**
Tipos de metodología docente
José Luis Castro Campos
Jefe de Gabinete de Investigación, docencia y gestión del conocimiento.
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
- 10,15 – 11,30 **Compartiendo... Herramientas informáticas para crear presentaciones eficaces. Distintos tipos de aplicaciones (prezi, emaze...)**
Jorge Díaz Navarro
Jefe de Estudios. FEA Farmacia Hospitalaria.
Hospital universitario Puerto Real
- 11,30 – 12,00 **Café**
- 12,00 – 13,00 **COMPARTIENDO... Negociación y gestión del cambio ¿Cómo hablo con los clínicos??**
José Luis Castro Campos



13,00 – 14,00 **COMPARTIENDO...** Comunicación y exposición en público ¡Oh, no! ¡Mi primera charla en público!
Jorge Díaz Navarro

14,00 – 15,30 Comida de trabajo

15,30 – 17,30 **COMPARTIENDO...** Coaching de equipos
Pedro Marcos Rodríguez
Director EFIC (Escuela de Formación Integral en Coaching)

JUEVES 27 DE ABRIL

8:00 - 9:00 **COMPARTIENDO... Modelo CMO**
Moderador: Dr. Emilio Molina Cuadrado
FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital Torrecárdenas.
Almería

Dr. *Ramón Morillo Verdugo*
Coordinador Proyecto Mapex SEFH

Dr. *Emilio Monte Boquet*
Jefe de sección y responsable de la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos. Hospital Universitario La Fe. Valencia

9,00 – 10,30 **Mesa 1: COMPARTIENDO... Experiencia en la Atención Integral del paciente Crónico**
Moderador: Dr. José Luis Gutiérrez Sequera
Gerente Área Sanitaria Norte de Málaga

Atención compartida para pacientes con necesidades crónicas complejas.

Programa Asistencial Comparte. Distrito Aljarafe-Hospital San Juan de Dios

Dr. *Ignacio Vallejo Maroto*
FEA Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Conciliación de la medicación, una responsabilidad compartida

Dra. *Carmen Galán Retamal*
FEA Farmacia Hospitalaria. UGC Farmacia. Área Sanitaria Norte de Málaga



Atención a la Cronicidad desde la perspectiva del cuidado en el SSPA

D.^a *Susana Rodríguez Gómez*

D.U.E. Responsable de Proyectos de Atención Primaria.
Plan Integral Cuidados de Andalucía (PICUIDA)

10,30 – 11,00 Café

11,00 – 11,30 Acto inaugural

11,30 – 12,30 Conferencia inaugural

12,30 – 13,30 Asamblea de la SAFH

13:30 - 14:30 SIMPOSIO INDUSTRIA: Biosimilares: Una actualidad presente y de futuro

Moderador: Dr. Francisco Sierra

Jefe de Servicio del Complejo Hospitalario Torrecárdenas

Evidencia de equivalencia en Biosimilares. Conceptos clave

Dra. *Belén Maldonado*

UGC Digestivo Hospital Virgen Macarena

¿Qué aportan los Biosimilares a la eficiencia?. Implicación del farmacéutico de hospital

Dr. *Alberto Jiménez*

FEA Hospital Virgen de las Nieves

14,30 – 15,30 Comida de trabajo

15,30 - 17,00 **Mesa 2: COMPARTIENDO.... Innovación e Investigación**

Moderador: Dr. Manuel Cárdenas Aranzana
FEA Farmacia Hospitalaria. UGC Farmacia. H. Universitario Reina Sofía

Innovation and pipeline. Industria Farmacéutica

Dra. *Ana Peiro Pozo*
Responsable Médico Área Oncológica. Medical Strategy.
Departamento Médico Roche Farma

RWD-RWE centrado en el paciente: una aproximación al Big Data

Dr. *José Manuel Martínez Sesmero*
Director de Investigación e Innovación de la SEFH.
FEA Farmacia Hospitalaria. Complejo Hospitalario de Toledo

I+D+i en el SSPA para el desarrollo de nuevos medicamentos de terapias avanzadas

D.^a *Natividad Cuende Melero*
Directora de la Iniciativa Andaluza de Terapias Avanzadas. Junta de Andalucía

17,00 - 18,00 **SIMPOSIO INDUSTRIA: “Las Coagulopatías en el Hospital. Visión del hematólogo. Visión del Farmacéutico”**

Dra. *Casilda Ortega De la Cruz*
Responsable de Hematología. Servicio de Farmacia
Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga
Dr. *Ramiro Núñez Vázquez*



Unidad de Coagulopatías. Servicio de Hematología
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Dr. Juan Gracia
Biopharma Medical Manager
Novo Nordisk Pharma

18,00 – 19,30 Presentación de **PECHA-KUCHA**



VIERNES 28 DE ABRIL

8,30 – 9,30 **Desayuno con expertos: COMPARTIENDO.... Niveles asistenciales: Intercentros e interniveles**
Moderador: Dr. José Ramón Ávila Álvarez
Director UGC Farmacia Área Sanitaria Campo Gibraltar. Algeciras. Cádiz

Dr. *Manuel Romero Gómez*
Director Gerente del H. U. V Macarena – H. U. Virgen Rocío

Dr. *José Cabeza Barrera*
Director UGC en Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Dra. *M.ª Dolores Alguacil Herrero*
Directora Gerente del H. Virgen Valme y Área de Gestión Sanitario Sur de Sevilla

9,30 – 11,00 **Mesa 3: Tengo una pregunta para ti – COMPARTIENDO... Evaluación y posicionamiento en Andalucía**
Moderador: Dra. Dolores Bejarano Rojas
Jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria y Suministros Farmacéuticos. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud

Constitución y objetivos de las nuevas comisiones centrales. Cambios más relevantes

Dra. *Elena Hevia Álvarez*
Jefa de Servicio de Promoción del Uso Racional del Medicamento Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud

Estructura y funciones de las comisiones centrales. Coordinación con los IPT y la GFTHA de cara al posicionamiento de fármacos

Dr. Jesús Francisco Sierra Sánchez

FEA Farmacia

Servicio de Promoción del Uso Racional del Medicamento. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud

Asignación de IPT a Andalucía. Circuito y fases

Dr. Emilio Jesús Alegre del Rey

FEA Farmacia Hospitalaria. UGC Farmacia H. U. Puerto Real

Grupo Coordinador de Posicionamiento Terapéutico, Andalucía

11,00 – 11,30 Café

11,30 – 13,00 **El debate: COMPARTIENDO... NUESTRA PROFESIÓN**

Moderador: *Dr. Pedro Acosta Robles*

Director UGC Interniveles Intercentros de Farmacia
Poniente

Dra. Esperanza Quintero Pichardo

Presidenta de la Sociedad Andaluza de Farmacia Hospitalaria

Dr. Miguel Ángel Calleja Hernández

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria



Dr. *Luis Carlos Fernández Lison*
Jefe sección. Farmacia Hospitalaria. Complejo Hospitalario de Cáceres

13,00 – 14,00 **Acto y conferencia de clausura**
Farmacia social: Experiencia y participación del farmacéutico de hospital en la creación de una ONG
Dr. *David Roca Biosca*
Fundador y Presidente de la ONG El Alto

Dr. *Víctor P. González Muñiz.*
Farmacéutico Especialista, BCPS.

14,00 – 15,30 Comida de trabajo

15,30 – 16,30 **COMPATRIENDO... Experiencia PROA**
Moderadora: Dra. Carmen Gallego Fernández
FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Regional de Málaga

Experiencia de PROA en un Hospital de Tercer Nivel. Éxito del trabajo colaborativo Por el farmacéutico
Dra. *Pilar Aznarte Padial*
FEA Farmacia Hospital. Complejo Hospitalario de Granada

Experiencia de PROA en un Hospital de Tercer Nivel. Éxito del trabajo colaborativo Por el médico
Dra. *Pilar Retamar Gentil*
Coordinadora del Grupo PROA HUVM. FEA UGC Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva

16,30 – 17,30 Presentación de comunicación ORALES

17,30 – 19,00 Mesa de residentes: COMPARTIENDO... Salidas profesionales

Moderador: Dr. Juan Carlos García de Paredes Esteban
Vocal de residentes

Atención farmacéutica en el medio sociosanitario

Dra. Cecilia Calvo Pita

Servicio de Farmacia del centro de atención integral a la discapacidad Oncineda. Subdirección de Farmacia del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea

La atención farmacéutica en los Centros Penitenciarios. Metas por alcanzar

Dra. Carmen Ruano García

Farmacéutica Titular del Servicio de Farmacia. Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

El farmacéutico en atención primaria. Retos y oportunidades: De la gestión a la clínica

Dra. Alicia Gil Rodríguez

FEA Farmacia Hospitalaria. Distrito Jaén Norte

COMUNICACIONES

ATENCIÓN FARMACÉUTICA

1. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR E INTERNIVELES DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO FRÁGIL DE MAYOR COMPLEJIDAD

Luna Higuera A., Domínguez Recio A., López Álvarez C., Blanco Bermejo C.

Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga – Axarquía

Objetivos: Conciliar la medicación durante las transiciones asistenciales en pacientes frágiles según grado de complejidad, integrando el proceso de Conciliación en el “Programa de Atención a Pacientes Frágiles”.

Estandarizar el procedimiento y su registro en la Historia Clínica Digital (HCD) para garantizar la continuidad del tratamiento interniveles. Material y métodos: Se implementó un protocolo multidisciplinar de Conciliación de la Medicación (CM) al ingreso y al alta en un Área Sanitaria.

Se estableció un procedimiento de registro del mismo en el programa de prescripción electrónica intrahospitalaria (PEI) (APD-Prisma®) y en la HCD (Diraya-Especializada®), y se creó una Consulta de Conciliación (CC) con agenda diferenciada.

La población diana se definió como: pacientes frágiles complejos (PFC), valor 4/5 según escala EVIAXA® desarrollada en el centro. Esta escala puntúa entre 0-5 según parámetros de comorbilidad previamente establecidos.

Resultados: La Unidad de Soporte al Paciente Frágil se encarga de activar el proceso de CM tras ingreso de un PFC, incluyendo al mismo en la CC de la Unidad de Farmacia (UF) y notificándolo al Servicio Médico responsable del ingreso. El procedimiento consta de las siguientes fases:

Al ingreso:

1. El Farmacéutico realiza un informe farmacoterapéutico que registra en la HCD, asociado a un Episodio de Farmacia, con los siguientes apartados:

- Tratamiento domiciliario: obtenido tras consulta de Módulo Prescripciones en receta V5 (PV5) y entrevista con paciente/cuidador.
- Validación Farmacéutica: detección de contraindicaciones, interacciones, ajustes posológicos..., y su justificación.
- Discrepancias con medicación al ingreso: aquellas “no justificadas” se argumentan pormenorizadamente.
- Plan de actuación: se propone, para cada problema identificado, un plan de acción: suspender, mantener, añadir, revisar indicación o modificar.

2. Contacto con facultativo especialista hospitalario (FEA) para aclaración conjunta de discrepancias no justificadas (DNJ).

3. Simultáneamente, en la aplicación de PEI, se registran las DNJ como “actuaciones farmacéuticas”, clasificando cada intervención y probable impacto en la situación clínica del paciente. Posteriormente, se registra el grado de aceptación del FEA.

Al alta:

1. El FEA avisa del alta a la UF con 24-48h de antelación.

2. La UF elabora el informe de CM dirigido al FEA, orientado a asegurar la correcta prescripción en PV5, manejo de las DNJ sin resolver y de su posible desprescripción segura y, lo más importante, incluyendo información que facilite la comprensión y adherencia del paciente al plan farmacoterapéutico (PF).

3. El FEA integra las recomendaciones del informe de conciliación, en el informe de alta, y es el responsable de la información/comunicación del mismo al PFC/cuidador y de la derivación a su médico de familia antes de una semana para seguimiento de la adherencia al PF.

Conclusiones: La conciliación al ingreso y al alta es especialmente relevante en PFC ya que facilita la detección y corrección de errores de medicación.

La implantación del proceso de CM y su implementación y registro en la HCD del paciente, ha facilitado la coordinación y comunicación entre los distintos niveles asistenciales, situando a la UF como agente clave en la mejora de la seguridad de la asistencia prestada durante las transiciones asistenciales.

2. ADAPTACIÓN DE LA HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA DE PACIENTES EXTERNOS AL OBJETIVO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

Estaire Gutiérrez, J, Romero Alonso, MM, Sánchez del Moral, R, Bolívar Raya, MA.

Hospital Infanta Elena

Objetivos: Evaluar la calidad de la información incorporada en las historias farmacoterapéuticas (HFT) en la Consulta de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (CAFPEX).)

Material y métodos: A través de un cronograma de trabajo se han realizado las siguientes actuaciones: 1. Desarrollo de un protocolo normalizado de trabajo (PNT) para crear un modelo de HFT adecuada al objetivo de la Unidad de Gestión Clínica (enero-marzo 2016); 2. Implantación del modelo de HFT a través de la incorporación de dos intervenciones farmacéuticas específicas en el programa de Prescripción Electrónica Asistida (PEA) Silicon® por defecto en la ficha de cada paciente: Primera Visita y Visitas Sucesivas Posteriores. La diferencia fundamental entre ambas radica en recoger datos de reacciones adversas una vez iniciado el tratamiento y dudas del paciente relacionadas con posología. En el modelo aceptado se han consensado distintos apartados relativos a información sobre: diagnóstico, alergia a algún medicamento, tratamientos concomitantes, toma correcta de medicación, importancia del cumplimiento, conservación, efectos adversos y documentación escrita tipo tríptico. 3. Estudio piloto (junio 2016) sobre progresión del proceso de implantación. 4. Estudio de monitorización de la calidad mediante la metodología de aceptación de lotes (LQAS).

El marco muestral se definió por la totalidad de los pacientes con Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Virus Hepatitis C (VHC) y se elaboró con los datos del segundo semestre de 2016.

Resultados: Estudio piloto con 53 intervenciones, cuyos resultados mostraron poco hábito para adaptar la actividad laboral a la dinámica que requiere este tipo de PNT. Estudio LQAS sobre 19 HFT sobre las 69 intervenciones realizadas en el segundo semestre de 2016. Indicadores relativos a la información incorporada: I1: Paciente con HFT= 10,53%. I2: Se indica el diagnóstico =100%. I3: Se indica si el paciente es alérgico a algún medicamento = 0%. I4: Consta otros tratamientos = 0%. I5: Se informa sobre la forma correcta de tomar la medicación = 100%. I6: Se informa de la importancia del cumplimiento = 100%. I7: Se informa sobre la conservación = 100%. I8: Se facilita información escrita = 0%. I9: En visitas posteriores, se pregunta por efectos adversos = 5,26%. I10: Se realiza control de adherencia = 100%. En los I1, I3, I4, I8 e I9 al menos el 10% de los HFT cumplen el estándar. En los I2, I5, I6, I7 e I10, al menos el 85% de las HFT cumplen el estándar.

Conclusiones: El impacto laboral que supone para el personal Técnico/Farmacéutico que atiende la CAFPEX hacer constar con registros electrónicos la actividad asistencial, puede ser uno de los motivos de los escasos resultados en los indicadores I3, I4, I8 e I9. Como primera propuesta de mejora se han incorporado los ítems necesarios en un formato preestablecido para facilitar la labor electrónico/asistencial.

3. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS CON POTENCIAL DE EVITAR ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS, EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, Y CÁLCULO DEL COSTE EVITADO

López Gómez C., Gómez Sánchez A., Muñoz Gómez-Millán I., Moreno Santamaría M., Álvaro Sanz E., Arenas Villafranca JJ.
Hospital Costa del Sol



Objetivos: Analizar las intervenciones farmacéuticas con potencial de evitar acontecimientos adversos por medicamentos (AAM), en pacientes hospitalizados, y calcular el coste evitado con éstas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las intervenciones farmacéuticas realizadas a lo largo de un mes, a partir del registro de éstas en el software de dosis unitarias y su posterior exportación a una base de datos Excel, donde se registraron las variables: farmacéutico, fecha, servicio, motivo de la intervención, medicamento, descripción, aceptación, coste de la estancia (según el Servicio y BOJA), probabilidad de AAM en ausencia de intervención según bibliografía, y coste evitado (que resulta de multiplicar 1,7 días, que es el aumento medio de estancia debido a un AAM según la bibliografía, por el coste de la estancia, y por la probabilidad de ocurrencia de un AAM si no se hubiera intervenido).

Resultados: A lo largo de un mes, 9 farmacéuticos realizaron un total de 389 intervenciones, sobre un total de 309 pacientes hospitalizados pertenecientes a 14 Servicios Clínicos: un 19% en Medicina Interna, 14% en Traumatología, 13% en Cirugía General, 11% en Urología, 10% en Neumología, 8,5% en Ginecología-Obstetricia, 6% en Cardiología y en Digestivo, 3% en Urgencias y en Otorrino, 2% en Pediatría y UCI, 1% en Nefrología y 0,5% en Hematología.

Los motivos de intervención fueron: conciliación de tratamiento (40%), intercambio terapéutico (17%), fármaco de estrecho margen/alto riesgo (7,5%), interacción relevante (5%), informe farmacocinético con cambio (5%), ajuste en insuficiencia renal (4%), fármaco de alto riesgo que sobra/falta (3%), adecuación de prescripción (3%), dosis superior/inferior 2-4 veces (3%), adecuación posología (3%), duplicidad terapéutica (2%), proporcionar información relevante (2%), fármaco de bajo riesgo que sobra/falta (1,5%), clarificar/completar orden médica (1,5%), forma farmacéutica ó vía con riesgo de toxicidad ó fracaso terapéutico (1%), adecuación de tratamiento antibiótico (1%), pedir niveles de fármaco (0,5%), alergia (0,5%) y reacción adversa moderada (0,5%).

La aceptación de las intervenciones fue del 89%, siendo no valorables el 6,4% de las intervenciones.

Estas intervenciones farmacéuticas, se estima que evitaron un coste de 64.820 euros, al prevenir la prolongación de la estancia hospitalaria debido a AAM.

Conclusiones: Un adecuado registro de las intervenciones farmacéuticas es fundamental para poder analizar y cuantificar el papel del farmacéutico como parte del equipo asistencial. Este estudio nos permite concluir que el farmacéutico interviene en la optimización de la farmacoterapia de los pacientes ingresados en todos los Servicios Clínicos, contribuyendo a prevenir acontecimientos adversos por medicamentos, lo que supone un aumento en la seguridad de los pacientes, así como un ahorro de costes para el sistema sanitario.

4. AUDITORÍA DEL USO DE ANTIPSICÓTICOS E INCLUSIÓN EN PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS EN UN ÁREA SANITARIA

Villalobos Torres L.¹, Galán Retamal MC.², Garrido Fernández R.², Fernández Espínola S.², Padilla Marín V.²

¹ Hospital Regional Universitario de Málaga

² Área Sanitaria Norte de Málaga

Objetivo: Evaluar la adecuación del tratamiento con antipsicóticos (ATC N05A), en pacientes con trastorno mental grave, y su seguimiento mediante la inclusión en los procesos asistenciales integrados (PAI) de trastorno mental grave, en un área sanitaria.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, que incluye pacientes tratados con cualquier fármaco antipsicótico del grupo N05A entre Noviembre 2015 y Octubre 2016. Variables medidas: Demográficas (Edad y sexo), y clínicas: N° de fármacos prescritos, fármacos y combinaciones de fármacos más frecuentemente utilizadas, inclusión en PAI de trastorno mental grave, y% de adecuación según guías de práctica clínica. En aquellos pacientes con 3 o más fármacos prescritos,

se registrará también el diagnóstico del paciente para valorar si son susceptibles de inclusión en PAI. Los datos se obtendrán del registro de prescripción y dispensación a pacientes (DIRAYA), de la plataforma MICROSTRATEGY, y de las historias clínicas de los pacientes.

Resultados: Se encontraron un total de 1592 pacientes tratados con antipsicóticos en el periodo de estudio. Un 66% (1051) mujeres, con una edad media global de $45 \pm 21,4$ años. Según el número de fármacos, 1388 (87,2%) estaban en monoterapia, 187 (11,7%) en terapia dual, y 17 (1%) con tres o más antipsicóticos. En cuanto a la inclusión en PAI, del total de pacientes, 108 (6,8%) estaban incluidos, siendo 56/108 (51,8%) de los tratados en monoterapia, 48/108 (44,4%) de terapia dual, y únicamente 4/108 (3,7%) de los tratados con 3 o más antipsicóticos.

En los 187 pacientes con terapia dual, los fármacos más utilizados en las combinaciones fueron Levomepromazina y risperidona (ambas 39/187, 20,8%), Quetiapina (38/187, 20,3%), y Clotiapina, Haloperidol, Olanzapina y Paliperidona (Todas 35/187, 18,7%). No se detectó un patrón habitual en las combinaciones utilizadas, siendo las más frecuentes Quetiapina+Haloperidol (5,9%), Risperidona+Levomepromazina (4,3%), Clotiapina+olanzapina (3,7%) y Clozapina + Paliperidona (3,7%). En cuanto a la adecuación, sólo un 18,7% de las combinaciones (terapias duales con clozapina), se consideraron adecuadas.

En los pacientes con tres o más fármacos (17), los más utilizados fueron Clotiapina (8/17, 47%), Paliperidona y Quetiapina (ambas 7/17, 41,2%), y Risperidona (5/17, 29,4%). La combinación más repetida fue Clotiapina+Risperidona+Paliperidona (3/17, 17,6%). Ninguna de estas combinaciones se encontró adecuada. De los tratados con terapia triple, se encontró que 10/13 (76,9%) pacientes no estaban incluidos en el PAI de trastorno mental grave, padeciendo patologías susceptibles de inclusión en el mismo (5 esquizofrenia, 2 trastorno de ideas delirantes, 2 trastorno bipolar, y 1 trastorno maniaco-depresivo).

Conclusiones: La farmacoterapia con antipsicóticos presenta grandes diferencias con las guías de práctica clínica, sobre todo en cuanto al número de fármacos prescritos de manera concomitante. Aunque justificado en parte por la necesidad del control a corto plazo de los brotes psicóticos en pacientes con trastorno mental, la evidencia justifica el uso de dosis máximas de fármacos en monoterapia frente a politerapia. El seguimiento estrecho de estos pacientes mediante su inclusión en PAI de trastorno mental puede facilitar su control, con lo que se recomienda realizar revisiones periódicas para identificar los pacientes en los que esta intervención tenga mayor utilidad.

5. AUDITORÍA SOBRE LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN EN CIRUGÍAS PROGRAMADAS REALIZADO POR FARMACÉUTICOS

Moreno Santamaría M., López Gómez C., Arenas Villafranca JJ., Del Río Valencia JC., Tortajada Goitia B.

Hospital Costa del Sol

Objetivo: La conciliación de la medicación ante una intervención quirúrgica programada (IQp) es una mejora importante en la seguridad del paciente. En nuestro centro se creó un procedimiento, llevado a cabo por el farmacéutico, para garantizar dicha conciliación. Nos planteamos auditar el grado de cumplimiento de dicho procedimiento por parte de los diversos servicios quirúrgicos implicados, así como analizar los tratamientos de aquellos pacientes que no sean conciliados por el médico.

Material y métodos: El protocolo establecido en nuestro centro establece que en los días previos a la IQp el Área de Farmacia elabora un Informe de Conciliación y lo registra en la historia clínica electrónica. Este informe se elabora con información extraída de atención primaria y especializada, y, en caso de discrepancias, el farmacéutico contrasta la información con el paciente telefónicamente. En este informe, además de la medicación, se emiten recomendaciones sobre cada fármacos según lo descrito en la bibliografía (mantener/suspender/valorar) y la



política del intercambio terapéutico del centro (sustituir). Tras dos años de instauración del proceso se realizó una auditoría de la conciliación realizada durante 2016 por el cirujano mediante prescripción electrónica el día de la IQp. La muestra de pacientes se calculó estimando una proporción esperada de conciliación por parte del médico del 85% (según datos propios del servicio en 2015), con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. Como se realizaron un total de 1986 informes en 2016, el número calculado a auditar fue de 179 con la siguiente distribución por servicios: Urología: 51 pacientes, Ginecología: 38, Traumatología: 43, Cirugía: 37, Otorrinolaringología: 10. Según el grado de concordancia entre lo reflejado en el informe y el tratamiento hospitalario prescrito, se clasificó al paciente en “completamente conciliado” si se reflejaban en su tratamiento todas las recomendaciones emitidas por farmacia, y “no conciliado” si el paciente estaba sin ningún fármaco conciliado y/o en su tratamiento había un error de conciliación (omisión no justificada clínicamente de al menos un fármaco). Los Errores de conciliación fueron analizados mediante frecuencias.

Resultados: De acuerdo a los criterios definidos, el porcentaje total de pacientes conciliados por el médico fue del 85.5%. En concreto por servicio: Urología 74,5%, Traumatología 95,3%, Cirugía 86,5%, Ginecología 92,1% y Otorrinolaringología 70%. De los 26 pacientes “no conciliados”, 2 no fueron conciliados en absoluto (1.1%) y 24 (13,4%) presentaron un error de conciliación por omisión (18 pacientes un fármaco omitido y 6 con dos). Se omitieron un total de 30 fármacos: estatinas 15, colirios antiglaucomatosos 6, fármacos para hipertrofia prostática benigna 2, pregabalina 2, Alopurinol 1, Levotiroxina 2, Diltiazem 1 e Inhaladores 1.

Conclusiones: Un alto porcentaje de los cirujanos sigue todas las recomendaciones de Farmacia y concilia los tratamientos tras la IQp. A pesar de existir discrepancias no justificadas, se puede decir que al menos parte del tratamiento, sino todo, es conciliado en el 98,9% de los pacientes. Tras analizar los fármacos no conciliados destacan de manera

llamativa las estatinas y los colirios antiglaucoma, por lo que es preciso realizar alguna acción de mejora concreta.

6. CAMBIOS DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH+ TRATADOS CON ELVITEGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINA/TENOFOVIR ALAFENAMIDA

Henares López A., Yunquera Romero L., Linares Alarcón A., Gutiérrez Lorenzo M.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Analizar los motivos de cambio de tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes VIH+ tratados con Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabina/Tenofovir alafenamida (EVG/COBI/FTC/TAF).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, realizado entre Julio de 2016 y Enero de 2017, en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron aquellos pacientes en tratamiento con EVG/COBI/FTC/TAF que tuvieron un cambio de TAR. A partir de los registros informáticos del programa de dispensación a pacientes externos, así como de las historias clínicas de los pacientes, se recogen las variables: TAR previo y motivo del cambio; días de tratamiento, carga viral (CV) y niveles de CD4 anterior y durante el tratamiento con EVG/COBI/FTC/TAF y motivos de cambio. Por último, se recogen los datos de los pacientes que presentan fracaso virológico y su nuevo TAR.

Resultados: De un total de 199 pacientes tratados con EVG/COBI/FTC/TAF (83,3% varones, edad media 50 ± 9 años), 12 (6%) tuvieron un cambio de TAR. El TAR previo a EVG/COBI/FTC/TAF de estos pacientes fue: 33,33% (4/12) ITIAN+ITINN, 25% (3/12) ITIAN+INI+IP, 16,66% (2/12) ITIAN+INI y el 25% (3/12) pacientes naive. Concretamente, los 3 pacientes con el esquema ITIAN+INI+IP estaban en tratamiento con Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabina/Tenofovir Disoproxil (EVG/COBI/FTC/TDF). De los 9 pacientes con TAR previo, el motivo de cambio a EVG/COBI/FTC/TAF fue:



44,44% (4/9) prevenir los efectos adversos de Tenofovir Disoproxil, 33,33% (3/9) por reacciones adversas a nivel del SNC, 11,11% (1/9) por incompatibilidad con otra medicación y 11,11% (1/9) por simplificación de la medicación.

Del total de pacientes del estudio, 4 presentaban CV detectable antes de iniciar el tratamiento con EVG/COBI/FTC/TAF, siendo 3 de ellos pacientes naive. La mediana de CD4 era de 582,5 (9-1588) células/mL previo al tratamiento con EVG/COBI/FTC/TAF. La mediana de duración del tratamiento con EVG/COBI/FTC/TAF fue de 53,5 (22-225) días. Las causas del cambio de EVG/COBI/FTC/TAF fueron, en un 58,3% (7/12) de los pacientes, debidas a reacciones adversas (intolerancia digestiva, dolor osteomuscular, alteraciones del SNC y un caso de eritema multiforme), en un 16,6% (2/12) por interacciones farmacológicas, otro 16,6% (2/12) por fracaso virológico y en un 8,3% (1/12) por problemas de deglución con la forma farmacéutica.

El 83,33% (10/12) de los pacientes alcanzó CV indetectable. La mediana de CD4 al finalizar el tratamiento con EVG/COBI/FTC/TAF fue de 628 (127-1588) células/mL. Dos de los pacientes permanecieron con CV detectable durante el TAR con EVG/COBI/FTC/TAF, considerándose fracasos virológicos (FV). Ambos pacientes tuvieron un cambio de TAR: el paciente 1, naive, cambió a ITINN+IP/COBI; el paciente 2, pretratado con EVG/COBI/FTC/TDF y buen control inmunoviroológico previo al tratamiento con EVG/COBI/FTC/TAF, tuvo un cambio a ITINN+INI.

Los FV supusieron el 1% (2/199) con respecto al total de pacientes en tratamiento con EVG/COBI/FTC/TAF, dato que se corresponde con el demostrado en los ensayos con EVG/COBI/FTC/TAF GS-US-292-0104, GS-US-292-0111 realizados en pacientes naive y GS-US-292-0109, en pacientes pretratados.

Conclusiones: Los principales motivos de cambio de TAR en pacientes VIH+ en tratamiento con EVG/COBI/FTC/TAF han sido reacciones adversas al medicamento, seguidas de interacciones farmacológicas y

fracaso virológico. Son necesarios más estudios a largo plazo que evalúen la eficacia y seguridad de EVG/COBI/FTC/TAF.

7. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DACLATASVIR 60 MG+ SIMEPREVIR 150 MG EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C GENOTIPO 1

Juan Carlos del Río Valencia, Rocío Asensi Díez, David Furones Araujo.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento combinado de simeprevir (SMV)+ daclatasvir (DCV), empleado en la infección por virus C (VHC).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo. Criterios de inclusión: Pacientes adultos (≥ 18 años) con infección por VHC que iniciaron tratamiento con SMV+DCV. Periodo de inclusión: septiembre 2015-noviembre 2015. Variables demográficas: edad y sexo; variables clínicas: Carga Viral (CV) basal, Respuesta Viral Sostenida semana 12 post-tratamiento (RVS), CV 36 semanas después de finalizado el tratamiento en UI/ml, grado de fibrosis hepática F0-F4 (METAVIR); trasplante hepático; genotipo de VHC (G); co-infección con VIH; tipo de paciente según tratamientos anteriores/respuesta, perfil hepático: albúmina (g/dL), alanina-aminotransaminasa (ALT) (U/L), aspartato-aminotransaminasa (AST) (U/L y perfil hematológico: plaquetas ($\times 10^9/L$). También se evaluó la posible existencia de interacciones entre la medicación utilizada por el paciente, prescrita por su médico de atención primaria, durante los meses de tratamiento con SMV+DCV (análisis realizado en <http://www.hep-druginteractions.org>). Los datos se recogieron de las historias clínicas de los pacientes y del sistema informático de dispensación farmacéutica a pacientes externos. Los valores se expresaron como media \pm desviación estándar y mediana (rango).

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes (6 mujeres y 4 hombres), media de edad: 53,54±16,80. Todos los pacientes eran naive, no habían recibido trasplante hepático y no eran co-infectados por VIH. La duración del tratamiento fue de 12 semanas (N=8) y de 24 semanas (N=2). Según el grado de fibrosis: F2 (N=5) F4 (N=4) y F3 (N=1). Respecto a la distribución genotípica de VHC: G1b (N=9) y G1a (N=1). En cuanto a la CV basal, 9 pacientes tenían CV>800.000 UI/ml. Todos los pacientes alcanzaron RVS, excepto uno infectado por G1b, que tuvo que cambiar a sofosbuvir/ledipasvir. Estos pacientes se mantuvieron con CV indetectable a las 36 semanas post-tratamiento. Los niveles de albúmina se mantuvieron constantes y dentro del rango normal (3,40-4,80g/dL). Estos valores fueron 4,2±0,071g/dL; 4±0,3g/dL; 4,2±0.5g/dL niveles basales y en semana 12 y 36 post-tratamiento respectivamente. Con respecto al nivel de plaquetas, 3 pacientes tenían un nivel por debajo de 150 x10⁹/L al inicio de tratamiento y en la semana 12 y 36 post-tratamiento solo un paciente. En cuanto a las transaminasas los niveles iniciales fueron AST: 94 (44-163) UI/L y ALT: 106 (46-189) UI/L, y en la semana 36 post-tratamiento: AST: 30 (16-59) UI/L y ALT: 21 (15-46) UI/L. En el estudio de interacciones, se detectaron un 29% de interacciones potenciales con SMV y un 14,5% con DCV fundamentalmente con benzodiazepinas, pero no se manifestaron efectos adversos significativos, que llevasen a la interrupción del tratamiento.

Conclusiones: La combinación de DCV 60 mg+SMV 150 mg durante 12/24 semanas podría constituir una alternativa de tratamiento para los G1a/1b. En el artículo de Stefan Zeuzem y col. (2016) analizaron 53 pacientes G1b naive, la RVS se consiguió en un 84.5% de los pacientes en tratamiento con DCV30mg +SMV150mg. En nuestro estudio la RVS fue similar al estudio publicado (90%). Esta combinación, parece ser efectiva para conseguir RVS y mantener la CV indetectable, sin alterar significativamente parámetros analíticos, y con un buen perfil de seguridad.

8. EFICACIA, SEGURIDAD Y ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO CON EMTRICITABINA/TENOFOVIR/RILPIVIRINA

González Vaquero, D., Martos Rosa, A., Urda Romacho, J., Fernández Martín, JM., Morales Molina, JA., Jofré Peralta, A.

Unidad de Gestión Clínica Interniveles de Farmacia. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente

Objetivo: Evaluar la eficacia, la seguridad y la adherencia del tratamiento con emtricitabina/tenofovir/rilpivirina (FTC/TDF/RPV) en dosis única diaria en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en un hospital de segundo nivel. **MATERIAL Y Métodos:** Estudio retrospectivo en pacientes VIH tratados con FTC/TDF/RPV durante el primer año de tratamiento desde su inclusión en la guía farmacoterapéutica en Marzo de 2013 hasta la Enero de 2017. Datos recogidos: sexo, edad, coinfección con el virus de la hepatitis C (VHC) o con el virus de la hepatitis B (VHB), estadio clínico, tratamiento antirretroviral (TAR) previo y motivos del cambio de TAR. Para evaluar la eficacia se determinó: carga viral (CV) y linfocitos CD4. Para evaluar la seguridad se determinaron las reacciones adversas (RA) y alteraciones de los parámetros analíticos: hemoglobina, transaminasas (AST, ALT y GGT), bilirrubina, creatinina, fosfoquinasa, triglicéridos, colesterol, filtrado glomerular calculado según MDRD-4, creatinina, potasio y fosfato al inicio y a las 12, 24 y 48 semanas. La adherencia se estratificó en: buena (>95%), irregular (94-75%) y mala (<74%) según los registros de dispensación en Consulta de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia.

Resultados: En nuestro estudio se incluyeron 42 pacientes. Hombres 21/42 (50%), edad media: 44±8,8. 7/42 pacientes (16,7%) coinfectados con VHC y 1/42 (2,4%) coinfectado con VHB. Estadio clínico: A1 7/42 pacientes (16,7%), A2 17/42 (40,5%), A3 7/42 (16,7%), B1 2/42 (4,8%), B2 4/42 (9,5%), C2 1/42 (2,4%), C3 4/42 (9,5%). TAR previo: Inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido (ITIAN)



e inhibidor de la proteasa (IP); 17/42 pacientes (40,5%), ITIAN e inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido (ITINN); 15/42 (35,7%), pacientes naïve: 10/42 (23,8%). Motivos del cambio de TAR: Simplificación 14/32 (43,7%), RA al TAR previo 12/32 (37,5%), resistencias 3/32 (9,4%) e interacción con los nuevos antivirales directos para VHC 3/32 (9,4%). Eficacia: 39/42 pacientes (92,9%) presentaron CV indetectable a las 24 semanas y 3/42 pacientes (7,1%) presentaron CV detectable en la semana 24, de los cuales 1/3 (33,3%) experimentaron un descenso >2 log de la CV en la semana 12. En la semana 48 sólo un paciente no había logrado CV indetectable. 24/42 pacientes (57,1%) experimentaron un aumento de los niveles de CD4 a las 24 semanas de tratamiento. El aumento medio de CD4 fue 122,7 células/mm³ (29-307 células/mm³). A las 48 semanas de tratamiento, 32/42 pacientes (76,2%) experimentaron un aumento de CD4. El aumento medio de CD4 fue 131,2 células/mm³ (42-395 células/mm³). En cuanto a la seguridad, 4/42 pacientes (9,5%) desarrollaron alguna RA: 2/4 (50%), alteraciones gastrointestinales, 1/4 (25%) cefalea y 1/4 (25%) rash cutáneo. 5/42 pacientes experimentaron alguna alteración en los parámetros analíticos: hipercolesterolemia 1/5 (20%) hipofosfatemia mantenida 3/5 (60%), disminución de la hemoglobina 1/5 (20%). Resto de parámetros analíticos sin alteraciones significativas. Adherencia: 36/42 pacientes (85,7%) experimentaron buena adherencia, 5/42 (11,9%) regular y 1/42 (2,4%) mala.

Conclusiones: FTC/TDF/RPV ha demostrado su eficacia en cuanto a la disminución de la CV y aumento de los linfocitos CD4. La mayoría de los pacientes han demostrado buena tolerancia y adherencia al tratamiento. Por ello FTC/TDF/RPV es una buena opción de inicio de tratamiento y simplificación del TAR.

9. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA ADICIÓN DE EVOLOCUMAB AL TRATAMIENTO HABITUAL EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA

Villalobos Torres L., Henares López A., Espinosa Bosch M., Rodríguez Goicoechea M., Muñoz Castillo I.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivo: La reciente incorporación al arsenal terapéutico de fármacos inhibidores del PCSK-9 constituye un avance importante en el tratamiento de la hipercolesterolemia familiar heterocigota, que afecta aproximadamente a 1 de cada 500 personas. Ocasionalmente, el tratamiento clásico con estatinas y ezetimiba resulta insuficiente, sin poder controlarse los niveles de colesterol-LDL. Existe poca evidencia en el uso habitual de evolocumab.

Nuestro objetivo es evaluar la efectividad de la adición de evolocumab al tratamiento hipolipemiante habitual, en pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota refractaria al uso de estatinas en monoterapia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico, que incluía pacientes tratados con 140mg/15 días de evolocumab entre 04/2016 y 11-2016, en las provincias de Málaga y Granada. Criterios de exclusión: Pacientes sin tratamiento concomitante con estatinas o ezetimiba (es decir, en monoterapia con inhibidores del PCSK-9) Variables medidas: demográficas (edad y sexo); y clínicas (niveles de colesterol LDL, colesterol HDL, colesterol total, y triglicéridos; y tratamiento hipolipemiante habitual). Las variables clínicas se midieron en el estado basal (mg/dL), y a las 4 semanas de iniciado el tratamiento (diferencias expresadas como porcentajes medios de variación \pm desviación estándar, frente al estado basal). Los datos se obtuvieron de los sistemas de historias clínicas y registros de dispensación a pacientes ambulatorios de los servicios de farmacia de los centros.

Resultados: 9 Pacientes fueron reclutados para el estudio, 5 de ellos en prevención secundaria. 22% (2/9) mujeres, con una edad media de

50.2 ± 14 años. Los valores medios de los parámetros analíticos en el estado basal fueron: 55.4 ± 12.09 mg/dL de C-HDL, 183.6 ± 48.9mg/dL de L-LDL, 268.1 ± 51.6 mg/dL de CT y 156.2 ± 85.4 mg/dL de TG's. A las 4 semanas de iniciado el tratamiento, los porcentajes medios de variación fueron los siguientes: +2.67% ± 11.8 mg/dL de C-HDL, -64.34% ± 17.63 mg/dL de C-LDL, -47.8% ± 14.85 mg/dL de CT, y -16.7% ± 18.7 de TG's. Los resultados se mantuvieron en aquellos pacientes a los que se ha realizado analíticas posteriores. Según el tratamiento hipolipemiente habitual, 7 pacientes tomaban rosuvastatina+ezetimiba, uno atorvastatina+ezetimiba, y otro pitavastatina, todos a dosis máxima tolerada. Un paciente abandonó el tratamiento en semana 8 por urticaria severa.

Conclusiones: Evolocumab consigue una mejora generalizada del perfil lipídico a las 4 semanas, con reducciones del C-LDL en torno a un 64%, incluso en pacientes refractarios a estatinas, estando en línea con el ensayo clínico RUTHERFORD-2 (Alrededor del 55% de reducción C-LDL en semana 4). Aún así, son necesarios estudios de extensión para evaluar la disminución de eventos cardiovasculares con esta mejora del perfil lipídico.

10. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON TRIFLURIDINA-TIPIRACIL EN CÁNCER COLORECTAL METASTÁSICO REFRACTARIO

Villalobos Torres L., Gutiérrez Lorenzo M., Mora Rodríguez B., Furonos Araujo D., Espinosa Bosch M., Muñoz Castillo I.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivo: El cáncer colorectal metastásico (CCRm) constituye una patología de elevada prevalencia en la actualidad, teniendo asociado, en la gran mayoría de los casos, un mal pronóstico a corto plazo. El tratamiento con trifluridina-tipiracilo se presenta como una nueva alternativa paliativa de tratamiento para casos refractarios a tratamientos

habituales (líneas avanzadas de tratamiento), o cuando estos se consideraran inapropiados.

Nuestro objetivo consiste en evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con trifluridina-tipiracilo (TAS) en pacientes con cáncer colorrectal metastásico refractario.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, que incluye pacientes en tratamiento con TAS en nuestro centro entre Junio-2015 y Noviembre-2016. Criterios de exclusión: Pacientes que iniciaron tratamiento con TAS pero abandonaron el tratamiento antes de una semana. Variables medidas: Número de líneas de tratamiento anteriores, Demográficas (Edad y sexo); y clínicas: Para la efectividad: Supervivencia libre de progresión confirmada radiológicamente (SLP, estimada mediante modelización de Kaplan-Meier, y expresada como mediana, e intervalo de confianza 95%, $P=0.01$). Para evaluar la seguridad, se registraron los efectos adversos de grado II-IV según la clasificación de la OMS, comunicados durante el tratamiento con TAS. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes, y del registro de dispensación a pacientes externos.

Resultados: 17 pacientes con CCRm refractario fueron reclutados. Un 41% (7/17) eran mujeres, y la edad media fue de 59 ± 9.9 años. El resultado en la estimación según modelo de Kaplan-Meier para la SLP fue de 3.23 meses (2.56-3.5). Al cierre del estudio, no se había alcanzado aún la mediana de supervivencia global. Respecto a las líneas de tratamiento anteriores al tratamiento con trifluridina-tipiracilo, un 41% (7/17) de pacientes lo recibieron como 3.ª línea, 41% (7/17) como 4.ª y 17% (3/17) como 5.ª línea, habiendo sido pretratados 5 de ellos con Regorafenib. En cuanto a la seguridad, un 35% (6/17) de los pacientes presentó efectos adversos de grado II-IV, distribuidos como se detalla: Astenia (3/6), neutropenia (4/6), náuseas (2/6), mucositis (1/6), y estreñimiento (1/6). Algunos pacientes presentaron varios efectos secundarios. (3/6) Pacientes requirieron una reducción de dosis para controlar los efectos adversos.

Conclusiones: El tratamiento con trifluridina-tipiracilo supone una alternativa segura y bien tolerada por nuestros pacientes para el CCRm refractario en líneas avanzadas. Los resultados de SLP en nuestros pacientes, son ligeramente superiores a los obtenidos en el estudio RE-COURSE (SLP: 2.0 (1,9-2,1)), lo que puede deberse en parte a nuestro menor tamaño muestral, aunque este supone aproximadamente el 3% del tamaño del programa inicial de uso compasivo en nuestro país. Son necesarios más estudios para evaluar la supervivencia global y calidad de vida en el tratamiento con TAS.

11. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO ANTI-TNFA EN ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Morales Lara MJ¹, Ortega de la Cruz C¹, Villalobos Torres L¹, Conesa Zamora P², González Pérez-Crespo MC², Muñoz Castillo I¹.

¹ Hospital Regional de Málaga

² Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena (Murcia)

Introducción: El cuestionario TSQM-II (Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication) es un instrumento fiable y válido para evaluar la satisfacción de los pacientes en relación a la efectividad (E), seguridad (S), administración (A) y satisfacción global (SG) con el tratamiento.

Objetivo: Evaluar la satisfacción del paciente con el tratamiento anti-TNF alfa en artritis reumatoide (AR) y espondilitis anquilosante (EA) mediante el uso del cuestionario TSQM-II.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal, en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de AR y EA (randomización controlada con C4 Study-Design-Pack Program) en tratamiento con infliximab, adalimumab y etanercept.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años en tratamiento durante un periodo superior a 3 meses con anti-TNF $\hat{I}\pm$. La participación en el estudio fue voluntaria, para la cual los pacientes debieron firmar un consentimiento informado de acuerdo con la Ley de Investigación

Biomédica del 4 de Julio de 2007, y aprobado previamente por el Comité de Ética.

Siguiendo la metodología Dáder de Atención Farmacéutica se elaboró la historia farmacoterapéutica de cada paciente, en la que se recogieron las siguientes variables:

Demográficas (Edad y sexo), Clínicas (diagnóstico y tiempo desde el diagnóstico (TDD)), y terapéuticas (tratamiento y TSQM-II). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS V.20 (Test ANOVA).

Resultados: Se reclutaron 85 pacientes (56 con AR y 29 con AS). La media de edad en el grupo de AR fue 49.7 ± 6.62 años (83.9% mujeres; TDD 11.5 ± 9.2 años) y, en el grupo de EA, 41.6 ± 6 años (31% mujeres; TDD 9.5 ± 7.6 años)

Resultados obtenidos en AR (media \pm SD): Infiximab [TSQM-E: $69,5 \pm 23,2$; TSQM-S: $83,3 \pm 22,7$; TSQM-A: $77,6 \pm 13,9$; TSQM-SG: $73,4 \pm 14,7$]. Adalimumab [TSQM-E: $77,1 \pm 7,7$; TSQM-S: $87,5 \pm 15,2$; TSQM-A: $73,6 \pm 15,2$; TSQM-SG: $77,1 \pm 12,4$]. Etanercept [TSQM-E: $73,6 \pm 16,1$; TSQM-S: $77 \pm 29,3$; TSQM-A: $65,9 \pm 17,5$; TSQM-SG: $66,1 \pm 20,3$].

Resultados obtenidos en EA (media \pm SD): Infiximab [TSQM-E: $81,6 \pm 12,3$; TSQM-S: $63,4 \pm 29,5$; TSQM-A: $69,3 \pm 16,5$; TSQM-SG: $73,7 \pm 19,3$]. Adalimumab [TSQM-E: $60 \pm 9,1$; TSQM-S: $85 \pm 29,1$; TSQM-A: $64,4 \pm 6,3$; TSQM-SG: $68,3 \pm 6,9$]. Etanercept [TSQM-E: $60 \pm 25,3$; TSQM-S: $88,3 \pm 26,1$; TSQM-A: $58,9 \pm 23,1$; TSQM-SG: $50 \pm 29,5$].

Al comparar los valores de TSQM en el grupo de pacientes con AR, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres tratamientos. En el grupo de pacientes con EA, únicamente se encontraron diferencias significativas en cuanto a la variable TSQM-E ($p=0,005$).

Conclusiones: Sería necesario ampliar nuestro tamaño muestral para confirmar los datos obtenidos. Los pacientes en tratamiento con Infiximab presentaron mejores resultados en cuanto a la variable TSQM-E frente al resto de tratamientos estudiados. La medida de la satisfacción es un indicador esencial en la evaluación de los sistemas de salud.

12. EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE COMPLEJIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH POSITIVOS DE UNA COHORTE DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Manzano Garcia M, Serrano Gimenez R, Robustillo Cortés MA, Guzmán Ramos MI, Haro Márquez C, Morillo Verdugo R

Hospital Universitario Valme

Objetivo: Estudiar la evolución del índice de complejidad (IC) del tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes VIH+ pertenecientes a una cohorte de práctica clínica real.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes mayores de 18 años diagnosticados de VIH y que estaban en TAR en seguimiento por la consulta de atención farmacéutica (CAF) de patologías víricas durante los años 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015. Quedan excluidos los pacientes pertenecientes a ensayos clínicos durante el periodo de estudio y aquellos con pérdida de seguimiento.

Las variables analizadas fueron: Sexo y edad, linfocitos TCD4 (células/ul), carga viral plasmática (CVP), factor de riesgo de adquisición de la enfermedad (Sexual o ex usuarios de drogas por vía parenteral) situación del TAR: naïve; rescate o multifracaso, tipo de TAR: dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos o nucleótidos (ITIAN) más un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósidos (ITINN); Dos ITIAN más un inhibidor de la proteasa (IP); Inhibidor de la integrasa (InIn) u otras pautas diferentes a las anteriores, índice de complejidad del TAR y adherencia al TAR.

El índice de complejidad fué medido con la herramienta de la Universidad de Colorado disponible en: <http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/pharmacy/Research/researchareas/Pages/researchareas.aspx>.

Para el calculo de la medida de la adherencia del TAR, se realizó a través de registro de dispensación. La fórmula empleada fue: $[(N^{\circ} \text{ de pastillas dispensadas} / N^{\circ} \text{ de pastillas prescritas por día}) / \text{Diferencia de días entre la recogida de medicación}] * 100$. Se consideró adherente si fue >95%.

La recogida de datos se realizó de la historia clínica electrónica y de los registros de dispensación de la CAF.

El análisis del cambio del índice de complejidad entre los años 2010 y 2015 se lleva a cabo con la prueba de Friedman. Todos los análisis se realizan con el programa estadístico IBM SPSS 23.0 para Windows.

Resultados: Se incluyeron un total de 619 pacientes, con una edad media de 47 ± 10 años. El 81,4% de los pacientes eran hombres. Un total de 57% de los pacientes adquirieron el virus por vía sexual.

La carga viral fue indetectable en el 90% de los pacientes. El 47,33% (n=293) de los pacientes recibían 2 ITIANN+ITINN, el 24,72% (n=153) ITIAN +IP, el 6,79% (n=42) recibían regímenes basados en InIn y el resto (21.16%; n=131) recibían otras pautas diferentes. En relación a la situación del TAR, el 55,7% de los pacientes fue multifrascado, el 18,9% naive y el 25,4% rescatado.

Un total de 67,9% de los pacientes presentaban adherencias al TAR.

En relación al IC, en el año 2010, la mediana de IC fue de 4,75 (2,5-6,25), resultado semejante al de los años 2011: 4,75 (3,5-6,25) y al año 2012: 4,75 (2,75-5,75). En el año 2013, comienza una reducción del IC: 4,25 (2,75-5,25), la cual mantiene en el año 2014: 4,25 (2,75-5,25), siendo el año 2015 el que menor IC presenta: 3,5 (2,75-4,75).

Conclusiones: La aparición de nuevos fármacos y coformulaciones en el TAR, ha permitido un menor IC. Futuras estudios nos permitirán conocer que variables pueden verse afectadas por esa disminución del IC.

13. FIABILIDAD DEL REGISTRO ELECTRONICO DE LA PRESCRIPCIÓN DOMICILIARIA AL INGRESO HOSPITALARIO

Urda Romacho J., Martos Rosa A., Pinto Nieto C., Castro Vida MA., Jofré Peralta A., Morales Molina JA.

Hospital de Poniente

Objetivo: El ingreso hospitalario se considera uno de los puntos de transición asistencial especialmente vulnerable a sufrir algún tipo de



error de medicación. Esto es debido, en muchas ocasiones, a la dificultad que existe para obtener el tratamiento de la medicación domiciliaria. Los registros electrónicos de Atención Primaria son de gran utilidad para la adecuada adaptación del tratamiento crónico de los pacientes. El objetivo del estudio fue analizar la fiabilidad de la información, mediante identificación de discrepancias, existente en relación a la medicación habitual, registrada en la historia farmacoterapéutica domiciliaria (HFD) de pacientes que ingresan en distintas Áreas de Hospitalización.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo, de dos meses de duración, en un Hospital Comarcal. Se comparó la medicación habitual prescrita en HFD con el tratamiento real de los pacientes ingresados en los Servicios de Cirugía, Urología, Otorrinolaringología (ORL) y Oftalmología. Se incluyeron aquellos pacientes pluripatológicos, mayores de 65 años con al menos 4 o más fármacos prescritos en su HFD. Para la identificación de las discrepancias (medicamentos que el paciente tiene prescritos pero no toma, posología del fármaco distinta a la prescrita, toma de otros medicamentos no prescritos en HFD) se realizó el proceso de conciliación. Para ello, se consultó la medicación domiciliaria del paciente según registro electrónico y se confirmó mediante entrevista al paciente o en su caso, al cuidador. Datos recogidos: demográficos (edad, sexo), fármacos prescritos en HFD, Servicio que efectúa el ingreso hospitalario, discrepancias encontradas. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica (ARIADNA®).

Resultados: Durante el periodo del estudio se incluyeron 21 pacientes (14 hombres) con edad media de 78,2 años (rango 67-90). Se revisaron 221 fármacos, con una media de 10,5 fármacos por paciente (rango 6-18). Se encontraron discrepancias en 15 pacientes (71,4%) y en 46 medicamentos (20,8%). Número de pacientes ingresados por Servicio: Cirugía 11 (52,4%), Urología 6 (28,6%), ORL 3 (14,3%), y Oftalmología 1 (4,7%). En 11 pacientes (52,4%) se identificaron medicamentos (14/221) prescritos en HFD pero no activos para el paciente. En 4 pacientes (19%) la posología de algún fármaco (5/221) era distinta a la prescrita en HFD.

En 6 pacientes (28,5%), se encontraron discrepancias respecto a la dosis de algún fármaco (6/221). En 12 pacientes (57,1%) se identificaron medicamentos activos para el paciente pero no prescritos en HFD (21/221). **Conclusiones:** Aunque se encontraron discrepancias en un alto porcentaje de pacientes, cerca del 80% de los medicamentos registrados en HFD coinciden con lo que realmente toman los pacientes, por lo que este registro, usado como complemento de la entrevista, resulta de utilidad para adecuar la medicación domiciliaria al ingreso hospitalario. El farmacéutico puede desempeñar un papel importante, ayudando a evitar posibles errores de medicación derivados de interrupciones o modificaciones de la medicación habitual de los pacientes.

14. GRADO DE ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LORMETAZEPAM A LA LISTA EU-7 (PIM)

Navarro Dávila M., Mesa Expósito R., Viña Romero M.M, Ocaña Gómez M.A, Hernández Rojas S., Merino Alonso J.
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Objetivos: Según las últimas recomendaciones (The EU (7)-PIM list) sobre la prescripción de fármaco en ancianos, el uso de lormetazepam debería limitarse a dosis menores de 0,5 mg/d, y en caso de necesitar dosis mayores utilizarlas en menor tiempo posible. De tal forma que el objetivo del presente estudio ha consistido en analizar la adecuación a estas recomendaciones en un hospital de tercer nivel.

Materiales y métodos: Estudio transversal en el que se analizaron todos los pacientes ingresados en el hospital en tratamiento con lormetazepam. Fueron registradas las variables de edad, dosis, función respiratoria, duración de tratamiento y la presencia de intervención farmacéutica. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica a través del aplicativo informático Drago AE® y de Farmatools®.

Resultados: En el momento del estudio se encontraban 71 pacientes en tratamiento con lormetazepam, de los que el 31% (22) eran mayores

de 65 años .Todos los pacientes presentaban dosis diarias superiores a 0.5 mg: el 86, 4% (19) 1 mg/día y el restante 13.6% (3) 2 mg/día. En relación a la duración del tratamiento, el 15,5% (11) esta fue superior a las 4 semanas , duración máxima recomendada en ficha técnica. 12,6% (9) lo tenían prescrito en su tratamiento crónico habitual.

No se observó ninguna incidencia en la función hepática ni respiratoria de los pacientes.

En el 50% (11) pacientes se realizó intervención farmacéutica recomendando una reducción de dosis.

Conclusiones: Según nuestro estudio, ninguna de las prescripciones de lormetazepam en pacientes mayores de 65 años se ajustaron a las recomendaciones de la Lista EU-7 (PIM).

La duración del tratamiento excedía las 4 semanas en un número importante de pacientes, por lo que es recomendable la vigilancia exhaustiva por parte de médicos, farmacéuticos y enfermeros.

En los pacientes en tratamiento con benzodiazepinas se recomienda una retirada gradual, con el objetivo de minimizar el síndrome de abstinencia.

La mitad de los pacientes no presentaban recomendación farmacéutica por lo que se debería expandir por parte del farmacéutico la intervención en la correcta prescripción de lormetazepam en el paciente anciano para reducir los efectos adversos cómo el aumento de riesgo de caídas, fractura de caderas, reacciones psiquiátricas, daño cognitivo y depresión. Actualización y formación sobre el paciente crónico por parte de profesionales sanitario es vital para evitar prescripciones inadecuados.

15. HIPOCALCEMIA EN PACIENTES CON METÁSTASIS ÓSEAS EN TRATAMIENTO CON DENOSUMAB

Jiménez Pichardo L., Alcalá Soto A., Puivecino Moreno C., Gavira Moreno R., Gómez Germá P., Sierra Sánchez JF.

Hospital de Jerez de la Frontera

Objetivo: Determinar el número de pacientes con hipocalcemia asociado a la no suplementación de calcio y vitamina D en pacientes con metástasis óseas tratados con denosumab.

Material y métodos: Estudio retrospectivo transversal en el que se incluyeron los pacientes tratados con denosumab en un hospital de segundo nivel. Dichos pacientes procedían de las unidades de Oncología y Urología. Se seleccionaron los pacientes a los que se dispensó denosumab en la UGC-Farmacia en un periodo de cuatro años (febrero 2013-febrero 2017). A través de la historia clínica (DIRAYA) se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, tipo de cáncer, niveles plasmáticos de calcio al inicio y durante el tratamiento y fecha de inicio y fin con denosumab. Con el sistema de prescripción electrónica (Receta XXI) se cotejaron los pacientes que tenían prescritos suplementos de calcio y vitamina D.

Resultados: Se revisaron un total de 54 pacientes, de los cuales, 38 eran varones. La mediana de edad fue de 74 años (43-91). El cáncer de próstata fue el tumor más frecuente de la prescripción de denosumab en hombres (84%) y el cáncer de mama en mujeres (87%). El promedio de calcio plasmático al inicio del tratamiento con denosumab fue de 9,47 mg/dl [rango normal: 8,4-10,2]. Se observó que no existía un seguimiento estrecho de los niveles de calcio durante el tratamiento. El 37% de los pacientes a los que se les dispensó denosumab nunca recibieron tratamiento concomitante con suplementos de calcio y vitamina D. De estos, el 40% presentó al menos un episodio de hipocalcemia durante el tratamiento con denosumab, con un promedio de calcio plasmático de 8,1 mg/dl.

Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes que no recibieron suplementos de calcio y vitamina D (8/20) presentó al menos un episodio de hipocalcemia durante el tratamiento con denosumab. Dado que la hipocalcemia es un efecto adverso frecuente de este fármaco sería recomendable monitorizar los niveles de calcio plasmático, así como suplementar con calcio y vitamina D de forma protocolizada.

16. INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA, BASADO EN EL MODELO CMO, PARA LA MEJORA DE LA ACTIVACIÓN DE PACIENTES VIH+

Morillo Verdugo R¹, Robustillo Cortés MA¹, Manzano García M¹, Borrego Izquierdo Y², Almeida González CV¹, Guzmán Ramos MI¹.

¹ Hospital Universitario de Valme

² Gerencia de Atención primaria Cantabria

Objetivo: Evaluar la influencia de un programa de intervenciones basadas en el nuevo modelo CMO para pacientes VIH+ en la mejora de su activación con su tratamiento.

Material y métodos: Estudio longitudinal, prospectivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes VIH adultos en tratamiento antirretroviral activo (TAR) y con firma del consentimiento informado. La captación de los pacientes se realizó en noviembre-2015. Se recogieron variables demográficas, clínicas y relacionadas con el VIH y variables farmacoterapéuticas. Los pacientes fueron estratificados según el nivel de riesgo en función del modelo de selección y Atención Farmacéutica al paciente VIH.

La variable principal fue la variación del nivel de Activación de los pacientes medidos por el cuestionario PAM. Dicho cuestionario constaba de 10 ítems con cuatro posibles respuestas que se transformaron en una puntuación de 0-100 correlacionándose con tres grados de activación. Grado I (<52.9): baja activación; Grado II (53.0-75.4): activación media; Grado III (>75.5): alta activación. El cuestionario PAM se facilitó a los pacientes en la visita de inicio y a los 6 meses del inicio del programa que consistió en aplicar las intervenciones diseñadas en el modelo de estratificación junto con una entrevista motivacional y un seguimiento farmacoterapéutico específico fuera de las consultas habituales, con una herramienta web y una app propia.

Se aplicó la t de Student para muestras apareadas o la prueba de Wilcoxon para variables cuantitativas y el test de McNemar para cualitativas.

Para establecer la relación entre las diferentes variables cuantitativas se empleó el coeficiente de correlación de Spearman y el test de U de Mann-Whitney para muestras no relacionadas. El análisis estadístico se realizó con el programa spps v20.0

Resultados: Se incluyeron 140 pacientes (85.3% hombres) con una mediana de edad de 47.8 años (RIQ:43.0-49.0). El 92.1% de los pacientes incluidos en el estudio padecían al menos una comorbilidad, siendo la hepatopatía crónica la más frecuente (56.4%). El 44% de los pacientes estaba en tratamiento con un régimen compuesto por ZITIAN+ITINN y más del 50% presentaban medicación concomitante crónica, con una media de 1.64 ± 2.17 fármacos por persona.

Los valores de PAM basales recogidos incluyeron una alta activación para el 28.6% (40 pacientes), medio para el 43.6% (61 pacientes) y bajo para el 27.9% (39 pacientes).

El porcentaje de pacientes con buena adherencia al tratamiento anti-retroviral se incrementó un 5.9% y un 18.4% al tratamiento concomitante, siendo esta última diferencia estadísticamente significativa ($p=0.035$).

En relación a la variable principal, la evolución del número de pacientes que alcanzaron el nivel más alto de activación pasó de un 28.1% a un 68.3% obteniéndose significación estadística ($p<0.0005$). El análisis de esta relación determinó que los mayores incrementos se producen en los pacientes con un nivel de necesidad de Atención Farmacéutica bajo, donde se observó un incremento del porcentaje de pacientes con activación alta de un 28.3% a un 74.3% ($p<0.001$) tras la intervención.

Conclusión: El programa de intervenciones basado en el modelo CMO influye en la activación de los pacientes y puede mejorar la adherencia y otros resultados en salud en los pacientes VIH+.

17. INFLUENCIA DEL INGRESO HOSPITALARIO EN LA COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES VIH+

Robustillo Cortés MA¹, Barreiro Fernández EM², Monje Agudo P³, Manzano García M¹, Guzmán Ramos MI¹, Morillo Verdugo R¹.

¹ *Hospital Universitario de Valme*

² *Universidad de Sevilla*

³ *Hospital regional de Málaga*

Objetivo: Determinar la variación del índice de complejidad farmacoterapéutico en pacientes VIH+ tras un ingreso hospitalario.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo de pacientes VIH+ en tratamiento antirretroviral (TAR) que sufrieron un ingreso durante 2006-2014. Se recogieron variables demográficas, analíticas, clínicas, farmacoterapéuticas y de utilización de recursos sanitarios. La variable principal fue la variación del índice de complejidad global tras un ingreso hospitalario, medida a través de la herramienta MRCI (Universidad de Colorado). Además se analizó la variación de la adherencia al TAR y se analizaron las causas que originaron un incremento de la complejidad farmacoterapéutica tras la estancia hospitalaria. Para el cálculo de la adherencia al TAR se empleó el cuestionario SMAQ y los registros de dispensación. La combinación de fármacos se obtuvo mediante el programa de dispensación a pacientes externos del servicio de farmacia (Dominion) y el resto de variables se obtuvieron por consulta informática de la Historia de Salud Única. Se aplicó la t de Student para muestras apareadas o la prueba de Wilcoxon para variables cuantitativas y el test de Mc Nemar para cualitativas. Con el objetivo de encontrar factores pronósticos de incremento del Índice de complejidad, se realizó un modelo de regresión logística binaria. El análisis estadístico se realizó con el programa ssps v20.0

Resultados: Se incluyeron 146 pacientes (84.9% hombres) con una media de edad de 45.3±9.1 años. El factor mayoritario de adquisición de la enfermedad fue el consumo de drogas por vía parenteral con un

80.1%. En el momento del ingreso, el 62.2% de los pacientes con datos presentaban carga viral indetectable y el 70.9% un estado inmunológico aceptable ($CD4 >250 \text{ cel}/\mu\text{L}$). El 30.8% de los pacientes habían registrado un ingreso en el año previo y con una mediana de duración de 7 días (IQR:4-12.5). El 31.8% de los pacientes padecía 2 o más comorbilidades no infecciosas y el 79.5% al menos una infecciosa, destacando que el 79.5% de los pacientes estaban co-infectados por el virus de la hepatitis C. El tratamiento antirretroviral mayoritario estaba basado en una combinación con un inhibidor de la proteasa (45.9%). En relación a la medicación concomitante, el número medio de fármacos prescrito por paciente fue de 2.3 ± 2.1 , siendo los fármacos más frecuentemente prescritos los usados contra la dependencia de opioides en 45 pacientes (13.4%), seguido de ansiolíticos en 41 (12.2%) y de fármacos para la prevención y tratamiento de la úlcera péptica con 40 pacientes (11.9%). La media de complejidad global previa al ingreso fue de 14.5 ± 7.2 frente a 16.5 ± 8.0 después del mismo con una diferencia significativa (1.97 [IC:0.85; 3.09]). El porcentaje de pacientes adherentes al TAR previa fue 58.3% frente al 41.8% posterior al ingreso ($p=0.023$). El único factor asociado al aumento de la complejidad fue tener prescrito cinco o más fármacos de manera crónica antes del ingreso (OR= 3.146 [1.045-9.471]).

Conclusión: La complejidad farmacoterapéutica global aumenta tras un ingreso disminuyendo la adherencia al TAR. El tratamiento crónico prescrito antes del ingreso es el único factor asociado a un aumento de complejidad tras el mismo.

18. INTERACCIONES FARMACOLOGICAS REGISTRADAS CON LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

Gándara Ladrón de Guevara MJ., Ríos Sánchez E., García de Paredes Esteban JC., Camean Castillo M., Blanco Castaño MA., Gil Sierra MD.

HU Puerto Real



Objetivo: Los antivirales de acción directa (AADs) utilizados en el tratamiento de la hepatitis C (VHC) pueden presentar un elevado porcentaje de interacciones con otros fármacos comprometiendo la efectividad y seguridad de estos tratamientos. Las interacciones requieren una cuidadosa revisión de la terapia concomitante así como la educación del paciente.

El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia y la relevancia clínica de las interacciones farmacológicas registradas entre la terapia concomitante y los AADs utilizados en el tratamiento de la hepatitis C y analizar los principales grupos terapéuticos implicados.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo de pacientes que comenzaron tratamiento con AADs desde enero hasta diciembre 2016. En la consulta de atención farmacéutica se estudiaron las interacciones de estos fármacos con la medicación habitual del paciente antes de iniciar el tratamiento para el VHC. Se registraron las variables demográficas sexo y edad. Las interacciones se clasificaron como interacción “mayor” cuando estaba contraindicado mantener ambos tratamientos y “menor” cuando la interacción implicaba el ajuste de dosis o monitorización de los tratamientos. Las interacciones se consultaron en hepdruginteractions y micromedex®. Se calculó la frecuencia de las interacciones registradas y se analizaron los grupos terapéuticos implicados.

Resultados: Se incluyeron un total de 98 pacientes, 62 hombres, con una edad media de 56 años (23-80 años). Los AADs utilizados fueron Ombitasvir/Paritaprevir/r con o sin Dasabuvir (OBV/PTV/r +/- DSV), Sofosbuvir/Ledipasvir (SOF/LDV), Sofosbuvir y Daclatasvir (SOF+DCV). Se registraron 177 interacciones farmacológicas. La frecuencia de las interacciones mayores fue de 19% (33/177) y la frecuencia de las menores fue de 81% (144/177). Entre las interacciones mayores, los grupos farmacológicos implicados fueron los siguientes: Antirretrovirales: 61% (20/33), procinéticos: 9% (3/33), broncodilatadores inhalados 6% (2/33), Estatinas: 6% (2/33) Bloqueantes Alpha1-adrenérgicos: 6% (2/33), Cannabis: 6% (2/33), Antiepilépticos: 3% (1/33) y Derivado

de podofilotoxina: 3% (1/33). Los grupos en las interacciones menores fueron: Inhibidores de la bomba de protones: 25% (35/144), Benzodiazepinas: 20% (29/144), Inhibidores del sistema renina-angiotensina: 11% (16/144), Antagonistas del calcio: 6% (9/144), Beta-bloqueantes: 5% (8/144), Levotiroxina: 4% (7/144), Antagonistas-H₂: 3% (4/144) y Otros: 26% (36/144). Corticoides, neurolépticos, antagonistas del receptor de endotelinas, antidiabéticos, antiepilépticos, antiarrítmicos, IRSS, inhibidores 5 alpha-reductasa, bifosfonatos. Del total de interacciones, la combinación de AADs OBV/PTV/r +/- DSV estuvo implicada en un 80% de interacciones, SOF/LDV en un 16% y SOF+DCV en un 4%.

Conclusiones: — Existe una elevada frecuencia de interacciones entre el tratamiento VHC y el tratamiento domiciliario de los pacientes, si bien es cierto, que fundamentalmente fueron interacciones menores.

— El tratamiento antirretroviral constituyó la principal causa de interacciones mayores con los AADs, por tanto, este grupo de pacientes necesitan una revisión exhaustiva de su medicación.

— La combinación de AADs con mayor implicación en las interacciones fue OBV/PTV/r +/- DSV.

— El farmacéutico juega un papel importante para detectar e informar sobre la posible interacción y ajustar la medicación del paciente de forma necesaria.

— El trabajo realizado nos ha ayudado a identificar los grupos terapéuticos a tener en cuenta al iniciar el tratamiento con AADs.

19. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES VIH. ESTUDIO INFAMERICA

Morillo Verdugo R¹, Robustillo Cortés MA¹, Martín Conde M², Callejón Callejón G³, Cid Silva P⁴, Guzmán Ramos MI¹.

¹ Hospital Universitario de Valme

² Hospital Clinic Barcelona

³ Hospital Nuestra Señora de la Candelaria

⁴ Complejo Hospitalaria A Coruña



Objetivo: Comparar la efectividad del seguimiento farmacoterapéutico intensivo vs práctica clínica rutinaria en la disminución del riesgo cardiovascular (RCV) moderado o alto en pacientes VIH+.

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico y aleatorizado, de intervención sanitaria estructurada realizado entre enero 2014-junio 2015. Se incluyeron pacientes VIH+, mayores de 35 años, con tratamiento antirretroviral activo, que tuvieran prescrito, al menos, un medicamento con indicación para: hipertensión arterial, dislipemia, angina, profilaxis cardiovascular o diabetes tipo-2. Asimismo, debían tener una valoración de RCV, medido por índice Framingham, moderada o alta. Se excluyeron todos aquellos que no cumplieran estas características. Los pacientes se aleatorizaron al grupo control: seguimiento farmacoterapéutico habitual realizado de forma sistemática en consultas de pacientes externos de los centros participantes, o, grupo intervención: donde se realizó una atención farmacéutica intensiva destinada a disminuir el RCV incluyendo seguimiento farmacoterapéutico de toda la medicación prescrita, prevención intensiva de PRM, realización de recomendaciones higiénico-dietéticas en cuanto a la mejora de la dieta, práctica de ejercicio y abandono del hábito tabáquico. Como información de apoyo se entregó a los pacientes trípticos informativos sobre prevención del RCV y envío periódico de SMS con contenidos relacionados con hábitos de vida saludable y promoción de la salud.

Se recogieron variables farmacoterapéuticas, clínicas, analíticas y de hábitos de vida en las semanas 0 (S0), 12, 24, 36 y 48 (S48). Para valorar la efectividad del seguimiento farmacoterapéutico se determinó el porcentaje de pacientes que obtuvieron una reducción en el índice de riesgo cardiovascular calculado según la clasificación de Framingham en la S48. Se aplicó la t de Student para muestras apareadas o la prueba de Wilcoxon para variables cuantitativas y el test de Mc Nemar para variables cualitativas.

Resultados: Se incluyeron un total de 53 pacientes, 90.6% hombres, con una mediana de edad de 53.5 (IQR:50.0-62.5 años). El 30.2%

de los pacientes estaban en tratamiento con un régimen basado en 2ITIAN+ITINN. El número medio de fármacos concomitantes fue de 3.5 ± 2.2 , con un 27.8% de los pacientes en tratamiento con hipolipemiantes. En relación al número de PRM, se detectaron 136 de los cuales el 72.1% se debieron a una falta de eficacia cuantitativa. Tanto en el grupo intervención como en control se observó un descenso en la proporción de pacientes con RCV alto en S48: 93.1% (S0) y 72.4% (S48) vs 91.7% (S0) y 79.2% (S48) respectivamente, siendo la diferencia estadísticamente significativa en el grupo intervención. En el grupo intervención, la media de IMC disminuyó en S48 con respecto a S0 de 29.3 ± 4.0 a 28.7 ± 4.3 de manera significativa (1.05 [IC: 0.56-1.58]) al igual que el porcentaje de pacientes consumidores de tabaco (34.5% vs 72.4%; $p=0.001$). Se incrementó el porcentaje de pacientes que caminaban en un 32.1% ($p=0.003$) y que tenían controlada su tensión arterial en un 38.0% ($p=0.012$) y el porcentaje de pacientes adherentes a la medicación concomitante mejoró desde 48.3% a 89.7% ($p=0.002$)

Conclusiones: El seguimiento farmacoterapéutico intensivo en pacientes con RCV moderado-alto mejora el riesgo cardiovascular, los hábitos de vida y parámetros clínicos de seguimiento a estos pacientes.

20. MODIFICACIÓN DEL REGIMEN ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CONINFECTADOS CON VIH QUE INICIAN TRATAMIENTO PARA LA HEPATITIS C CON LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

Cañizares Paz S, Franco Sandar B, Hernandez Tauste B, Nieto Guindo P, Molina Cuadrado E, Sierra García F

C.H. Torrecárdenas

Objetivo: Analizar el cambio de régimen antirretroviral (TAR) debido al inicio de tratamiento de la hepatitis C crónica (VHC) con ADD y el impacto económico que conlleva.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes coinfectados que habían iniciado trata-



miento para la hepatitis C con los nuevos antivirales de acción directa (ADD) desde Enero de 2016 hasta Enero de 2017. Se realizó un seguimiento del TARGA, registrándose las modificaciones para evitar interacciones con los ADD y se calculó:

- Número de tomas previas y posteriores al cambio de TARGA.
- Número de comprimidos previos y posteriores al cambio de TARGA.
- Coste incremental asociado al cambio de tratamiento.

En todos los casos se intentó seleccionar un régimen con ADD que no interaccionase con el TAR previo, con el fin de mantenerlos sin cambios. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tratamiento con ADD utilizado, duración del tratamiento con los ADD y motivo del cambio del TAR en el caso de que lo hubiera.

Resultados: Durante el periodo del estudio 92 pacientes coinfectados iniciaron tratamiento con los ADD. El 78.13% eran hombres con una edad media de 50.6 años (36-67). En el momento del inicio del tratamiento de la hepatitis C en todos los casos la infección VIH estaba controlada a nivel virológica (carga viral indetectable).

El 31.3% de los pacientes fueron tratados con ledipasvir/sofosbuvir, el 26.6% recibió simeprevir+sofosbuvir, el 20.3% triple terapia más ribavirina, el 7.8% sofosbuvir+daclatavir, el 4.7% ledipasvir/sofosbuvir+ribavirina, el 3.25% simeprevir+daclastavir, el 3.25% sofosbuvir+PR, el 3.25 triple terapia y el 1.6% 2D+ ribavirina.

El 81.25% tuvo el tratamiento durante 12 semanas, el 15.63% mantuvo 24 semanas de tratamiento y el 3.13% estuvo en tratamiento 8 semanas. La introducción de los ADD supuso un cambio en el TAR en el 50% de los pacientes, supuso:

1. Disminución en el número medio de comprimidos por paciente y día, pasando de una media de 2.5 comprimidos por día y paciente a 1.5 comprimidos por día y paciente.
2. Simplificación posológica, pasando de 19 pacientes en monoterapia a 27 pacientes en monoterapia tras el cambio de régimen.

Los más frecuentes fueron sustitución de un inhibidor de la proteasa por un inhibidor de la integrasa y sustituciones de emtricitabina/tenofovir por abacavir/lamiudina, a fin de evitar interacciones.

El cambio de TAR debido a la introducción de los ADD, supuso un incremento medio diario del gasto de 4 euros.

Conclusiones: 1. El inicio del tratamiento con los ADD conlleva la modificación del TAR en una elevada proporción de pacientes, estos cambios están dirigidos:

- Simplificación del tratamiento del TARGA, lo que conlleva regímenes con menos número de comprimidos y en su mayoría QD.
- Evitar interacciones farmacológicas.

2. Este cambio supone un incremento del coste.

21. OPTIMIZACION DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES PEDIATRICOS VIH

Fernández Cuerva C, Tamayo Bermejo R, Sánchez Alcaraz JJ, Gallego Fernández C.

Hospital Regional de Málaga. Hospital Materno Infantil.

Objetivos: Estratificar los pacientes pediátricos VIH de nuestro Hospital para optimizar el proceso de Atención Farmacéutica que más se adapte a las necesidades individuales de nuestros pacientes.

Materiales y métodos: Estudio transversal de todos los pacientes pediátricos afectados de VIH, atendidos en la consulta de Atención Farmacéutica en el año 2016.

La caracterización de la población a estudio se realiza mediante el Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos Pediátricos de la SEFH, que permite identificar y seleccionar aquellos pacientes que más se puedan beneficiar de determinadas intervenciones de Atención Farmacéutica según su nivel de riesgo. El Modelo establece 4 niveles donde el nivel 1 es el grupo con mayor riesgo global en todas las variables contempladas.



VARIABLES DE ESTUDIO: Demográficas, socio-sanitarias, clínicas y relacionadas con la medicación. Variables basales relacionadas con el tratamiento antirretroviral: Número de tratamientos antirretrovirales (TAR), años a TAR, coinfección VHB/VHC, carga viral VIH, nivel de CD4+, fracaso virológico previo, y adherencia.

FUENTES DE INFORMACIÓN: Historia clínica electrónica y programa de dispensación a pacientes externos.

Los resultados se analizaron mediante estadísticos descriptivos.

Resultados: Se analizan 17 pacientes pediátricos afectados de VIH con una media de 14,23 años. La estratificación mostró los siguientes resultados: 1 paciente (5,88%) pertenecen al nivel 2 de riesgo, 3 (17,65%) al nivel 3, 13 (76,47%) al nivel 4.

El estudio de las variables socio-sanitarias y/o cognitivas del paciente/cuidador se ha mostrado como la problemática que más contribuye a aumentar el nivel de riesgo, puntuando en todos los pacientes (3) que presentan nivel de riesgo por encima de 4. Otras variables relacionadas con estado nutricional solo ponderan en el 17,6%.

De las variables clínicas estudiadas resalta que 41,17% de los pacientes padecen procesos pluripatológicos y cabe subrayar el 100% dentro del nivel 2 y 3. La media del número de TAR es 3, no siempre en relación a fracaso virológico previo que encontramos en el 41% de los pacientes. La carga viral detectable se observa en el 17,60% del total de pacientes, excepto en el nivel 3 que asciende al 33%. La media de años a TAR es 8 con lo que se puede vislumbrar la experiencia del área de pacientes externos de nuestro hospital en pacientes pediátricos de VIH.

En cuanto a las variables relacionadas con la medicación señalar que 17,60% son polimedicados (100% en nivel 2, 33% en nivel 3), 29,40% tienen pautas complejas (100% en nivel 2 y 3), 29,40% tienen riesgo de PRM (100% en nivel 2, 33% en nivel 3), y 23,50% tienen condiciones especiales de dispensación (100% en nivel 2, 66% en nivel 3). La adherencia al TAR es el 90% de media (94,8% en nivel 4, 76,17% en nivel 3 y 70,73% en nivel 2).

Conclusión: Constatamos la necesidad de reforzar la atención al paciente/cuidador con la ayuda de otros profesionales del equipo asistencial y trabajadores sociales en nuestros pacientes de mayor riesgo. Proponemos el planteamiento personalizado previa cita de la atención farmacéutica adaptada a cada paciente según sus necesidades identificadas.

22. REACCIONES ADVERSAS E INTERACCIONES CON ANTIVIRALES ACCIÓN DIRECTA CONTRA VHC

Castañeda Macías, I, Jiménez Guerrero, L, Murillo Izquierdo ,M, Alvarado Fernández MD, Vázquez Real, M, Sandoval Fernández del Castillo, S

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: Los antivirales de acción directa (AAD) contra el virus de la hepatitis C (VHC), están mostrando alta eficacia y seguridad. Sin embargo su perfil de interacciones y efectos adversos, tanto propios como debidos a esas interacciones, requieren de la revisión cuidadosa de la terapia concomitante para evitar posibles complicaciones.

El objetivo de este estudio es analizar las posibles reacciones adversas de los AAD contra el virus de VHC y las interacciones con el tratamiento domiciliario de los pacientes, durante los primeros 5 meses post-comercialización en España.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en que se incluyen pacientes que iniciaron tratamiento con AAD entre noviembre de 2014 y abril de 2015. Los AAD autorizados en ese período en España eran: simeprevir (SMV), sofosbuvir (SOF) y daclatasvir (DCV); también se utilizó ribavirina (RBV) y Peg-interferón (Peg-INT), en combinación con los anteriores.

Datos recogidos: edad, sexo, tratamiento AAD, co-infección VIH/VHB, reacciones adversas descritas por los pacientes en la consulta de farmacia y tratamiento domiciliario e interacciones entre ambos. Los datos fueron recogidos del programa de pacientes externos (Landtools®)



y de la historia clínica digital (Diraya®). Utilizándose como herramienta para cotejar interacciones la web de la universidad de Liverpool y Drugs.com.

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes de los que 72 (68,6%) eran hombres y la media de edad fue 56 ± 9 años. Pacientes coinfectados: 14 VIH (13,3%) y 3 VHB (2,9%).

Los esquemas de tratamiento utilizados: SMV+SOF: 30 pacientes (28,6%); SMV+SOF+RBV: 26 pacientes (24,8%); SOF+DCV+RBV: 19 pacientes (18,1%); SOF+DCV: 14 pacientes (13,3%); SOF+Peg-INT+RBV: 7 pacientes (6,7%); SOF+RBV: 4 pacientes (3,8%); SMV+RBV+Peg-INT: 4 pacientes (3,8%); SIM+RBV 1 paciente (0,9%). En cuanto a las interacciones 80 pacientes (76,2%) tenían tratamiento domiciliario, presentando interacciones el 35% de ellos (28 pacientes). Todas las interacciones encontradas fueron de tipo moderado, no requiriendo suspensión del tratamiento, tan solo monitorización por parte del clínico y/o correcciones de dosis.

Por último los efectos secundarios más frecuentes fueron: sequedad piel/picor 19/105, cefalea 18/105, astenia 18/105, trastornos gastrointestinales 10/105, mareos 5/105, insomnio 4/105, depresión 3/105, fotosensibilidad 2/105, trastornos hematológicos 2/105, síndrome pseudogripal 1/105 y ninguno 27/105 pacientes.

Conclusiones: Como podemos observar los AAD son por regla general bastante bien tolerados, no produciendo efectos adversos de gravedad en ninguno de los 105 pacientes incluidos. Además de ello las interacciones encontradas no fueron de tipo mayor, por lo que solo requirieron monitorización y/o modificación de dosis por parte del clínico, a diferencia de lo que ocurría con los tratamientos anteriores a la comercialización de estos AAD.

No obstante es importante destacar la función de revisión de la medicación por parte del farmacéutico para evitar así posibles problemas relacionados con la medicación.

23. SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DE FORMACIÓN “PACIENTE EXPERTO VIH 2.0”

Borrego Izquierdo Y¹, Guzmán Ramos MI², Robustillo Cortés MA², Morillo Verdugo R². Grupo Proyecto “Paciente Experto VIH 2.0”.

¹ *Gerencia Atención Primaria Cantabria*

² *Hospital Universitario Valme*

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de facilitadores y pacientes de los cursos de formación del proyecto “Paciente Experto VIH 2.0”.

Material y métodos: El programa “Paciente Experto VIH 2.0” se desarrolla, según las directrices del Patient Education Research Center de la Stanford School of Medicine, desde el año 2011. En todas las ediciones se ha provisto de una encuesta de satisfacción para los pacientes y para los facilitadores que iniciaron el proceso formativo. La encuesta de satisfacción se estructuró en tres apartados compuestos de varios ítems cada uno. La satisfacción con la formación, en la que se ha valorado la satisfacción general, el valor e interés del curso, la documentación facilitada y el grado de consecución de las tareas llevadas a cabo. En segundo lugar, la utilidad de la herramienta, en cuanto al seguimiento y feedback, el plan de acción, la interacción con el resto de participantes y el contenido del aula y finalmente la valoración de la plataforma web (usabilidad, sencillez, correcto funcionamiento y medida de agrado en uso). Cada uno de los ítems fue valorado de 1 (negativo) a 5 (positivo) puntos y se incorporó un apartado con texto libre de sugerencias. También se registró la primera actividad de los alumnos al conectarse y el número y tiempo de las conexiones semanales. Una vez finalizado el periodo formativo se preguntó a los pacientes si se sentían más capacitados para el control de su enfermedad.

Resultados: 19 facilitadores completaron la formación cumplimentando todas las encuestas. De los 48 pacientes que participaron inicialmente, el 43,75% completó la formación, el 37,50% fueron irregulares y el 18,75% abandonaron. El 46,15% de los participantes realizaron el cuestiona-

rio. La puntuación media en la satisfacción con la formación fue 4,11 puntos teniendo las mejores valoraciones los aspectos de interés de la formación (4,32) y de satisfacción (4,23). En la utilidad de las herramientas la puntuación media fue 4,18 siendo las herramientas claves el feedback (4,34) y los comentarios (4,23). En el funcionamiento de la plataforma web, la valoración media fue de 4,46 teniendo puntuaciones similares en todos los aspectos. Lo primero que hacían los alumnos al conectarse era ir al aula (39,90%), revisar alertas (26,46%) e ir al foro (21,33%). Las herramientas de mayor utilidad fueron el plan de acción (4,40), relajación (3,96), ejercicios (3,88) y objetivos (3,84). El 42% se conectaban de 2-3 veces/semana, el 40% más de tres veces/semana y el 17% entre 1-2 veces/semana. El 51% de las conexiones era de 30 minutos a 1 hora, 25% de 15 a 30 minutos, 19% más de 1 hora y el 5% de 5 a 15 minutos. El 93,83% de los participantes respondieron afirmativamente a la pregunta sobre la capacidad de control de su enfermedad. **Conclusiones:** El programa “Paciente Experto VIH 2.0” ha tenido muy buena aceptación por todos los participantes, tanto en la valoración de la metodología, contenido y plataforma, proporcionando una mejora de la capacidad de control de la enfermedad. A través del apartado de sugerencias se han identificado áreas de mejora.

24. TASA DE INCIDENCIA DE MODIFICACIÓN POR TOXICIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH+ DE EDAD AVANZADA

Manzano Garcia M, Robustillo Cortés MA, Morillo Verdugo R, Guzmán Ramos MI, Haro Márquez C, Cantillana Suárez MG.

Hospital Universitario Valme

Objetivo: Evaluar la tasa de incidencia de modificación del tratamiento antirretroviral (TAR) por toxicidad en pacientes de edad avanzada de una cohorte de práctica clínica real.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes VIH+ de edad avanzada (>50 años) que han sufrido una modificación

del TAR debido a toxicidad durante el periodo de estudio del 1-enero-2010 a 31-diciembre-2014 y que estaban en seguimiento por la consulta de atención farmacéutica (CAF) de un hospital de especialidades. Quedan excluidos aquellos pacientes con perdida de seguimiento y los que fueron incluidos en ensayos clínicos.

Las variables analizadas fueron: datos demográficos, paciente naive, tipo de toxicidad producida: (hematológica, neurológica, dermatológica, gastrointestinal, hepática, renal, metabólica u otras), tipo de TAR que generó la toxicidad (dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos o nucleotidos (ITIAN) más un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósidos (ITINN); Dos ITIAN más un inhibidor de la proteasa (IP); Otras pautas distintas a las dos anteriores) y tasas de incidencia de modificación del TAR debido a toxicidad.

Las modificaciones del tratamiento se definieron como sustitución del al menos un antirretroviral del régimen por aparición de toxicidad producida por el TAR.

Para la identificación de pacientes se utilizó la aplicación de dispensación a pacientes externos y la base de datos de toxicidad de la CAF. La recogida de datos se realizó mediante la consulta de la historia clínica electrónica, del sistema informatizado de prescripción electrónica y del programa de dispensación de pacientes externos.

Resultados: Se incluyeron un total de 96 pacientes, 88,5% (85) de ellos fueron hombres. Un 27,1% (n=26) de los pacientes eran naive.

El tipo de toxicidad que generó la modificación del TAR fue: 27,1% (n=26) toxicidad neurológica, un 21,9% (n=21) toxicidad renal, un 19,8% (n=19) presentó toxicidad gastrointestinal, un 11,5% (n=11) presentaron toxicidad hepática, un 10,4% (n=10) toxicidad metabólica, un 6,3% (n=6) toxicidad dermatológica, un 1% (n=1) toxicidad hematológica y 2,1% (n=2) otro tipo de toxicidad.

El tipo de TAR que generó la toxicidad fue: ITIAN+ITINN en un 53,1% (n=51) de los pacientes, un 39,6% (n=38) de los pacientes estaban

tratándose con ITIAN+IP y un 7,3% (n=7) presentaban otros regímenes de tratamiento.

Las tasas de incidencia de modificación del TAR debido a toxicidad fueron de 12,14 por 100 pacientes en el año 2010 y 2011, 11,11 por 100 pacientes en el año 2013. Los años con menores tasas de incidencias fueron 2012 y 2014 con 6,36 y 5,99 casos por 100 pacientes respectivamente.

Conclusión: Las tasas de incidencia de toxicidad por TAR fueron menores en los años 2012 y 2014. El régimen de TAR más habitual en este tipo de pacientes fue ITIAN+ ITINN, el cual, está relacionado con las toxicidades más habituales, como las neurológicas producidas por efaviren y las renales, producidas por tenofovir. Además tenemos que tener en cuenta que se trata de pacientes en edad avanzada con presencia de comorbilidades que pueden agravar este tipo de toxicidad.

25. VALORACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE VIH+ EN UN MODELO DE ATENCIÓN FARMACEÚTICA BASADO EN LA METODOLOGÍA CMO (CAPACIDAD, MOTIVACIÓN Y OPORTUNIDAD)

Cantillana Suárez, MG, Robustillo Cortés, MA, Morillo Verdugo, RA, Guzmán Ramos, MI, Serrano Gimenez, R, Manzano García, MM
Área de Gestión Sanitaria Sevilla Sur. Hospital Universitario de Valme

Objetivo: Evaluar la experiencia del paciente VIH+ con un modelo de atención farmacéutica basado en la metodología CMO (capacidad-motivación-oportunidad).

Material y métodos: Estudio transversal, unicéntrico en el que se incluyeron pacientes VIH+, mayores de edad, que fueron atendidos según la metodología CMO en la consulta monográfica de patologías víricas durante noviembre-2016. Se excluyeron aquellos en ensayo clínico y los que no firmaron el consentimiento informado.

Se incluyeron variables demográficas (edad, sexo) y farmacoterapéuticas. La variable principal fue la media de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario IEXPAC.

Se realizó el cuestionario IEXPAC a los pacientes VIH+ que acudieron a la consulta de Farmacia en noviembre-2016. Este cuestionario está validado para conocer la experiencia de pacientes crónicos sobre la atención sanitaria que reciben, en relación al seguimiento e información proporcionada sobre hábitos de vida, necesidades del paciente, problemas de salud y toma adecuada de medicamentos.

Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes, 85,87% (n=79) eran hombres, edad media de 46,85±9,83 años. La media del número medicamentos concomitantes de estos pacientes fue de 2,29± 2.66.

La media global de las puntuaciones de los cuestionarios IEXPAC realizados fue de 9,67±0,34.

Las medias de las puntuaciones de los ítems del cuestionario fueron las siguientes: Los profesionales que me atienden me escuchan, me preguntan sobre mis necesidades, costumbres y preferencias para adaptar mi tratamiento: 9,89±0,51; Están coordinados para ofrecerme una buena atención: 9,89±0,51; Me ayudan a informarme sobre páginas web y foros para conocer mejor mi enfermedad y su tratamiento: 9,52±1,42; Ahora sé cuidarme mejor y manejar mis problemas de salud: 9,67±0,84; Me preguntan y me ayudan a seguir mi plan de tratamiento: 9,92±0,44; Fijamos objetivos para llevar una vida sana y controlar mi enfermedad: 9,81±0,76; Uso internet y el móvil para consultar mi historia clínica, resultados de mis pruebas y citas programadas en mi Servicio de Salud: 9,45±1,61; Se aseguran de que tomo la medicación correctamente, cómo la tomo y cómo me sienta: 9,95±0,36; Los profesionales se preocupan por mi calidad de vida y mi bienestar: 9,92±0,44; Me informan de recursos sanitarios y sociales que me pueden ayudar a mejorar mis problemas de salud y cuidarme mejor: 9,59±1,06; Los profesionales que me atienden me animan a participar en grupos de pacientes para compartir información y experiencias: 9,63±1,30; En el caso de haber ingresado en el hospital y después de recibir el alta,

me han llamado o visitado en casa para ver cómo me encontraba y qué cuidados necesitaba: $8,75 \pm 1,25$.

Conclusiones: La experiencia del paciente VIH+ con el modelo CMO ha tenido una puntuación elevada. Los aspectos a mejorar incluyen: informar más a los pacientes sobre páginas webs y foros de Internet, la posibilidad de uso del móvil para consultar su historia clínica, pruebas y citas, y aportar más información sobre recursos sanitarios y sociales que ayuden a mejorar sus problemas de salud.

FARMACIA ONCOLÓGICA

26. ANÁLISIS DE INTERACCIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA TIROSÍN QUINASA EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

Valencia Soto CM¹, Sierra Torres MI¹, Rodríguez Molíns E¹, Carrión Madroñal IM¹, Bocanegra Martín C¹, Sánchez Del Moral R².

¹ Hospital Juan Ramón Jiménez

² Hospital Infanta Elena

Objetivo: El aumento de esperanza de vida en los pacientes con leucemia mieloide crónica (LMC) debido a la aparición de los inhibidores de la tirosín quinasa (ITK) ha provocado que el paciente con LMC presente una edad más avanzada, con un creciente número de comorbilidades y medicación concomitante.

El objetivo es analizar las interacciones entre los ITK (imatinib, nilotinib y dasatinib), y la medicación domiciliaria activa en receta XXI en los pacientes con LMC.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en el que se incluyó a los pacientes con LMC en tratamiento con ITK en un hospital general de especialidades en febrero de 2017.

Las variables estudiadas fueron: demográficas (sexo y edad) y farmacológicas (línea de tratamiento, ITK utilizado y medicación concomitante domiciliaria).

Para el estudio de interacciones se recogieron las prescripciones domiciliarias activas en receta XXI, el número de principios activos totales y por paciente, el número de interacciones totales, por paciente, por tipo de interacción y por ITK, los medicamentos implicados y los mecanismos de interacción.

Se consideraron las interacciones con recomendación de monitorizar tratamiento (tipo C), considerar modificación de tratamiento (tipo D) y evitar combinación (tipo X) según la clasificación de la aplicación Lexicomp®.

Para la recogida de datos se utilizaron el programa de prescripción electrónica de pacientes externos (PRISMA ATHOS), la historia clínica digital y Lexicomp®.

Resultados: Se analizaron 37 pacientes (16 imatinib, 11 nilotinib, 10 dasatinib). El 64,8% (n=24) fueron hombres, con una edad media de 57,6 años (30-83). El 24,3% (n=9) recibía tratamiento en primera línea y el 75,7% (n=28) en 2.ª o posteriores.

El número total de principios activos domiciliarios analizados fue 128. La media de principios activos por paciente fue 4,26 (0-17).

Se encontró al menos una interacción en 18 pacientes, con una media de 1,57 interacciones por paciente (0-8). La media de edad entre los pacientes con al menos una interacción fue 65,6 años (47-83).

El número total de interacciones encontradas fue 41 (20 nilotinib, 11 imatinib, 10 dasatinib): 24 fueron de tipo C (9 nilotinib, 9 imatinib, 6 dasatinib), 13 de tipo D (10 nilotinib, 2 dasatinib, 1 imatinib) y 4 de tipo X (2 nilotinib, 2 dasatinib).

Los medicamentos más frecuentemente implicados fueron: inhibidores de la bomba de protones (IBP) 10, antagonistas de los receptores de aldosterona (ARA II) 8, diuréticos 8, antidiabéticos orales (ADO) 5, antiagregantes plaquetarios (AAP) 5, insulinas 4.

Los principales mecanismos de interacción fueron: aumento de concentraciones de fármaco por la inhibición del citocromo (CYP3A4) que provocan los ITK (n=16), disminución de concentraciones de ITK

por IBP y antihistamínicos H2 (n=7) y aumento del intervalo QT del electrocardiograma (n=4).

Conclusiones: Los ITK son fármacos con un conocido perfil de interacciones. En nuestra población, la mayor parte de las interacciones son de tipo C. El principal mecanismo de interacción es el aumento de concentración de fármacos, con recomendación de monitorización. Nilotinib es el ITK con mayor número de interacciones encontradas. Los fármacos más frecuentemente implicados en las interacciones son los IBP, ARA II y diuréticos.

Es importante revisar y considerar las interacciones de los ITK para optimizar el tratamiento de la LMC.

27. ANÁLISIS DE PACIENTES CON EVENTO TROMBOEMBÓLICO EN POBLACIÓN ONCOHEMATOLÓGICA VS NO ONCOHEMATOLÓGICA

Valencia Soto CM¹, Sanchez del Moral R², Sierra Torres MI¹, Carrion Madroñal IM¹, Bocanegra Martín C¹, Toscano Guzmán MD².

¹ Complejo Hospitalario Universitario Huelva, Hospital Juan Ramón Jiménez

² Complejo Hospitalario Universitario Huelva, Hospital Infanta Elena

Objetivo: Comparar la incidencia de eventos tromboembólicos (ETE) en pacientes con diagnóstico de neoplasia frente a pacientes sin neoplasias. Analizar el perfil de pacientes que sufren episodios de ETE, así como la incidencia de ETE según el tipo de tumor en los pacientes con neoplasias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo observacional en el que se incluyó a los pacientes hospitalizados con ETE en el año 2015 en un hospital general de especialidades.

Se recogieron variables demográficas: sexo, edad; y clínicas: tiempo de hospitalización, elevación del dímero D, antecedentes personales, antecedentes familiares, presencia de alteraciones genéticas predisponentes, comorbilidades (obesidad, insuficiencia renal, tabaquismo, alteraciones

cardíacas y respiratorias), inmovilización reciente, cirugía mayor reciente, diagnóstico de neoplasia, localización del tumor, tratamiento con quimioterapia y/o tratamiento con hormonoterapia, agentes angiogénicos y/o factores estimuladores de la eritropoyesis.

El riesgo de ETE en la población oncohematológica frente a la población sin diagnóstico de neoplasias se calculó a partir de la incidencia de ETE en ambos grupos.

Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica (APD-Prisma) y de la historia clínica electrónica.

Resultados: Durante el año 2015, ingresaron en el hospital un total de 20863 pacientes (1855 oncohematológicos), 199 de los cuales presentaban un episodio de ETE (incidencia 0,95%)

El 55,8% (n=111) de la población con ETE eran mujeres. La edad media fue 65 años ($\pm 17,7$), con 58% de pacientes por encima de 65 años. La mediana de tiempo de hospitalización fue 9 días (0-91). Se observó elevación del dímero-D en el 54,8% (n=109) de los pacientes, con 29% (n=58) de datos no disponibles. El 41% (n=83) eran fumadores.

Respecto a las comorbilidades, el 19,6% (n=39) presentaba complicaciones respiratorias, el 16,6% (n=33) cardíacas, el 14,6% (n=29) obesidad y el 12% (n=24) alteraciones renales.

El 20% (n=40) había presentado un ETE previo, el 3,5% (n=7) antecedentes familiares de ETE y el 3% (n=6) mutaciones predisponentes. El 30,2% (n=60) presentaban un episodio de hospitalización/inmovilización reciente y el 4,5% (n=9) cirugía mayor reciente.

Del total de episodios de ETE (n=199), 47 se dieron en la población oncohematológica (incidencia 2.53%) y el resto en no diagnosticados de neoplasia (incidencia 0.79%). El riesgo de ETE fue por tanto 3.2 veces superior en la población con neoplasia.

Entre los 47 pacientes oncohematológicos (23,6%), 21 presentaban estadio metastásico en el momento del evento. 14 de estos pacientes recibieron quimioterapia cercana al episodio y 4 hormonoterapia.

Considerando el número de casos de ETE según localización de tumor respecto a los ingresos según tipo de tumor, la frecuencia de ETE fue: gastrointestinal 10,2%, próstata 8,7%, pulmón 6%, tumores ginecológicos 5%, mama 3,9%, vejiga 2,9%, colorrectal 1,7%.

Conclusiones: Existen una serie de factores que parecen relacionarse con un mayor riesgo de sufrir ETE: edad >65 años, tabaquismo, inmovilización, evento previo, diagnóstico de neoplasia y metástasis. Sería necesario estudiar esta correlación y seleccionar a la población más susceptible con el objetivo de tomar las medidas adecuadas.

En nuestra población, la incidencia de ETE es superior en la población oncohematológica. Además, la incidencia varía notablemente según el tipo de tumor considerado.

28. ANALISIS DEL USO Y EFECTIVIDAD DEL PERTUZUMAB EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER2 POSITIVO

Ruiz de Villegas García-Pelayo M, Mora Rodríguez B, Muñoz Castillo I.
Hospital Regional de Málaga

Objetivo: Describir las condiciones de uso y eficacia de pertuzumab en pacientes con cáncer de mama metastásico HER2 positivo tratados en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional en el que se revisaron todos los pacientes tratados con pertuzumab en combinación con trastuzumab y un taxano en cáncer de mama metastásico HER2 positivo en nuestro centro desde junio del 2014, fecha en la que se incluyó el pertuzumab en la guía del hospital, hasta junio de 2016. El seguimiento se hizo hasta el 31 de enero de 2017. De la historia clínica se obtuvieron las siguientes variables: edad, fecha de diagnóstico (primer diagnóstico o recaída), línea de tratamiento, tipo de taxano en combinación (docetaxel o paclitaxel), fecha de progresión/censura, número de ciclos administrados y motivo de suspensión del fármaco. Para medir la eficacia se calculó la SLP definida como el tiempo transcurrido en meses

desde el inicio de tratamiento hasta la fecha de inicio del siguiente, la fecha del último contacto o la fecha de muerte.

Resultados: Se revisaron un total de 11 pacientes, todas mujeres. La mediana de edad fue 54 años (rango 39-76). 3 pacientes tuvieron enfermedad metastásica de inicio y 8 (73%) fueron recaídas. En todos los casos se empleó pertuzumab en primera línea de tratamiento en combinación con trastuzumab y taxano. El pertuzumab se combinó con docetaxel en 4 pacientes (36%) y con paclitaxel en las 7 restantes. La mediana del número de ciclos administrados fue de 12 (rango 4-16). La mediana de seguimiento fue aproximadamente de 9 meses (rango 3,6-18,7). El motivo principal por el que se suspendió el tratamiento con pertuzumab fue la progresión de la enfermedad (n=9). Solo hubo un caso de suspensión por toxicidad (censurado n=1). Al final del seguimiento se obtuvo una SLP de 9.2 meses.

Conclusiones: La inclusión del pertuzumab en nuestro hospital ha supuesto un cambio en el tratamiento de primera línea del cáncer de mama metastásico HER2+.

La extrapolación a la utilización de paclitaxel en lugar de docetaxel parece razonable, pues ambos taxanos son ampliamente utilizados en esta indicación, si bien esta combinación no está recogida en ficha técnica. En el momento de finalizar el estudio la mediana de SLP alcanzada fue bastante inferior a la obtenida en otros ensayos debido en gran parte a nuestro pequeño tamaño muestral y a la heterogeneidad de esta población. Sería interesante un seguimiento más a largo plazo y con mayor población para poder cuantificar el verdadero beneficio de la adición del pertuzumab en este tipo de pacientes en la práctica clínica.

29. COMORBILIDADES Y POLIMEDICACIÓN EN EL PACIENTE HEMATO-LÓGICO MAYOR

Espinosa Bosch M., Gutiérrez Lorenzo M., Mora Rodríguez B., Muñoz Castillo I.

Hospital Regional Universitario de Málaga.



Antecedentes: La aparición de nuevos fármacos orales con un buen perfil de toxicidad está permitiendo que pacientes de edad avanzada puedan recibir tratamiento activo para el control de neoplasias hematológicas. Sin embargo, estos pacientes suelen padecer otras comorbilidades que deben tenerse en cuenta para una valoración integral de los mismos

Objetivo: Analizar las comorbilidades más frecuentes de los pacientes mayores con tratamiento oral para neoplasias hematológicas, así como la concordancia entre el registro de comorbilidades en la historia clínica del paciente y los tratamientos prescritos en receta.

Material y método: Estudio observacional descriptivo realizado entre Noviembre de 2016 y Enero de 2017. Para la selección de pacientes se utilizó el sistema de alertas para riesgo geriátrico del programa informático de dispensación en farmacia ADP-ATHOS® que permite identificar todos los pacientes mayores de 70 años procedentes del servicio de hematología que inician tratamiento antineoplásico oral.

Se recogieron variables demográficas (fecha de nacimiento, sexo) y clínicas (neoplasia hematológica y comorbilidades) de la historia clínica electrónica. También se registró el fármaco antineoplásico dispensado en el hospital (APD-ATHOS®) y los fármacos prescritos en receta (Receta XXI). Por último se hizo un análisis de discrepancias entre las comorbilidades registradas en la historia y los tratamientos de receta

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes en el estudio, con una mediana de edad de 75 años (rango 70-86), de los cuales el 54,2% eran varones y el 45,8% eran mujeres. Los diagnósticos hematológicos fueron, en orden decreciente: 10 mieloma múltiple, 4 policitemia vera, 4 leucemia mieloi-de crónica, 2 linfoma de células del manto, 1 enfermedad de Hodgkin, 1 enfermedad de Waldstrom, 1 leucemia linfocítica crónica y 1 síndrome mielodisplásico. Los fármacos antineoplásicos implicados fueron: 8 lenalidomida, 4 imatinib, 4 ruxolitinib, 4 ibrutinib, 2 ciclofosfamida, 1 procarbacin, 1 pomalidomida. La mediana de comorbilidades fue de 3 (rango 0-11), siendo las más frecuentes 70,8% hipertensión arterial, 62,5% dislipemia, 50% alteraciones del sistema nervioso central (SNC),

33% afectación cardiaca, 30,7% de varones con afectación de próstata, 25% diabetes mellitus, 25% afectación ósea, 16,7% insuficiencia renal. La mediana de fármacos prescritos en receta es de 9,5 (rango 2-18). La mediana de discrepancias fue de 1 (rango 0-3), siendo ligeramente diferente si se analizan en función del número de comorbilidades: pacientes con 0-3 comorbilidades presentan una mediana de 1 discrepancia; pacientes con ≥ 4 comorbilidades presentan una mediana de 1,5 discrepancias. No se analiza si la diferencia es estadísticamente significativa pues el tamaño de muestra es insuficiente.

Las comorbilidades que con más frecuencia se omiten en la historia clínica de hematología son las alteraciones del SNC, incluyendo depresión y trastornos del sueño, las alteraciones óseas y la dislipemia

Conclusiones: Los pacientes mayores con tratamiento oral para neoplasias orales suelen padecer otras patologías que no siempre quedan bien registradas en la historia clínica. La polifarmacia en estos pacientes es una constante. La utilización de sistemas de alertas en la prescripción-validación de los tratamientos permite seleccionar los pacientes de mayor riesgo para utilizar un enfoque integral en la evaluación farmacoterapéutica.

30. COMPARACIÓN DE LAS GUÍAS NCCN, ESMO Y SEOM DE 2016 PARA LA PREVENCIÓN DE LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS POR QUIMIOTERAPIA

Gutiérrez Lorenzo M., Mora Rodríguez B., Henares López A., Muñoz Castillo I.

Hospital Regional de Málaga

Objetivo: El propósito de este estudio es determinar si las guías más usadas en España difieren en sus recomendaciones con el fin de optimizar la profilaxis de uno de los efectos adversos más preocupantes de la quimioterapia en nuestro sistema de salud: las náuseas y vómitos inducidos por los antineoplásicos.

Material y métodos: Se analizaron las recomendaciones de las guías: Nacional Comprehensive Cancer Network (NCCN), European Society



for Medical Oncology (ESMO) y Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) publicadas en el año 2016 para la prevención de la emesis por quimioterapia.

Se elabora una base de datos tanto de los antineoplásicos parenterales como de los orales para identificar las diferencias en los siguientes puntos: número de niveles de riesgo emetógeno, número total de agentes antineoplásicos incluidos, número de agentes antineoplásicos que aparecen sólo en una de las guías, número de antineoplásicos que se clasifican en niveles de riesgo emetógeno distintos, número de agentes que se clasifican diferente dependiendo de la dosis que se prescriba, recomendaciones de la profilaxis a usar según los niveles de riesgo.

Resultados: Los principales puntos de discrepancia entre las clasificaciones de las guías ESMO y SEOM con respecto a la guía NCCN son los siguientes:

En cuanto a los agentes antineoplásicos orales, la NCCN divide en 2 los niveles de riesgo de producir náuseas y vómitos: riesgo de moderado a alto y de mínimo a bajo; la ESMO y la SEOM hacen más distinción, dividen en 4 niveles (alto, moderado, bajo y mínimo). Sin embargo, las tres guías dividen en los mismos 4 niveles el riesgo emetógeno de los agentes antineoplásicos parenterales.

En total, en la NCCN se observan 97 agentes antineoplásicos parenterales, de los cuales 53 (54.6%) y 27 (27,8%) no aparecen en la guía SEOM y ESMO respectivamente. También se compararon un total de 62 agentes antineoplásicos orales, de los que 48 (77.4%) y 22 (35.5%) no aparecen en la guía SEOM y ESMO respectivamente.

Observamos también que del total de agentes parenterales 11 (11.3%) y 4 (4.1%) estaban clasificados en distintos niveles de riesgo emetógeno en la NCCN frente a la ESMO y a la SEOM, respectivamente.

Además, en la NCCN hay distinción en el riesgo de emesis dependiendo del rango de dosis en 8 antineoplásicos, mientras que en la SEOM Y ESMO sólo en 2 agentes.

Por otra parte, en cuanto a los agentes profilácticos recomendados según los niveles de riesgo no hay discordancias significativas.

Conclusiones: Aunque existen varios puntos de discrepancia entre las directrices de la ESMO, la SEOM y la NCCN, sobre todo en la clasificación, podemos concluir que hay una concordancia sustancial.

La aplicación de estas recomendaciones a la práctica diaria nos permite periódicamente actualizar actualizar nuestro protocolo para minimizar la toxicidad emetógena de los tratamientos antineoplásicos.

Como tal, las guías están destinadas a ser novedosas, herramientas de alta calidad, lógicas, prácticas y útiles para el clínico. La meta es la optimización de la calidad de vida del paciente con el uso racional de los medios.

31. EFECTIVIDAD Y ADECUACIÓN A CRITERIOS DE LA COMISIÓN DE FARMACIA DE ABIRATERONA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN PREVIO AL USO DE QUIMIOTERAPIA

Cantillana Suarez, MG, Artacho Criado, SM, Guzman Ramos, MI, Serrano Gimenez, R, Haro Marquez, C, Tristancho Perez, A.

Área de Gestión Sanitaria Sevilla Sur. Hospital Universitario de Valme

Objetivo: Evaluar la efectividad de abiraterona en el tratamiento de pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a castración previo al uso de quimioterapia. Comprobar la adecuación y cumplimiento de los criterios de utilización establecidos por la Comisión de farmacia y terapéutica del hospital.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con cáncer de próstata en tratamiento con abiraterona desde abril 2015 hasta enero 2017.

Se recogieron variables demográficas y clínicas relacionadas con la duración del tratamiento y el motivo de finalización. La variable para evaluar la efectividad fue la supervivencia libre de progresión (SLP).

Estos datos fueron obtenidos de la aplicación informática Farmatools® (módulo de pacientes externos), la historia clínica y receta electrónica del paciente.

Criterios de utilización acordados en la Comisión de farmacia y terapéutica de abiraterona: “tratamiento del cáncer de próstata metastásico resistente a castración en pacientes que cumplan los siguientes requisitos: ECOG 0-1, no precisen tratamiento con opiáceos, ausencia de hipertensión descontrolada y afección cardíaca o hepática relevante, tiempo de duplicación de la PSA >55 días, metástasis óseas y/o ganglionares y no presentar metástasis visceral.”

Resultados: Se seleccionaron 13 pacientes para el estudio, hombres con una mediana de edad de 68 años (rango: 52-90). 76,92% de los pacientes tenían un ECOG 0, 15,38% ECOG 1 y 7,63% ECOG 2.

Sólo cinco de los 13 pacientes habían finalizado el tratamiento en la fecha de recogida de datos y la causa de finalización fue: cuatro pacientes por progresión y uno por éxitus. La SLP mediana fue de 7,37 meses (RIQ1:2,87–QI3:17,43).

Con respecto al cumplimiento de los criterios de utilización establecidos por la Comisión, un 61,54% (n=8) de los pacientes cumplieron todos los criterios. Sólo cuatro pacientes (30,77%) no cumplieron alguno de los requisitos y éstos fueron: habían recibido opiáceos previos, por lo que incumplieron el requisito de no necesitar tratamiento con opiáceos y además uno de estos pacientes no cumplió el requisito de tener ECOG 0-1 por tener un ECOG de 2.

Un 38,46% (n=5) de los pacientes presentaron reacciones adversas: tres pacientes tuvieron hipertensión y dos pacientes infecciones de orina recurrentes.

Conclusiones: Los resultados obtenidos de SLP son inferiores a los obtenidos en el ensayo pivotal (7,37 versus 11,1 meses). Esto se podría justificar por el corto periodo de seguimiento, porque 8 de los 13 pacientes continuaban en tratamiento en la fecha de recogida de datos.

Existe un moderado cumplimiento de los criterios de utilización establecidos por la Comisión de Farmacia.

32. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE NUEVAS TERAPIAS EN MELANOMA METASTÁSICO BRAF MUTADO

Pérez Díaz I., Jiménez Hernández MP, Quintana Holgado AM.
Hospital General de la Palma

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de vemurafenib/cobimetinib y de trametinib/dabrafenib en pacientes con melanoma metastásico Braf mutado V600.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes tratados con vemurafenib/cobimetinib y con trametinib/dabrafenib desde enero de 2016 hasta enero de 2017 en un hospital de segundo nivel. Los pacientes se identificaron a través del programa de dispensación de pacientes externos (Farmatools®). Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas informatizadas (DRAGO-AE®). Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, línea de tratamiento que suponía dicha terapia, performance status al inicio, duración del tratamiento, reacciones adversas y motivo de retirada del tratamiento por progresión de la enfermedad (PE) o toxicidad.

La efectividad de los tratamientos se midió mediante el cálculo del tiempo hasta progresión de enfermedad (TTP) y la mejor respuesta obtenida durante el tratamiento se evaluó mediante respuesta parcial (RP) ó enfermedad estable (EE).

Resultados: Se incluyeron en el estudio tres pacientes, dos mujeres y un hombre, diagnosticados de melanoma metastásico, dos en primera línea de tratamiento y otro en segunda. Dos de ellos se trataron con la combinación vemurafenib/cotellic y el tercero en cuestión recibió la combinación trametinib/dabrafenib.

La mediana de edad al inicio del tratamiento de la enfermedad metastásica fue de 56 años (rango=53-57) y el Performance Status era de

0 para todos los pacientes. El tiempo de tratamiento a fecha de corte del estudio fue de 9 meses (paciente 1), 7 meses (paciente 2) y 2 meses (paciente 3).

A la finalización del estudio, el tiempo hasta progresión de la enfermedad fue de 9 meses para el paciente 1 retirándose el tratamiento por progresión de la enfermedad, mientras que los pacientes 2 y 3 continúan actualmente con el tratamiento sin progresión de la misma. La mejor respuesta obtenida fue la de Enfermedad Estable para dos de los pacientes (66%), obteniéndose una respuesta parcial en el tercero (33%). En cuanto a las reacciones adversas ambas combinaciones de fármacos fueron perfectamente toleradas siendo solo reseñable una monoartritis sufrida por uno de los pacientes en tratamiento con vemurafenib/cotelllic que remitió con antiinflamatorios y antibióticos. Ninguno de ellos precisó reducción de dosis ni interrupción del tratamiento por toxicidad.

Conclusiones: La efectividad de ambos tratamientos, medida en tiempo hasta progresión de la enfermedad, solo ha podido calcularse en uno de los pacientes siendo algo inferior a lo esperado según bibliografía. La estabilidad de la enfermedad (EE) fue la mejor respuesta obtenida. En cuanto al perfil de seguridad, los efectos adversos fueron mínimos considerando ambas terapias como seguras. A pesar de los resultados aceptables del estudio, es necesario un mayor período de seguimiento para reevaluar la efectividad y seguridad a largo plazo.

33. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y TOLERANCIA CUTÁNEA DE CETUXIMAB EN TERCERA LÍNEA DE CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO K-RAS NATIVO

Camean Castillo M., Martínez Díaz C., Cortés Carmona C., García de Paredes Esteban J., Gil Sierra MD., Alegre del Rey E.

Hospital Universitario Puerto Real

Objetivo: Analizar los resultados de efectividad y tolerancia cutánea con cetuximab en monoterapia en pacientes diagnosticados de cáncer

colorrectal metastásico K-RAS nativo en tercera línea respecto a la evidencia publicada.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes desde enero de 2013 a marzo de 2016, tratados con cetuximab en tercera línea y diagnosticados de cáncer colorrectal metastásico. Se recogieron las siguientes variables a partir de la historia clínica unificada de Andalucía (DIRAYA®) y el programa de gestión de citostáticos (Farmis® versión 2011.0.4.6): sexo, edad, ECOG, tratamientos previos y pauta utilizada. Se construyó la curva de supervivencia libre de progresión y supervivencia global mediante el método de Kaplan Meier de la que se obtuvo la mediana. Se comparó con el subgrupo K-RAS nativo del ensayo pivotal (CA225025). Se recogieron datos de toxicidad cutánea según CTCAE v.4.0

Resultados: Diecinueve pacientes fueron tratados, un 70% de hombres con una media de edad de 68,3 años. El ECOG estaba comprendido entre 0-1 en el 95% de los pacientes. El 95% de los pacientes recibieron como tratamiento previo oxaliplatino, 65% 5-fluorouracilo, el 100% capecitabina o irinotecan y el 19% bevacizumab. Los tratamientos utilizados fueron: 1º infusión 400 mg/m² seguido de mantenimiento 250 mg/m² semanalmente en 15 pacientes o 500 mg/m² bisemanal en 4 pacientes. La mediana de supervivencia libre de progresión alcanzada en nuestros pacientes fue de 5,6 meses, superando en 2 meses la del ensayo pivotal (3,6 meses). La mediana de supervivencia global alcanzada fue de 10,9 meses superándose en 2,9 meses la del ensayo pivotal (8 meses). La toxicidad cutánea (rash) fue de grado 1 en el 36% de los pacientes, grado 2 para el 16% de ellos y no hubo ninguna toxicidad cutánea grado 3 o 4. El 11,8% de los pacientes del ensayo pivotal presentaron toxicidad cutánea grado 3-4.

Conclusiones: 1. La efectividad obtenida medida con mediana de supervivencia libre de progresión y supervivencia global fue superior a la del ensayo pivotal, sin embargo debemos tener en cuenta las limitaciones que presenta un estudio con un número bajo de pacientes.

2. Ninguno de los pacientes presentó toxicidad cutánea grado 3-4 a diferencia del ensayo pivotal.

3. Si no se ha utilizado previamente, cetuximab es una opción a considerar en tercera línea en aquellos pacientes RAS nativo dados los resultados obtenidos de efectividad en nuestro estudio y de eficacia en el ensayo pivotal.

34. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO, MELANOMA Y CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

López-Viñau López T, López-Santamaría Donoso J, Gago Sanchez A, Saez-Torres de Vicente M.

Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Objetivo: Nivolumab, anticuerpo monoclonal humano de tipo IgG4 e inhibidor del receptor de muerte programada PD-1, está indicado para su utilización como primera línea de tratamiento en melanoma metastásico (MM) y como segunda línea en estadios avanzados de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) y carcinoma de células renales (CCR). El objetivo de este estudio consiste en evaluar la efectividad y seguridad de este fármaco en MM, CPNM y CCR.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con Nivolumab en monoterapia desde agosto de 2015 hasta octubre de 2016 en un hospital de tercer nivel. Las variables utilizadas para medir la efectividad fueron supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP). La seguridad fue evaluada mediante los criterios NCI-CTCAE-v3.0. Los datos recogidos fueron: sexo, edad, diagnóstico, estadio de la enfermedad, ECOG, líneas previas de tratamiento, número de ciclos de Nivolumab y eventos adversos. Los datos fueron obtenidos del programa Oncofarm® y de la historia clínica digital Diraya®. El análisis de los datos se realizó utilizando el paquete PASWStatistics18.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes (17 hombres y 6 mujeres) con una mediana de edad de 57 años (45-73), ECOG 0-1 y estadio de la enfermedad III-IV. Quince pacientes presentaban CPNM (9 de células escamosas y 6 adenocarcinoma), 6 MM y 2 CCR. Los pacientes con CPNM fueron tratados con Nivolumab en segunda línea de tratamiento tras terapia combinada con platinos (92,85%) y platino en monoterapia (7,15%). Los dos pacientes con CCR habían recibido Inhibidores de Tirosin-kinasa (ITKs) y los pacientes con MM no fueron tratados previamente. A todos los pacientes se les administró una dosis de Nivolumab de 3 mg / Kg cada 2 semanas vía intravenosa. La mediana de ciclos recibidos fue 6 (1-21). La SG sólo pudo ser medida en un paciente con CPNM y fue de 4 meses. La mediana de SLP fue de 4 meses (IC 95% 1,23-6,67) en CPNM y de 3 meses (IC 95%, 1,36-4,64) en MM. No hubo progresión en los pacientes con CCR. Once pacientes continúan en tratamiento al finalizar el estudio. El fármaco fue bien tolerado. Los principales efectos adversos observados fueron astenia (n=8), alteraciones gastrointestinales (n=5), artralgia (n=4) y fiebre (n=3).

Conclusiones: En este estudio, Nivolumab muestra resultados similares a los obtenidos en los ensayos clínicos en CPNM y MM, presentando mejores resultados en CCR. Por otra parte, ha demostrado ser un fármaco seguro, sin efectos adversos graves. No obstante, debido al pequeño tamaño muestral y a la heterogeneidad de su distribución, sigue siendo necesario continuar estudiando la efectividad y seguridad de Nivolumab en estas indicaciones.

35. EVALUACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL TRATADOS CON REGORAFENIB

Casas Hidalgo I., Rodríguez Delgado A., Valle Corpas M., Nieto Gómez P., González Medina MC.,
Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Objetivo: El cáncer colorrectal (CCR) es el segundo cáncer más común en Europa y el tercero del mundo. Regorafenib está autorizado en el tratamiento de pacientes adultos con CCR metastásico que han sido previamente tratados con las terapias disponibles o no se les considera candidatos adecuados a dichos tratamientos. Regorafenib es un fármaco antitumoral oral que bloquea varias proteínquinasa, incluidas las quinasa implicadas en la angiogénesis tumoral (VEGFR1, -2, -3, TIE2), la oncogénesis (KIT, RET, RAF-1, BRAF, BRAFV600E) y el microambiente tumoral (PDGFR, FGFR). En este estudio, hemos revisado todos los informes de los pacientes tratados con Regorafenib en nuestro hospital y analizado la información con el fin de evaluar la eficacia y seguridad de Regorafenib en pacientes con CCR tratados en un hospital de tercer nivel.

Material y metodos: Estudio descriptivo observacional sobre la utilización de Regorafenib desde abril de 2015 hasta la actualidad. Las variables estudiadas, obtenidas de las historias clínicas a través de las aplicaciones informáticas Archinet y Diraya, fueron: sexo, edad, patología, localización de metástasis, posología y reacciones adversas del tratamiento con Regorafenib, marcadores tumorales (CEA y CA 19.9) antes y después del tratamiento con Regorafenib y estado mutacional de KRAS.

Resultados: Regorafenib fue administrado a 9 pacientes (78% hombres). La edad media de estos pacientes fue de 64.78 ± 8.48 años. Los pacientes recibieron Regorafenib para: tumor del estroma gastrointestinal (GIST) metastásico no intervenido que progresó durante el tratamiento previo con imatinib y sunitinib E-IV (11.11% pacientes), adenocarcinoma de colon intervenido E-IV (33.33% pacientes), adenocarcinoma de sigma E-IV (33.33% pacientes) y adenocarcinoma de recto E-IV irresecable no tratado quirúrgicamente (22.22% pacientes). Todos los pacientes, presentaban metástasis, siendo su localización: hepática (55.55% pacientes), diafragmática (11.11% pacientes), mesentérica (11.11% pacientes), pulmonar (44.44% pacientes). En relación con la

posología, el 77.78% de los pacientes iniciaron el tratamiento con 160 mg de Regorafenib, administrados una vez al día durante 3 semanas seguidas de 1 semana sin tratamiento; mientras que un 22.22%, inició el tratamiento con 120 mg. Sin embargo, el 33.33% del total de pacientes tuvieron que reducir la dosis inicial y el 55.56% de los pacientes tuvieron que suspender el tratamiento debido a la aparición de efectos adversos. Las reacciones adversas más frecuentes fueron (de más a menos frecuente): hipertensión arterial asociada a cefalea, hiperbilirrubinemia, elevación AST y ALT, astenia intensa, trombocitopenia, disfonía, fiebre, síndrome mano-pie G1-2 y leucopenia. Tras el tratamiento con Regorafenib, los marcadores tumorales CEA y CA 19.9, sólo disminuyeron en el 22.22% del total de pacientes tratados. Con respecto al estado mutacional de KRAS: el 66.67% de los pacientes presentan KRAS nativo (no mutado). El KRAS nativo, lo presentaron el 100% de pacientes que tuvieron buena evolución (descenso de CEA y CA 19.9) en el tratamiento con Regorafenib.

Conclusiones: La disminución de CEA en el 22.22% de los pacientes y la elevada aparición de efectos adversos revela que Regorafenib presenta baja eficacia y seguridad en el control de la progresión de CCR. Además, parece que este fármaco presenta mejores resultados en pacientes que presentan KRAS nativo. Sin embargo, se requieren más estudios para demostrar la eficacia de Regorafenib en esta enfermedad.

36. EVALUACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM) TRATADOS CON NINTEDANIB

Casas Hidalgo I., Valle Corpas M., Moreno Raya P., Nieto Gómez P., Rodríguez Delgado A.,

Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Objetivo: El CPNM (que representa el 85% de los cánceres pulmonares) supone una alta tasa de mortalidad en los países desarrollados, lo que representa un problema de salud de primera magnitud. Los pacien-



tes diagnosticados de CPNM que debutan con enfermedad avanzada o metastásica tienen un pobre pronóstico (supervivencia media de 13 meses). Uno de los fármacos más novedosos aprobados para mejorar la supervivencia de esta enfermedad es Nintedanib, un inhibidor de múltiples tirosín quinasa. Estas enzimas pueden ser encontradas en algunos receptores situados en la superficie de las células que están implicados en el crecimiento y la propagación de células cancerosas, tales como: “PDGFR”, “FGFR” y “VEGFR”. A pesar de su aprobación para CPNM, Nintedanib aún no está comercializado en España. Los farmacéuticos de hospital son los responsables de la solicitud de este tratamiento como “medicamento expandido”, sólo después de la elaboración de un informe exhaustivo. En este estudio, hemos revisado todos los informes de los pacientes tratados con Nintedanib en nuestro hospital y analizado la información con el fin de evaluar la eficacia y seguridad de Nintedanib en pacientes con CPNM.

Material y metodos: Estudio descriptivo observacional sobre la utilización de Nintedanib desde noviembre de 2014 hasta septiembre de 2015. Las variables estudiadas, obtenidas de las historias clínicas a través de la aplicación informática Archinet, fueron: sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), patología, hábitos tabáquicos, línea de tratamiento, posología y reacciones adversas del tratamiento con Nintedanib y marcadores tumorales (CEA y CA 19.9) antes y después del tratamiento con Nintedanib.

Resultados: Nintedanib fue utilizado en 7 pacientes (57% hombres). La edad media de estos pacientes fue de 58 años. El IMC promedio fue 28,85 Kg/m² (18,36-50,51). Todos los pacientes recibieron Nintedanib para CPNM metastásico con histología de adenocarcinoma y con EGFR y ALK no mutado. El 43% eran fumadores. Todos los pacientes recibieron Nintedanib junto con docetaxel como tratamiento de tercera línea. En relación con la posología, todos los pacientes iniciaron el tratamiento con Nintedanib 200 mg/12h días 2 a 21 cada 3 semanas, pero 2 pacientes tuvieron que reducir la dosis inicial a 300 mg/24 h (1

paciente) y a 150 mg/12h (1 paciente) debido a la aparición de reacciones adversas. Los efectos adversos más frecuentes fueron (de más a menos frecuente): astenia, diarrea, alteración de las transaminasas, dolor muscular y calambres, pérdida de peso y mucositis. Tras el tratamiento con Nintedanib, el marcador tumoral CEA, disminuyó en el 57% de los pacientes; mientras que el marcador CA 19.9, no disminuyó en ninguno de los pacientes tratados.

Conclusiones: La disminución de CEA en el 57% de los pacientes revela que Nintedanib es eficaz en el control de la progresión de CPNM, lo que implica un aumento de la supervivencia y de la calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo, se requieren más estudios para demostrar la eficacia de Nintedanib en esta enfermedad.

37. EXPERIENCIA DE USO DE NIVOLUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

Domínguez López M., García Martín F., Salguero Olid A., Santos Rodríguez C., Blanco Sánchez G., Martínez Bautista MJ.

H. U. Puerta del Mar

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de nivolumab en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) escamoso en segunda línea.

Material y método: Se trata de un estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con nivolumab para CPNM desde abril de 2016 hasta febrero de 2017. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, ECOG previo al tratamiento con nivolumab, líneas de tratamiento anteriores y efectos adversos asociados al nivolumab. Los datos se recogieron a través del programa Oncowin® y Diraya® Atención Hospitalizada. Como variables de efectividad se midieron la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) y para las reacciones adversas CTCAE v 4.0.

Resultados: En nuestro hospital han sido tratados en total 5 pacientes (4 varones) con nivolumab para CPNM en estadio IV con histología escamosa. El esquema utilizado fue 3 mg/kg cada dos semanas, en todos los casos tras progresión a una línea de quimioterapia con cisplatino+vinorelbina. La media de edad fue de 64,2 años. Tres de ellos presentaban un ECOG de 1 al inicio del tratamiento mientras que los otros dos presentaban un ECOG de 2. Los pacientes recibieron una media de 5,2 ciclos; 1 paciente continúa actualmente en tratamiento desde enero de 2017 y 4 discontinuaron el tratamiento por progresión de la enfermedad (SLP de 1, 2,7, 3 y 5 meses). En la fecha del análisis 3 pacientes habían fallecido con una SG de 1, 3 y 6 meses. En cuanto a la seguridad, el 80% (n=4) de los pacientes presentó algún efecto adverso, todos ellos de grado 1. Los dos más frecuentes fueron disnea y astenia, ocurriendo en un 60% de los casos (n=3) cada uno. Otros efectos adversos observados fueron fiebre (1 paciente), diarrea (1 paciente) y anorexia (1 paciente).

Conclusiones: Los resultados obtenidos en nuestra práctica habitual han sido peores que en el ensayo pivotal (medianas de SG y SLP 12,19 y 2,33 meses respectivamente), aunque 2 de los pacientes presentaban ECOG 2. El perfil de seguridad de nivolumab ha sido aceptable.

38. INTERACCIONES EN LA MEDICACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO Y ACTUACION FRENTE A ELLAS

Henares López A., Furones Araujo D., Espinosa Bosch.
Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Analizar las interacciones medicamentosas entre fármacos oncológicos dispensados en la consulta de farmacia hospitalaria y la medicación domiciliaria del paciente así como el grado de aceptación por parte del facultativo cuando existen interacciones relevantes.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo de todos los pacientes oncológicos que acuden a la consulta de farmacia entre el Octu-

bre de 2016 y Febrero de 2017 para iniciar tratamiento antineoplásico oral con inhibidores de la tirosin kinasa (ITK), inhibidores de la síntesis de andrógenos o inhibidores de la BTK. Se recoge información en la visita de inicio acerca de la medicación del paciente, tanto prescrita en su tarjeta sanitaria (Receta XXI) como productos OTC y otras sustancias naturales y de herboristería que el paciente toma habitualmente. Se comprueba la existencia de interacciones en las plataformas Micromedex®, Lexicomp®, AboutHerbs y fichas técnicas y se escribe un informe destinado al paciente sobre los resultados obtenidos así como consejos sobre el fármaco citostático oral y medidas de higiene y de prevención de reacciones adversas. En caso de interacciones leves, se hacen recomendaciones de control del paciente sobre los posibles efectos adversos. En caso de incompatibilidades graves, se avisa y asesora al médico prescriptor quien toma la decisión pertinente.

Resultados: 29 pacientes, 70,3% hombres y con una edad media de 67 años (44-86), recibieron un total de 13 medicamentos distintos: Axitinib (1), Abiratenona (3), Crizotinib (1), Dabrafenib (1), Dasatinib (2), Erlotinib (4), Everolimus (2), Ibrutinib (2), Idelalisib (2), Imatinib (3), Pazopanib (4), Sorafenib (2) y Sunitinib (2). De los 29 pacientes evaluados, 18 (62%) presentaron al menos una interacción medicamentosa relevante con el nuevo fármaco y de las cuales 12/18 se consideraron graves. Entre estas 18, destacan IBP (omeprazol y esomeprazol) con inhibidores de la tirosin-kinasa en 8 casos, seguidos por medicamentos derivados de plantas (Equinacea, Serenoa Repens, Lecitina de Soja y Fisioven®) con inhibidores de la tirosin-kinasa en 4 casos. El resto de interacciones fueron un caso de abiratenona-cilostazol, uno de crizotinib con ivabradina y bisoprolol, uno de ibrutinib con ácido acetilsalicílico e ibuprofeno, uno de idelalisib-tamsulosina, otro de idelalisib-doxazosina y uno imatinib-paracetamol.

También se analizaron las posibles interacciones entre la medicación domiciliaria de cada paciente. Los resultados fueron 12 interacciones totales en 10 pacientes de las cuales ninguna fue grave.

Por otro lado, se analizó el grado de aceptación médica a estas 12 interacciones graves. En el 58,3% de los casos, la medicación domiciliaria problemática fue cambiada o retirada por parte del médico.

Conclusiones: La labor del farmacéutico en la consulta de farmacia es de gran importancia en los casos de pacientes que reciben quimioterapia oral, debido al elevado índice de interacciones que presentan los nuevos citostáticos orales, en especial los inhibidores de la tirosin-kinasa, con medicación concomitante. Así mismo, se demuestra que esta actuación se ve reflejada en una mejora de la farmacoterapia del paciente y la eficacia y seguridad del tratamiento gracias a la colaboración de los prescriptores tras el consejo farmacéutico.

39. PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN PARA BRENTUXIMAB VEDOTIN: A PRÓPOSITO DE UN CASO

Gil Sierra MD.¹, Martínez Díaz C.¹, Blanco Sánchez G.², Martínez Bautista MJ.², Navas Arauz E.¹, Alegre del Rey EJ¹.

¹ Hospital Universitario de Puerto Real

² Hospital Universitario Puerta del Mar

Objetivo: Describir nuestra experiencia clínica en la elaboración y administración de un protocolo de desensibilización reducido (PDred) con brentuximab vedotin (BV).

Material y método: Se utilizó un protocolo de desensibilización (PD) por el Servicio de Farmacia (SF) basado en la bibliografía publicada y la recomendación de Servicio de Alergología (SA) de referencia para administración de dosis total de BV (120 mg) en 17 intervalos progresivos de velocidad de infusión y concentración. Cuatro soluciones (250 ml) fueron preparadas con diluciones 0'12/250 (A), 1'20/250 (B), 12/250 (C) y 120/250 (D). La velocidad de administración se fue duplicando cada 15 minutos para los 15 primeros intervalos, iniciando a 2'5 ml/hora en solución A y B, 5 ml/hora y 10 ml/hora para C y D, respectivamente. La velocidad máxima (V_{max}) alcanzada fue de 80 ml/h y la

duración de la administración de 6 horas y 45 minutos. Posteriormente, el SA solicitó la elaboración del PDred para agilizar la administración a 8 pasos. Tres soluciones (250 ml) fueron preparadas con diluciones 1'20/250 (A'), 12/250 (B') y 120/250 (C'). La velocidad de administración se fue duplicando cada 15 minutos para los 7 primeros intervalos, iniciando a 5 ml/hora en solución A', 10 ml/hora en B' y 30 ml/hora en C', alcanzando la misma Vmax que el PD anterior y duración de 4 horas y 35 minutos. Ambos PDs fueron premedicados con paracetamol, metilprednisolona y dexclorfeniramina según pauta de SA

Resultados: Paciente de 49 años diagnosticado de linfoma de Hodgkin CD30+, con esclerosis nodular y estadio IIA, que presentó cuadro de disnea, opresión torácica y síncope compatible con reacción de hipersensibilidad tipo I (prick test y test intradérmico positivos) al comienzo de la 6.ª infusión con BV. Previamente, había recibido doxorubicina-bleomicina-vinblastina-dacarbazina (ABVD) y etopósido-cisplatino-citarabina (ESHAP). Tras tres intentos de movilización fallidos (incluyendo estimulantes de colonias asociados a ciclofosfamida a altas dosis y plerixafor), se administran 3 ciclos de BV a 70 mg/m² cada 21 días, previo a trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (auto-TPH), que se realiza con éxito en enero 2014. En febrero de 2016 se confirma nueva recaída sin respuesta a gemcitabina-oxaliplatino (GEMOX), ni a gemcitabina en monoterapia. Se reinició tratamiento con BV, presentando cuadro infusional en el 3.º ciclo y solicitándose desensibilización al fármaco. El paciente recibió 3 ciclos de PD de 17 pasos en hospital de referencia (1 ingresado y 2 en régimen ambulatorio). Dada la buena tolerancia, se propuso PDred y traslado al hospital de origen. Actualmente, el paciente ha recibido 5 ciclos de PDred en régimen ambulatorio sin incidentes, presenta estabilización de enfermedad y ha sido derivado a trasplante haploidéntico.

Conclusiones: 1. El PDred de BV fue novedoso con respecto a la bibliografía publicada, permitiendo reducir el tiempo de administración sin afectar a la seguridad.

2. Se ha conseguido preservar una línea de tratamiento eficaz con estabilización de la enfermedad, pudiéndose derivar a trasplante haploidéntico, a pesar del episodio infusional.
3. Nuestra experiencia es un claro ejemplo de trabajo coordinado, multicéntrico y multidisciplinar en el tratamiento de un paciente compartido.

40. QUIMIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE OVARIO

Jiménez Galán R, García Collado C, Rodríguez Gómez P, Diprimo M, Valle Corpas M, García Fumero R.

CHUG

Objetivos: Determinar el porcentaje de mujeres con cáncer de ovario metastásico que reciben quimioterapia u otros cuidados médicos agresivos en la última etapa de la vida.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron mujeres diagnosticadas de cáncer de ovario fallecidas entre enero 2004-enero 2017. Se excluyeron aquellos casos en los que la muerte no estuviera relacionada con su patología oncológica. Las variables recogidas en el estudio fueron: edad, fecha de último ciclo de quimioterapia intravenosa u oral, esquema terapéutico administrado, número de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias en el último mes de vida. Se consideró que las pacientes recibieron cuidados médicos agresivos al final de la vida si cumplía alguno de los siguientes criterios establecidos por Earle et al: administración de quimioterapia intravenosa 14 días antes de la muerte, más de una visita a urgencias en los últimos 30 días de vida, más de una hospitalización en los últimos 30 días de vida o algún ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en los últimos 30 días de vida. Los datos fueron obtenidos a través de la revisión de la historia clínica electrónica (Diraya®) y el programa de prescripción electrónica.

El análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS 21.0.

Resultados: Se incluyeron un total de 32 mujeres con una media de edad de 62 años ($\pm 12,47$). La mayoría de las pacientes recibieron quimioterapia en la etapa final de la vida. La mediana de días transcurridos desde que se administró el último ciclo hasta el fallecimiento fue de 47 días (RIQ: 23,7-83,7). El 37,5% (n=12) de las pacientes recibieron su último ciclo de quimioterapia en los 30 días previos a la muerte y esta cifra se elevó al 65,6% (n=21) en los últimos 60 días y al 77,1% en los últimos 90 días de vida. Los fármacos más empleados fueron gemcitabina (21,9%), bevacizumab (18,8%), doxorubicina liposomal pegilada (18,8%), taxanos (12,6%) y topotecan (12,5%) administrados en monoterapia. Tan solo dos pacientes recibieron como último esquema terapéutico combinación de quimioterapia basada en taxano y platino.

El 43,7% de las pacientes incluidas en nuestro estudio cumplió con al menos uno los criterios de agresividad terapéutica establecidos por Earle et al. El 12,5% (n=4) recibieron quimioterapia en los últimos 14 días de vida, el 34,4% (n=11) acudieron en más de una ocasión a urgencias en los últimos 30 días de vida, el 12,5% (n=4) fueron hospitalizadas más de una vez y solo una paciente ingresó en UCI.

Conclusiones: De acuerdo con los criterios de Earle et al, la proporción de pacientes con cáncer de ovario que reciben tratamiento agresivo al final de la vida en nuestro centro es elevado. Es necesario definir estrategias y recomendaciones específicas que permitan optimizar la calidad de vida en este tipo de pacientes así como homogeneizar la actividad asistencial llevada a cabo en los distintos centros hospitalarios.

41. TOXICIDAD DERMATOLÓGICA GRADO 4 ASOCIADA A LA COMBINACIÓN VEMURAFENIB-COBIMETINIB: A PROPÓSITO DE UN CASO

Romero Carreño E, Murillo Izquierdo M, Marcos Rodríguez JA, Donoso Rengifo C, Cordero Ramos J, Castañeda Macías I.

HU. Virgen Macarena

Introducción y objetivos: Vemurafenib es un inhibidor de la serinatreonina quinasa BRAF indicado en el tratamiento de pacientes adultos con melanoma irresecable/metastático BRAF V600 (+). Entre las reacciones adversas (RA) descritas en Ficha Técnica (FT) figuran de tipo dermatológico, incluyendo Síndrome Stevens-Johnson y necrosis epidérmica tóxica.

Se describe el caso de un paciente en tratamiento con vemurafenib-cobimetinib (V-C) en el contexto de un ensayo clínico, que experimentó una RA dermatológica grado (G)4.

Además de la descripción del caso, nuestro objetivo fue establecer la existencia de una relación de causalidad entre la RA observada y la administración de V-C.

Material y métodos: Los datos clínicos-analíticos/sociodemográficos se obtuvieron a partir de la historia clínica. Los datos de seguridad de Vemurafenib se consultaron en FT. Para establecer la posibilidad de una relación causal fármaco-RA se utilizó el algoritmo de Naranjo, descrito a continuación: 1. ¿Existen notificaciones concluyentes sobre esta reacción?; 2. ¿Se produjo la RA después de administrar el fármaco sospechoso?; 3. ¿Mejóro tras suspender la administración del fármaco o tras administrar un antagonista específico?; 4. ¿Reapareció la RA tras re-administración del fármaco?; 5. ¿Existen causas alternativas que podrían haber provocado la reacción?; 6. ¿Reapareció la RA tras administrar placebo?; 7. ¿Se detectó el fármaco en sangre en concentraciones tóxicas?; 8. ¿Fue la reacción más severa al aumentar la dosis o menos severa al disminuirla?; 9. ¿Tuvo el paciente alguna reacción similar causada por el mismo fármaco u otro semejante en cualquier exposición anterior?; 10. ¿Se confirmó el acontecimiento adverso por cualquier tipo de evidencia objetiva?. Según las respuestas obtenidas, se asigna una puntuación que establece que la relación de causalidad es definida (≥ 9), probable (5-8), posible (1-4) o dudosa (≤ 0).

Resultados: La toxicidad dermatológica fue observada tras 14 días de tratamiento, al acudir el paciente a consulta refiriendo fiebre (hasta 39°C) y malestar general. La exploración reveló toxicidad dermatológica G4, con una afectación cutánea del 80% de la superficie corporal (SC). Se suspende la combinación V-C y se deriva a Dermatología. Tras la resolución de la RA se reanuda la combinación a dosis reducidas (Vemurafenib 480 mg/12h-Cobimetinib 40 mg/24h). El paciente acude a Urgencias horas después de reiniciar tratamiento aquejado de toxicidad dermatológica G3 (afectando al 60% de la SC), erupción eritematosa extensa y fiebre de 38°C. Se suspende el tratamiento y, una vez resuelto el proceso hasta G1, se decide continuar con cobimetinib a 20 mg/24h, de forma consensuada con Dermatología. Actualmente, el paciente continúa con dicha pauta, con aparente buena tolerancia. La evaluación mediante el algoritmo de Naranjo establece una relación causal probable [Resultados: 1. (+1); 2. (+2); 3. (+1); 4. (+2); 5. (0); 6 (0); 7 (0); 8 (+1); 9 (0); 10 (+1)]. Tras consultar la FT, se comprobó que las reacciones adversas de tipo dermatológico de diversa consideración estaban descritas con distintos niveles de incidencia.

Conclusiones: Los resultados del algoritmo de Naranjo, así como los datos de seguridad incluidos en FT relacionan la aparición de toxicidad dermatológica en nuestro paciente con el tratamiento combinado con V-C. La gravedad del caso hace necesario establecer un seguimiento estrecho de la tolerancia al tratamiento con inhibidores BRAF tanto en monoterapia como en combinación con inhibidores MEK en pacientes con melanoma irreseccable/metastásico.

42. TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA CON NERATINIB + VINOELBINA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Salazar Bravo M, Carrasco Gomariz M, González Flores E, García Fumero R.

Complejo Hospitalario Universitario Granada

Objetivos: Analizar el uso de neratinib, un pan-inhibidor de la tirosinasa oral, en una paciente con cáncer de mama metastásica multitra-tada.

Método: Evaluar la respuesta al tratamiento con neratinib 240 mg/día y Vinorelbina (25 mg/m² los días 1 y 8 en ciclos de 21 días y revisión de la literatura.

Resultados: El caso es una mujer de 56 años diagnosticada de carcinoma intraductal de alto grado sometida a mastectomía en abril de 2012 con sobreexpresión de HER2 (3+) y receptor hormonal negativo (Rh-). En noviembre de 2012 se detectaron metástasis hepáticas y ganglionares iniciando tratamiento con docetaxe+trastuzumab con respuesta completa en marzo de 2013. En octubre de 2013 finaliza trastuzumab por progresión ganglionar y hepática e inició con lapatinib+trastuzumab presentando respuesta completa en marzo de 2014; sin embargo se produce una elevación progresiva del antígeno carcinoembrionario y se constata en mayo de 2014 progresión ganglionar. En junio de 2014 inicia con T-DM1 con respuesta completa en octubre. En mayo de 2015 se evidencia progresión ganglionar, por lo que se inicia capecitabina trastuzumab hasta septiembre del mismo año continuando en progresión. En septiembre de este mismo año inicia paclitaxel semanal+trastuzumab progresando en abril de 2016 e inicia en mayo de 2016 con neratinib+vinorelbina. Se observa respuesta parcial a los 3 meses y progresión ganglionar a los 6 meses (25 semanas). En cuanto a la seguridad se observaron varios eventos adversos manejables: Diarrea grado 1, nauseas grado 2, cefalea, emesis grado 1 y astenia-anorexia grado 2, se reduce la dosis un 20% a partir del tercer ciclo. Los resultados se compararon con el EC fase I/II en el que se trataron 79 pacientes con cáncer de mama metastásico HER2+ con más de una línea de tratamiento previo con trastuzumab, con respuesta global el 41% de las pacientes no tratadas previamente con lapatinib y un 8% de las tratadas (Awada et al.). La mediana de la supervivencia libre de progresión fue de 48 semanas (95%CI 30,9-65,1) en pacientes no tratadas previamente

con lapatinib y 22,7 semanas (95%CI 12-41) para los pacientes previamente tratadas con lapatinib. La duración mediana de respuesta fue de 52,7 semanas (11,-96,1) En los que se registraron fundamentalmente diarrea (96%), neutropenia (54%), y nauseas (50%)

Conclusiones: Es un esquema difícil de enfocar como tratamiento previo a lapatinib y con resultados pobres tras él. Es un fármaco que aún no tiene definido su lugar ni su combinación, ya que dispone de estudios con vinorelbina, capecitabina y con paclitaxel. En nuestro caso, la paciente había sido tratada previamente con lapatinib mostrando resultados coherentes con los mostradas por Awada et al. Adicionalmente, neratinib podría revertir la resistencia mediada por transportadores de membrana dependientes de ATP lo que supone una mejora de la respuesta terapéutica posterior a trastuzumab con el que está actualmente en tratamiento combinado con doxorubicina liposómica.

Awada A, Dirix L, Manso Sanchez L, et al. Safety and efficacy of neratinib (HKI-272) plus vinorelbine in the treatment of patients with ErbB2-positive metastatic breast cancer pretreated with anti-HER2 therapy. Ann Oncol. 2013 Jan; 24 (1):109-16.

43. UTILIZACIÓN DE IPILIMUMAB EN MELANOMA METASTÁSICO

Martín Rizo, L, Arnaiz Diez, S, Barriga Rodríguez, P, Malpartida Flores, M, Martín Cillero, MT, Fernández Lisón, LC

Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de ipilimumab en pacientes diagnosticados de melanoma metastásico entre 2010 y 2016, comparando los pacientes que fueron tratados durante el programa de uso expandido y los pacientes tratados una vez comercializado el fármaco.

Material y método: Estudio retrospectivo de todos los pacientes en tratamiento con ipilimumab en infusión intravenosa a 3mg/kg cada tres semanas con un total de cuatro dosis, excepto los pacientes pertenecien-

tes al programa de uso expandido que podían continuar con más ciclos de tratamiento en función del beneficio clínico obtenido.

Mediante la revisión de la historia clínica informatizada, los datos de laboratorio y el programa de oncología del servicio de farmacia, se recogieron los siguiente datos: Edad, sexo, inclusión en el programa de uso expandido, número de ciclos, evolución de las enzimas hepáticas y de la lactato deshidrogenasa (LDH), supervivencia libre de progresión (SLP, calculada como la diferencia entre la fecha de la primera dosis y la fecha de progresión) y éxitus.

Resultados: Entre 2010 y 2016 se trataron un total de 10 pacientes, 6 hombres y 4 mujeres, todos ellos diagnosticados de melanoma estadio IV en progresión con una edad media de 57,9 años.

— 4 pacientes (40%) fueron incluidos en el programa de uso expandido, que permitía el tratamiento con ipilimumab a coste cero siempre que cumplieran criterios similares a los del ensayo pivotal. Todos habían progresado tras recibir, al menos, una línea de tratamiento. La SLP en este grupo fue de 9,7 meses.

Tres de los cuatro pacientes completaron la inducción del tratamiento (cuatro ciclos). Dos de estos pacientes continuaron en tratamiento por mantener beneficio clínico. Finalmente, tres de los pacientes resultaron éxitus (75%).

— 6 pacientes (60%) recibieron tratamiento con ipilimumab una vez comercializado. Aquí, la SLP fue de 2,8 meses y solo un paciente completó los cuatro ciclos de tratamiento. El coste de cada ciclo de tratamiento fue de 21.000€ de media. La mortalidad fue del 83%, 5 de los 6 pacientes.

En ambos grupos el principal efecto adverso fue la hepatotoxicidad: Siete pacientes (70%) sufrieron elevación de LDH y cinco pacientes (50%) tuvieron alteraciones de las enzimas hepáticas. Esto generó una hepatitis grave en dos de los pacientes y su posterior muerte.

Conclusiones: Se observa que la eficacia de ipilimumab depende de la situación clínica y el número de tratamientos previos que hubieran

recibido los pacientes, obteniendo mejores resultados en los pacientes que fueron incluidos en el programa de uso expandido.

En cuanto a los resultados de seguridad, se ve la importancia que tiene una estrecha monitorización de los pacientes, sobre todo a nivel de la función hepática.

FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN CLÍNICA

44. IMPLEMENTACION DE SOLUCIÓN CARDIOPLEJICA DEL NIDO EN CIRUGIA CARDIACA DE ADULTOS

Aguilar-Del Valle, E., Mora-Santiago, R., Estaun-Martinez, C., Moya-Carmona, I., Fernandez-Ovies, J.M.

Hospital Virgen de la Victoria

Objetivo: Determinar la composición adecuada de la solución cardioplejica Del Nido para cirugía cardiaca en adultos, el método de elaboración, el volumen necesario y las condiciones de conservación y transporte.

La solución Del Nido fue desarrollada para uso en pacientes pediátricos, pero se incrementa progresivamente su empleo en pacientes adultos. Actualmente no existe ninguna solución Del Nido comercializada, por lo que el Servicio de Cirugía Cardíaca solicitó al Servicio de Farmacia la elaboración.

La incorporación de la solución Del Nido como alternativa a las actuales soluciones empleadas en la cardioplejia, permite optimizar las estrategias de protección miocárdica para diferentes necesidades quirúrgicas.

Material y método: Las soluciones empleadas durante la cardioplejia deben provocar una parada cardíaca inmediata y sostenida, hipotermia rápida para disminuir el metabolismo cardíaco. Para ello deben contener un sustrato energético para cubrir las necesidades metabólicas durante el clampaje aórtico, elementos hiperosmolares para reducir el edema resultante y estabilizar la membrana cardíaca y por último un tampón para



equilibrar el PH alterado por el metabolismo anaeróbico. La solución de Nido, empleada inicialmente en niños, ha demostrado provocar menor incidencia de contracciones espontáneas, reduce el Ca intracelular y reduce la hipercontracción durante la reperfusión temprana.

Con estas premisas, se realizó una búsqueda bibliográfica para determinar la composición de la solución: Plasma-Lyte 148 1000 ml, manitol 20% 16,3 ml, sulfato de magnesio 15% 13,3 ml, lidocaína 2% 6,5 ml, cloruro de potasio 2 M 13 ml y bicarbonato sódico 8,4% 13 ml.

El Servicio de Farmacia diseñó el Protocolo Normalizado de Trabajo, basado en la evidencia actualizada disponible.

Además, verificamos la idoneidad de nuestras instalaciones para elaborar la solución: campana de flujo laminar, trabajo en condiciones estériles e infraestructura de cadena de frío.

Resultados: Se definió la composición de la mezcla, estableciéndose la elaboración mediante técnica aséptica en campana de flujo laminar. El bicarbonato de sodio, el manitol y el sulfato de magnesio deben añadirse a través de un filtro de 5 μ m, previamente saturado con el mismo componente. Se debe agitar suavemente la bolsa de infusión después de cada adición. Se verificó la ausencia de precipitados de manitol al transferir a una bolsa de infusión EVA multicapa la solución Plasma-Lyte y el resto de los componentes.

Con el fin de estandarizar el volumen a preparar, se decidió, junto con los cirujanos cardíacos y los enfermeros perfusionistas, establecer un volumen de 3L de solución.

Aplicando las recomendaciones de la matriz de riesgo para formulaciones estériles de Guía de Buenas Prácticas de preparación de medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se determinó que la solución era estable durante un período de 9 días, cuando se almacena entre 2-8 °C, temperatura que debe mantenerse durante el transporte hasta el Quirófano.

Conclusiones: Nuestro Servicio de Farmacia pudo responder a la solicitud del Servicio de Cirugía Cardíaca de una manera efectiva y flexible. El desarrollo de un Protocolo Normalizado de Trabajo nos permitió elaborar la solución Del Nido, asegurando su calidad y seguridad de la preparación.

45. ELABORACIÓN DE DOSIS UNITARIAS PARA TEST DE MANTOUX DE TUBERCULINA PPD EN EL SERVICIO DE FARMACIA

Martínez de la Plata JE, Morales Molina JA, Ávila Cabrera F, González Vaquero D, Urda Romacho J, Jofré Peralta A.

Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital de Poniente

Objetivo: Fraccionamiento de Tuberculina PPD Evans 2 UT/0,1 mL solución inyectable, en dosis múltiples desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria para realización de Test de Mantoux.

Método: Revisión bibliográfica: fármacos biopeligrosos, estabilidad de Tuberculina PPD en régimen multidosis, compatibilidad con materiales. Bases de datos utilizadas: Ficha técnica, Pubmed, Recomendaciones “The Joint Commission” para viales multidosis, Revisión lista NIOSH 2016 fármacos biopeligrosos, Lisados Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, Documento consenso fármacos peligrosos AEMPS 2016. Realización de un protocolo para fraccionamiento, solicitud y dispensación, de dosis unitarias de Tuberculina PPD. Determinación dosis unitarias realizadas de Tuberculina PPD durante el año 2016. Determinación de tasa de rotura de stock. Evaluación microbiológica de los lotes elaborados.

Resultados: No se encontró bibliografía específica de fraccionamiento en dosis unitarias de Tuberculina PPD. Dosis a elaborar para Test de Mantoux: 2 UI en 0,1 mL. Dentro del apartado de compatibilidad de materiales, en la ficha técnica del producto, se recomienda jeringa graduada de 1 mL equipada con una aguja de bisel corto (25 ó 26 gauges), siendo ésta la elegida. Según las Guías NISH e ISNGH, los

viales multidosis en función de la posibilidad de contaminación son susceptibles de elaboración en Campana de Flujo Laminar Horizontal dentro de una Sala Blanca Categoría C100 como es la de nuestro servicio. Se elabora protocolo según la bibliografía descrita de fraccionamiento en dosis unitarias de viales de dosis múltiples de Tuberculina PPD. Se determina caducidad de 14 días según las guías NIOSH de fármacos poco peligrosos con bajo riesgo de contaminación al elaborarse en Sala Blanca. Dentro del protocolo se establece que corresponde Protocolo de elaboración de fármacos por vía subcutánea en campana de flujo laminar horizontal. El circuito de elaboración-dispensación desde farmacia se activará tras interconsulta desde el servicio clínico demandante. Etiqueta que contenga: Servicio de Farmacia Hospitalaria Tuberculina 2 UI/0,1 mL. Proteger de la luz. Conservar en nevera. Lote y Caducidad. Doble etiquetado (bolsa opaca y jeringa). Número de interconsultas realizadas solicitando dosis unitarias de Tuberculina PPD: 710. Dosis Unitarias realizadas mediante doble etiquetado y protección de la luz: 781. Dispensaciones: Urgencias: 320. Salud Laboral/Medicina Preventiva: 220. Pediatría: 10. Medicina Interna: 140. Neumología: 20. Tasa de solicitudes no cubiertas: 0%. Tasa de contaminación microbiológica: 0%. Tasa de lotes caducados no dispensados: 0%. Tasa de desecho: 10%.

Conclusiones: La elaboración por parte de nuestro Servicio de Farmacia de las dosis unitarias de Tuberculina PPD, es una opción segura dada la tasa de contaminaciones y eficiente, atendiendo a la tasa faltas y dosis desechadas (siendo el 10% desechado el que se ha mandado a analizar a microbiología). Además, con los continuos desabastecimientos que ha habido durante 2016, gracias a la elaboración de dosis unitarias en el Servicio de Farmacia hospitalaria, hemos conseguido que los mismos no llegasen los pacientes que han necesitado de Tuberculina PPD para que les fuese realizado un Test de Mantoux.

46. FORMULACIÓN MAGISTRAL DE ESTANOZOLOL- RECURSO A LA DEMANDA EN TRATAMIENTOS CRÓNICOS

Tamayo Bermejo R., Alcaraz Sánchez JJ., Fernández Cuerva C., Gallego Fernández C.

Hospital Regional Universitario de Málaga. Hospital Materno- Infantil

Objetivo: Análisis de la atención a la demanda de estanozolol derivada de la suspensión de comercialización de la única alternativa terapéutica en pacientes con tratamiento crónico.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes a los que se proveyó de cápsulas de estanozolol desde junio 2016 hasta diciembre 2017. La fórmula magistral se desarrolló ante la necesidad de una alternativa terapéutica a la presentación comercial revocada por la AEMPS, útil para usos off-label. Se realizó una búsqueda bibliográfica para conocer la dosificación más idónea de la formulación, se describió un procedimiento normalizado de trabajo para la elaboración y control, se adquirió el principio activo y se procedió a la validación de la fórmula.

Se recogieron variables cuantitativas: número de pacientes atendidos, número de cápsulas elaboradas, número de cápsulas dispensadas, tasa de demanda de pacientes mensual. La identificación de pacientes y la recogida de datos se realizó mediante los registros de dispensación del Servicio de Farmacia (ATHOS_APD®). Los datos se procesaron en Excel®.

Resultados: Se atendieron un total de 20 pacientes, con pautas de administración de 2 mg cada 24-48h, de los cuales 19 seguían tratamiento profiláctico a largo plazo de las crisis de angioedema y 1 diagnosticado de aplasia medular dependiente de estanozolol. En estos casos, su uso off-label autoriza la elaboración de la formulación magistral. En la actualidad, este tipo de gestión está prácticamente restringida al ámbito hospitalario, asegurando la farmacia hospitalaria la continuidad de los tratamientos.

Se desarrolló una fórmula magistral de cápsulas de estanozolol 2mg. Para la elaboración se establecieron lotes de 200 cápsulas como mejor forma de optimización de los recursos materiales y personales. Para la totalidad del lote se parte de 0,4g de estanozolol polvo, 42 ml de lactosa monohidrato y una mínima cantidad de riboflavina como colorante, las cápsulas utilizadas para la elaboración son cápsulas del n.º 4 de color amarillo y la estabilidad 90 días a temperatura ambiente. Un total de 4362 cápsulas fueron elaboradas en este periodo, con un consumo medio de 188 cápsulas por paciente. El aumento de la tasa de demanda de pacientes atendidos por mes desde junio fue de un 14.3% en julio, un 33.3% en agosto, un 50% en septiembre, un 66,6% en octubre y un 70% en noviembre, manteniéndose el mismo porcentaje en diciembre. Respecto a la tolerancia de la fórmula, destacar que el 100% de los pacientes han referido buena tolerancia a la misma, sin destacar ningún problema relacionado con la medicación, a pesar de que todos ellos habían presentado algún tipo de efecto adverso asociado al tratamiento anterior con danazol que limitaron su uso.

Conclusión: La formulación magistral de estanozolol ha permitido cubrir una necesidad ante la potencial gravedad de los síntomas que conllevan las enfermedades implicadas. La aportación del Servicio de Farmacia ha sido fundamental para garantizar la continuidad de tratamiento, atender la demanda del preparado, adecuando sus recursos y procedimientos. Una vez conocida la magnitud del problema, trabajaremos para facilitar el acceso en la farmacia comunitaria y su financiación por parte del sistema sanitario.

47. ÚLCERAS DIGITALES: TRATAMIENTO BASADO EN UN GEL TÓPICO DE VITAMINA E

Casas Hidalgo I., Valle Corpas M., Moreno Raya P., Nieto Gómez P., Morón Romero, R.

Complejo Hospitalario Universitario de Granada



Objetivo: Las úlceras digitales son una complicación de enfermedades tales como la esclerodermia y la esclerosis sistémica que se presentan en aproximadamente el 50% de los pacientes con estas patologías. Las úlceras digitales son difíciles de curar, incrementando la posibilidad de infección, gangrena, amputación y conllevando también a un uso funcional limitado de las manos. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia y describir el proceso de elaboración de un gel tópico elaborado como fórmula magistral el cual está indicado en el tratamiento de úlceras digitales asociadas a las enfermedades sistémicas descritas anteriormente.

Material y métodos: Se solicita a nuestro Servicio de Farmacia la preparación de una fórmula magistral para aliviar las úlceras digitales presentes en pacientes con esclerodermia y esclerosis sistémica. De esta manera, se procede a la elaboración de la fórmula tras búsqueda bibliográfica. En primer lugar, se pesan 1.04 gramos de sílice coloidal en un vaso de precipitado con la ayuda de una balanza de precisión previamente calibrada. A continuación, se procede al pesado de 25 gramos de vitamina E acetato que presenta una riqueza del 100%. Se vierte la vitamina E sobre la sílice y se agita con ayuda de una varilla de vidrio, obteniéndose un gel tópico de vitamina E en una proporción de 96%. Este gel tópico a base de vitamina E, se envasa finalmente en jeringas topacio de 10 mililitros y se procede a su etiquetado.

Tras la elaboración y dispensación de esta fórmula magistral se lleva a cabo un estudio descriptivo observacional para determinar la eficacia en los pacientes a los que les fue prescrito dicho preparado. La evolución de estos pacientes fue obtenida a partir de las historias clínicas a través de las aplicación informática Archinet.

Resultados: Se obtiene un gel denso y transparente estable durante 6 meses a temperatura ambiente y protegido de la luz.

Tras la revisión de las historias clínicas de los pacientes tratados con esta fórmula magistral, se determina que este gel presenta una elevada eficacia en todos los pacientes tratados, consiguiéndose una reducción

del dolor y un descenso del uso funcional limitado de las manos asociados a las úlceras digitales.

Conclusiones: El tratamiento con el gel tópico a base de vitamina E ha conducido a una evolución favorable de las úlceras digitales presentes en pacientes con esclerodermia y esclerosis sistémica de nuestro hospital. La elaboración de esta fórmula magistral es una técnica muy sencilla y económica que garantiza una mejora de la calidad de vida de los pacientes con úlceras asociadas a enfermedades sistémicas.

48. UNIDOS POR LA HOMOGENIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS INFANTIL EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

Mora Herrera, C, Atienza Gil, E, Gavira Moreno, R, Sierra Sánchez, JF, Puivecino Moreno, C, Jiménez Pichardo, L

Hospital Jerez de la Frontera

Objetivos: 1) Homogenizar la utilización de fármacos para el tratamiento de la tuberculosis en niños; 2) Protocolizar los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) de suspensiones/soluciones orales de isoniacida, pirazinamida y etambutol; 3) Medir el impacto y 4) Establecer actuaciones de mejora en nuestra Unidad de Gestión Clínica.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo para la homogenización de protocolos y recomendaciones de administración de fármacos antituberculosos en niños, tras la inclusión de pediatras de nuestro hospital en la 2.ª fase del Proyecto Magistral de la Red Española de Estudio de la Tuberculosis Pediátrica (pTBred). El periodo de estudio fue 8 meses (Julio 2016 a Febrero 2017). La justificación del trabajo es la falta de consenso nacional en la administración de antituberculosos en niños, propiciada por la escasez de presentaciones pediátricas específicas. El material de trabajo es el documento propuesto/elaborado y publicado en junio 2016 por la pTBred dirigido a población infantil que no es susceptible de deglutir formas farmacéuticas sólidas.



Las fuentes de información: prescripción en Diraya®, Prisma®, Receta XX1® y entrevista clínica con familiares. La información recogida son datos demográficos, diagnóstico, medicamentos (pauta, dosis, duración), historia de alergias, intolerancias o interrupciones medicamentosas.

Resultados: Durante el periodo de estudio se incluyeron 6 paciente (2 hombres y 4 mujeres), edad media 4,16 años (AIC: 3-6), duración media del tratamiento 150 días (AIC: 90-240). La media de fármacos fue 3,5 (AIC: 3-4). Los diagnósticos fueron TBC pulmonar (4 casos), TBC pleural sin afectación pulmonar (1 caso), tuberculosis extrapulmonar (1 caso). Resistentes a fármaco isoniazida 3 casos (AIC: 3-6). Se protocolizaron los PNT de las fórmulas magistrales (FM) isoniacida 50 mg/ml, pirazinamida 100 mg/ml y etambutol 50 mg/ml en forma de suspensión/solución oral. Se especifican materias primas, excipientes, periodo de validez, condiciones de conservación y administración. La rifampicina se trata del único antituberculoso de primera línea que está comercializado en suspensión. El impacto observado en dicho periodo; se realizaron 35 dispensaciones hospitalarias, se elaboraron un total de 70 fórmulas magistrales. En Receta XX1 se prescribieron 25 unidades de rifampicina suspensión. No se detectó ninguna intolerancia. Como RAM principalmente fue tos en todos ellos, no atribuible a las FM. Otros efectos adversos fueron náuseas, vómitos, dolor abdominal, tinción de orina. Como recomendación los fármacos antituberculosos deben tomarse preferentemente por la mañana, en ayunas y de forma secuencial, sin mezclarse. Como acciones de mejora, falta una mayor difusión de dicho documento multidisciplinar entre los Servicios implicados a nivel hospitalario y en el ámbito primaria.

Conclusiones: Se considera este documento multidisciplinar como una oportunidad de gran utilidad para pediatras y farmacéuticos para asegurar la administración de dosis óptimas de fármacos como pilares fundamentales en el control y erradicación de la tuberculosis, focalizado sobre todo en niños que aún no han desarrollado la capacidad de deglutir formas farmacéuticas sólidas.

El documento propone la preparación de FM de isoniácida, pirazina-mida y etambutol y establece recomendaciones de uso. No se detectó ninguna intolerancia a excipientes, ni materias primas. Queda pendiente su difusión al mayor número de profesionales sanitarios implicados.

49. VALIDACIÓN DEL MÉTODO DE CONTROL DE CALIDAD MICROBIOLÓGICO DE UNA SOLUCIÓN ORAL DE CAPTOPRILLO 1 MG/ML

García Fumero R., Nieto Gómez P., Guijarro Herrera S., Hernández Parada J., Hernández Magdalena J.J.

Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Objetivos: Validar un método para el control de contaminación microbiológica de un jarabe de captoprilo 1mg/ml según las monografías 2.6.12, 2.6.13, y 5.1.4 de la real farmacoepa española.

Material y método: Preparación de la muestra: Tomamos 10 mL de muestra de un lote de 10 unidades (1000 mL) de solución oral de captoprilo 1 mg/mL. Diluimos esos 10 mL en 100 mL de Caldo hidrolizado de caseína y soja (TSB). Preparamos un control negativo con el diluyente (TSB)

Método de extensión en superficie (por duplicado):

— Para el recuento de microorganismos aerobios totales (RMAT) empleamos placas de Agar-agar con hidrolizado de caseína y soja (TSA) y para el recuento de levaduras y mohos totales (RLMT) empleamos placas de agar Sabouraud dextrosa (SAB). Control negativo TSB

— Ensayo de fertilidad del medio o promoción del crecimiento / control positivo (TSB + inóculo < 100 UFC en medio de cultivo adecuado) empleando inóculos estandarizados (BioBall® 30 UFC SingleShot) para cada uno de los cinco microorganismos: *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacillus subtilis*, *Staph. aureus*, *E. coli*, *Aspergillus brasiliensis* y *Candida albicans*.

— Ensayo de idoneidad del método / control de la muestra (muestra preparada + inóculo) empleando también los inóculos estandarizados de los cinco microorganismos citados.

Incubación:

Placas de TSA ≤ 3 días a 30-35°C

Placas de SAB ≤ 5 días a 20-25°C

— Para comprobar la ausencia de E. coli empleamos caldo MacConkey y placas de agar MacConkey (MCK).

*Ensayos de idoneidad por duplicado:

*Reconstituimos un inóculo estandarizado 30 UFC de E. coli en 100 mL de TSB + 1 ml de la muestra. Incubamos 18-24h a 30-35°C.

Transferimos 1 mL de la solución anterior a 100 mL de Caldo MacConkey e incubamos 24-48h a 42-44°C. Subcultivamos la solución anterior en dos placas de agar MacConkey e incubamos 18-72h a 30-35°C. Confirmamos visualmente la identidad de las colonias observadas.

* Ensayo para comprobar la ausencia de E. coli en la muestra:

* 1 mL de muestra diluida en 100 mL de TSB. Incubamos 18-24h a 30-35°C. Transferimos 1 mL de la solución anterior a 100 mL de Caldo MacConkey e incubamos 24-48h a 42-44°C. Subcultivamos la solución anterior en dos placas de agar MacConkey e incubamos 18-72h a 30-35°C.

Resultados (valores promedio): Control negativo: no crecimiento

Control positivo/fertilidad: S.aureus 26, P.aeruginosa 32, B.subtilis 25, C.albicans 20, A.brasiliensis 23, E.coli 17

Ensayo de idoneidad: S.aureus 25, P.aeruginosa 33, B.subtilis 29, C.albicans 30, A.brasiliensis 20. E.coli crecimiento abundante.

Control de la muestra: no crecimiento. RMAT < 20 y RLMT < 10. E coli negativo.

Conclusiones: Ensayo de fertilidad para todos los microorganismos: se diferencia en un factor menor a 2 del valor nominal del inóculo (15 a 60).

Ensayo de idoneidad: el número de UFC no se diferencia para ninguno de los microorganismos en un factor mayor de 2 con respecto al número en el control positivo.

Se concluye que el método es válido y que el lote preparado cumple con las especificaciones de farmacopea.

GESTIÓN Y DISPENSACIÓN

50. AHORRO ECONÓMICO DERIVADO DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN LAS DISTINTAS ÁREAS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Pérez Díaz I., Jiménez Hernández MP, Quintana Holgado AM.
Hospital General de la Palma

Objetivo: Analizar el ahorro económico mediante el registro de las intervenciones farmacéuticas en el Servicio de Farmacia

Material y método: Estudio observacional retrospectivo realizado entre enero y diciembre del año 2016 en un hospital de segundo nivel. Se incluyen todas las intervenciones farmacéuticas recogidas durante el último año en una base de datos Excel elaborada para tal fin. Dichas intervenciones farmacéuticas fueron clasificados según el área del Servicio de Farmacia en la que repercutió dicho ahorro: farmacotecnia/mezclas intravenosas y gestión. Para el análisis de las intervenciones relacionadas con farmacotecnia se identificaron los pacientes desde el módulo de pacientes ambulatorios y los datos de gestión se obtuvieron desde el módulo de gestión, ambos del programa de FarmaTools®. El ahorro económico de dichas intervenciones así como los fármacos responsables del mismo fueron agrupados en cuatro grupos: 1.— Elaboración de jeringas precargadas con dosis individualizadas mediante el fraccionamiento y reenvasado del vial (en la cabina de flujo laminar horizontal garantizando las condiciones de esterilidad), además de la unión de pacientes en la misma fecha. 2.— Ajuste de dosis de tratamientos según dosis por viales y agrupación de

pacientes según esquemas de quimioterapia. 3.— Tramitación de medicamentos que no se iban a utilizar por cambio de tratamiento y devolución de aquellos en mal estado. 4.— Seguimiento y gestión de acuerdos.

Para la agrupación de pacientes, como parte del procedimiento establecido, se acordó con los Servicios de Pediatría y de Oncología-Hematología la administración el mismo día de los tratamientos susceptibles de ahorro para así maximizar el aprovechamiento de los viales.

El ahorro económico generado se calculó mediante la diferencia entre los costes reales de los medicamentos en cuestión entre Enero y Diciembre de 2016 y los costes hipotéticos si no se hubiesen llevado a cabo estas medidas. Se calcula el ahorro total durante el periodo de estudio.

Resultados: En el año de estudio, el ahorro económico derivado de las actuaciones anteriormente descritas así como los medicamentos involucrados en el mismo fueron:

1.— Jeringas precargadas individualizadas y unión de pacientes una vez al mes de Palivizumab (Synagis®) supuso un ahorro de 30.964 €.

2.— Reducción de dosis mediante el estudio individualizado de cada caso y la agrupación de pacientes con fármacos de alto coste (Benlysta®, Inflectra®, Caelyx®, Abraxane®), consiguió un ahorro de 11.773 €.

3.— La tramitación de medicamentos por cambio de tratamiento (Ventavis® y Tafinlar®) y la gestión de devoluciones (Cosentyx®) permitió recaudar 18.652 €.

4.— La gestión de acuerdos económicos puntuales y ofertas (Humira®, Zelboraf®, Praxbin®, Cosentyx®, Enbrel®) así como abonos por techo de gasto (Esbriet®, Kadcyła®) supuso un ahorro de 126.216 €.

Agrupados por zonas, las intervenciones realizadas en el área de Farmacotecnia/mezclas intravenosas ahorraron 42.737 € y las del área de Gestión 144.868 €. El ahorro total conseguido en el año 2016 asciende a 187.605 €.

Conclusiones: Es importante resaltar la labor farmacéutica en la gestión de medicamentos, no sólo por el considerable ahorro económico conseguido mediante las mismas sino también por la seguridad del paciente.

51. ANÁLISIS DE LA PRESTACIÓN FARMACEÚTICA A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS Y ADECUACIÓN A LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE UN ÁREA SANITARIA

López Álvarez C., Luna Higuera A., Blanco Bermejo C., Domínguez Recio A.

AGS Este de Málaga-Axarquía

Objetivo: Analizar la prestación farmacéutica a pacientes institucionalizados en un Área de Gestión Sanitaria (AGS), dimensionar el grado de adecuación de la misma a la Guía Farmacoterapéutica (GFT) del Área, e identificar necesidades de adaptación en el Servicio de Farmacia.

Material y método: Se cuantificó el consumo, tanto en importe como en Dosis Diarias Definidas (DDD), de fármacos dispensados a través de receta durante el año 2016 a los pacientes institucionalizados en los centros sociosanitarios (CCSS) de nuestro AGS.

Se analizó y ponderó la adecuación de la prestación farmacéutica a la GFT del Área en esta población.

Resultados: Durante el año 2016 se atendió a un total de 932 personas institucionalizadas, de las cuales 583 residían en centros con cien o más camas. Según el artículo 3 del Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía, estos centros quedarán adscritos, a efectos del suministro, al servicio de farmacia del hospital del Servicio Andaluz de Salud que éste determine, dentro de su área de salud de referencia.

De los 462 principios activos distintos dispensados durante el periodo en estudio a la población institucionalizada, 172 (41,15%) si estaban incluidos en la GFT. Lo que supone un 72,89% del consumo total en DDD y del 53,48% sobre el importe total.

El análisis de los principios activos no incluidos en GFT muestra que los fármacos antidemencia (N06D), antipsicóticos (N05A) y adrenérgicos inhalatorios en combinación (R03AK y R03AL) suponen más de

un tercio del consumo en importe de los fármacos no incluidos en GFT. Mientras que antidepresivos (N06A), preparados para el glaucoma (S01E) y combinaciones de antagonistas de la angiotensina II (C09D) suponen un tercio del consumo en DDD.

Conclusiones. Los resultados del estudio ponen de manifiesto la necesidad de incorporar nuevos criterios de inclusión a la GFT para adaptarla a las necesidades del paciente institucionalizado y a las características de la atención sanitaria, así como el establecimiento de protocolos de intercambio terapéutico, tratamiento y seguimiento de pacientes con patologías especialmente prevalentes en esta población.

Esta ampliación en las prestaciones del Servicio de Farmacia debe ir a su vez acompañada no sólo por la dotación de personal, sino por la redefinición de los requerimientos de almacenaje y dispensación de las especialidades farmacéuticas.

52. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LOS MEDICAMENTOS ANTIRETROVIRALES EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS

Cantillana Suárez, MG, Robustillo Cortes, MA, Morillo Verdugo, RA, Guzman Ramos, MI, Manzano Garcia, MM, Haro Marquez, C
Área de Gestión Sanitaria Sevilla Sur. Hospital Universitario de Valme

Objetivo: Analizar el gasto económico que supone el tratamiento antiretroviral con respecto al total de medicamentos dispensados en pacientes externos. Conocer las tendencias de consumo de las diferentes familias de antiretrovirales.

Material y método: Estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo, en el que se incluyó el consumo de medicamentos dispensados para pacientes externos por año y la evolución del número de pacientes atendidos en consultas externas (tanto global como específicos de VIH) desde 01-01-2009 hasta 31-12-2016. Para ello se determinó: consumo total, consumo de pacientes VIH+ (monoinfectados), número de pacientes totales y de VIH+.

Respecto a los antiretrovirales, también se analizó el coste medio por paciente VIH+ tratado, las tendencias por familias y las combinaciones “Single-tablet-Regimen” (STR) más empleadas.

La variable principal fue el porcentaje del gasto anual que supuso la medicación antiretroviral.

Estos datos fueron obtenidos de la aplicación informática Farmatools® (módulo de pacientes externos).

Resultados: El consumo y el número de pacientes totales durante el periodo del estudio fue de 11.396.039,85€ (n=2.260) en 2009, 11.571.595,87€ (n=2.570) en 2010, 12.824.774,48€ (n=3.204) en 2011, 14.197.959,91€ (n=3.487) en 2012, 14.302.687,20€ (n=3.572) en 2013, 14.845.418,53€ (n=3.776) en 2014, 22.279.233,05€ (n=4.089) en 2015 y 18.591.892,97€ (n=4.014) en 2016. El incremento en el coste del total de medicación dispensada en pacientes externos ha sido del 63,14% (media 12,5%).

En antiretrovirales, el consumo y número de pacientes atendidos por año fue: 4.709.700,03€ (n=601) en 2009, 4.854.092,65€ (n=618) en 2010, 4.555.713,07€ (n=609) en 2011, 4.696.082,062€ (n=629) en 2012, 4.684.086,058€ (n=658) en 2013, 4.700.284,968€ (n=688) en 2014, 4.422.665,04€ (n=683) en 2015 y 4.234.133,51€ (n=672) en 2016. El incremento en el coste de antiretrovirales fue del 10,09%, y en número de pacientes del 11,81%. El porcentaje del consumo que supuso la medicación antiretroviral respecto al gasto total en pacientes externos, por año, fue: 41,33% (2009), 41,95% (2010), 35,52% (2011), 33,08% (2012), 32,75% (2013), 31,66% (2014), 19,85% (2015) y 22,77% (2016), media de 32,36%.

El coste medio por paciente VIH+ tratado fue: 7.836,44€ en 2009, 7.854,52€ en 2010, 7.480,65€ en 2011, 7.465,95€ en 2012, 7.118,67€ en 2013, 6.831,81€ en 2014, 6.475,35€ en 2015 y 6.300,79€ en 2016.

De las familias de antiretrovirales, los inhibidores de la proteasa (IP) y los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN) fueron los más usados, aunque ha disminuido su consumo

desde 2009 en un 19,50% y 47,80% respectivamente. Esto debido principalmente a un mayor uso de los Inhibidores de la integrasa (INI), que ha aumentado en un 8,97% desde 2009.

Las combinaciones STR más empleadas han supuesto un impacto económico con una media de: emtricitabina-tenofovir-rilpivirina (742.025,17€), emtricitabina-tenofovir-efavirenz (632.052,21€), dolutegravir-abacavir-lamivudina (304.232,02€) y emtricitabina-tenofovir-lafafenamida-elvitegravir-cobicistat (150.772,05€).

Conclusiones: El consumo de antiretrovirales supuso una media de 32,36% con respecto al gasto total. En contraste con el aumento del número de pacientes, el consumo total de medicamentos se incrementó en menor medida. En los últimos años ha aumentado el consumo de los INI, mientras que ha disminuido el de los IP e ITIAN.

53. CONTROL DE CALIDAD DE GASES MEDICINALES: ANÁLISIS EN TOMAS MURALES Y EN LA FABRICACIÓN “IN SITU” DE AIRE

Alonso Jiménez J., Aranda García J., Vazquez Domínguez B., Urendes Haro J.J.

Hospital Don Benito - Villanueva (Badajoz)

Objetivos: Mostrar el resultado de los análisis efectuados en tomas murales y en la fabricación de aire con mezclador y resaltar la importancia del control de calidad en la gestión clínica de los gases medicinales.

Material y método: El contrato de suministro de gases medicinales vigente en Extremadura incluye las siguientes obligaciones para el adjudicatario: Instalación de un sistema de televigilancia, revisión de puntos terminales por muestreo del 5% cada 6 meses, instalación de mezcladores para la fabricación de aire en los hospitales y extensión mensual de un certificado de calidad del aire producido.

En base a dicho contrato en abril de 2016 se realizó una revisión de tomas murales en nuestro hospital. Previamente desde el Servicio de Farmacia, enviamos al proveedor (Air Liquide) un cuadro con la distri-

bución de los puntos a analizar. Se seleccionaron 16 unidades terminales: 11 de oxígeno (O₂), 4 de aire y 1 de protóxido de nitrógeno (N₂O) repartidos entre UCI, Quirófanos, Urgencias, Paritorio y las unidades de hospitalización.

Por otro lado, se han revisado los Certificados mensuales de Calidad de Aire del Mezclador correspondientes a 2016 (de enero a diciembre); estos incluyen gráficas con registros continuos de las concentraciones de O₂ y de vapor de agua en la mezcla.

Resultados: 1) Análisis Tomas Murales:

Los resultados deben cumplir con las especificaciones definidas en la Real Farmacopea Española (RFE) en cuanto a riqueza del gas medicamento, a las concentraciones de impurezas permitidas y al analizador (A) usado en cada determinación. Son las siguientes:

Para O₂: Valoración (>99% V/V), A= Paramagnético; H₂O (<67ppm V/V), A= Higrómetro Electrolytico; CO₂ (<300ppm V/V), A= Infrarrojo; CO (<5ppm V/V), A= Infrarrojo.

Para N₂O: Valoración (>98% V/V), A= Infrarrojo; H₂O (<67ppm V/V), A= Higrómetro; CO₂ (<300ppm V/V), A= Cromatografía Gases; CO (<5ppm V/V), A= Cromatografía Gases; NO/N₂O (<2ppm V/V), A= Quimioluminiscencia.

Para Aire: Valoración (21<% O₂<22,5), A= Paramagnético; H₂O (<67ppm V/V), A= Higrómetro.

Certificado de Análisis (3 hojas):

1.— Se enumeran las especificaciones para cada gas y se certifica que los resultados cumplen con RFE. Valoración Aire indicada = 20,66<% O₂<22,83. Explicación: “Contenido: del 95 al 105% del valor nominal que está entre 21 y 22,5% V/V de O₂” (RFE). Valor nominal= 21,75% (95%= 20,66; 105%= 22,83)

2.— Contiene un cuadro con los resultados de las evaluaciones = “Conforme”. Se solicitaron los valores numéricos. (Satisfacen los límites definidos en RFE).

3.— Describe las características de los analizadores y gases patrones usados en las valoraciones. Se utilizó un “Multitest Dräger” (determina las concentraciones de contaminantes en gases medicinales conforme a Farmacopea Europea).

2) Revisión Certificados Calidad Aire Mezclador:

Los 12 informes certifican que se cumplen las especificaciones de la RFE.

Gráficas O₂: Generalmente, la concentración de O₂ en la mezcla estuvo comprendida entre 21,5 y 22%. A finales de febrero se registro un máximo del 22,5%. En noviembre el gráfico muestra una discontinuidad puntual aunque el certificado indica que los resultados se encuentran dentro de las especificaciones.

Higrometría: La concentración de H₂O en el aire siempre fue inferior a 20 ppm.

Conclusiones: El control de calidad es fundamental en la gestión clínica de los gases medicinales.

54. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA DISPENSACIÓN Y ALMACENAMIENTO EN UN SISTEMA SEMIAUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN: IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA

Marín Ramírez AN, Platero Salcedo SS, Morales Lara MJ, Muñoz Castillo I.

Hospital Regional de Málaga

Objetivo: Evaluación de la calidad del proceso de almacenamiento y dispensación de medicamentos por un sistema semiautomatizado de dispensación vertical (SSADV) tipo Kárdex, implicando al técnico de farmacia en el seguimiento del mismo.

Material y métodos: Para evaluar la calidad del proceso de almacenamiento y dispensación, el técnico de farmacia coordinado por el farmacéutico responsable revisó diariamente dos baldas del SSADV (Mayo-Diciembre 2016). Se registraron los siguientes tipos de error:

Tipo 1 (Medicamento incorrectamente almacenado); Tipo 2 (Error de inventario); Tipo 3 (Medicamento caducado) y Tipo 4 (Medicamentos mezclados). La evaluación del llenado de carros se realizó mediante revisión diaria aleatorizada de cajetines (Junio-Agosto 2016). Se registraron los errores siguientes: (a. Ausencia de medicamento prescrito; b. presencia de un medicamento no prescrito). Utilizando los datos obtenidos de la revisión de baldas y llenado de carros así como informes obtenidos del programa Mercurio® de Grifols se obtuvieron los siguientes indicadores (Grupo Tecno de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria): 1. Indicadores de funcionamiento: 1a. Fiabilidad del inventario de medicamentos en el SSADV (FI): Número (N) cajetines sin incidencia/N cajetines revisados (%) (Estándar >80%); 1b. Concordancia entre stock físico y administrativo del SSADV (CSFA): N de unidades sin incidencias/N unidades totales contadas (%) (Estándar $\geq 75\%$); 1c. Concordancia en ubicaciones vacías (CUV): N Huecos vacíos reales/no huecos vacíos que identifica el sistema (%) (Estándar $\geq 98\%$); 1d. Precisión del llenado de carros de Dosis Unitaria (PLCDU): N líneas sin incidencias/N líneas enviadas al SSADV (%) (Estándar $\geq 95\%$). 2. Calidad y seguridad: 2a. Control de caducidad (CC): N unidades no caducadas/N total de unidades revisadas (%) (Estándar $98\geq\%$); 2b. Calidad de la preparación del llenado de carros (CPC): N de líneas de medicamento sin errores de llenado/N líneas de medicamento revisadas (%) (Estándar $\geq 98\%$).

Resultados: Durante el periodo de estudio, el técnico de farmacia revisó un total de 307 baldas del SADV (6.545 medicamentos). Se detectaron 463 errores (7,1% de total de medicamentos revisados). Según el tipo de error: Tipo 1: 8 (1,7%), tipo 2: 440 (95%), tipo 3: 10 (2,1%) y tipo 4: 7 (1,5%). Con respecto a la revisión del llenado de carros, se revisaron 327 cajetines (4.131 medicamentos). Se detectaron 44 errores (1,06% del total de medicamentos revisados): Tipo a: 52,3%; Tipo b: 47,7%. En base a los resultados obtenidos, y con la colaboración del farmacéutico responsable, se obtuvieron los indicadores siguientes: 1. Indicadores de

Funcionamiento: 1a. FI: 92,9%; 1b. CSFA: 100%; 1c. CUV: 100%; 1d. PLCDU: 98,9%. 2. Indicadores de Calidad y seguridad: 2a. CC: 99,8%; 2b. CPC: 98,9%.

Conclusiones: La evaluación de indicadores ha permitido valorar la calidad en términos de seguridad, precisión y fiabilidad de un SSADV para el almacenamiento y dispensación de medicamentos. Nuestros resultados en cuanto a la evaluación de indicadores recomendados por el Grupo Tecno superan los estándares propuestos. La integración y colaboración del técnico de farmacia resulta esencial en el desarrollo de estrategias que mejoren la calidad de la labor asistencial.

55. EVOLUCIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE HIERRO INTRAVENOSO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Márquez Fernández E, Mora Santiago R, Moya Carmona I, Estaun C.
Hospital Virgen de la Victoria

Objetivo: La administración de hierro parenteral constituye una alternativa a la presentación oral en aquellos pacientes que no lo toleran o en caso de contraindicación. Actualmente disponemos de distintas presentaciones de hierro intravenoso, todas ellas son igual de efectivas a la hora de dar respuesta a la deficiencia de hierro, sin embargo, existen diferencias relativas al coste de adquisición, tiempo y número de visitas para su administración. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la evolución de las prescripciones de hierro intravenoso en un Hospital Universitario desde la inclusión en Guía Farmacoterapéutica (GFT) en 2011 del hierro carboximaltosa (HC).

Material y métodos: En 2011 se realizó una revisión por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del tratamiento de los estados carenciales de hierro estableciéndose un protocolo para su manejo. La presentación de elección en pacientes hospitalizados fue hierro sacarosa (HS), quedando restringido el uso de hierro carboximaltosa a régimen ambulatorio siendo necesaria su administración en hospital de día.



Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo incluyendo los pacientes tratados con hierro intravenoso en el periodo comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2016, realizando una comparativa entre HS y HC, así como un estudio sobre su consumo en las distintas áreas del centro hospitalario.

Resultados: El consumo total de hierro intravenoso (HS+HC) en viales/año fue: 1.678 (2011) y 3.034 (2016).

Por un lado, en el periodo 2011-2016 el consumo total de HS se mantiene estable 1.585 viales/año en 2011 frente a 1.477 viales/año en 2016. Sin embargo, en algunas unidades de hospitalización su uso ha ido en aumento (viales/año) destacando: Digestivo (84 a 430), Ginecología (45 a 117) y Cirugía (98 a 115).

Por otro lado, en el periodo de 2011-2016 el consumo total de HC sigue un aumento progresivo 92 viales/año en 2011 frente a 1.557 viales/año en 2016. Concentrándose su uso preferentemente durante 2016 (viales/año) en: Hospital de día digestivo (664), hospital de día oncohematología (474), hospital de día medicina interna (235) y urgencias (169).

Conclusión: La actualización del protocolo de tratamiento de los estados carenciales de hierro ha resultado en un aumento del uso de hierro intravenoso en el centro, este abordaje multidisciplinar de la anemia ferropénica, incluyendo costes, tiempo de administración, número de dosis requeridas, ha contribuido a una adecuada reposición del hierro entre las distintas formulaciones disponibles.

En nuestra experiencia, el HC se utiliza preferentemente en régimen ambulatorio, mientras HS es el fármaco de elección en las áreas de hospitalización. La introducción del HC en la GFT del hospital no tiene por qué desembocar en un incremento de los costes, de hecho, en ciertas circunstancias su uso ha demostrado evitar o reducir ingresos hospitalarios, asimismo como otros costes indirectos.

56. IMPLANTACIÓN Y PILOTAJE DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICÓTROPOS. EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DEL TÉCNICO DE FARMACIA

Aguilar Méndez-Villamil I, Abolafio García B, Morales Lara MJ, Muñoz Castillo I.

Hospital Regional de Málaga

Objetivos: Implantación de un Sistema Automatizado de dispensación (SAD) Pyxis® de medicamentos estupefacientes (ME) y psicótrpos (MS) en un Servicio de Farmacia. Implicación del técnico de farmacia (TF) y evaluación de la calidad del funcionamiento del SAD mediante indicadores propuestos por el Grupo Tecno (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria).

Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se analizan las diferentes fases de la implantación de un SAD de ME/MS (a. carga de medicación, b. creación de pacientes virtuales, c. formación) y el papel del TF en el nuevo circuito de dispensación diseñado por el farmacéutico responsable.

La evaluación de la calidad del funcionamiento del circuito y los procesos en los que está implicado el TF, se realizó mediante un pilotaje de dos meses de duración, evaluándose los siguientes indicadores: Funcionamiento: 1a. Fiabilidad de inventarios en SAD (FIS): Número (N) medicamentos sin incidencias en el stock en la revisión sistemática/N medicamentos incluidos en el SAD (%) ($\geq 90\%$); 1b. Fiabilidad en los inventarios de SAD en el proceso de reposición (FISR): N medicamentos sin incidencias en el stock en el proceso de la reposición/N medicamentos repuestos (%) ($\geq 80\%$). Calidad/Seguridad: 2a. Control de caducidad (CC): N unidades no caducadas/N unidades revisadas (%) (Estándar $\geq 98\%$).

Resultados: Las fases del proceso de implantación fueron las siguientes: a. Carga de ME/MS: Revisión de los consumos (último año) para definir capacidad, ubicación, máximos/mínimos de consumo para establecer

los puntos de reposición. Se incluyeron 56 especialidades farmacéuticas (26 ME y 30 MS) organizados en cajones tipo matrix; b. Creación en la consola del SAD de 38 unidades (pacientes virtuales) susceptibles de solicitar ME/MS; c. Formación y creación de perfiles para personal técnico y Farmacéutico.

Las funciones del TF en el nuevo circuito quedaron definidas de la siguiente manera:

1. Inventario diario de la estación. Resolución de incidencias/discrepancias.
2. Reposición de medicamentos bajo stock mínimo (Cada reposición requerirá la fecha de caducidad del envase más próximo a caducar).
3. Dispensación de medicación a las diferentes unidades.
4. Registro: Actualmente en libro de estupefacientes (papel) a la espera de que la Inspección Farmacéutica valide el formato electrónico.
5. Devolución de medicación (Todos los movimientos de dispensación, devolución o discrepancias en el inventario generan consumo automático en el programa de gestión APD).

Todo el circuito es llevado a cabo bajo la supervisión del farmacéutico responsable.

Indicadores: 1a. FIS: 832 medicamentos sin incidencias en el stock en la revisión sistemática/840 medicamentos revisados e incluidos en los SAD (99%); 1b. FISR: 1765 medicamentos sin incidencias en la reposición/1765 medicamentos repuestos (100%). 2a. CC: 840 unidades no caducadas/840 unidades revisadas x100 (100%).

Conclusiones: La implantación del SAD de ME/MS ha permitido protocolizar e informatizar el circuito así como automatizar los movimientos de consumo y disponer de un registro electrónico de todo el proceso, lo que supone una mejora de la calidad y seguridad del área. Nuestros indicadores superan los estándares propuestos por el Grupo Tecno. La labor del TF, coordinado por el farmacéutico responsable, es fundamental en el correcto funcionamiento del área de ME/MS.

57. IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS DIRIGIDAS A LA ORGANIZACIÓN Y A LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

Luna Higuera A., Blanco Bermejo C., Domínguez Recio A., López Álvarez C.

Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga – Axarquía

Objetivo: La Unidad de Pacientes Externos (UPE) de nuestro Área de Gestión Sanitaria se encuentra integrada en la Historia Digital: los pacientes son citados en la Agenda de Farmacia, promoviendo la colaboración recíproca con los Especialistas. La medicación es preparada por el Técnico de Farmacia (TF) previa a la cita y por paciente, y éstos son siempre atendidos por un farmacéutico. En la actualidad nos proponemos:

Detectar áreas de mejora en la UPE y desarrollar un nuevo protocolo de organización de la misma enfocado a mejorar la seguridad en la dispensación de medicamentos y a la optimización de recursos.

Material y método: Se analizaron las posibles mejoras en base a las oportunidades de las herramientas electrónicas corporativas y se diseñó una Base de Datos Access® (BBDD) que cruzara, a través del NHUSA del paciente, la Agenda de Citación (Diraya® Estación Clínica) con la medicación prescrita y entregada en la última dispensación (APD-PRISMA®), y permitiera la preparación programada de los tratamientos con mayor automatización, en aras de una mayor seguridad y eficiencia. La BBDD se actualiza diariamente de manera automática.

Resultados: Las utilidades y mejoras que ofrece la BBDD son:

1. Un registro diario para la firma del paciente en cada dispensación con los apartados: Hora de cita, NUHSA (privacidad), medicación (CodiHospi), unidades dispensadas, Firma (paciente) y Firma y DNI (persona autorizada). Se escanea diariamente para su posterior registro electrónico, eliminando así el impreso en papel por paciente y el archivador manual.



2. Un listado para preparación individualizada de la medicación, que incluye: Hora de cita, NUHSA, nombre del paciente, medicamento (descripción y CodiHospi), cantidad a preparar (la entregada en la última dispensación). Anteriormente, el TF, con el listado de las citas del día, preparaba la medicación individualizada a partir de los registros manuales en papel de dispensaciones anteriores. Con el nuevo método inequívoco de identificación de paciente y medicamento se evitan los errores cometidos por confusiones en la lectura, en el proceso de archivo, en pacientes con mismo nombre, en cambios de tratamiento o en pacientes con más de un episodio, y se disminuye el tiempo de preparación.

Además, se protocolizó el tiempo de antelación con el que el TF debe preparar la medicación de la UPE: 48-72h. Este modelo de preparación previa a la cita, que minimiza la dispensación a demanda, permite detectar roturas de stock, planificar la dispensación gestionando la medicación disponible según los pacientes citados, y optimiza la gestión del inventario de la UPE (rotación, inmovilizado, caducidades, etc.).

Conclusiones: Nuestra UPE ofrece Atención Farmacéutica individualizada, mayor seguridad en la dispensación (doble chequeo) y favorece la continuidad asistencial y el acto único.

Además, con esta nueva organización hemos conseguido diversos beneficios:

Se han eliminado completamente los registros en papel logrando una mayor agilidad del procedimiento y una disminución de los errores en la preparación.

El sistema de preparación organizado, programado y por paciente, puede mostrarse como alternativa cuando no existen sistemas automatizados de dispensación, e implica una mejor gestión del stock, tan relevante en este área.

58. NUEVO RETO PARA EL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL: LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS

Sánchez del Moral, R, Romero Alonso, MM, Estaire Gutiérrez, J, Bolívar Raya, MA.

Hospital Infanta Elena

Objetivo: Analizar los problemas/situaciones encontrados para llevar a cabo la nueva actividad reflejada en el Decreto 512/2015, de prestación farmacéutica en los Centros Sociosanitarios (CCSS) de Andalucía.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de 5 meses de duración para enumerar las problemas/situaciones que se han ido produciendo durante el proceso de conocimiento e implantación de la gestión farmacéutica en los CCSS.

Resultado: Para poder llevar a cabo esta actividad se ha contratado a un farmacéutico especialista y a un técnico en farmacia, de momento. El centro piloto sobre el que se inicia la actividad es un centro para personas mayores (a partir de 60 años) entre los que se encuentran residentes en exclusión social y dispone de 141 plazas. En este centro hay distintos tipos de residentes según la asistencia sanitaria que requieren: asistidos y válidos (dependientes o independientes para la administración de la medicación): Se enumeran a continuación las situaciones encontradas, actuaciones realizadas y si genera o no problema.

1. SITUACIÓN: no disponer de guía de medicamentos en el centro. ACTUACIÓN: realizar un pacto de medicamentos y crear la Guía Farmacoterapéutica en Prisma Athos® para la prescripción electrónica. PROBLEMA: resuelto. 2. SITUACIÓN: gestión del almacén de medicamentos por marca comercial. ACTUACIÓN: almacenamiento y cambio de las prescripciones por principio activo. PROBLEMA: resuelto. 3. SITUACIÓN: envío y gestión de medicamentos y productos sanitarios (PS). ACTUACIÓN: envío de medicamentos en dosis unitaria a residentes dependientes (inicialmente) tanto válidos como no válidos y no envío de productos sanitarios. PROBLEMA: genera problema la gestión



y dispensación de PS ya que en el Decreto se trata pero en el Borrador de Acuerdo de Gestión no se contempla. 4. SITUACIÓN: residentes con prescripción activa de medicamentos no financiados. ACTUACIÓN: envío de medicación no financiada incluida en el hospital adscrito al centro. PROBLEMA: genera problema ya que no hay criterio común que ofrezca solución a esta situación. 5. SITUACIÓN: no herramientas digitales para prescripción. ACTUACIÓN: habilitado acceso a la aplicación Prisma Athos® y creación de usuarios necesarios. PROBLEMA: resuelto. 6. SITUACIÓN: modificaciones de prescripciones en situaciones de urgencia. ACTUACIÓN: en ausencia del único médico disponible los cambios de prescripción se realizarán por médico de centro de salud o ambulancia. PROBLEMA: los cambios se enviarán a la farmacia por fax al no disponer de acceso a la aplicación de prescripción electrónica el personal médico que no es del centro.

Conclusiones: El inicio de una nueva actividad en un ámbito distinto al estrictamente hospitalario da lugar a nuevos retos en el trabajo diario, por eso es necesaria una normativa/instrucciones clara al respecto que ampare las actuaciones del farmacéutico e igualmente criterios homogéneos en las situaciones que generen problema para que la solución ofrecida sea equitativa y equilibrada.

UTILIZACIÓN Y USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

59. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB

Merino Almazán M., Sánchez Ruiz A., López López Ana M., Barbero Hernández, MJ.

Complejo Hospitalario de Jaén

Objetivo: Determinar la adecuación de la prescripción de los inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (IPCSK9), Alirocumab y Evolocumab, según las indicaciones establecidas en ficha técnica para ambos medicamentos en un hospital de tercer nivel. Ana-

lizar el porcentaje de pacientes incluidos en cada una de las diferentes indicaciones.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizaron los tratamientos iniciados con alirocumab y evolocumab durante un período de 13 meses (01/01/2016-31/01/2017). Se creó una base de datos Excel® donde se recogieron las siguientes variables: sexo, fecha de nacimiento, IPCSK9 prescrito, diagnóstico por el cual fue prescrito, posología, tratamiento hipolipemiante antes y después del inicio del tratamiento con el inhibidor y niveles de cLDL (mg/dL) al inicio del tratamiento. Para la obtención de los datos referentes al tratamiento farmacológico se utilizó la aplicación corporativa Athos APD® y para la obtención de los datos referentes a las características e historia clínica de los pacientes se usó la aplicación Diraya. Para valorar los niveles objetivo de cLDL se siguió la European Guideline on cardiovascular disease prevention in clinical practice (versión 2016).

Resultados: Durante el período de estudio se iniciaron un total de 46 tratamientos pertenecientes a 43 pacientes (tres pacientes iniciaron con Evolocumab que posteriormente fue sustituido por Alirocumab). El sexo de los pacientes se distribuye en 26 hombres y 17 mujeres con un rango de edad que va de 45 a 72 años. Del total de nuevos tratamientos, 16 se corresponden a Alirocumab (34,8%) mientras que el resto, 30 (65,2%) se iniciaron con Evolocumab. El 100% de las prescripciones cumplen con las indicaciones aprobadas en ficha técnica para estos medicamentos. Para evolocumab, 6 tratamientos (20%) se iniciaron con la indicación de hipercolesterolemia primaria familiar heterocigótica, 14 (46,6%) con la indicación de hipercolesterolemia primaria no familiar y 10 tratamientos (33,3%) bajo la indicación de dislipemia mixta. Para alirocumab, 2 tratamientos (12,5%) se iniciaron con la indicación de hipercolesterolemia primaria familiar heterocigótica, 5 (31,2%) con la indicación de hipercolesterolemia primaria no familiar y 9 tratamientos (56,25%) bajo la indicación de dislipemia mixta. Todos los pacientes, con la excepción de uno con niveles de cLDL de 66mg/dL, no habían

alcanzado los cifras objetivo de cLDL en prevención secundaria en función de los diversos niveles de riesgo cardiovascular y estaban en tratamiento con estatinas a dosis máximas o bien eran intolerantes a las estatinas. Del total de los tratamientos iniciados, han sido suspendidos 3 para evolocumab y uno para aliocumab, debido a la aparición de efectos adversos (mialgias intensas, sangrado gingival) y en un caso, por la consecución de niveles de cLDL muy bajos.

Conclusiones: Aunque la totalidad de los tratamientos iniciados cumplen con las indicaciones aprobadas en ficha técnica, se ha puesto en marcha la creación de un checklist para los nuevos tratamientos con el propósito de asegurar que ningún paciente con cifras de cLDL por debajo del nivel objetivo inicia tratamiento con un IPCSK9.

60. ADECUACIÓN POSOLÓGICA DE RANITIDINA INTRAVENOSA: IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

Jofré Peralta A., Castro Vida M.A., Martos Rosa A., Morales Molina J.A., Ávila Cabrera F., Acosta Robles P.J.

Agencia Sanitaria Hospital de Poniente

Objetivo: Analizar el impacto de la parametrización posológica realizada desde el servicio de Farmacia mediante la prescripción electrónica asistida (PEA). Cuantificar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en las prescripciones de ranitidina intravenosa.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en un hospital de 3.º nivel. Período de estudio: 2,5 meses previos y posteriores a la parametrización de ranitidina a la pauta posológica estándar en (PEA). Se incluyeron todos los pacientes adultos que iniciaron tratamiento intravenoso con ranitidina. Se consideró como pauta adecuada 50 mg/8h según ficha técnica y evidencia disponible. Se consideró posología infraterapéutica 50 mg/12h o 50 mg/24h sin necesidad de ajuste por insuficiencia renal. Se evaluaron pautas posológicas iniciales y las intervenciones realizadas. Datos recogidos: sexo, edad, servicio prescriptor

y posología inicial. Las intervenciones realizadas se clasificaron en: adecuación posológica, terapia secuencial, suspensión por duplicidad o sustitución farmacológica a inhibidores de la bomba de protones (IBP).

Resultados: En el periodo previo hubo 284 prescripciones (155 mujeres (54,58%)), edad media 58 años (18-98 años). Servicios prescriptores: Urgencias 192 (67,60%), Ginecología 41 (14,44%), Urología 21 (7,39%), Cirugía 17 (5,99%), Anestesia 5 (1,76%), Nefrología 4 (1,40%), Medicina Interna 2 (0,70%), Digestivo 1 (0,36%) y Unidad de Cuidados Intensivos 1 (0,36%). Se realizaron 64 intervenciones (22,54% de las prescripciones), 100% aceptadas. IF por servicio: Urgencias 90,62%, Ginecología 4,68%, Cirugía 3,71% y Nefrología 0,99%. Tipo de IF: adecuación posológica 56 (19,71%), terapia secuencial 4 (1,40%), suspensión por duplicidad 3 (1,05%) y sustitución farmacológica a IBP 1 (0,35%). Las pautas posológicas iniciales fueron 50 mg/8h 50,75%, 50 mg/12h 44,25%, 50 mg/24h 4,60% y 50 mg/6h 0,40%. En el periodo posterior hubo 303 prescripciones (160 mujeres (52,81%)), edad media 73 años (20-97 años). Servicios prescriptores: Urgencias 194 (64,03%), Ginecología 43 (14,19%), Cirugía 36 (11,88%), Urología 22 (7,26%), Anestesia 2 (0,66%), Cardiología 2 (0,66%), Nefrología 1 (0,33%), Neumología 1 (0,33%), Digestivo 1 (0,33%) y Medicina Interna 1 (0,33%). Se realizaron 24 intervenciones (7,92% de las prescripciones), 100% aceptadas. IF por servicio: Urgencias 75,00%, Cirugía 8,30%, Medicina Interna 8,30%, Nefrología 4,20% y Neumología 4,20%. Tipo de IF: adecuación posológica 9 (2,97%), terapia secuencial 11 (3,63%), suspensión por duplicidad 2 (0,66%) y sustitución farmacológica a IBP 2 (0,66%). Las pautas posológicas iniciales fueron 50 mg/8h 88,35%, 50 mg/12h 10,85% y 50 mg/24h 0,80%.

Conclusiones: Se han reducido significativamente las IF (más de un 60%) y las referentes a la adecuación posológica (más de un 80%) tras su parametrización en PEA mejorando el perfil de eficacia y seguridad en el uso del medicamento. Urgencias es el área donde mayor impacto ha causado nuestra intervención. El uso de la parametrización posológica



en PEA es una herramienta fundamental para el profesional sanitario. A pesar de ello la IF continúa siendo necesaria en la validación de los tratamientos.

61. AJUSTE DE FÁRMACOS EN INSUFICIENCIA RENAL: UN PROBLEMA POR RESOLVER

Arnaiz Diez S., Martín Rizo L., Barriga Rodríguez P., Malpartida Flores M., Martín Cillero MT., Fernández Lisón LC.

Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres

Objetivo: Evaluar las intervenciones realizadas en la implantación de un programa multidisciplinar de adecuación terapéutica en pacientes con insuficiencia renal y su cumplimiento.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluye a todos los pacientes hospitalizados a cargo de Urología, Cirugía General y Cirugía Vascular, desde enero a diciembre de 2016 que presentaban deterioro de la función renal. En nuestro hospital contamos con un sistema informático que con datos del laboratorio de Análisis clínicos detecta pacientes con insuficiencia renal. El programa, emplea la fórmula CKD-EPI e identifica diariamente, cualquier paciente hospitalizado con un filtrado glomerular estimado (FGe) disminuido ($< 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ entre 14-80 años y $< 30 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ en >80 años). A través del servicio de Nefrología llegan las alertas al servicio de Farmacia. Se revisa la prescripción de esos pacientes y se emite una recomendación en base a guías de dosificación de fármacos en pacientes con enfermedad renal. Se hacen propuestas de adecuación terapéutica sobre medicamentos concretos, entre los que se incluyen, fundamentalmente, antiinfecciosos, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y heparinas, las cuales quedan registradas en la historia clínica del paciente y en una base de datos propia del servicio de farmacia.

Resultados: Se han revisado las prescripciones de 552 pacientes con FGe disminuido. La edad media de éstos fue de 69.5 ± 11.9 años, el

66.9% varones. 292 (52,9%) estaban ingresados a cargo del Servicio de Urología, 134 (24,3%) de Cirugía Vascul ar y 126 (22,8%) de Cirugía General. Se registraron un total de 166 medicamentos prescritos que debían ser ajustados en base a la función renal del paciente. 98 (59%) intervenciones fueron recomendación de ajuste de dosis, de las cuales el 87 (89%) eran de optimización de dosis de antimicrobianos. Del total de intervenciones, 103 (62%) corresponden a propuestas de retirar de la prescripción AINEs y 10 (6%) a monitorización de niveles plasmáticos. 81 (49%) propuestas se realizaron sobre pacientes a cargo de Urología, 68 (41%) de Cirugía General y 17 (10%) de Cirugía Vascul ar. Fueron aceptadas 99 (60%) propuestas, las cuales condujeron a una modificación del tratamiento en las siguientes 24 horas. El servicio de Cirugía General suma 25 (45%) intervenciones aceptadas, el de Urología otras 25 (45%) y el servicio de Cirugía Vascul ar 6 (10,9%).

Conclusión: Los resultados en este estudio permiten concluir que las intervenciones para la adecuación terapéutica en pacientes con fallo renal mas frecuentemente realizadas, en servicios quirúrgicos, se deben al ajuste de dosis de antibióticos, seguido de las recomendaciones de retirada de AINE. El abordaje multidisciplinar de este tipo de pacientes hace que se obtengan altos recuentos en la aceptación de las propuestas de modificación de los tratamientos, lo que garantiza una adecuación de la terapéutica y una asistencia de calidad.

62. ALTA VARIABILIDAD EN EL USO DE ANTIPSICOTICOS EN PACIENTES CON DEMENCIA

Rojas Corrales O., García Robredo B., Sierra Sánchez J., Hevia Álvarez E.
Subdirección de Farmacia

Objetivo: El creciente envejecimiento de la población provoca un aumento de la prevalencia de las demencias al mismo tiempo que, eventualmente, una sobreutilización de fármacos antipsicóticos para el manejo de los síntomas comportamentales de las demencias.

El objetivo de este estudio es analizar la variabilidad en la exposición a fármacos antidemencia y el uso de antipsicóticos atípicos en esta población, en la comunidad autónoma de Andalucía.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y transversal. La exposición se evaluó mediante el porcentaje de pacientes distintos con dispensaciones de fármacos antidemencia y/o antipsicóticos. La variabilidad entre provincias se ha cuantificado mediante el coeficiente de variación (CV), definido como cociente entre la desviación estándar y la media.

Como fuente de información se utilizó la base de datos de facturación de recetas del Servicio Andaluz de Salud, incluyendo recetas realizadas en atención primaria y hospitalaria, durante el periodo octubre-diciembre de 2016.

Los fármacos de estudio fueron los siguientes: como fármacos antidemencia se consideraron los incluidos en los grupos ATC N06DA: Anticolinesterasas (rivastigmina, donepezilo y galantamina) y N06DX: Otros fármacos anti-demencia (memantina); y como antipsicóticos los incluidos en el grupo N05A, exceptuando sulpirida por indicarse ésta para otras condiciones.

Las variables analizadas fueron:

- Porcentaje de pacientes distintos, mayores de 75 años y total, con dispensaciones de fármacos antidemencia.
- Porcentaje de pacientes distintos mayores de 75 años con dispensación concomitante de fármacos antidemencia y antipsicóticos, respecto a población mayor de 75 años expuesta a fármacos antidemencia
- Porcentaje de pacientes distintos mayores de 75 años con dispensación concomitante de fármacos antidemencia y risperidona o quetiapina, respecto a población mayor de 75 años expuesta a fármacos antidemencia y antipsicóticos

Resultados: 40.657 pacientes, el 0,50% de la población andaluza, están expuestos a fármacos antidemencia. Teniendo en cuenta solo los pacientes mayores de 75 años, el porcentaje se sitúa en el 5,34% de esta

población, con una alta variabilidad entre provincias que va del 4,61% en Sevilla al 9,52% en Almería (CV= 3.31).

De estos pacientes mayores de 75 años en tratamiento con fármacos antidemencia, el 30,75% han sido tratados de forma concomitante con antipsicóticos atípicos, oscilando entre el 24,65% en Huelva y el 34,82% en Almería (CV= 8,48). Las provincias con mayor exposición a fármacos antidemencia, también lo son a fármacos antipsicóticos.

De estos pacientes mayores tratados con fármacos antidemencia y antipsicóticos, 7.546 (77,81%) han recibido antipsicóticos atípicos aprobados bajo visado de inspección para la agresividad que puede aparecer en los pacientes con demencia tipo Alzheimer (risperidona y quetiapina), mientras que al 22,19% de estos pacientes se les ha dispensado otro antipsicótico, sin que se pueda descartar indicación para otra patología psiquiátrica concomitante.

Conclusiones: Existe una variabilidad alta en la exposición a fármacos antidemencia en Andalucía. A pesar de la eficacia limitada y los problemas de seguridad relacionados, la exposición a fármacos antipsicóticos es también alta y muy variable entre provincias en esta población. Son necesarias intervenciones para disminuir la variabilidad en los tratamientos farmacológicos dentro del abordaje integral de los pacientes con demencia.

63. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE OSELTAMIVIR PARA EL TRATAMIENTO DE LA GRIPE

Rodríguez Molíns E¹, Tenorio Abreu A¹, Zakariya-Yousef Breval I¹, Carrión Madroñal IM¹, Bocanegra Martín C¹, Sánchez del Moral R².

¹ Hospital Juan Ramón Jiménez

² Hospital Infanta Elena

Objetivos: Analizar la utilización de oseltamivir en pacientes ingresados con cuadro clínico de gripe A y/o diagnóstico confirmatorio mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR).



Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de duración seis meses, Se recogieron datos de tratamiento y número de dosis de oseltamivir durante el ingreso hospitalario en pacientes con sospecha de gripe y/o confirmación mediante PCR. La PCR se realizó sobre muestras nasofaríngeas. Según ficha técnica, la pauta posológica de tratamiento en adultos y gestante es de 75 mg cada 12 horas durante 5 días y para enfermos renales según aclaramiento de creatinina (CICr): más de 60 ml/min: 75 mg/12h, 30-60: 30 mg/12h y 10-30: 30 mg/24h. En prevención post-exposición: 75 mg cada 24 horas durante 10 días. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, número de muestras nasofaríngeas totales, positivos y negativos en PCR que habían tomado o no el fármaco, número de pacientes que recibieron tratamiento, número de pacientes que se le realizó la PCR y habían tomado el medicamento, duración del tratamiento más o menos de 5 días, número de pacientes que tomó el fármaco tras la prueba, pauta posológica en adultos, gestante y enfermedad renal tanto en tratamiento como en profilaxis en positivos y negativos.

Resultados: Se analizaron 128 muestras nasofaríngeas de las cuales el 25.78% fueron positivas para el virus de la gripe A (63.64% habían tomado oseltamivir y 36.36% no) y 74.22% fueron negativas (22.11% habían tomado oseltamivir y 77.89% no). Se analizaron 52 pacientes que recibieron alguna dosis de oseltamivir (49 adultos, 2 enfermedad renal y 1 gestante). La media de edad fue 70.64 años (rango 29-95) y 34.61% fueron hombres. Al 92.30% de los pacientes que habían tomado oseltamivir se le realizó la PCR. Los resultados de la prueba a los pacientes que recibieron oseltamivir fueron: 58.34% positivos y 41.66% negativos. De los pacientes que resultaron positiva la PCR el 62.96% tuvieron una duración del tratamiento inadecuada: 81.25% en exceso (más de 5 días) y 18.75% en defecto (menos de 5 días). De los pacientes que la PCR resultó negativa, el 40% tomó el tratamiento después del resultado de la prueba. La pauta utilizada como tratamiento en los pacientes con resultado positivo fue: 75 mg/12h en el 96.27% de los

pacientes (adultos, gestante y un paciente con enfermedad renal con CICr mayor de 60) y 3.70% (45 mg/24h en un enfermo renal con CICr 10-30). La pauta utilizada en los pacientes con resultado negativo fue en todos los casos 75 mg/12h.

Conclusiones: Los resultados obtenidos de la cohorte estudiada, demuestra que en su mayor parte no han sido tratados de manera correcta según ficha técnica, ni en dosis ni en duración del tratamiento curativo ni preventivo. Por otra parte, los médicos prescriptores tampoco han hecho un uso eficiente de la información reportada por el laboratorio de microbiología, ya que algunos pacientes con PCR positiva han sido tratados y otros con PCR negativa sí habían sido tratados.

64. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE PRESCRIPCIONES AMBULATORIAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO TRAS LA INTRODUCCIÓN DE NUEVAS AUTORIZACIONES DE COMERCIALIZACIÓN

Del Río Valencia JC, Yunquera Romero L, Monje Agudo P, Henares López A, Furones Araujo D.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivo: Analizar la evolución del consumo de las prescripciones ambulatorias realizadas en ámbito hospitalario de nuevas especialidades farmacéuticas comercializadas en 2015, que tengan recomendaciones de uso en el Sistema de Salud Público de Andalucía (SSPA). Analizar la evolución del índice sintético de calidad (ISC) de los grupos farmacológicos implicados, así como el número de prescripciones durante este periodo.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo del consumo asociado a las prescripciones ambulatorias realizadas en ámbito hospitalario en el período 2015-2016, tras nuevas autorizaciones de comercialización en el año 2015, que tengan recomendaciones de uso en el SSPA. Para la obtención de datos relativos a las prescripciones y relativos al ISC del SSPA, se utilizó el programa Microstrategy®. Para



conocer los fármacos autorizados en 2015 se consultó el Nomenclator de facturación del Ministerio de Sanidad. Los datos obtenidos fueron revisados y filtrados para la realización del estudio.

VARIABLES RECOGIDAS: nuevas especialidades farmacéuticas, principios activos y grupos terapéuticos a los que pertenecen comercializados en 2015 con prescripciones en receta (XXI y talonario) entre 2015-2016. Media de pacientes/mes y consumo/mes desde el inicio de la comercialización de las nuevas especialidades farmacéuticas. Grado de cumplimiento del ISC en 2015 y 2016 para los grupos con nuevos fármacos autorizados.

Para llevar a cabo la evaluación del consumo, se midió el consumo/prescripciones/mes desde la fecha de autorización de comercialización.

Resultados: Se analizaron las prescripciones correspondientes a 20 especialidades farmacéuticas nuevas autorizadas entre 2015-2016, las cuales englobaban a 10 principios activos o combinaciones de principios activos: 5 hipolipemiantes, 1 antidepressivo y 14 antidiabéticos. Un total de 378 pacientes recibieron prescripciones de nuevas autorizaciones en 2015 frente a 1522 pacientes en 2016. La media de prescripciones/mes de nuevas autorizaciones fue de 48,66 en 2015 frente a 123,86 en 2016. El gasto mensual atribuido a las nuevas especialidades fue de 7.574,85 €/mes en 2015 frente a 59.202,49€/mes en 2016. Por lo tanto, el consumo/prescripciones/mes fue de 155,7 €/mes en 2015 vs. 477,97 €/mes. En el año 2015 se prescribieron 547.309 dosis diarias definidas (DDD) frente a 733.423 DDD en 2016 de antidiabéticos diferentes de gliclazid a+glipizida+glimepiride (excluyendo metformina e insulinas). Las unidades dispensadas (UD) de hipolipemiantes diferentes de simvastatina y atorvastatina ≥ 40 mg, fueron 1.305.518 en 2015 vs. 1.544.302 UD en 2016. En el caso de los antidiabéticos orales, el grado de cumplimiento de su indicador (% DDD gliclazida + glipizida + glimepiride s/ DDD antidiabéticos excl. insulinas y metformina) disminuyó de un 5.55% en 2015 a un 3.98% en 2016. Por el contrario, en el caso de los hipolipemiantes (% UD simvastatina + atorvastatina ≥ 40 mg sobre las UD

de otros hipolipemiantes), el grado de cumplimiento mejoró en 2016, pasando de un 29,37% en 2015 a un 38,61% en 2016.

Conclusiones: El consumo de las prescripciones ambulatorias analizadas fue superior en el año 2016 respecto al año previo, al igual que la media de prescripciones/mes de las nuevas autorizaciones. Ninguno de los ISC analizados ha conseguido alcanzar el objetivo mínimo fijado para cada uno de ellos.

65. AUDITORÍA DE LA ADECUACIÓN DEL VISADO DE PRODUCTOS DIETOTERÁPICOS ENTERALES AL REAL DECRETO 1060/2006

Sánchez Gómez E¹, Contreras Rey B¹, Carrion Madroñal I¹, Rebollo Pérez MI², Grutzmancher Sáiz S¹, Bocanegra Martín C¹.

¹ Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

² Servicio de Nutrición y Dietética. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Objetivos: Evaluar si el visado electrónico de recetas de productos dietoterápicos se ajusta a la normativa vigente: Real Decreto 1060/2006 que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, y regula el visado de productos dietéticos.

Identificar una posible sobreutilización de productos dietéticos.

Material y métodos: Estudio de monitorización de la calidad de la prescripción/visado realizado en un Complejo Hospitalario Universitario. Se seleccionaron los pacientes que iniciaron tratamiento con un producto dietoterápico en el primer semestre del año 2016, lo cual se consideró como un lote. Mediante la metodología de muestreo para aceptación de lotes (LQAS) se analizó una muestra aleatoria de 19 pacientes con el fin de aceptar o rechazar la totalidad del lote, igualmente se seleccionaron 19 historias de reserva.

El número de incumplimientos permitidos para aceptar el cumplimiento del indicador en el lote se estableció en 2 o menos, es decir, al menos el 70% de los visados realizados debían seguir la normativa vigente.

Se analizaron las historias clínica digital de los pacientes del lote con el fin de determinar si la prescripción y visado de los productos enterales seguía las directrices que regula el derecho a la prestación de empleo de productos dietéticos de forma ambulatoria con cargo al Servicio Andaluz de Salud (Real Decreto 1060/2006).

Resultados: Se revisaron 19 visados que componían el lote analizado. Los servicios médicos prescriptores fueron: endocrinología (9 casos), medicina interna (4 casos), cirugía general (3 casos), digestivo (2 casos) y oncológica radioterapéutica (1 caso).

Solamente 12 casos cumplieron la normativa vigente. En 9 visados la justificación clínica no estaba incluida en las indicaciones que componen la prestación a nivel ambulatorio. En 2 de ellas, además, quién iniciaba la prescripción y solicitaba su visado era un no especialista.

Los pacientes en los que no se cumplían las condiciones marcadas tuvieron lugar en los siguientes servicios: cirugía general (3 casos), medicina interna (3 casos) y digestivo (1 casos).

Por tanto, en la evaluación de la calidad de los visados se encontraron 7 fallos. Según la metodología de muestreo por lotes, podemos afirmar que al menos el 45% de los mismos son acordes a los criterios reflejados en el RD 1060/2006. Motivo por el cual se rechaza el lote al ser inferior al mínimo establecido (70%).

Conclusiones: Existe un problema de de calidad en el visado de productos dietéticos enterales, que podría estar contribuyendo a una sobre utilización de dichos productos.

66. BELATACEPT: RESULTADOS A LARGO PLAZO EN TRASPLANTE RENAL

Morales Lara MJ, Yunquera Romero L, Mora Rodríguez B, Muñoz Castillo I.

Hospital Regional de Málaga

Introducción: Belatacept es una proteína de fusión que actúa bloqueando selectivamente la coestimulación de las células T. En combinación

con corticosteroides y micofenolato de mofetilo está indicado en la profilaxis del rechazo del trasplante renal.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de belatacept en pacientes sometidos a trasplante renal transcurridos tres años del inicio de tratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de aquellos pacientes en tratamiento con belatacept procedentes del Servicio de Nefrología de nuestro hospital.

La efectividad del tratamiento fue evaluada mediante la tasa de fracaso utilizando una variable compuesta consistente en: Muerte del paciente, Fallo del injerto, Rechazo agudo confirmado por biopsia (RACB) y Disfunción del injerto (en trasplante renal puede utilizarse el aclaramiento de creatinina (CICr)).

La seguridad del tratamiento fue evaluada mediante la detección de reacciones adversas al medicamento (RAM).

Tras la revisión de las historias clínicas se registraron las siguientes variables: demográficas: edad, sexo; Clínicas: CICr, transaminasas (GOT/GPT), triglicéridos (TG), colesterol (total, LDL y HDL), estado de injerto, presión arterial (PA), RACB, ecografía renal y cribado viral; Terapéuticas (dosificación, efectos adversos de fármacos, tratamiento inmunosupresor concomitante).

Resultados: 3 pacientes fueron tratados con belatacept, edad $43,33 \pm 12,28$ años (100% mujeres). La dosis de mantenimiento en los 3 pacientes fue de 5 mg / kg administrada cada 4 semanas asociado a micofenolato de mofetilo y prednisona. La tasa de supervivencia fue del 100%, 3 años después del trasplante. Los pacientes permanecieron asintomáticos, con función renal estable (CICr > 60 ml / min, Cr en orina < 62,3 mg / dL, proteínas en orina > 150 mg / 24h) e injerto renal de apariencia normal objetivado mediante eco-Doppler. Los tres pacientes presentan tensión arterial normal ($p_1 = 132/83$, $p_2 = 120/80$, $p_3 = 130/80$ mmHg), hígado de ecogenicidad y tamaño normal y riñón nativo atrófico en eco-Doppler. El perfil lipídico se mantiene controlado en los tres pacientes:



TG (<200 mg / dL), HDL (39-96 mg / dL), LDL (<180 mg / dl) y colesterol (<200 mg / dL). El screening viral, igualmente, fue negativo en el 100% de los pacientes.

Efectos adversos: infección del tracto urinario bajo y anemia (Hb = 9,6 g / dL) en p1, e infección viral por varicela-zoster en p3. Ninguno de estos RAM comprometió el éxito del trasplante.

Conclusión: En nuestra población, Belatacept ha demostrado ser un fármaco seguro y efectivo en la prevención del rechazo agudo en el trasplante de riñón a largo plazo.

67. CARACTERIZACIÓN DE INTERACCIONES EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL

Vázquez Real M., Mesa Jiménez, A., Cordero Ramos J., Jiménez Guerrero, L., Castañeda Macías, I., Alvarado Fernández, MD.

U.G.C. Farmacia Hospitalaria, H.U. Virgen Macarena

Objetivos: Las interacciones farmacológicas pueden ser causa de modificación de la actividad tanto farmacodinámica como farmacocinética, afectando al resultado final de la acción de los fármacos involucrados. El objetivo es conocer qué interacciones son las más frecuentes entre los pacientes ingresados en la unidad de agudos de Salud Mental de un hospital de tercer nivel.

Método: Se revisaron los pacientes que fueron dados de alta durante un periodo de 45 días, para obtener episodios ya finalizados. En caso de reingreso del mismo paciente, se contabilizó como un episodio nuevo. Se recogieron los datos demográficos básicos (sexo, edad), y los tratamientos prescritos a través del programa Farmatools®, correspondientes al episodio de ingreso. Las interacciones se analizaron a través de las aplicaciones web Lexicomp y Drugs.com. En caso de discrepancia, se asignó la de mayor restricción.

Resultados: Se contabilizaron 82 pacientes, 47 hombres (57,3%) y 35 mujeres (42,7%). La mediana de edad fue de 46 años (rango 15 - 76).



9 pacientes no tuvieron medicación registrada, por lo que fueron excluidos del análisis de interacciones. Con respecto a las interacciones, se encontraron un total de 394, de las cuales 17 (4,3%) fueron de categoría menor, 341 (86,5%) moderada, y 36 (9,2%) mayor. La tasa de interacciones por paciente (nº total de interacciones / nº de pacientes con tratamiento) fue de 5,4. Los 5 fármacos con mayor número de interacciones fueron (fármaco, nº interacciones [%]): 1) Clorazepato dipotásico, 92 (23,4); 2) Quetiapina, 49 (12,4); 3) Lorazepam, 36 (9,1); 4) Trazodona, 35 (8,9) y 5) Olanzapina, 35 (8,9). Por grupo terapéutico, los tres más relevantes fueron: Benzodiacepinas y análogos, que participaron en 224 (56,9%) del total de interacciones; Antipsicóticos (de cualquier tipo), en 165 (41,9%); y Antidepresivos (de cualquier tipo), en 121 (30,7%). La interacción más frecuente de tipo mayor fue Clorazepato + Olanzapina (11 casos [30,6%]); la de tipo moderada Clorazepato + Biperideno (7 casos [2,1%]) y la de tipo menor Enalaprilol + Amlodipino (4 casos [23,5%]). Es interesante destacar que, según la vía de administración, el nivel de significación puede cambiar, ya que la vía intramuscular exhibe mayor riesgo no sólo de interacciones, sino también de efectos secundarios.

Conclusiones: Cada paciente es susceptible de sufrir aproximadamente 5 interacciones en su tratamiento, lo que resalta la importancia de conocer los fármacos y los tipos más frecuentes. Con respecto a esto, las benzodiacepinas (y en concreto, el clorazepato dipotásico) fue el grupo con mayor participación. Además, es importante ser consciente de la vía de administración, ya que la significación puede variar. Por último, hay que tener en cuenta el tratamiento psicofarmacológico y aquel destinado a tratar comorbilidades, ya que también pueden tener sus propias interacciones.

68. COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN FARMACIA EN EL CONTROL Y CONSERVACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Jiménez Martínez, C., Aguilera Nieto, M., Jiménez Varo, MD., Bolívar Raya, MA.

Hospital Infanta Elena

Objetivo: Puesta en marcha de un protocolo normalizado de trabajo (PNT) para registro de temperaturas en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH).

Material y método: Para cumplir con las recomendaciones para una adecuada conservación de los medicamentos termolábiles, se hace necesaria la creación de un PNT donde se lleve a cabo el registro diario de temperaturas. El PNT se redacta, consensúa y se pone en marcha en diciembre de 2015, dando cobertura a los dos tipos de registro que podemos encontrar para el almacenamiento de medicamentos en el hospital:

— Registro de temperaturas en el SFH: cámaras frigoríficas, congelador y resto de zonas de almacenamiento.

— Registro de temperaturas fuera del SFH: almacenes periféricos automatizados de dispensación de medicamentos tipo (Pyxis®), que se encuentran en las distintas unidades de enfermería.

El método empleado consiste en registrar y analizar los datos de temperatura que se van incorporando en un registro Excel® creado para tal efecto en la Intranet del Servicio de Farmacia.

Resultados: Según el PNT aprobado, las actuaciones a realizar de forma reglada son las siguientes:

— Diariamente

I. El Técnico de Farmacia (TF) es el encargado de registrar manualmente y posteriormente en el registro Excel® el dato de temperatura (máximo, mínimo y actual) de todos los termómetros.

II. El TF es el encargado de vigilar si en la consola central de Farmacia aparece alguna alerta relativa a la temperatura que se registre en los

Pyxis® poniéndolo en conocimiento al farmacéutico que debe valorar cada caso.

— Mensualmente el TF se encarga de obtener el informe de la temperatura de los Pyxis®, previamente configurado según PNT, de la consola central de Farmacia con carácter retrospectivo de 30 días de duración. Desde el periodo de implantación del PNT se han registrado en la aplicación de la Intranet 283 datos de temperatura (18 dispositivos sin contar los Pyxis®) y se ha archivado un informe por mes relativo a los registro de Pyxis®. El 1,5% fueron incidencias relacionadas con desajustes de temperatura normalmente por encontrarse por encima de la temperatura máxima permitida. Como consecuencias derivadas de las incidencias se han producido: descongelación de frigorífico en 3 ocasiones, ajuste de aparatos de climatización en zona de medicamentos no termolábiles en 2 ocasiones. No se ha producido ningún desvío de temperatura, fuera de los rangos establecidos, que haya conllevado como consecuencia importante tener que desechar medicamentos.

En los tres últimos meses se ha producido una modificación del protocolo a raíz del trabajo diario realizado por el TF: doble checking (registro manual realizado por distinto personal al que introduce los datos en el registro Excel®).

Conclusiones: — Se hace necesario que el personal TF se implique en proponer mejoras en el trabajo diario para ir mejorando los PNT y así disminuir la probabilidad de error.

— El doble check permite disminuir la probabilidad de error a la hora de transcribir los datos de temperatura.

69. EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C CRÓNICA EN EL GENOTIPO 1

Rodríguez Molíns E, Tenorio Abreu A, Carrión Madroñal IM, Yáñez Feria D, Ynfante Milá JI, Bocanegra Martín C.

Hospital Juan Ramón Jiménez

Objetivo: Evaluar la efectividad de los antivirales de acción directa (AAD's): sofosbuvir (SO), simeprevir (SI), daclatasvir (DCV) y los combos: ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (V), dasabuvir (E) y sofosbuvir/ledipasvir (HAR) frente a la Hepatitis Crónica por VHC en el genotipo 1 (G1), que es el más prevalente.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de seguimiento a pacientes en tratamiento durante 12 ó 24 semanas con SO, SI, DCV, V, E y HAR con o sin ribavirina (RBV) o interferón (INF) en distintas combinaciones en base a las Guías de Práctica Clínica (2016): European Journal of Hepatology y AEEH/SEIMC (Asociación Española para el Estudio del Hígado/Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica). La variable principal fue la respuesta viral sostenida a los 6 meses de finalizar el tratamiento. Además de datos de edad, sexo, subtipos G1, tratamientos previos y tras la resistencia.

Resultados: Se realizó el seguimiento a 50 pacientes G1 que finalizaron el tratamiento: 46% G1a, 50% G1b y 4% sin subtipar, de los cuales se curaron 76% (44% G1a, 52% G1b y 4% sin subtipar), recayeron 17% (56% G1a, y 44% G1b). El 70% fueron hombres con edad media de 56 años. De los pacientes que recayeron: 4 naïve y 5 pretratados. De los que se curaron 29% se trataron con SO+SI y con V+E, 23% con SI+DCV, 12% con SO+DCV y 7% con HAR y de los que recayeron 44% con SI+DCV, 23% con SO+SI y 11% con HAR, SI+RBV+INF y con V+E+RBV. De los 9 pacientes que recayeron, 4 fueron tratados con: 2/4 con HAR obteniéndose carga viral cero a los 3 meses y 2/4 con V+E+RBV con resistencias NS3 (D168V), NS5A (L31M y Y93H) y NS5B (L159F). La carga viral media a los 6 meses de finalizar el tratamiento fue <10 UI/ml en los que se curaron y 664.061 UI/ml (SD=764.745) en los que recayeron.

Conclusiones: Los AAD's muestran un alto porcentaje de curación, aunque también presentan un alto porcentaje de resistencias. Sería aconsejable realizar test de resistencias para evitar futuras recaídas como recomiendan las guías. La combinación SI+DCV mostró ser la menos efectiva.

70. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA SOBRE LA PRESCRIPCIÓN OFF-LABEL DE LIDOCAÍNA TÓPICA

Sierra Sánchez JF¹, Corrales Rojas O², González-Carrascosa Vega T¹, Jiménez Pichardo L¹, Alcalá Soto A¹, Puivecino Moreno C¹.

¹ AGS Norte de Cádiz

² Servicio de Promoción del URM. Servicio Andaluz de Salud

Objetivo: Analizar la efectividad de una intervención formativa para mejorar el uso de parches tópicos de lidocaína en indicaciones no incluidas en ficha técnica.

Material y métodos: Actualmente se encuentra comercializado un medicamento en forma de apósitos para uso tópico de lidocaína. La única indicación autorizada en su ficha técnica es el dolor neuropático asociado a neuralgia postherpética. Tras detectarse un incremento en el número de prescripciones de este medicamento muy por encima de la incidencia en neuralgia postherpética de un área de salud se planificó una intervención para mejorar el uso de este medicamento. La intervención consistió en el análisis de los servicios principalmente implicados con la prescripción, la elaboración de un informe de síntesis de evidencia que respaldan el uso de lidocaína tópica en el dolor no relacionado con la neuralgia postherpética, y en su exposición en estos servicios. Una vez realizada la intervención se analizó su efectividad a través de los siguientes indicadores: número de envases prescritos, número de pacientes en tratamiento con lidocaína tópica y gasto en lidocaína tópica. Se midió la variación en estos tres indicadores entre el cuatrimestre previo a la intervención y el mismo cuatrimestre del año posterior a la intervención.

Resultados: El análisis de las prescripciones identificó dos servicios como los principales prescriptores del medicamento: Urgencias y Traumatología. Se realizó una sesión formativa en el mes de abril de 2015 en cada uno de los servicios. En el cuatrimestre anterior a la intervención el número de envases prescritos fue 412, con 356 pacientes y un gasto

total en lidocaína tópica de 36.711 €. Un año después de la realización de la intervención se analizaron estos indicadores: el número de pacientes fue 160, con 210 envases prescritos y un gasto total después de la intervención de 18.424 €. Tras la intervención realizada se determinó una reducción del 55% en el número de pacientes tratados, y de un 50% en el número de envases y en el gasto en lidocaína tópica.

Conclusiones: Una intervención dirigida a los principales prescriptores, consistente en el análisis de la evidencia disponible, se relacionó con una reducción a la mitad en la prescripción de lidocaína tópica en indicaciones off-label.

71. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TOCILIZUMAB EN ORBITOPATÍA DE GRAVES

Santamaría Martínez S, Jiménez Guerrero L, Cordero Ramos J, Castañeda Macías I, Murillo Izquierdo M, Donoso Reginfo C.

H.U. Virgen Macarena

Objetivo: La Orbitopatía de Graves (OG) es una enfermedad rara que se presenta en aproximadamente el 50% de los casos de enfermedad de Graves. En la mayoría de las ocasiones se presenta de forma leve, pero en un 20-30% de los casos es clínicamente relevante. Las formas graves de OG que comprometen la visión aparecen en el 5% de los pacientes. Hasta el momento no se conoce totalmente su etiología, aunque parece clara la participación de las células B que reconocen un autoantígeno, el receptor TSH presente en la órbita y el tiroides, secretando citocinas como la interleucina-6.

El tratamiento específico depende de la gravedad y del grado de actividad de la enfermedad. En los casos moderados-severos, se utilizan glucocorticoides sistémicos cuando existe enfermedad activa, y cirugía en caso de inactiva. Alrededor de un 20-25% de los pacientes no responden al tratamiento con corticoides, de modo que otros fármacos inmunosupresores se han utilizado para controlar la enfermedad. Nuestro ob-

jetivo es evaluar la efectividad y seguridad de Tocilizumab, anticuerpo monoclonal anti-receptor de la interleucina-6, en pacientes con OG grave refractaria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes con OG grave refractaria tratados con tocilizumab en el periodo septiembre/2015-enero/2016. Como fuentes de información se revisaron las historias clínicas electrónicas y base de datos del Servicio de Farmacia (Farmatools®). Se recogieron datos demográficos, grado de actividad (índice de CAS: escala 1-7, puntuación $\geq 3/7$ indica enfermedad activa), agudeza visual (AV, valor normal es 1), presencia de diplopía, dosis administradas, efectos adversos, hábito tabáquico y tratamientos previos.

Resultados: 5 pacientes iniciaron tratamiento con tocilizumab en el periodo estudiado (100% mujeres, edad media 45,6 (25-54), 60% fumadoras). Todas habían sido tratadas con corticoides sistémicos previamente, un 20% había recibido tratamiento con otro anticuerpo monoclonal (adalimumab) y un 20% había sido sometido a cirugía descompresiva. Al inicio del tratamiento presentaban una puntuación media de CAS de 3,75 (2-5) y al finalizar el tratamiento o a fecha del estudio era de 1,6 (1-2). La reducción de CAS por individuo fue $\geq 50\%$, con una media de 2,25 puntos (1-3). Un 60% de las pacientes resolvieron la diplopía, y la AV mejoró en todos los individuos (media al inicio en ojo derecho/ojo izquierdo 0,54/0,8; al final del tratamiento 0,7/0,9). La dosis de tocilizumab fue de 162mg/semana, con una media de 8 dosis administradas (3-16). Un 60% de los pacientes continúan en tratamiento en la actualidad, y en un 20% de los pacientes la terapia ha sido suspendida por resolución del cuadro. En ningún caso se registraron efectos adversos.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el uso de tocilizumab fue efectivo en la reducción de la actividad de la OG en la que las terapias clásicas habían fracasado, además de ser bien tolerado. El uso de tocilizumab en pacientes con OG grave refractaria puede considerarse una alternativa

terapéutica interesante, aunque son necesarios más estudios que incluyan un mayor número de pacientes.

72. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN EL USO DE PALMITATO DE PALIPERIDONA

Gil Sierra MD., Fénix Caballero S., Díaz Navarro J., García de Paredes Esteban JC., Borrero Rubio JM, Alegre del Rey EJ.

Hospital Universitario de Puerto Real

Objetivo: Describir la adecuación del uso de paliperidona intramuscular a la indicación y pautas descritas en la ficha técnica, así como su efectividad y seguridad.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de pacientes hospitalizados con palmitato de paliperidona (PLP) intramuscular durante el periodo 01/05/2015-01/02/2017. Según ficha técnica (FT), PLP está indicado en el mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes estabilizados con paliperidona o risperidona. La posología es 150 mg el primer día de tratamiento, 100 mg en el día 8 y una tercera dosis al mes de la anterior. La dosis de mantenimiento mensual recomendada oscila entre 25 y 150 mg según tolerabilidad o respuesta del paciente. Los datos de prescripción durante la hospitalización se obtuvieron a partir de la Historia Clínica Única Digital de Andalucía (DIRAYA®) y el programa de prescripción electrónica asistida (Dominion Farmatools®). Se registraron edad, sexo, diagnóstico, cumplimiento de FT, y causas de no cumplimiento de la misma. Se midió la efectividad alcanzada (tiempo de recaída) en cumplidores de FT y no cumplidores, definida como el tiempo transcurrido desde la administración de PLP hasta el ingreso hospitalario. Se consideraron cumplidores de FT aquellos pacientes que recibieron PLP según las indicaciones y pautas recogidas en FT. La seguridad se evaluó mediante el registro de las reacciones adversas (RA), su conformidad con FT y los pacientes afectados.

Resultados: Fueron incluidos 65 pacientes con una mediana de edad de 42 (17-69) años, de los cuales 37 (56,9%) eran varones y 28 (43,1%) mujeres. El diagnóstico más común fue esquizofrenia (56,9%), seguido de trastorno bipolar (16,9%), psicosis (12,3%), trastorno de comportamiento por consumo de tóxicos (4,6%), trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (3,1%), trastorno delirante persistente (3,1%) y otros (3,1%). Un total de 25 (38,5%) pacientes fueron considerados cumplidores de FT y 40 (61,5%) no cumplidores, de los cuales 28 (70%) pacientes recibieron el fármaco en una indicación no aprobada y 12 (30%) fueron tratados con una pauta inapropiada del medicamento. La mediana del tiempo hasta recaída fue de 3,2 (1-11,6) meses en la población total, 3,7 (1-11,6) en cumplidores de FT y 2,7 (1,4-11,6) en no cumplidores. Se registraron 25 episodios de RA, distribuidos en 16 pacientes: fatiga (N=3 pacientes), insomnio (N=3), conducta sexual desinhibida (N=3), dolor en el lugar de la inyección (N=2), vómitos (N=2), somnolencia (N=2), agitación (N=2), elevación de triglicéridos plasmáticos (N=2) y otros de menor incidencia (N=6). De las RA registradas, sólo los episodios de conducta sexual desinhibida no aparecen descritos en FT.

Conclusiones:

1. En más de la mitad de los pacientes se observó incumplimiento de FT, principalmente por recibir el fármaco en una indicación no aprobada. Los diagnósticos más comunes en los pacientes tratados con PLP fueron esquizofrenia, trastorno bipolar y psicosis.
2. El tiempo hasta recaída fue mayor en los pacientes cumplidores de la FT, aunque se precisan estudios de mayor duración y población para validar los resultados.
3. Aproximadamente una cuarta parte de los pacientes presentaron alguna RA de las descritas en FT.

73. EFICACIA Y SEGURIDAD DE INHIBIDORES PROTEÍNA CONVERTASA SUTILISIN/KEXIN TIPO 9 EN TRATAMIENTO DE HIPERCOLESTEROLEMIA

Aguilar Valle E., Dani Ben Abdel-lah L., Moya Carmona I., Pedrosa Ruiz M, Estaun Martínez C., Fernández Ovies J.M.

Hospital Universitario Virgen Victoria

Objetivos: Niveles elevados de lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) predisponen a la aparición prematura de enfermedades cardiovasculares (ECV). Se calcula que la hipercolesterolemia causa 2,6 millones de muertes y 29,7 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Por lo que la aparición de los inhibidores de la proteína convertasa subtilisin/Kexin tipo 9 (inh-PCSK 9) suponen un importante avance en la reducción del riesgo de ECV.

Evaluar la eficacia y seguridad de inh-PCSK 9 en el tratamiento de hipercolesterolemia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo realizado en el periodo Marzo-Septiembre 2016 ,que incluye pacientes tratados con inh-PCSK 9, prescrito por parte de los servicios de medicina interna, cardiología y endocrino.

Como fuentes de datos se emplearon: historia clínica de Diraya, módulo de prescripción electrónica a pacientes externos de Farmatools-Dominion y datos analíticos de Servolab.

Los datos recogidos fueron: Sexo, nivel c-LDL pretratamiento y tras 12 semanas , adherencia y eventos adversos.

Resultados: Se revisó la evolución de 24 pacientes, 15 hombres y 9 mujeres, con edad media de 54 años.

Tres se excluyeron por haber sido incluidos previamente en ensayo clínico y no tener acceso a toda la información y 7 por no haber completado las 12 semanas de tratamiento. Del total de pacientes, los diagnósticos fueron: 17 con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe) con niveles de c-LDL mayores de 120 mg/dl, 6 con ECV previa con

niveles cLDL > 100 mg/dl y con dosis máximas de estatinas y ezetimiba, y 1 paciente con ECV previa con niveles de cLDL > 120 mg/dl con intolerancia a estatinas

Las drogas y posologías prescritas, en función de la práctica clínica basada en el protocolo instaurado en nuestro centro, al comienzo del tratamiento fueron; 13 alirocumab 150 mg c/2 semanas, 2 con alirocumab 75 mg c/2 semanas y 9 con evolocumab 140 mg.

La media del porcentaje de reducción del c-LDL a las 12 semanas fue del 51% (17;88) para alirocumab y 69% (18;98) para evolocumab 140 mg. En todos los pacientes existió una buena adherencia al tratamiento, a excepción de uno, que tuvo una adherencia del 83%, registrándose un incremento en c-LDL hasta niveles > 100 mg/dl.

Sólo se registró un evento adverso en un paciente, concerniente a una reducción excesiva de c-LDL, hasta niveles de < 10 mg/dl. Esto obligó a la sustitución de evolocumab 140 mg c/2 semanas por alirocumab 75 mg c/2 semanas, con lo que se restablecieron los niveles normales de c-LDL.

Conclusiones: Los inhibidores de PCSK 9 parecen ser fármacos eficaces y seguros en nuestra población, sin embargo, debido al pequeño tamaño muestral y al corto período de estudio será conveniente monitorizar a los pacientes tratados para confirmar la efectividad y seguridad a largo plazo.

74. ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS UTILIZADOS EN ANEMIA ASOCIADA A INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES

Del Río Valencia JC, Morales Lara MJ, Ortega De la Cruz C, Muñoz Castillo I.

Hospital Regional Málaga

Introducción: La anemia es una de las complicaciones más comunes asociadas a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC). La incorporación de



los agentes estimulantes de la eritropoyesis (AEE) supuso un considerable avance en el tratamiento de la misma. Sin embargo, e independientemente de su eficacia, la introducción de estas terapias supuso un importante incremento del coste, por ello, se hace necesario llevar a cabo estrategias de racionalización.

Objetivo: Determinar la dosis media de epoetina alfa y darbepoetina alfa requeridas para alcanzar niveles de hemoglobina entre 10.0-12.5 g/dl en pacientes con anemia asociada a IRC, así como la evaluación del impacto económico que ha supuesto el cambio de darbepoetina alfa por epoetina alfa en nuestro hospital en 2016.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo de una cohorte de pacientes adultos en hemodiálisis que reciben tratamiento con darbepoetina y posterior cambio a epoetina alfa procedentes de un centro de diálisis. El periodo de estudio estuvo comprendido entre Enero y Agosto de 2016. Se evaluaron los tres últimos meses previos al cambio de darbepoetina a epoetina alfa y los tres posteriores al cambio.

Tras la revisión de las historias clínicas electrónicas se recogieron las siguientes variables: demográficas (edad, sexo) y variables clínicas (hemoglobina (Hb) (g/dl)). El coste semanal por paciente de los tratamientos se calculó a partir del coste de la unidad de dosis (mcg para darbepoetina y UI para epoetina alfa) de cada tipo de AEE multiplicado por la dosis semanal total/paciente. El precio de cada unidad de dosis de AEE se calculó como la media del precio venta laboratorio (PVL) de las diferentes presentaciones disponibles comercialmente.

Resultados: En el estudio se incluyeron 63 pacientes con una media de edad de 68.74 ± 12.54 años (57.14% hombres). La dosis media semanal de darbepoetina alfa (previa al cambio a epoetina alfa) fue de 20.39 ± 15.90 mcg, alcanzando niveles de hemoglobina de 11.49 ± 1.09 g/dl. El coste del tratamiento fue de 1.68€/mcg, siendo el consumo semanal/paciente de 34.27€. La dosis media de epoetina alfa utilizada semanalmente fue de 5847 ± 3377 UI, alcanzando niveles de hemoglo-

bina de 10.88 ± 0.933 g/dl. El coste del tratamiento de epoetina alfa fue de 0.0058€/UI, y el consumo semanal/paciente de 33.91€. En base a los resultados obtenidos, el ahorro anual en epoetina alfa en nuestra población de estudio ha sido de 1182.5€. Nuestro hospital abastece en total a 7 centros de diálisis, estimándose un ahorro potencial de 8200€ al año. La equivalencia de dosis entre ambos tratamientos fue de 286 UI (epoetina alfa)/mcg (darbepoetina alfa).

Conclusion: La existencia de una alternativa terapéutica efectiva a darbepoetina alfa nos ha permitido un ahorro potencial de 8200€ al año. Es importante realizar un uso racional de los medicamentos analizando las diferentes alternativas terapéuticas equivalentes y seleccionando la alternativa más costo-efectiva. Este tipo de análisis es útil para mantener la sostenibilidad de nuestro Sistema de Salud.

75. EVALUACIÓN DEL USO DE FIDAXOMICINA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Castañeda Macías I, Jiménez Guerrero L, Murillo Izquierdo M, Alvarado Fernández MD, Vázquez Real M, Beltrán García M.

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: Fidaxomicina es un antibiótico del grupo de los macrólidos, que presenta actividad bactericida e inhibe la síntesis de ARN por la ARN polimerasa bacteriana. Está indicada para el tratamiento de infecciones por *Clostridium difficile* (ICD).

El objetivo de este estudio es evaluar el cumplimiento de las condiciones de utilización de fidaxomicina en nuestro hospital, así como la eficacia y seguridad en el tratamiento de las infecciones por *Clostridium difficile*.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados con fidaxomicina entre mayo-2015 y mayo-2016. Los pacientes se seleccionaron a partir del módulo de Pacientes Externos (Farmatools®) y de las historias clínicas (Diraya Atención Especializada), recogiendo: edad, sexo, fecha inicio y fin tratamiento, justifi-



cación de la utilización, nº recidivas, efectos adversos y tratamientos antibióticos previos.

Debido a su elevado coste, su uso ha quedado restringido por la Comisión de Infecciones y de Farmacia en las siguientes condiciones: en primera recurrencia como alternativa a vancomicina, si presenta criterios de riesgo de recurrencia ≥ 2 (ser >65 años, tener enfermedad subyacente grave y uso de antibióticos tras interrupción tratamiento ICD), tener 1 o más criterios de gravedad (≥ 10 deposiciones/día, fiebre $>38,5^{\circ}\text{C}$, leucocitos $>15.000/\text{m}^3$, creatinina $>1,5$ veces la previa a su ingreso) y 1 o más criterios de repercusión clínica (agravar enfermedad de base, dificultad para tratamiento, prolongar estancia hospitalaria). En segundas y posteriores recurrencias se recomienda fidaxomicina en las mismas condiciones. El tratamiento se consideró como efectivo con la resolución del cuadro diarreico y la fiebre.

Resultados: Se incluyeron 2 pacientes en el período de estudio, ambos hombres y con una media de edad de $77,5 \pm 3,5$ años. Ambos ingresaron a cargo de Medicina Interna, aunque los tratamientos fueron evaluados y prescritos por Unidad de Enfermedades Infecciosas. Uno de los pacientes evaluados era 1.ª recurrencia y en el caso del segundo paciente 3.ª recurrencia. En ambos casos se cumplen criterios de riesgo por la edad y nº recurrencias, en cuanto a gravedad, ambos la cumplen (leucocitos $>15.000/\text{m}^3$ y ≥ 10 deposiciones) y en relación a la repercusión clínica, ambos lo cumplen por agravamiento de su enfermedad de base. En ambos casos se resolvió el cuadro tras el tratamiento con fidaxomicina durante 10 días y actualmente ningún paciente ha sufrido recaída de la ICD, además de no registrarse ninguna reacción adversa en relación a fidaxomicina.

Conclusiones: En los casos estudiados se cumplen los criterios de inclusión establecidos para la utilización de fidaxomicina, mostrando además eficacia y seguridad para el tratamiento de la ICD. En este sentido, es importante seguir restringiendo su utilización de acuerdo a criterios de uso racional y coste-eficacia.

76. INFUSIÓN DE IMIGLUCERASA CADA 4 SEMANAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE GAUCHER

Gil Sierra MD., García de Paredes Esteban JC., Ríos Sánchez E., Carneán Castillo M., Briceño Casado MP, Alegre del Rey EJ.

Hospital Universitario de Puerto Real

Objetivo: El tratamiento de la enfermedad de Gaucher consiste en la administración de imiglucerasa intravenosa una vez cada 2 semanas (Q2), según ficha técnica. Sin embargo, aumentar el intervalo posológico de la infusión a una vez cada 4 semanas (Q4) podría suponer una ventaja para los pacientes. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de la administración de imiglucerasa intravenosa Q4 frente a Q2.

Material y método: Estudio retrospectivo desde septiembre de 2015 a febrero de 2017. Se realizó una búsqueda en Pubmed usando los siguientes términos: “imiglucerasa AND administration AND randomized clinical trial” para estudiar la posibilidad de administración Q4. Los datos se obtuvieron revisando la evolución clínica y analíticas de la Historia Clínica Única Digital de Andalucía (DIRAYA®). Se registraron sexo, edad, duración total del tratamiento y duración desde la implantación del tratamiento con infusión Q4. La diferencia entre el valor inmediatamente anterior al cambio de posología y el máximo alcanzado hasta la fecha de finalización del estudio en los parámetros analíticos de hemoglobina y plaquetas (ΔHb y ΔPq , respectivamente), cambios de volumen del hígado y/o bazo y sufrir algún episodio de crisis ósea fueron definidos como criterios para valorar la eficacia del tratamiento con el nuevo régimen. Se consideró como tratamiento efectivo cuando no hubo variación entre los valores inmediatamente anteriores a la implantación de la nueva posología y los máximos registrados hasta la fecha de finalización del estudio de ΔHb y ΔPq , ni cambios en los demás criterios. La seguridad se evaluó mediante el registro de reacciones adversas (RA).

Resultados: Se encontraron seis artículos, en dos de los cuales se evaluaba la administración de la dosis acumulada mensual Q4 frente a Q2. En estos artículos se concluía que con una adecuada monitorización, la infusión Q4 puede ser una opción eficaz y segura para la mayoría de pacientes con enfermedad de Gaucher I estable. El nuevo régimen posológico se implantó a 3 pacientes, 2 hombres y 1 mujer. La mediana de edad fue 23 años (18-37). La duración total del tratamiento tuvo una mediana de 12 años (1,7-18) y la mediana de duración del régimen Q4 fue 10 meses (10-18). La mediana de ΔHb fue 0,1 g/dl (0-0,3) y la mediana de ΔPq fue $0,1 \cdot 10^3$ / μl (0-0,3 $\cdot 10^3$). No se registraron cambios de volumen en hígado y/o bazo ni episodios de crisis ósea. No se registraron RA relacionadas con el nuevo régimen.

Conclusiones: 1. La administración de imiglucerasa intravenosa Q4 frente a Q2 no presentó diferencias relevantes en ΔHb y ΔPq , cambios de volumen del hígado y/o bazo ni episodios de crisis ósea, indicando que la nueva posología Q4 fue tan efectiva como Q2 en nuestros pacientes. 2. No se describieron RA relacionadas con el nuevo régimen posológico, demostrando ser seguro. 3. La infusión de imiglucerasa intravenosa Q4 podría ser una pauta válida, mejorando la conveniencia para los pacientes y los costes derivados de hospital de día.

77. INGRESOS HOSPITALARIOS POR DESCOMPENSACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Gázquez Pérez R, Sierra Sánchez JF, Alcalá Soto Á, Jiménez Pichardo L, Mora Herrera C, Gavira Moreno R.

Hospital Jerez de la Frontera AGS Norte de Cádiz

Objetivo: Analizar y comparar los ingresos hospitalarios en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II).



Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron aquellos pacientes con posible diagnóstico insuficiencia cardiaca en un área de salud de 450.000 habitantes. Se definió como posible diagnóstico de insuficiencia cardiaca a pacientes en tratamiento con IECA o ARA-II + beta-bloqueantes (BB). Se registraron las siguientes variables: NUSHA, pacientes con posible diagnóstico de IC, pacientes en tratamiento concomitante con antagonistas de mineralocorticoides (aldosterona o espironolactona) y número de ingresos hospitalarios por descompensación de IC en el año 2015. Los datos fueron obtenidos de la base de datos de facturación de recetas (Microstrategy).

Resultados: Se incluyeron 1.230 pacientes (851 pacientes en tratamiento con IECA y 379 pacientes en tratamiento con ARA-II), de los que 171 tuvo uno o más ingresos hospitalarios por descompensación de su IC. Hubo 101 (11,9%) pacientes con uno o más ingresos por descompensación de IC en el grupo con IECA+BB y 70 (18,5%) pacientes en el grupo de ARA-II+BB; RAR=6,6% (IC95%: 2,1% a 11,1%), diferencia estadísticamente significativa. La media de número de ingresos fue de 0,24 para los pacientes tratados con IECA+BB y de 0,46 para los pacientes tratados con ARA-II+BB. La diferencia de medias entre los dos grupos fue de 0,22 ($p=0,014$). Analizando el subgrupo de pacientes en tratamiento concomitante con antagonistas de mineralocorticoides, se obtuvieron los siguientes resultados: 264 pacientes estaban en tratamiento concomitante con antagonistas de mineralocorticoides; 169 en el grupo de IECA+BB (19,9%) y 95 en el grupo de ARA-II+BB (25,1%). El número de pacientes con uno o más ingresos por descompensación de la IC en este subgrupo de pacientes fue de 53 (31,4%) en el grupo de IECA+BB y de 33 (34,7%) en el grupo de ARA-II+BB; RAR=3,4% (IC95%: -8,5% a 15,2%). La media en el número de ingresos en este subgrupo de pacientes fue de 0,67 para el grupo de IECA+BB y de 1,13 para el grupo de ARA-II+BB; diferencia de medias de 0,46 ($p=0,37$).

Conclusiones: El número de pacientes con uno o más ingresos hospitalarios por descompensación de IC fue casi un 7% mayor en los pacientes tratados con ARA-II y BB respecto a los pacientes tratados con IECA y BB. Esta diferencia se redujo a la mitad en el subgrupo de pacientes en tratamiento concomitante con antagonistas de mineralocorticoides, lo cual puede ser debido a un mayor porcentaje de pacientes en tratamiento con antagonistas de mineralocorticoides en el grupo de pacientes tratados con ARA-II y BB, siendo pacientes con posible IC más avanzada. El estudio presenta como limitación no conocer el tratamiento previo recibido por parte de los pacientes.

78. **MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA**

Guzmán-Ramos M.I, Serrano-Giménez R, Galván-Banqueri M, Tristancho-Pérez A.

AGS Sur de Sevilla (Hospital de Valme)

Objetivos: Conocer el perfil de utilización de los medicamentos en situaciones especiales (MSE) del AGS Sur de Sevilla en los dos últimos años, así como proponer medidas para mejorar la gestión de este grupo de medicamentos.

Método: Se analizaron todas las solicitudes recibidas durante el período enero 2015–diciembre 2016. Para cada solicitud se recogieron las siguientes variables: servicio solicitante, tipo de MSE (off label, uso compasivo o no incluido en guía farmacoterapéutica (GFT)), indicación solicitada, y la propuesta de Farmacia.

Los datos fueron tabulados y procesados mediante Excel versión 15.30 por dos investigadoras.

Resultados: Se evaluaron un total de 178 solicitudes de MSE, 106 en 2015 y 72 en 2016, correspondientes a 70 principios activos diferentes. La media de solicitudes por fármaco fue de 2,48 (rango: 1-13). Para el 54,29% (38) de los fármacos solo se recibió una solicitud mientras que

el 45,71% (32) contaban con dos o más solicitudes. Entre los servicios solicitantes destaca Oncología y Hematología con el 41,75% (74) y 25,28% (45) de solicitudes respectivamente.

Respecto al tipo de MSE, el 53,95% (96) fueron fármacos no incluidos en GFT, el 29,21% (52) off label, y el 16,85% (30) uso compasivo. De entre los fármacos no incluidos en GFT, se solicitó la GINF en 12 casos, en cuatro se evaluaron de forma conjunta en CFT y en tres se elaboró un protocolo provincial para el establecimiento de recomendaciones de uso específicas. De las solicitudes off label destacan: bendamustina (tres casos en macroglobulinemia de Waldenstrom, tres en linfoma de Hodgking, dos en linfoma del manto y uno en linfoma de zona marginal), bortezomib (dos en macroglobulinemia de Waldenstrom, uno en linfoma del manto y uno en amiloidosis) y rituximab (dos en enfermedad por depósito de IgG4, dos por lupus eritematoso, dos en púrpura trombocitopénica, uno en inmunodeficiencia común variable, uno por pancitopenia autoinmune y uno en vasculitis cutánea necrotizante). Las solicitudes de uso compasivo correspondieron a 10 programas de acceso expandido, destacando nintedanib en fibrosis pulmonar idiopática, sacubitrilo en insuficiencia cardíaca, ibrutinib en leucemia linfocítica crónica y dimetilfumarato en esclerosis múltiple.

Respecto a las recomendaciones del informe de Farmacia, en la evaluación inicial se deniegan 11 de los fármacos solicitados: en ocho se propuso utilizar otras alternativas terapéuticas, siendo aceptada en cuatro. En un caso se propone utilizar una dosis diferente a la solicitada, siendo aceptada. Finalmente, solo dos fármacos no son aprobados, uno por falta de evidencia favorable a su eficacia y el otro por su baja eficiencia.

Conclusiones: El perfil de MSE predominante es el de fármacos no incluidos en la GFT del hospital, por ello cuando se reciben varias solicitudes que implican a un mismo fármaco o indicación se propone la elaboración de GINF o protocolos para estandarizar su uso.

Por otra parte, hay un número considerable de solicitudes off label. Sería de gran interés conocer los resultados en salud de estos fármacos, por lo que se realizarán auditorias para monitorizar el tratamiento.

79. MONOTERAPIA O TERAPIA COMBINADA DE LA PRESCRIPCIÓN DE TOCILIZUMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

Mora Herrera C, Sierra Sánchez J, Gavira Moreno R, Gómez Germá P, Alcalá Soto A, Jiménez Pichardo L.

Hospital SAS Jerez

Objetivos: Los objetivos planteados en este estudio fueron: 1) Analizar el perfil de utilización de tocilizumab en artritis reumatoide (AR) en adultos; 2) Conocer el perfil de prescripción en monoterapia o terapia combinada con Corticoides y Metotrexato; 3) Medir el impacto en nuestra Unidad de Gestión Clínica.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo para el análisis de utilización de tocilizumab en artritis reumatoide activa de moderada a grave en adultos. El periodo de estudio fue de Marzo 2013 a Diciembre de 2016. Las variables estudiadas fueron: datos demográficos, perfil farmacoterapéutico (dosis, fecha inicio y última dosis administrada tanto de tocilizumab, MTX y/o corticoterapia). Las fuentes de información: prescripción de pacientes con diagnóstico de AR en adultos a tratamiento con tocilizumab en ATHOS-Prisma®, en Microstrategy® y Receta XX1® obtuvimos que pacientes a tratamiento con tocilizumab recibieron Metotrexato (MTX), Corticoides o ninguno de los anteriores. Como material de trabajo fue la ficha técnica del fármaco tocilizumab indicado, en combinación con MTX, para el tratamiento de la AR grave, activa y progresiva en adultos no tratados previamente con MTX o para el tratamiento de la AR activa de moderada a grave en pacientes adultos con respuesta inadecuada o intolerancia a un tratamiento previo con uno o más fármacos modi-

ficadores de la enfermedad o con antagonistas del factor de necrosis tumoral.

Resultados: Durante el periodo de estudio respondiendo al 1º de los objetivos planteados 27 pacientes (6 hombres y 21 mujeres) fueron tratados con tocilizumab subcutáneo, edad media 54,26 años (AIC: 20-74), siendo la duración media del tratamiento con tocilizumab 574,08 días (AIC: 22-1223). En nuestra Unidad de Gestión Clínica 26 pacientes fueron tratados con tocilizumab en monoterapia. Respondiendo al 2.º de los objetivos planteados, se comprobó que previo al inicio del tratamiento con tocilizumab 7 pacientes (1 hombre y 6 mujeres) de los 27 pacientes fueron tratados con MTX, la duración media del tratamiento con MTX fue de 538 días (AIC: 122-1218). Una paciente recibió una terapia combinada tocilizumab + MTX durante 316 días. De los 27 pacientes, todos fueron tratados con corticoides, con una duración media de 1804,04 días (AIC: 396-2891). Por otro lado, 17 de los 27 pacientes tuvieron un tratamiento combinado corticoide con tocilizumab, con una duración media de 485,65 días (AIC: 1-1133). El 3º objetivo nos interesó conocer el tiempo que transcurrió desde el fin del corticoide hasta el inicio de tocilizumab, 10 de los 27 pacientes estuvieron sin corticoide una media de 311,10 días (AIC: 4-954).

Conclusiones: El uso de tocilizumab en monoterapia, coincidiendo con las nuevas líneas de investigación ha sido efectivo para el tratamiento de la AR en adultos. En nuestro caso fue bien tolerado varios pacientes necesitaron el uso combinado con corticoides. Respecto a la duración no hay pautas establecidas, por lo que se hacen necesarios estudios para consensuar estos aspectos del tratamiento.

80. RESULTADOS EN VIDA REAL DE LA PRIMERA LÍNEA DE TERAPIA BIOLÓGICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Puivecino Moreno, C, Sierra Sánchez, JF, Jiménez Pichardo, L, Alcalá Soto, A, Mora Herrera, C, Marín Ariza, I.

Hospital SAS Jerez de la Frontera



Objetivo: Evaluar los resultados en vida real de la primera línea de terapia biológica en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

Material y métodos: se seleccionaron pacientes con EII que iniciaron tratamiento con infliximab, adalimumab, vedolizumab o golimumab entre Junio de 2013 y Septiembre de 2016, que habían tenido tratamiento previo con glucocorticoides. Se clasificaron como respondedores aquellos pacientes en los que se registró en la historia clínica una mejora de la sintomatología en la semana 14 o el resultado en alguna escala validada. Como variables secundarias de resultado se analizaron la posibilidad de suspensión de tratamiento glucocorticoide tras el inicio de la terapia biológica y la variación en el número medio de prescripciones de tratamientos relacionados con el manejo de la EII en los tres meses previos y posteriores al inicio de la terapia biológica. Estos tratamientos se separaron en tres grupos: fármacos relacionados con la sintomatología de la EII (antiinflamatorios tópicos, laxantes, astringentes, antieméticos y espasmolíticos), antimicrobianos y nutrición enteral.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes. La mayor parte fueron tratados con infliximab (43; 55%), seguido de 24 con adalimumab (24; 31%), y minoritariamente con vedolizumab (8; 10%) o golimumab (3; 4%). Fueron clasificados como respondedores el 68% de los pacientes (N=53). Solo en un paciente se usó una escala validada. La proporción de pacientes que pudo suspender la terapia con glucocorticoides fue superior entre los pacientes respondedores (36 de 53; 68%) en comparación con los no respondedores (9 de 23; 36%). En ninguno de los grupos de pacientes hubo diferencias significativas en la variación en el número medio de prescripciones de tratamientos sintomáticos de la EII. En el grupo de los no respondedores hubo disminución significativa en el número medio de prescripciones de antimicrobianos tras el inicio de la terapia biológica siendo 2,89 prescripciones de media por paciente antes frente a 1,60 después (diferencia de 1,29, IC95 0,265 a 2,315; p= 0,015). En el grupo de los respondedores hubo un incre-

mento significativo en el número medio de prescripciones de nutrición enteral tras el inicio de la terapia biológica pasando de 3,21 prescripciones de media por paciente antes frente a 4,33 después (diferencia de -1,12, IC95 -2,11 a -0,13; $p=0,026$).

Conclusiones: Dos de cada tres pacientes es calificado como respondedor a la terapia biológica de primera línea, sin que se utilice para esta calificación una escala validada. Con un criterio de respuesta combinado, incluyendo la posibilidad de retirada de glucocorticoides, encontraríamos respuesta en uno el de cada dos pacientes. Esta mejora no se tradujo en una reducción de la necesidad de prescripción de otros tratamientos de uso habitual en EII.

81. SEGUIMIENTO DEL MANEJO DE LAS GLUCEMIAS EN UN HOSPITAL DE TERCEL NIVEL

Concepción Donoso Rengifo, Jaime Cordero Ramos, Manuel Murillo Izquierdo, María Dolores Guerrero Aznar.

H.U. Virgen Macarena

Objetivos: El método protocolizado para lograr y mantener el control glucémico en los pacientes no críticos es la insulina subcutánea programada con componentes basal, nutricional y corrector. (seleccionándose una pauta correctora A, B o C en función de las unidades de insulina basal y peso del paciente, siendo la Pauta A la de menor número de unidades de insulina y C la de mayor número). La utilización de pautas correctoras de insulina como única medida en el control de las glucemias es una práctica detectada con frecuencia en los pacientes ingresados, no estando contemplada en el protocolo de insulino terapia del hospital. La hiperglucemia constituye un factor de riesgo que puede agravar la situación clínica de los pacientes, incrementando los días de hospitalización y los costes en la atención médica. El objetivo de nuestro estudio fue observar la situación de nuestro hospital en cuanto a la utilización de las pautas correctoras como única medida en el control



de glucemia, basándonos en la hipótesis de la incorrecta interpretación del actual protocolo.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal. Mediante el programa Gestión de Unidosis (Farmatools®) se realizaron dos cortes de pacientes ingresados (Día 0 y día 14) y se seleccionaron todos los pacientes con pautas correctoras de insulina (A, B y C) —establecidas interpretando el protocolo del S.A.S/SAEN—, como único tratamiento para el control de glucemias. Las variables estudiadas, procedentes de la historia clínica digital única, fueron: tipo de pauta correctora, servicio prescriptor, niveles de glucemia en desayuno, almuerzo y cena dos días previos y dos posteriores al corte, diagnóstico previo de diabetes y presencia/ausencia de hipoglucemiantes como parte del tratamiento domiciliario.

Resultados: Se evaluaron 41 pacientes (20 y 21 en cada corte). El 41% presentaron en algún momento glucemias en ayunas >140 mg/dl con posterioridad a la prescripción de la pauta correctora. El 10% valores de glucemia en algún momento >180 mg/dl. El 63% estaban en tratamiento únicamente con antidiabéticos en domicilio, de los cuales el 61% corresponden a antidiabéticos orales en monoterapia. El 37% de los pacientes pertenecían a medicina interna y el resto a diferentes servicios tales como cirugía, nefrología, oncología, digestivo y traumatología. Un 92% presentaban pauta correctora A en base a protocolo como único tratamiento de hiperglucemia y un 8% pauta correctora B.

Conclusión: Se pone en manifiesto la existencia de un manejo inadecuado de las pautas correctoras como única medida en el control de la glucemia de los pacientes ingresados.

Las pautas correctoras A, B y C no funcionan si no se prescribe una pauta de base con insulina según protocolo. Es necesario modificar el protocolo actual para que brinde un enfoque sistemático, efectivo para el control de la hiperglucemia con insulina, de clara interpretación, que facilite el control de la glucemia de pacientes con antidiabéticos orales

en monoterapia y reduzca el riesgo de errores, resaltando la importancia de una adecuada difusión de este entre los clínicos.

82. USO DEL BENZNIDAZOL PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS: UN ENFOQUE DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Casas Hidalgo I., Nieto Gómez P., Valle Corpas M., Moreno Raya P., Morón Romero R., Rodríguez Delgado A.

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Objetivo: El *Trypanosoma cruzi*, agente causal de la enfermedad de Chagas, es uno de los parásitos más comunes en áreas tropicales. Actualmente, el fármaco empleado en primera línea frente a dicho parásito es el Benznidazol. El tratamiento de la enfermedad de Chagas crónica es muy controvertido debido a las dificultades que implica evaluar su eficacia terapéutica y los diversos efectos secundarios del tratamiento. Los farmacéuticos hospitalarios son los responsables de solicitar este tratamiento a los pacientes tras la elaboración de un informe exhaustivo. En nuestro estudio, hemos revisado todos los informes de los pacientes tratados con Benznidazol y hemos clasificado la información con el fin de mejorar el conocimiento de la práctica clínica en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo realizado desde enero de 2013 hasta septiembre de 2016. Los datos de los pacientes se obtuvieron a partir de su historia clínica. Las variables examinadas fueron: edad, sexo, nacionalidad, sintomatología de la enfermedad, coinfecciones, dosis y efectos secundarios de Benznidazol.

Resultados: Un total de 97 pacientes fueron analizados, 41 hombres y 56 mujeres. La edad promedio fue de $37,27 \pm 7,73$. Nacionalidad: todos los pacientes procedían de Bolivia. Sólo el 41,24% de los pacientes presentaba alguna sintomatología de la enfermedad (estreñimiento, disnea, fatiga, cardiomiopatía). Coinfecciones: 42 pacientes (43,29%): estroñgiloidosis, sífilis, toxocariasis, tuberculosis, VHB, amebiasis intestinal, uncinariasis, himinolepis y esquistosomiasis. Posología: 7 mg / kg / día

durante 60 días. Efectos secundarios: 48 pacientes (49,48%): lesiones cutáneas (36 pacientes), cefalea (17 pacientes), síntomas gastrointestinales (dolor epigástrico, anorexia, náuseas, pirosis, diarrea) (5 pacientes), neuropatía distal (3 pacientes), mareos (3 pacientes), edema de labios (3 pacientes), dolor muscular (2 pacientes), calambres (2 pacientes), pérdida de peso (1 paciente). Tres pacientes dejaron de tomar el fármaco y cinco pacientes tuvieron que disminuir la dosis de Benznidazol debido a la aparición de efectos adversos graves.

Conclusiones: El Benznidazol es un tratamiento comercialmente disponible para la enfermedad de Chagas. Sin embargo, el tratamiento con dicho fármaco implica la aparición de una amplia gama de efectos secundarios que podrían conllevar a la retirada del fármaco. Por lo tanto, los farmacéuticos podrían desempeñar un papel crucial en el reconocimiento de los efectos adversos así como en la proposición de un ajuste individualizado de la dosis de Benznidazol para evitar la interrupción del tratamiento. De esta manera, disminuiría notablemente el desarrollo de la miocardiopatía característica de la enfermedad y la probabilidad de transmisión por transfusión sanguínea, congénita o por trasplante de órganos de dicha patología.

83. UTILIZACIÓN DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM EN EL TRATAMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mora Herrera, C, Sierra Sánchez, JF, Gómez Germá, P, Álcala Soto, A, Jiménez Pichardo, L, Puivecino Moreno, C.

Hospital SAS Jérez de la Frontera

Objetivo: Analizar la utilización del tratamiento con Ceftazidima-Avibactam en los pacientes con infección por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa KPC (Kp-KPC) en un hospital de tercer nivel.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes en tratamiento con CAZ-AVI debido a la bacteremia causada

por Kp-KPC, durante el periodo de Marzo 2014 hasta Febrero 2017. La recogida de datos se realizó mediante la aplicación informática APD-Prisma® y la revisión de las Historias Clínicas en la estación clínica Diraya. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, diagnóstico, factores de riesgo, etiología de la infección, microorganismo aislado, antibiótico utilizado y duración, y pruebas de microbiología-antibiograma.

Resultado: Durante el período de estudio, se detectaron 17 episodios de infección clínica por Kp-KPC en 15 pacientes. Nuestras variables estudiadas reflejan los siguientes resultados: sexo (Hombre/mujer) fue (10/5). La edad media fue de 60 años (AIC:19-85). Los diagnósticos fueron: ITUs complicadas 41,173%, sepsis urinaria 35,30%, abscesos fistuloso 5,88%, celulitis grave 5,88%, infección/osteosíntesis 5,88% y fractura subcapital fémur derecho 5,88%. La etiología de la infección fue 66,67% origen urinario, 16,67% origen óseo, 8,33% sangre/tejido y un 8,33% partes blandas. Los factores de riesgo; diabetes (si, no, ns/nc) fue (58,3%, 16,6%, 25%), obesidad (25%, 16,67%, 58,3%), hipertensión (66,67%, 0%, 33,33%). Otras comorbilidades detectadas fueron: leucemia en 16,67% y linfomas, plaquetopenia, síndrome metabólicos, cistitis hemorrágica, fracaso renal, artritis séptica, osteomielitis cada una de ellas en un 8,3%. Los antibiogramas mostraron que el 100% de los pacientes eran resistentes a amikacina, aztreonam, cefepime, ciprofloxacino, ertapenem, imipenem, piperacilina/tazobactam, tobramicina. Las cepas mostraron sensibilidad a colistina, gentamicina y tigeciclina. Del total de pacientes, 2 pacientes fallecieron antes de iniciar tratamiento con CAZ-AVI, un paciente fue exitus en la 3.ª dosis. La dosis fue 2g/8h en un 88,23%, reducción de dosis debido a problemas renales un 11,67%. El tiempo medio de consumo de antibióticos fue 14,5 (12-17) días.

Conclusión: La totalidad de los pacientes con bacteriemias por *Klebsiella Pneumoniae* productora de carbapenemasas en nuestro hospital cumplieron criterios para la administración de CAZ-AVI, observándose un predominio renal. En cuanto a la pauta y duración del tratamiento fue la óptima. Hasta el momento no se ha observado ningún evento



adverso relativo a dicho fármaco. Ante la sospecha de bacteriemia en pacientes con colonización previa por Kp-KPC, en pacientes con multiresistencia antimicrobiana y con los factores de riesgo antes mencionados sería aconsejable su uso.

84. VALORACIÓN INICIAL DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA INTENSIVO DE SEGUIMIENTO DE CARBAPENEMES

Rodriguez Mateos ME, Martin Aspas, A, Galan Sanchez F, Guerrero Sanchez F.

Hospital Puerta del Mar

Objetivos: Los equipos PROA, basados en la colaboración multidisciplinar, han demostrado ser una herramienta efectiva para optimizar el uso de antimicrobianos e infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. El uso de antibioticos de amplio espectro como los carbapenemes se relaciona con el desarrollo de bacterias multiresistentes. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados obtenidos por el equipo PROA tras un programa intensivo de seguimiento de carbapenemes en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado desde Enero a Diciembre de 2016. Se seleccionaron cada día todos los pacientes en tratamiento con carbapenemes obtenidos a partir de los datos de prescripción electrónica del programa ATHOS-PRISMA. Se evaluaron tanto inicios como continuaciones de tratamiento de acuerdo a los siguientes items: adecuación a indicación según guías locales y situación clínica del paciente, solicitud de cultivos, resultados de los mismos y duración en días de tratamiento.

Se realizaron las recomendaciones que se consideraron necesarias que quedaron registradas en la Historia Clínica Digital (DAE), aconsejando suspender, modificar o continuar el tratamiento. Estos fueron así mismo clasificados como “apropiados” o “no apropiados” según cumplimiento de los criterios especificados.



Los resultados se midieron con “indicadores de consumo” en forma de DDD x1000 estancias y su comparación con los obtenidos en el año anterior a la intervención e “indicadores clínicos”, como número de recomendaciones realizadas y su grado de aceptación.

Resultados: Se realizaron un total de 284 recomendaciones. En el 33,3% el uso de carbapenemes se consideró apropiado en el total de los ítems evaluados. Los antimicrobianos se modificaron de acuerdo a las recomendaciones realizadas en el 70% de los tratamientos considerados no apropiados.

Las DDD x 1000 Estancias totales de antimicrobianos en el Hospital se redujeron un 8,76% en 2016 comparado con el año 2015 (3463,98 DDD en 2015 vs 3160,45 en 2016). Las DDD globales de carbapenemes se redujeron en un 25,62% durante el periodo estudiado (344,45 vs 256,2 DDDs). Imipenem redujo su consumo un 7,67% (33,25 vs 30,70 DDDs), meropenem un 25,94% (261,84 vs 193,90 DDDs) y ertapenem en un 35,98% (49,36 vs 31,6 DDDs) respectivamente.

Conclusiones: La implantación de un programa de seguimiento específico en un determinado grupo de antimicrobianos ha conseguido una optimización de su consumo y contribuye a un uso adecuado de los mismos. Esta disminución no se ha realizado a expensas de la desviación hacia otros, demostrado con la reducción en el consumo Global del Hospital. La aceptación por parte de los clínicos de las recomendaciones del equipo PROA ha sido satisfactoria.

85. VEDOLIZUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Gallego Galisteo M., Ríos Sánchez E., Cameán Castillo M., Alegre del Rey E., García de Paredes Esteban JC., Borrero Rubio JM.

UGC Farmacia. Hospital Univ. Puerto Real

Vedolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado indicado en el tratamiento de colitis ulcerosa y enfermedad de crohn. Se une específicamente a la integrina $\alpha_4\beta_7$ e inhibe la adhesión de linfocitos T a la



molécula de adhesión celular adreina de la mucosa 1 (MadCAM-1) en intestino. La dosis de Vedolizumab es de 300 mg en la semana 0, 2 y 6 como tratamiento de inducción y cada 8 semanas como mantenimiento.

Objetivo: Analizar la prevalencia y efectividad de uso de Vedolizumab en la enfermedad inflamatoria intestinal.

Metodología: Se realizó un estudio transversal de todos los pacientes en tratamiento con Vedolizumab en colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC) de un hospital de especialidades. Las variables de estudio fueron los datos demográficos del paciente (sexo y edad), clínicos (diagnóstico y valoración clínica en la semana 6 y 14 de tratamiento) y terapéuticos (tratamientos previos, respuesta a tratamientos previos, número de dosis de Vedolizumab, respuesta en la semana 6 y 14 del tratamiento con Vedolizumab según control de sintomatología). Se consideró control de sintomatología la reducción en el número de deposiciones diarias, aumento de la consistencia de heces, ausencia de sangre en heces, reducción del número de ingresos hospitalarios relacionados con la enfermedad y reducción de corticoterapia para el control de síntomas. En casos de control de síntomas mayor de 12 meses, se consideró remisión clínica.

Resultados: Se incluyeron un total de 11 pacientes tratados con Vedolizumab con una edad media de 51.5 ± 23.0 años y un 63.63% (7) hombres. El 64.6% (7) fueron tratados por enfermedad de Crohn con una media de 5.14 dosis, mientras que el 36.4% (4) fueron tratados por colitis ulcerosa con una media de 5.5 dosis.

Para el 27.3% (3) de los pacientes Vedolizumab, todos ellos por EC, fue el primer tratamiento biológico justificado por motivos oncológicos que contraindicaban el uso de anti-TNF, mientras que en el resto de casos Vedolizumab había sido prescrito tras haber fracasado al tratamiento con Adalimumab e Infliximab.

Tras el inicio del tratamiento el 18,2% (2), ambos por CU, suspendieron el tratamiento en la semana 6 y el 18.2% (2), un paciente por EC y otro por EC, en la semana 14 por falta de respuesta de eficacia, siendo

todos ellos pacientes refractarios a otros biológicos. El resto continúan actualmente con el tratamiento con buena respuesta, 25% de CU (1/4) y 85,7% en EC (6/7), manteniéndose 2 pacientes en remisión clínica y asintomáticos, uno con EC y otro con CU, tras 15 y 18 meses con Vedolizumab respectivamente.

Conclusión: Vedolizumab en enfermedad inflamatoria intestinal resulta una alternativa terapéutica útil para aquellos pacientes refractarios a otros tratamientos o contraindicación de otros tratamientos biológicos. Sin embargo, ante una remisión clínica y 12 meses del tratamiento sería necesario establecer unas pautas de interrupción temporal con el objetivo de reducir el riesgo de tolerancia y reacciones adversas.

OTRAS

86. ADECUACIÓN DE LA MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS A LAS RECOMENDACIONES DEL DOCUMENTO TÉCNICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO

Rodríguez Molíns E, Navarro Moro I, Mesa Martos M, Carrión Ma-
droñal IM, Grutzmancher Saiz S, Bocanegra Martín C.

Hospital Juan Ramón Jiménez

Objetivos: Determinar la adecuación de la manipulación de medicamentos peligrosos de administración oral, en un área de dosis unitarias de un servicio de farmacia de un hospital de tercer nivel, frente a las recomendaciones publicadas en el documento técnico de Medicamentos Peligrosos “Medidas de prevención para su preparación y administración” del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) en el año 2016 e implantar recomendaciones de preparación que no estuvieran desarrolladas.

Material y método: Se utiliza el documento del INSHT que incluye un listado de medicamentos con riesgo para el personal sanitario y establece las precauciones que se deben tener en cada caso según la actividad



que se realice. De ese listado, se seleccionaron todos los medicamentos potenciales de ser utilizados en nuestra área de dosis unitarias. A cada medicamento se le pasó un check list con los siguientes ítem: 1. ¿Se encuentra identificado correctamente el medicamento como peligroso? 2. ¿Se utiliza la misma máquina de reenvasado que para el resto de medicamentos? 3. Si hay que fraccionar se hace en cabina? 4. ¿Utiliza algún elemento de protección como: a) guantes, b) doble guantes, c) mascarilla, d) batas? 5. ¿Se tiene en cuenta si el manipulador está en situación de riesgo reproductivo a la hora de la manipulación? Se recogieron los datos de si cumplen o no cada medicamento, relacionándolo con cada ítem.

Resultados: De los 213 medicamentos considerados peligrosos del documento, se seleccionaron 73. El número de ítem cumplidos en la manipulación de los medicamentos estudiados fueron: ítem 1: 0%, ítem 2: 4%, ítem 3: 0%, ítem 4: a) 100%, b) 0%, c) 0% y d) 0%, y por último, el ítem 5: 0%.

Conclusiones: El documento del INSHT es de gran utilidad para revisar nuestra práctica asistencial y garantizar la seguridad del personal técnico en la farmacia a la hora de manipular la medicación. Según los resultados se detectan deficiencias en cuanto a la preparación de los medicamentos, ya que sólo en tres medicamentos tenemos precauciones especiales. Por ello, se hace necesario implantar las recomendaciones de preparación del documento a cada medicamento que utilizamos.

87. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE HIDROXIZINA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

Rodríguez Molíns E, Sánchez del Moral R, Valencia Soto CM, Carrión Madroñal IM, Bocanegra Martín C, Contreras Rey MB.

Hospital Juan Ramón Jiménez

Objetivo: Analizar las prescripciones de hidroxizina durante el ingreso hospitalario en personas de edad avanzada, en base a la nota informativa

de seguridad de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 6 meses de duración en el que se incluyeron a los pacientes de edad avanzada (mayores de 65 años) que fueron tratados con hidroxizina durante su ingreso en un hospital general de especialidades. Para el análisis se consideró la nota informativa de seguridad: “Hidroxizina: Nuevas restricciones de uso para minimizar su riesgo arritmogénico” no recomienda su uso en pacientes de edad avanzada y si a pesar de ello se utilizase, la dosis máxima diaria no debe superar 50 mg, contraindica su uso en pacientes con factores predisponentes para la prolongación del intervalo QT del electrocardiograma (ECG) y contactar con su médico si experimentan síntomas como síncope, taquicardia, palpitaciones o disnea. Se recogieron las siguientes variables: demográficas (edad, sexo), dosis diaria en miligramos, servicio prescriptor, enfermedad cardiovascular de base, medicación concomitante que prolongue el intervalo QT del ECG y síntomas experimentados durante el tratamiento.

Resultados: Se analizaron 89 pacientes. La edad media fue 71,4 años (DE \pm 12,5), con una mediana de 70 años (rango 32-94). El 56% fueron hombres. El 28% de los pacientes (n=25) fue tratado con dosis superiores a la recomendada (75 mg diarios). Los servicios prescriptores fueron: 16/25 (64%) Medicina Interna, 5/25 (20%) Digestivo, 3/25 (12%) Oncología y en 1/5 (4%) Nefrología. El 24% (n=6) presentaban cardiopatía de base. La medicación concomitante que potencialmente puede prolongar el intervalo QT del ECG fue: 6/25 (24%) ciprofloxacino, 3/25 (12%) ondansetron y citalopram, 2/25 (8%) mirtazapina y 1/25 (4%) claritromicina, trazodona, quetiapina, fluconazol y paroxetina. El 32% (n=8) experimentaron síntomas: 5/8 (63%) taquicardia, 2/8 (25%) síncope y 1/8 (12%) disnea.

Conclusiones: Las prescripciones de hidroxizina en la población estudiada no se adecuan a las recomendaciones de la nota de seguridad de la AEMPS en un alto porcentaje de los pacientes estudiados. Las

principales discrepancias encontradas fueron: dosis máximas diarias superiores a las recomendadas, prescripción en pacientes cardiopatas y uso concomitante de medicación que pueda prolongar el intervalo QT. Por ello, sería necesario informar a los prescriptores de dicha nota y adecuar su uso para evitar la aparición de síntomas de alarma en estos pacientes.

88. ANÁLISIS DE LAS HIPOGLUCEMIAS QUE CAUSAN INGRESOS HOSPITALARIOS

Rodríguez Molíns E¹, Sánchez del Moral R², Romero Alonso MM², Carrión Madroñal IM¹, Bocanegra Martínez C¹, Sierra Torres MI¹.

¹ Hospital Juan Ramón Jiménez

² Hospital Infanta Elena

Objetivo: Analizar las hipoglucemias que fueron causa de ingresos hospitalarios en los últimos 5 años.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo en un hospital general de especialidades durante el período 2010-2015. Se solicitó al servicio de documentación los números de historias de pacientes con diagnóstico de hipoglucemia en el informe de ingreso o alta hospitalaria. La fuente de datos fue la Historia Clínica Digital de Salud. Se recogieron los siguientes datos: variables demográficas (edad y sexo), servicios y días de ingreso, medicamentos hipoglucemiantes (insulinas y antidiabéticos orales), causas de hipoglucemia, valor de glucemia medido en urgencias y cambios de medicación realizados al alta hospitalaria.

Resultados: Se analizaron 52 ingresos con juicio clínico de hipoglucemia que correspondían a 48 pacientes. La edad media fue de 44 años (rango 1-90 años). El 60% fueron mujeres. La media de glucemia medida al ingreso fue de 37 mg/dl (rango 19-91 mg/dl). Los servicios implicados fueron: Medicina Interna (60%), Pediatría (30%), Cuidados Paliativos (6%), Nefrología y Urgencias (2%). La media de días de ingreso para estos pacientes fue de 8 días (rango 3-27 días). Las causas de hipoglucemias que provocaron ingresos fueron: el 44% de los pa-

cientes estaban en tratamiento con medicamentos hipoglucemiantes: insulinas (17%) y antidiabéticos orales (ADO) (27%): sulfonilureas en monoterapia (38%), biguanidas en monoterapia (24%) y combinaciones de ADO: biguanidas, sulfonilureas e inhibidores de la 4 peptidasa (38%). El resto de pacientes ingresaron por: hipoglucemias en estudio (21%), alteraciones metabólicas (12%), ingresos programados para test de ayuno (11%), gastroenteritis aguda e insulinoma pancreático (6%). En el informe de alta a 54% pacientes le cambiaron el tratamiento antidiabético oral (57% a otro grupo terapéutico).

Conclusiones: En la población estudiada hay diversas causas de hipoglucemias graves, aunque casi la mitad fueron debidas al tratamiento con medicamentos hipoglucemiantes sobre todo antidiabéticos orales. El grupo terapéutico sulfonilureas en monoterapia y combinaciones de otros ADO, parecen ser los agentes causales. Las hipoglucemias suponen una larga estancia hospitalaria y un gran riesgo para la salud. Por ello, se hace necesario un mejor manejo y conocimiento de la farmacoterapia en diabetes por todo el profesional sanitario implicado en la atención de los pacientes.

89. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON SOFOSBUVIR Y DACLATASVIR EN PACIENTES CON GENOTIPO 3 INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

Izquierdo Pajuelo MJ, Bonilla Galán C, Comité Central de Hepatitis C Extremadura.

Servicio Extremeño De Salud, Servicio Extremeño de Salud, Servicio Extremeño de Salud

Objetivo: Analizar la eficacia y seguridad de Sofosbuvir (SOF) y Daclatasvir (DCV) en el tratamiento de pacientes con genotipo 3 infectados por el virus de la Hepatitis C en Extremadura.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo de los pacientes en tratamiento con SOF+DCV sin Ribavirina (RBV)

entre Junio 2015-Octubre 2016. Los datos se obtuvieron a partir de la base de datos Acces elaborada para el registro de pacientes con hepatitis C tratados en Extremadura. Los datos de seguimiento se obtuvieron a partir de la aplicación de dispensación del Servicio de Farmacia (Farmatools®) y de la historia clínica electrónica del paciente.

Las interacciones farmacológicas (IF) se analizaron a través de la página Web hep-druginteractions.org/interactions.aspx de la Universidad de Liverpool.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tratamientos previos, carga viral (CV) basal, duración del tratamiento, grado de fibrosis y coinfección VIH. Para evaluar la eficacia se determinó la Respuesta Viral Sostenida (RVS) en la semana 12 post-tratamiento y pefectos adversos (EA).

Resultados: Se incluyeron un total de 42 pacientes. El 90,5% eran hombres y el 9,5% mujeres, con una edad media: 54 ± 9 años. Del total de pacientes tratados, 29 pacientes eran naïve, 7 recidivantes a biterapia y 6 no respondedores. La CV media fue de 6.01 ± 0.81 calculado como logaritmo. El 88,10% (37/42) de los mismos tenían prescrito SOF+DCV durante 12 semanas y el 11,90% (5/42) durante 24 semanas. La distribución según el grado de fibrosis fue la siguiente: El 2,38% eran F0-F1, el 47,62% F2, el 33,33% F3 y el 14,29% F4. En uno de los pacientes no se pudo realizar la elastografía por obesidad, por lo que se estimó el grado de fibrosis con las escalas APRI y FIB4. El 33,33% (14/42) eran coinfectados con VIH.

Con respecto a la eficacia, el 83,33% de los pacientes presentaron CV indetectable al final del tratamiento. Tan sólo 1 paciente presentó CV positiva al final del mismo. El 69,05% de los pacientes, presentaron RVS12 y el 47,62% RVS24. Del 30,45% de los pacientes no se disponía de datos de CV al final del tratamiento ni de RVS12 a fecha de corte del estudio.

Respecto a la seguridad, podemos decir que en general el tratamiento fue bien tolerado ya que no se registraron EA significativos en los pacientes estudiados.

Conclusiones: Teniendo en cuenta los datos disponibles, el 97,22% de los pacientes alcanzaron respuesta al final del tratamiento por lo que podemos concluir que la combinación SOF+DCV en el tratamiento de pacientes con genotipo 3 infectados por VHC parece ser una alternativa eficaz y segura.

90. HIPONATREMIA ASOCIADA A SIADH: A PROPÓSITO DE UN CASO

Navarro Dávila M., Mesa Expósito R., Viña Romero M.M, Ocaña Gómez M.A, Ramos Santana E., Merino Alonso J.

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Objetivo: Revisar la hiponatremia asociada a SIADH, diagnóstico, manifestaciones clínicas, causas, tratamiento, actuación y aspectos a mejorar de una mujer de 66 años que ingresa por Urgencias, para establecer un protocolo de actuación.

Materiales y métodos: Se revisa la historia clínica electrónica mediante el programa de prescripción Drago AEÒ; el informe clínico al alta del Servicio de Endocrino; la dispensación, el fraccionamiento y la adecuación de la dosis de Tolvaptán a través del laboratorio de farmacotecnia del hospital.

Resultados: La paciente ingresa en Urgencias por debilidad muscular, astenia y malestar general de una semana de evolución. En la bioquímica se observa niveles disminuidos de sodio de 118 mEq/L (135-150 mEq/L), considerándose hiponatremia severa. Se le diagnostica hiponatremia asociada a SIADH. Una posible causa desencadenante es el tumor neuroendocrino que padece la paciente, para el cual está recibiendo tratamiento. La necesidad vital es restaurar los niveles de sodio. Se calculan los niveles de sodio a administrar con un margen de seguridad, ya que la rápida corrección de la natremia puede conllevar a mielinólisis central pontina. Se le administra suero glucosalino y Tolvaptán 7,5 mg/día que no está disponible en la guía farmacoterapéutica del hospital, por lo que se solicita al endocrino



responsable del caso un informe detallado de la paciente para llevar a cabo su tramitación.

La presentación comercializada en España son comprimidos de 15 mg, por lo que se decide preparar papelillos a partir de dicha presentación con la dosis requerida de 7,5 mg/día en el laboratorio de farmacotecnia. Se le prepararon sólo 15 dosis, debido a que la paciente se trasladó a otra comunidad autónoma.

Una vez iniciado el tratamiento, los niveles de sodio a las 6 horas aumentaron a 124 mEq/L y a las 24 horas a 133 mEq/L, normalizándose rápidamente la sintomatología al corregir esta hiponatremia.

Conclusiones: La hiponatremia es el trastorno electrolítico más frecuente a nivel hospitalario. En nuestro caso, la causa de la hiponatremia es el SIADH debido al tumor neuroendocrino que presentaba la paciente. El tratamiento consiste en suero glucosalino, sueros hipertónicos y antagonistas de la ADH como Tolvaptán.

Se realiza un diagnóstico diferencial teniendo en las causas y los datos bioquímicos.

La implicación y compromiso del Servicio de Farmacia en la tramitación de la medicación, fraccionamiento y envasado de 7,5 mg de Tolvaptán para ajustarse a los requerimientos del paciente, han resultado fundamentales para conseguir una respuesta favorable al tratamiento y prevenir complicaciones o efectos secundarios.

Como aspectos a mejorar, se debería realizar un protocolo multidisciplinar de hiponatremia, formación continuada, actualizada de los profesionales sanitarios, valorar la disponibilidad y posicionamiento terapéutico de Tolvaptán para estos casos.

Sería aconsejable el trabajo en equipo con el objetivo de llegar a una meta común, tratando de la manera más adecuada la hiponatremia asociada a SIADH.

91. INTEGRACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA ASISTIDA EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Mora-Santiago, M.R., Moya-Carmona, I., Sanchez-Yañez, E., Aguilar Del Valle, E., Valverde-Alcala, E., Fernandez-Ovies, J.M.

Hospital Virgen de la Victoria

Objetivos: Describir el proceso de implementación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la atención a pacientes atendidos en el área de urgencias de un hospital universitario.

Material y métodos: Tras la elaboración de un mapa de riesgos en la implantación de la PEA (Octubre 2011), logramos implantarla en todas las unidades de hospitalización en enero de 2012, encontrando el obstáculo de los pacientes atendidos en el área de urgencias. Cuando estos pacientes debían ser ingresados, los facultativos realizaban la prescripción en soporte papel, dado que no era posible realizarla en la aplicación de PEA.

Dado que la actividad de Urgencias se gestiona mediante Diraya urgencias y la de hospitalización, mediante DIRAYA ATENCION ESPECIALIZADA, coexisten dos censos de pacientes, lo que no permite a la aplicación de PEA actualmente implantada, Farmatools, gestionar a los pacientes.

Desde el Servicio de Farmacia, contactamos con los responsables de ambas aplicaciones, de sistemas de información y del área de admisión, poniendo en marcha un proyecto conjunto que nos llevó a establecer un circuito funcional con el fin de implantar la PEA en dicha área, en Noviembre de 2014.

Parametrizamos ubicaciones del área de urgencias, de acuerdo a la estructura del mapa de camas del hospital recogida en Diraya, asignándolas a la unidad de enfermería que nos sirvió para crear el carro de unidosis. Por otro lado, se definió el circuito del paciente en su paso de Diraya Urgencias a Diraya Atención Especializada, con una demora máxima desde que se decide el ingreso, de cuatro minutos, para acceder a la PEA.

El ingreso del paciente se realiza sobre una ubicación del área de urgencias, asignándole como servicio responsable, aquel que decide el ingreso. Así, el paciente aparece en el censo del programa Farmatools y el facultativo puede realizar la PEA, dejando copia impresa de la orden médica. Cuando se traslada al paciente a una planta de hospitalización, la PEA se traslada automáticamente con toda la información recogida.

Dicha PEA es validada por el farmacéutico tras la prescripción y la medicación necesaria se prepara, enviándola a la ubicación del paciente. De este modo, se evitan las ordenes médicas en formato papel (con sus inconvenientes) y la medicación es dispensada con rapidez y seguridad.

Resultados: Actualmente, la PEA está completamente implantada en la atención al paciente de urgencias, con total satisfacción del personal de dicha área. Tras 24 meses, en los que se realizaron 27.104 ingresos desde el Servicio de Urgencias, en escasas ocasiones (3%) se originan discrepancias, debidas principalmente a anomalías del censo del hospital (ingreso sin cama).

Conclusiones: La implementación de la PEA en el área de urgencias mejora la calidad de la atención y la seguridad del paciente. El trabajo coordinado con las áreas implicadas facilita el diseño y desarrollo del circuito, mejorando la comunicación y la coordinación entre todos los miembros del grupo. Se optimizan los recursos al eliminar la doble prescripción (papel y PEA).

92. MIELOMA MÚLTIPLE REFRACTARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Navarro Dávila M., Viña Romero M.M., Gutiérrez Nicolás F., Ocaña Gómez M.A, Mesa Expósito R., Merino Alonso J.

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Objetivo: Descripción de los distintos tratamientos recibidos por un paciente refractario a distintas líneas de tratamiento y su respuesta favorable a Carfilzomib.

Materiales y métodos: Los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica mediante el Programa Drago AEi[™] y mediante entrevista personal con el paciente.

Los tratamientos recibidos por el paciente se obtuvieron del programa de onco-hematología Oncofarm i[™].

Resultados: Paciente varón de 56 años de edad, diagnosticado en octubre de 2012 de MM Ig-A Kappa III-a con un ISS:3.

Antecedentes del paciente: consumo de alcohol previo, fumador de 1 paquete de tabaco diaria, colecistectomía, Hepatitis B pasada, dislipemia y diabetes Mellitus Tipo-2.

Se diagnostica MM mediante una exploración combinada de Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y TAC (Tomografía Axial Computerizada) así como aspirado de médula ósea que evidencian afectación ósea, ganglionar y extramedular.

Se inició tratamiento en noviembre de 2012 con Bortezomib (2,5 mg) — Dexametasona (40 mg) durante 6 ciclos, con ajuste de dosis en los dos últimos ciclos por neuropatía periférica consiguiendo únicamente una respuesta parcial. Finalizados 6 ciclos, el componente monoclonal pasó de 3200 mg/dl a 900 mg/dl.

En marzo de 2013 se realiza un Trasplante Autólogo de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) y a los 3 meses del mismo, el CM aumenta de 900 a 1.275 mg/dl

En septiembre de 2013 el paciente recibe una dosis única de ciclofosfamida (1.250 mg).

En octubre de 2013 se inicia tratamiento con Lenalidomida (25 mg/día) con una respuesta tras el primer ciclo (CM a 2500 mg/dl) mantenida hasta el sexto ciclo (CM de 4000 mg/dl).

En Marzo de 2014 se decide comenzar con quimioterapia alternante VBAD/VBCMP durante 8 ciclos alcanzando una respuesta mínima (CM de 2510 mg/dl al final del tratamiento), pero con mejoría de la sintomatología a pesar de la anemia y pancitopenia secundaria al tratamiento. A continuación el paciente fue tratado según el esquema

Bortezomib y 4 dosis de ciclofosfamida a pesar de lo cual se observó progresión de la enfermedad

Posteriormente se inició tratamiento con Pomalidomida, Ciclofosfamida y Dexametasona con buena respuesta inicial con una disminución del CM desde 5.610 hasta 2.270 mg/dl. Tras el décimo ciclo se suspendió el tratamiento al observarse un aumento del CM hasta 2.810 mg/dl.

En febrero de 2016 inicia Carfilzomib-Lenalidomida-Dexametasona obteniendo una buena respuesta al tratamiento, al reducir CM de 4.440 mg/dL al inicio del tratamiento, a 1.810 mg/dl tras el segundo ciclo. En la actualidad se encuentra en tratamiento en el cuarto ciclo, presentando como toxicidad una hipoestesia perioral derecha.

Conclusiones: Exponemos el caso de un paciente con mieloma múltiple refractario a múltiples tratamientos y con toxicidad asociada que ha obtenido una respuesta favorable a Carfilzomib-Lenalidomida-Dexametasona.

El paciente relata una mala tolerancia a Lenalidomida, pero no se ha valorado el nivel de adherencia al tratamiento.

Sería conveniente un análisis multidisciplinar de estos casos refractario mediante hematología, farmacia hospitalaria y enfermería con el objeto de reducir los efectos adversos al tratamiento.

93. PROYECTO DE REGISTRO Y REENVASADO DE MEDICAMENTOS CON EXCIPIENTES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LOS SISTEMAS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS

Benavides Torres G.L., Fernandez Carreño V., Hierro Pedrosa C.M., Castro Vida M.A., Jofré Peralta A., Morales Molina J.A.

Agencia Sanitaria Hospital de Poniente

Objetivo: Asegurar la trazabilidad de los medicamentos dispensados desde el servicio de Farmacia mediante la revisión de los excipientes de todos los medicamentos que se dispensan en el Sistema de Dispen-

sación de Medicamentos en Dosis Unitarias (SDMDU) con el objeto de detectar todos aquellos que contengan excipientes de declaración obligatoria (EDO).

Material y método: Se revisaron todos los medicamentos que se recibieron durante un año en el Servicio de Farmacia de un Hospital de nivel 3. En la recepción se revisó si los medicamentos contenían EDO, comprobando la información del acondicionamiento secundario (cartonaje) y del prospecto. La selección de los EDO se realizó en base al Anexo de la Circular de la AEMPS n.º 2/2008 de la AEMPS: Información sobre los excipientes en el etiquetado, prospecto y ficha técnica de los medicamentos de uso humano. Una vez revisados, si el medicamento contenía EDO e iba a ser dispensado en el SDMDU, se registraron sus datos. Se reenvasaron todos aquellos medicamentos que no se recibieron del laboratorio en unidosis (en reenvasadora de formas farmacéuticas -ff- orales sólidas, reenvasado de soluciones orales multidosis o de ff sólidas no candidatas a reenvasadora mediante bolsita y etiquetado). Datos registrados de reenvasados y no reenvasados que contienen EDO: ficheros de medicamentos actualizados en la reenvasadora de ff sólidas, n.º de medicamentos reenvasados y no reenvasados que contienen EDO, marcas comerciales, principios activos, n.º y detalle del EDO que contienen y fuente de información que indica los EDO (cartonaje/prospecto).

Resultados: Partimos de 550 presentaciones farmacéuticas de medicamentos orales incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital. Ficheros actualizados en la reenvasadora de ff sólidas: 136. Nº de medicamentos reenvasados con EDO: 136, de 130 p.a. diferentes (24,72%). Teniendo en cuenta el número de EDO que contienen cada uno de los medicamentos los resultados son: 1 EDO 73 (53.68%), 2 EDO 103 (75.74%), 3 EDO 129 (94.85%), 4 EDO 7 (5.15%), 5 EDO 1 (0.74%), 6 EDO 1 (0.74%). Nº de medicamentos registrados que no necesitan reenvasado incluidos en GFT con EDO: 47 (7.6%). Teniendo en cuenta el número de EDO: 1 EDO 15 (11.03%), 2 EDO 15 (11.03%), 3 EDO 8 (5.88%), 4 EDO 2 (1.47%), 5 EDO 1 (0.74%), 6 EDO 0 (0%), 7 EDO

0 (0%).8 EDO 1 (0.74%). A falta de información en el cartonaje de los medicamentos revisados se obtuvo la información de los EDO del prospecto en el 100% de los casos. Del total de EDO registrados, contenían lactosa el 46,44% de los medicamentos y almidones el 61,20%.

Conclusiones: Se han detectado un alto número de medicamentos que contienen EDO y cuya información no llegaba al paciente ni al profesional sanitario que administra o prescribe/valida el tratamiento. Incluyendo esta información en los medicamentos dispensados desde Farmacia en Unidosis, se minimiza la probabilidad de eventos adversos y se fomenta la seguridad en la administración del tratamiento de pacientes con intolerancias/alergias. La implicación de los Técnicos de Farmacia es clave en el desarrollo y seguimiento del proyecto, con apoyo de los farmacéuticos del equipo, contribuyendo a mejorar la calidad del circuito de utilización del medicamento en el hospital.

94. TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PCSK9. RESULTADOS PRELIMINARES DE EFICACIA Y SEGURIDAD

Blanco Sánchez G, Rodríguez Mateos ME, Domínguez López M, Salguero Olid A, García Martín F, Manzano Martín MV.

Hospital Universitario Puerta del Mar

Objetivo: El objetivo principal es evaluar la eficacia y seguridad en el control de los niveles de colesterol LDL (c-LDL) en pacientes tratados con inhibidores de PCSK9 (iPCSK9): alirocumab y evolocumab.

Método: El tratamiento hipolipemiente tiene como objeto reducir los niveles de colesterol total y c-LDL. Los iPCSK9 son anticuerpos monoclonales IgG2 que se unen selectivamente a la proteína PCSK9, impidiendo la unión de ésta al receptor de lipoproteínas de baja densidad (rLDL) en la superficie celular hepática. Ello evita la degradación de dicho receptor, aumentando sus niveles a nivel hepático, y provocando consecuentemente la reducción de c-LDL en suero. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron a todos los pacientes tratados con

iPCSK9 aprobados en Comisión Permanente de Farmacia bajo criterios de selección recogidos en el Informe de Posicionamiento Terapéutico, todos adherentes al tratamiento hipolipemiante anterior. Para su inclusión, los pacientes tenían que haber recibido al menos dos dosis del fármaco. Se obtuvieron de la historia clínica digital Diraya Atención Especializada® los datos demográficos de edad y sexo, indicación, reacciones adversas, c-LDL basal y c-LDL posteriores al inicio del fármaco.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 14 pacientes, 7 de ellos mujeres, con media de edad de $61,5 \pm 12$ años. 4 de ellos en tratamiento con alirocumab y 10 con evolocumab. 10 de ellos padecían enfermedad cardiovascular establecida y 4 hipercolesterolemia familiar, en todos los casos no controlados (c-LDL > 100 mg/dL). La media de c-LDL basal fue 175 ± 62 mg/dL, mientras que la media de c-LDL alcanzada tras el inicio del fármaco fue 74 ± 51 mg/dL, lo que conlleva una reducción media del 58%. Solamente 2 pacientes conservaban un c-LDL > 100 mg/dL a final del estudio. 13 de los 14 pacientes continúan en tratamiento (1 éxitus por infarto agudo de miocardio, pese a buena respuesta al tratamiento con iPCSK9). No se notificaron reacciones adversas atribuibles a los fármacos. La media de seguimiento fue de 222 días.

Conclusiones: En la práctica clínica real, el tratamiento con iPCSK9 consigue una reducción significativa del c-LDL similar a los ensayos clínicos pivotaes, manifiesta desde el comienzo del mismo, independientemente del sexo, del fármaco seleccionado y del nivel de c-LDL basal. Además, y pese al reducido número de pacientes, se puede considerar un tratamiento bien tolerado y seguro.

95. UTILIZACIÓN DE TOLVAPTAN EN DOSIS INDIVIDUALIZADAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Saez-Torres de Vicente M, Reyes Torres I, Lopez-Santamaria Donoso J, Cuenca Lopez F, Lopez-Viñau Lopez T.

HU Reina Sofía. Córdoba



Objetivos: Tolvaptán es un antagonista de la hormona ADH usado en el tratamiento de pacientes adultos con hiponatremia secundaria al síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIHAD). Aunque no esta aprobada su utilización en población pediátrica ,se esta empezando a utilizar en nuestro hospital fuera de indicación ,como diurético. El objetivo de este trabajo es hacer una revisión de la dosis y perfil de paciente en el que se esta utilizando este fármaco.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, en el que se incluyen todos los pacientes pediátricos que han sido tratados con tolvaptán (dosis individualizadas) desde julio de 2016 a enero de 2017 en un Hospital de Tercer Nivel. A través de las historias clínicas de los pacientes se han recogido datos demográficos (sexo, edad, peso), indicación, posología, duración de tratamiento y número de dosis individualizadas de tolvaptán que han sido preparadas por la unidad de Farmacotecnia.

Resultados: Durante el periodo de estudio han sido tratados con tolvaptán 11 pacientes (8 niños y 3 niñas) de los cuales 9 presentaban cardiopatías congénitas (3 transposición de los grandes vasos ,1 atresia tricúspide, 1 síndrome corazón izquierdo hipoplásico, 1 truncus arterioso, 1 miocardiopatía restrictiva, 1 Síndrome de Williams Beurem, 1 estenosis vulvar aortica), 1 disfuncion renal y 1 disfuncion hepática. La media de edad fue de 57.78 (0.47-162) meses y un peso medio de 11.9 (2,8-49) kg. La dosis media empleada fue de 0.36 (0.2-0.5) mg/kg/día repartida en dos tomas diarias y la duración media de tratamiento fue de 10 (3-15)días.

Conclusiones: De la revisión realizada se concluye que tolvaptán se ha utilizado como diurético en pacientes pediátricos que presentaban insuficiencia cardíaca congestiva y edemas derivados de sus patologías de base, a una dosis media de 0.18mg/kg /12h con una duración media de tratamiento de 10 dias.

PECHA KUCHAS

1. INTEGRACIÓN ENTRE FARMACIA DE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA: TRABAJANDO UNIDOS POR LA SALUD DEL PACIENTE_PK

Morales Molina JA., Jofre Peralta A., Martínez de la Plata JE., Fernández Martín JM., Castro Vida MA., Acosta Robles P.

AS Poniente-Distrito Poniente

Nuestra Unidad de Gestión Clínica (UGC) Interniveles de Farmacia consta de varias Unidades de Farmacia de Hospital y de un Distrito Sanitario. La integramos Farmacéuticos Hospitalarios, de Atención Primaria, Residentes, Técnicos de Farmacia, Administrativos y Celadores. A través de nuestro compromiso por la innovación, y el trabajo en equipo, compartimos el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria que ofrecemos a los pacientes, siendo este hecho reconocido en 2016 con la nominación de nuestro centro como uno de los 5 finalistas a los Premios Best in Class. La transición asistencial es un punto crítico de la asistencia sanitaria. Por ello, prestamos especial atención a este apartado, intentando minimizar el impacto sobre el paciente. Orientamos nuestra actividad diaria a la continuidad asistencial a través de la conciliación y dispensación de la medicación, formación e información a los pacientes, visado de medicamentos, monitorización farmacológica, entre otras actividades. Desde nuestra UGC estamos trabajando de forma innovadora en la creación, evolución y transformación de nuevas ideas en beneficio de nuestros pacientes. Concretamente, estamos inmersos en varios proyectos de investigación pioneros en la vectorización de fármacos, abriendo nuevas vías de investigación en la prevención y tratamiento de distintas patologías, y estudiando marcadores inflamatorios y genéticos, como futuras dianas terapéuticas. Otra forma de llegar a los pacientes es a través de las redes sociales, dando a conocer quienes somos, lo que hacemos, y a quien va destinado nuestro trabajo. También, nos esforzamos en promover la educación sanitaria

de la población y contribuir a la formación continua de otros profesionales sanitarios. Todas las actividades de nuestra UGC están enfocadas a la prestación de una asistencia sanitaria personalizada, de calidad, y orientada al paciente. Esto sólo será posible si todos los profesionales y los pacientes trabajamos unidos compartiendo metas.

2. MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PSORIASIS MODERADA-SEVERA_PK

Gil Sierra MD., García de Paredes Esteban JC., Ríos Sanchez E., Blanco Castaño MA., Borrero Rubio JM., Alegre del Rey EJ.

Hospital Universitario de Puerto Real

La monitorización terapéutica personalizada (MTP) de fármacos es una estrategia que tiene como objetivo mejorar la relación beneficio-riesgo para el paciente y la eficiencia de los tratamientos. MTP consiste en determinar el nivel plasmático del fármaco (Np) y la presencia de anticuerpos antifármaco (Ac). Desde octubre 2016 las unidades de Dermatología, Farmacología y Farmacia trabajan conjuntamente en la MTP de los fármacos Etanercept (ETA), Adalimumab (ADA) e Infliximab (IFX) de pacientes con psoriasis moderada-severa que lleven al menos 6 meses de tratamiento. Los rangos terapéuticos considerados para cada fármaco según las últimas referencias bibliográficas son: ETA 2-7 mg/L, ADA 5-12 mg/L e IFX 3-10 mg/L. El protocolo de actuación según MTP es el siguiente: Np > rango terapéutico con buena respuesta clínica, disminuir dosis de fármaco; Np dentro de rango con buena respuesta y sin Ac, mantener dosis o disminuir según criterios clínicos; y Np < rango con respuesta clínica, mantener tratamiento o suspender. En caso de detección de Ac y/o mala respuesta clínica se cambia el fármaco. Los regímenes de reducción son: • ETA: 50 mg/10 días; 50 mg/14 días. • ADA: 40 mg/21 días; 40 mg/28 días. • IFX: 5 mg/Kg/10 semanas. Los resultados hasta febrero 2017 han sido los siguientes: se han monitorizado 91 pacientes de un total de 180 en tratamiento con estos fármacos en psoriasis. La

distribución según fármaco y las recomendaciones por parte del equipo multidisciplinar fueron: • ETA (N=42): mantener 17, reducir dosis 19, suspender 3 y cambiar 3. • ADA (N=27): mantener 10, reducir 11, suspender 1 y cambio 5. • IFX (N=22): mantener 15, reducir 2 y cambio 5. De los 91 pacientes, 49 (54%) pacientes han sido susceptibles de reducción, cambio de fármaco o suspensión. El resto mantendrán el mismo tratamiento con la misma posología y se reevaluarán tras 6 meses. Esta práctica que estamos comenzando se ampliará a las unidades de Reumatología y Digestivo. Todo ello supondrá una mejora de la eficiencia y seguridad de estos tratamientos crónicos y tan costosos.

3. CENTRO RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES EL ZAPILLO_PK

Ruiz González JM.¹, Urda Romacho J.², Morillo Mora AB.¹, Tauste Hernández B.¹, Franco Sandar B.¹, Sierra Garcia F¹.

¹ CH Torrecárdenas (Almería)

² Hospital de Poniente (El Ejido)

La entrada en vigor del Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía, el día 05/01/2016, ha supuesto un nuevo reto para la Farmacia Hospitalaria de nuestra comunidad autónoma.

Se nos han abierto nuevas expectativas laborales a aquellos residentes, que en los últimos años hemos ido acabando nuestra residencia, y aterrizamos en un mercado laboral cada vez más saturado y con menos posibilidades de trabajo. Pero también, nos supone una gran responsabilidad con respecto a los residentes de todas estas instituciones, dándonos el sistema sanitario andaluz de salud la posibilidad de aportar nuestra experiencia y desempeño en una adecuada "gestión del medicamento y productos sanitarios", labor que venimos desarrollando meritoriamente en la últimas décadas.

Hoy hace 5 meses que asumimos el pilotaje del centro residencial de personas mayores el Zapillo en Almería; fueron días duros, de cambio en la forma de trabajar de muchos profesionales acostumbrados a una

sistemática de trabajo diferente, a la que nosotros les proponíamos; partíamos de cero, prácticamente sin conocimiento alguno sobre el gran problema de gestión que se nos venía encima. Dedicamos muchas horas a la creación de artículos en nuestra base de datos, elaboramos pautas horarias, solucionamos problemas con la plataforma de gestión SIGLO, reuniones con los médicos de la residencia para consensuar intercambios terapéuticos, inclusión de medicamentos, compra de carros para transportar la medicación ... y mil cosas más que nos gustaría compartir con nuestros compañeros, por si le sirve como idea, o punto de partida, y que entre todos podamos formar un foro donde compartir nuestras experiencias en este largo viaje.

4. MOVILIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA HOSPITALARIA EN ANDALUCÍA: SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON ALTA DE FIN DE SEMANA

Dominguez Cantero M¹, Salguero Olid A¹, Blanco Sánchez G¹, Moyano Prieto I¹, Rodríguez Mateos ME¹, Santana López V².

¹ Hospital Universitario Puerta del Mar,

² Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza. Observatorio para la Seguridad del Pacient

Objetivos: Describir el nivel satisfacción de los usuarios que recibieron información sobre su tratamiento farmacológico al alta en formato electrónico con la aplicación para dispositivos móviles RecuerdaMed.

Material y métodos: Desarrollamos, junto al Observatorio para la Seguridad del Paciente de Andalucía (OSPA), la integración entre la aplicación para dispositivos móviles RecuerdaMed v.3.3.2 y el programa de prescripción electrónica corporativo APD ATHOS-Prisma® v.14.302.02g. La información de la orden médica electrónica (OME) se almacena, con una actualización constante de datos, en una página web creada por el OSPA. La web permite generar un código Quick Response (QR) por paciente. La OME se integra en la aplicación RecuerdaMed tras la lectura del código QR con un dispositivo móvil.

Realizamos un estudio descriptivo prospectivo. Inicio en febrero 2017. Una vez comunicada el alta de fin de semana (AFS), el farmacéutico procedía a la validación de la OME, descargar la prescripción en un teléfono móvil de uso exclusivo para el estudio con la aplicación RecuerdaMed y comprobar la correcta integración. Posteriormente, en la planta de hospitalización, se realizaba una entrevista inicial con los siguientes puntos: información sobre el objetivo del estudio, entrega de la hoja de información al paciente, teléfono móvil con conexión a internet y firma del consentimiento informado, explicación del funcionamiento de la aplicación. En el momento del reingreso y tras su uso durante el fin de semana, se encuestaba al usuario con 21 preguntas tipo Likert —puntuación de uno (totalmente desacuerdo) a cinco (totalmente de acuerdo)— con tres bloques: hábitos y prácticas con la medicación (cinco preguntas), satisfacción tras el uso de la aplicación (13), último bloque sobre adherencia y relación médico-paciente (cuatro). Además se incluyó un apartado con variables demográficas y sociales.

Resultados: Hemos reclutado desde el inicio del estudio a un paciente varón. Edad entre 60-65 años, con estudios primarios obligatorios. La encuesta de satisfacción realizada tras el uso de la aplicación mostraba un elevado nivel de adherencia, reflejando el usuario no consultar la totalidad de las dudas sobre la medicación con su médico, así como, desconocer con exactitud toda la medicación que tomaba, dosis y pautas. Respecto a la satisfacción en el uso de la aplicación, destaca una satisfacción positiva —con la máxima puntuación— en el 84,61% (10/13) de las cuestiones de éste bloque (sencillez, rapidez de uso, claridad de la información, posibilidad de que otros familiares conozcan la medicación, recomendación a otros usuarios, utilidad para recordar medicación,...). Respuestas con valoración intermedia (ni de acuerdo ni en desacuerdo): expectativas generadas igualaban o fueron superiores a lo esperado, necesidad de conexión a internet y limitación del uso de la aplicación.

Conclusión: Es la primera experiencia de integración de programas corporativos en el sistema sanitario público andaluz con un elevado

grado de satisfacción en un sujeto incluido. La opinión de un usuario no es representativa, es necesario ampliar el número en futuros estudios. La integración permite la movilidad de la prescripción electrónica hospitalaria en un dispositivo móvil al alta hospitalaria o en las consultas de pacientes externos.

5. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN SALUD MENTAL_PK

Vázquez Real M., Franco Fernández M.D., Calleja Hernández M.A.
U.G.C. Farmacia Hospitalaria, H.U. Virgen Macarena

El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. La complejidad de los tratamientos y la falta de adherencia son, a su vez, los principales problemas farmacológicos de estos pacientes. En este sentido, el farmacéutico clínico puede desempeñar un papel fundamental en la farmacoterapia del paciente psiquiátrico, trabajando activamente con los profesionales dedicados a este ámbito.

La figura del farmacéutico de salud mental está poco extendida en España, siendo una práctica más que frecuente en otros países como Reino Unido, Australia o EEUU, requiriendo una formación extensa y potente en dicho ámbito. La U.G.C. de Farmacia del H.U. Virgen Macarena está impulsando la actividad clínica del farmacéutico en Salud Mental. De este modo, el farmacéutico se está integrando en el equipo clínico, fomentando la participación dinámica y colaborativa.

Las dificultades son múltiples, como el desconocimiento del profesional médico y de enfermería sobre la formación clínica del farmacéutico, la visión fundamentalmente economicista que se le atribuye, una percepción errónea sobre las funciones a desarrollar, así como una relación poco fluida con la salud mental. Los pacientes, además, no están acostumbrados a esta figura, siendo su única relación con la

farmacia la exclusiva a la comunitaria. Las actuaciones principales del farmacéutico radican en la revisión de los tratamientos farmacológicos, detectando interacciones y/o contraindicaciones potencialmente graves, conciliación, seguimiento de parámetros analíticos, asesoramiento a enfermería sobre manipulación, almacenamiento y administración de fármacos, entre otros. Entre los proyectos de colaboración, se encuentra la información al alta del paciente, su seguimiento interniveles y la determinación farmacogenética.

El futuro radica en ser reconocido como un profesional más de la unidad, demostrando la utilidad de la figura del farmacéutico de salud mental en diferentes aspectos, tanto clínicos como económicos.

6. PLAN INTERGRAL DE CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO LIDERADO POR EL SERVICIO DE FARMACIA_PK

Arenas Villafranca, JJ, López García, C, Muñoz Gómez-Millán, I, Moreno SantaMaría, M, Álvaro Sanz, E, Tortajada Goitia, B.
AS Costa del Sol

Desde el Área de Farmacia del Hospital Costa del Sol creemos que la conciliación del tratamiento es una de las medidas más efectivas para evitar errores causados por las transiciones asistenciales, tanto extra- como intra-hospitalarias.

Por ello, desde 2009, hemos trabajado junto con las áreas médico-quirúrgicas para conseguir que todos los pacientes sean conciliados al ingreso. Sin embargo, tras una auditoría realizada en 2014 observamos que, pese a la cultura de seguridad imperante y los protocolos existentes de conciliación, los datos de pacientes conciliados no eran del todo óptimos.

El Área de Farmacia, con el apoyo de dirección médica, asumió en 2014 el liderazgo de la conciliación en el centro. A partir de ese momento se han desarrollado diversos planes de conciliación centrándonos al principio en poblaciones concretas, para ir aumentando con el tiempo la cobertura y dar servicio a casi todos los pacientes.



Así, en 2015 instauramos un procedimiento en pacientes con cirugías programadas con muy buena aceptación entre los servicios quirúrgicos, obteniéndose un 85% de media de pacientes conciliados en el tratamiento de planta. En 2016 hemos empezado a trabajar con los pacientes con sonda y gastrostomía conciliándolos al alta, también con buenos resultados y aceptación por parte del equipo médico y de enfermería. En ese mismo año, además, hemos creado un puesto de farmacéutico en urgencias para mejorar el ratio de conciliación en pacientes no programados, así como para prestar atención farmacéutica al área.

Todos estos proyectos han conseguido estabilizarse dentro del funcionamiento normal del Hospital, pero su instauración no ha estado exenta de dificultades que creemos interesante compartir con nuestros compañeros, tratando de exportar nuestras victorias y derrotas a fin de proporcionar una enseñanza compartida.

Este año pretendemos mejorar aumentando la cobertura en pacientes no programados y desarrollando un proyecto piloto de conciliación al alta.

7. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE MAYOR PLURIPATOLÓGICO. RELACIÓN PRONÓSTICA DE LAS ESCALAS ANTICOLINÉRGICAS CON EL DETERIORO COGNITIVO Y CAÍDAS_PK

Tristancho Pérez, A¹, Villalba Moreno, A², Galván Banqueri, M¹, Alfaro Lara, E³. R, Santos Ramos, B², Sánchez Fidalgo, S¹.

¹ *AGS Sur de Sevilla (Hospital Universitario de Valme),*

² *Hospital Universitario Virgen del Rocío,*

³ *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA),*

El concepto de paciente pluripatológico (PP) está estrechamente relacionado con polimedicación, condición asociada a presencia de eventos adversos (EA). Muchos medicamentos habitualmente prescritos en este grupo de población pueden provocar EA anticolinérgicos (EAA), como por ejemplo deterioro cognitivo, deterioro funcional y/o riesgo



de caídas. Existen escalas que valoran la actividad anticolinérgica de un tratamiento, que consiste en la suma de las puntuaciones de los fármacos que lo componen. Nuestro grupo ha desarrollado una herramienta (Anticholinergic Burden Calculator (ABC)) que calcula dicha carga con 10 escalas (identificadas en búsqueda bibliográfica previa). La mayor o menor carga anticolinérgica permite estimar el riesgo de sufrir EAA. Sin embargo, hay discrepancias entre las escalas y no han sido validadas en PP, por lo que es interesante determinar cuál/es tienen mayor correlación pronóstica en el potencial deterioro cognitivo o caídas del PP. Por ello, en H.Valme estamos estudiando, en una cohorte de pacientes PP, la correlación entre la carga anticolinérgica del tratamiento del paciente (según las diferentes escalas) y el deterioro cognitivo y/o caídas observados (proyecto concedido por la Consejería de Salud, convocatoria 2016). La carga anticolinérgica la calculamos mediante la aplicación ABC y el deterioro cognitivo se valora mediante la diferencia en el Pfeiffer realizado al paciente en el momento de inclusión y tras el periodo de un año. Además se revisa si el paciente ha sufrido caídas en ese periodo. En función de los resultados seleccionaremos la/s escala/s con mejor correlación pronóstica, para promover su utilización dentro del modelo de asistencia sanitaria y poder identificar, de manera rápida y sencilla, aquellos pacientes PP con alto riesgo de sufrir deterioro cognitivo o caídas como consecuencia de su carga anticolinérgica. También se pretende mejorar la herramienta web incluyendo recomendaciones al clínico para ayudarlo en la toma de decisiones ante una farmacoterapia con alta carga anticolinérgica.



INFORMACIÓN GENERAL

SEDE DEL CONGRESO

Hotel NH Collections
Avda. Diego Martínez Barrio, 8
41013 Sevilla
Tfno: 954 548500

E-mail: nhcollectionsevilla@nh-hotels.com

SECRETARÍA TÉCNICA

Viajes El Corte Inglés
Plaza del Titán, 5
21003 Huelva
Tfno: 959 54 09 74

E-mail: congresoshuelva@viajeseci.es

SECRETARÍA CIENTÍFICA

SAFH

Tfno: 616 501 706

E-mail: safhcongreso@gmail.com

Siguenos en @congresosafh

HASHTAG: #SAFH2017Sevilla #Unidoscompartindometas



RETRANSMISIÓN EN DIRECTO DEL CONTENIDO CIENTÍFICO.
ACCESO A TRAVÉS DE <http://safh.org>

HORARIO DE RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN

• Día 26: 17,00 - 19,00 h. • Día 27: 9,00 - 17,00 h. • Día 28: 9,00 - 14,00 h.

DISTINTIVOS

Para acceder a las sesiones será imprescindible poseer la identificación de congresista. Para los almuerzos de trabajo y los actos sociales será necesario presentar los tickets correspondientes que se entregarán, junto con la documentación, a los inscritos al congreso.

EXPOSICIÓN DE COMUNICACIONES

La exposición en formato electrónico tendrá lugar en el Salón Altiplano desde el jueves 21 a las 9,00 h hasta el viernes 22 a las 19,00 h

PREMIOS A LAS COMUNICACIONES

La Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospitales otorgará dos premios a las mejores comunicaciones presentadas en el Congreso.

CERTIFICADOS DEL CONGRESO

Los certificados del Congreso, asistencia, ponencias, comités y comunicaciones, se podrán descargar desde el área personal del congresista una vez finalizado el congreso.

ACREDITACIÓN

Reconocido de interés científico sanitario.

Acreditado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

OBSERVACIONES

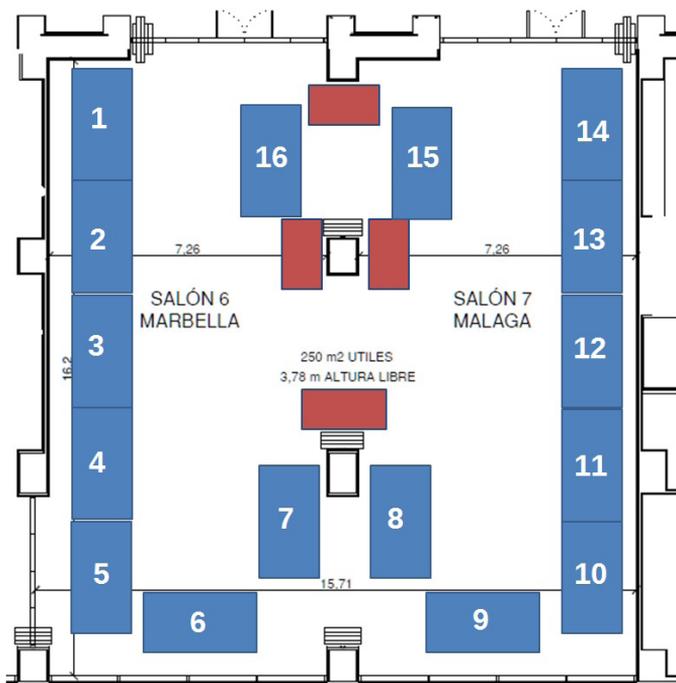
El Comité Organizador se reserva el derecho de modificar algún punto del programa en caso de cualquier circunstancia imprevista.

MEDIDAS DE SEGURIDAD Y CONTROL

Durante la celebración del Congreso se controlará el acceso al recinto por medio de los identificadores que se entregarán a congresistas y expositores inscritos previamente.

Se dispondrá de un seguro de responsabilidad civil.

EXPOSICIÓN COMERCIAL



- 1. Normon
- 2. Fresenius
- 3. Sanofi
- 4. Bristols
- 5. Janssen
- 6. Pantalla Pósters

- 10. Boehringer Ingelheim
- 11. Roche
- 12. Teva
- 13. Vifor
- 14. Pantalla Pósters
- 15. Gilead



EXPOSITORES



NORMON

SANOFI GENZYME

Vifor Pharma

COLABORADORES



