



Libro de COMUNICACIONES

Cádiz

6-8

ABRIL

2022

construyendo
relaciones

generando
cambios

Patrocinan:

MERCK

Roche



SALUDA 3

COMITÉ DE HONOR 5

COMITÉS 6

PROGRAMA CIENTÍFICO 8

PROYECTO DE INNOVACIÓN Y COMUNICACIONES 11

ISBN 978-84-09-18841-3
DEPÓSITO LEGAL – H 79-2022

Patrocinan:

MERCK



SALUDA

Estimados socios y amigos:

Es un placer informaros que, entre los días 6 y 8 de abril de 2022, se va a celebrar el XVII Congreso de la Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospitales y Centros Sociosanitarios, en el Parador Hotel Atlántico de Cádiz. Se encuentra situado en un enclave único en la provincia, en un maravilloso entorno costero, en pleno centro de la ciudad, con unas instalaciones modernas, perfectas para un congreso.

Después de varios años en los que el congreso se ha celebrado en diferentes localidades de la provincia de Cádiz, consideramos que la capital de la provincia, la “tacita de plata”, se merecía ser testigo de un Congreso de Farmacia Hospitalaria. Cádiz es considerada la ciudad más antigua de Occidente, urbe cosmopolita y abierta, en la que históricamente se asentaron civilizaciones como los fenicios, cartagineses, romanos, visigodos y musulmanes. La catedral, las Puertas de Tierra, los baluartes defensivos, la Caleta, los castillos de San Sebastián y Santa Catalina, el barrio de La Viña, el Gran Teatro Falla, la Plaza de San Antonio, entre otros, hacen de esta ciudad un entorno único y acogedor para albergar un evento de este nivel.

En esta ocasión se ha elegido el lema “Construyendo relaciones, generando cambios”, que surge del deseo de aglutinar los diferentes aspectos de la atención sanitaria multidisciplinar del paciente, integrando de un modo firme pero conciliador los distintos actores de la escena sanitaria, las diferentes generaciones dentro de un mismo colectivo profesional como el nuestro, los diversos puntos de vista, los cuales enriquecen sin duda el abordaje integral del paciente. En definitiva: construir relaciones, para generar cambios. Cambios positivos, para el paciente, para la sociedad y para el Sistema Sanitario Público.

Cuando se planteó realizar el programa científico entre los cinco hospitales de la provincia de Cádiz, se decidió darle un enfoque con el sello particular que nos caracteriza en la provincia: la medicina basada en la evidencia. Las mesas abordarán aspectos controvertidos de la valoración de la eficacia de nuevos fármacos, herramientas como la aportación de la inteligencia artificial en la seguridad del medicamento, la telefarmacia, la sostenibilidad del SSPA en tiempos de innovación o la integración de la evaluación de medicamentos con los nuevos modelos de atención farmacéutica en aras de conseguir la excelencia asistencial.

En el presente congreso, se desarrollará por primera vez en la SAFH, una app para dispositivos móviles, con toda la información relevante del congreso, se instalarán sistemas informáticos para agilizar el proceso de obtención de credenciales y se emplearán herramientas de control de acceso a sala que darán acceso al correspondiente certificado de asistencia.

Estamos convencidos de que este Congreso tendrá todos los ingredientes para despertar su ilusión e interés y esperamos poder contar con su apreciada colaboración y asistencia.

Jorge Díaz Navarro
Presidente Comité Organizador
XVII Congreso SAFH

María José Martínez Bautista
Presidenta del Comité Científico
XVII Congreso SAFH

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





CASA DE S. M. EL REY

CREDENCIAL

Nº 016/2022

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 «**XVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE FARMACÉUTICOS DE HOSPITALES Y CENTROS SOCIOSANITARIOS (SAFH)**» que, bajo el lema “**Construyendo Relaciones, Generando Cambios**”, se celebrará en Cádiz del 6 al 8 de abril de 2022.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 2 de febrero de 2022

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

SEÑOR PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR DEL CONGRESO.

CÁDIZ



COMITÉ DE HONOR

EXCMA. SRA. DÑA. CAROLINA DARIAS SAN SEBASTIÁN
MINISTRA DE SANIDAD. GOBIERNO DE ESPAÑA

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

EXCMO. SR. D. JESÚS AGUIRRE MUÑOZ
CONSEJERO DE SALUD Y FAMILIAS DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

EXCMO. SR. D. JOSÉ MARÍA GONZÁLEZ SANTOS
ALCALDE DE CÁDIZ

EXCMO. SR. D. MIGUEL ÁNGEL GUZMÁN RUÍZ
DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

SR. D. DIEGO VARGAS ORTEGA
**DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y RESULTADOS
EN SALUD DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**

SR. D. JOSÉ MARÍA DE TORRES MEDINA
DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA

SR. D. SEBASTIÁN QUINTERO OTERO
DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

SR. D. JESÚS FERNÁNDEZ GALÁN
**DIRECTOR GERENTE DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR OESTE
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUNTA DE EUROPA, ALGECIRAS**

SRA. DÑA. CARMEN RODRÍGUEZ PAJARES
DIRECTORA GERENTE DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR ESTE

SR. D. JOSÉ LUIS GUIJARRO RODRÍGUEZ
DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

SR. D. MIGUEL ÁNGEL ORTIZ DE VALDIVIELSO
**DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ Y DEL ÁREA DE GESTIÓN
SANITARIA DE JEREZ, COSTA NOROESTE Y SIERRA DE CADIZ**

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

SR. D. ERNESTO CERVILLA LOZANO
PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE CÁDIZ

SR. RECTOR MAGNÍFICO FRANCISCO PINIELLA CORBACHO
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ

ILMO. SR. D. JOSÉ ANTONIO PACHECO CALVO
SUBDELEGADO DEL GOBIERNO EN CÁDIZ



COMITÉS

PRESIDENTE DEL CONGRESO

JUAN ENRIQUE MARTÍNEZ DE LA PLATA

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE

JORGE DÍAZ NAVARRO

VOCALES

M^a VICTORIA MANZANO
JOSÉ RAMÓN ÁVILA ÁLVAREZ
MARCELO DOMÍNGUEZ CANTERO
CARMEN MARTÍNEZ DÍAZ
JOSÉ FRANCISCO LÓPEZ VALLEJO
JOSÉ CARLOS ROLDÁN MORALES
PILAR GÓMEZ GERMÁ
JULIA LÓPEZ SANTA-MARÍA DONOSO
ÁNGELA ALCALÁ SOTO
MIGUEL ÁNGEL BLANCO CASTAÑO

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

M^a JOSÉ MARTÍNEZ BAUTISTA

VOCALES

M^a TERESA GÓMEZ DE TRAVECEDO
SILVIA FÉNIX CABALLERO
MYRIAM GALLEGO GALISTEO
ESMERALDA RÍOS SÁNCHEZ
M^a JOSÉ HUERTAS FERNÁNDEZ
VICTORIA VÁZQUEZ VELA
CRISTINA MORA HERRERA
ROCÍO BULO CONCELLÓN
M^a EUGENIA RODRÍGUEZ MATEOS
ROCÍO GAVIRA MORENO
CRISTINA PUIVECINO MORENO
MIGUEL VÁQUEZ REAL
ROSA RAMOS GUERRERO



RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO

HECHOS

ÚNICO.- Con fecha de 2 de febrero de 2022, **La Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospitales**, presenta la solicitud y documentación correspondientes por si se estimara oportuno el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario respecto de la actividad **“17º Congreso SAFH Construyendo Relaciones, Generando Cambios”**, a celebrar en el Hotel Atlántico de Cádiz, **los días 7 y 8 de abril de 2022.**

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El Secretario General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud es competente para resolver en virtud de las facultades que le han sido atribuidas por el artículo 5 del Decreto 105/2019, de 12 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud.

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

TERCERO.- Examinada la memoria, objetivos y programa de la actividad, se comprueba que se encuentra dirigida a profesionales sanitarios.

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

RESUELVE

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

“17º Congreso SAFH Construyendo Relaciones, Generando Cambios”

Contra la presente resolución que no pone fin a la vía administrativa, podrá interponer recurso de alzada ante la Viceconsejería de Salud y Familias, en el plazo de un mes, contado desde el día siguiente al de su notificación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Expte: 36/22



copia auténtica de documento electrónico

Sevilla, en el día de la fecha
EL SECRETARIO GENERAL

Isaac Túnez Fiñana



PROGRAMA CIENTÍFICO

PRECONGRESO, MIÉRCOLES 6 DE ABRIL

9:30 – 17:30 - METODOLOGÍA LEAN-SIX-SIGMA APLICADA A LA FARMACIA DE HOSPITAL

- 09:30-11:30 Conferencia Lean Management
- 12:00-14:00 Taller
- 15:30-17:30 Taller

10:00 – 17:30 - CURSO ESPECÍFICO PARA JEFES DE SERVICIO

21:00 – 21:30 - ACTO INAUGURAL INSTITUCIONAL.

JUEVES 7 DE ABRIL

9:00 – 9:50 - SIMPOSIO INDUSTRIA 1

Valor clínico y económico de la doble inmunoterapia en Oncología.

10:00 – 11:15 – Mesa 1: PUNTOS CLAVE EN LA EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE NUEVOS MEDICAMENTOS

Moderadora: Sandra Flores Moreno

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria. Jefa de Servicio. Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Perspectiva del farmacéutico hospitalario: Emilio J. Alegre del Rey

Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Puerto Real

Perspectiva del médico: Eduardo Navas Arauz

Hematólogo. Hospital Universitario Puerto Real

11:30 – 12:00 *Café*

12:00 – 13:00 CONFERENCIA INAUGURAL

Estrategia de datos en la regulación farmacéutica: Sonia García Pérez.

Responsable de la División de la UE y Asuntos Internacionales de la AEMPS

13:00 – 14:00 – ASAMBLEA DE LA SAFH

14:00 – 15:00 SIMPOSIO INDUSTRIA 2

Lo que siempre quisiste saber de la dermatitis atópica y nunca te atreviste a preguntar.

ALMUERZO DE TRABAJO

16:30 – 17:45 – Mesa 2: EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS.

Moderadora: Rocío Gavira Moreno

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera



PROGRAMA CIENTÍFICO

¿Disponemos de datos suficientes de seguridad en el momento de la evaluación?

Manuel J Cárdenas Aranzana

Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria. Jefe de Sección. Hospital Universitario Reina Sofía.

Fracasos en la evaluación: Cuando aparecen problemas de seguridad no previstos:

Mercedes Ruiz Pérez

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria. Centro Andaluz de Farmacovigilancia.

Contribución de la inteligencia artificial a la seguridad del medicamento:

Daniel S Ruiz Pérez

Ingeniero Técnico de Telecomunicaciones. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera

17:45 – 18:15 **Café**

18:15 – 19:15 – Mesa 3: ACERCÁNDONOS AL PACIENTE

Moderador: Luis Margusino Framiñán

Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria. Jefe de Sección. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Telefarmacia: una realidad. Ramón Morillo Verdugo

Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme

Visión del paciente: D. Ramon Sánchez-Gey Venegas

VIERNES 8 ABRIL

9:00 – 9:50 SIMPOSIO INDUSTRIA 3

El compromiso con los pacientes de enfermedades raras.

10:00 – 11:30 – Mesa 4: SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EN TIEMPOS DE INNOVACIÓN.

Moderador: José Ramón Ávila Álvarez

Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Punta de Europa.

¿Es compatible la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público y la Innovación

terapéutica?: Antonio Olry de Labry Lima.

Experto en Economía de la Salud. EASP

Estrategias actuales para el uso eficiente de medicamentos. Determinación del valor terapéutico en la práctica real. Dolores Fraga Fuentes.

Subdirectora de Calidad y Medicamentos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social.



PROGRAMA CIENTÍFICO

Acceso a la Innovación Terapéutica en el Sistema Sanitario Público: Sebastián Garzón López. *Hematólogo. Director Médico del Hospital de Jerez*

11:30 – 12:00 Café

12:00 – 13:00 – Mesa 5 PRÁCTICAS INNOVADORAS EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA.

Moderador: Jorge Díaz Navarro

Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Puerto Real.

Farmastock: ¿y si compartimos los medicamentos próximos a caducar? Myriam Gallego Galisteo.

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital de La Línea de la Concepción.

RED-polimedicados: Jesús Francisco Sierra Sánchez

Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria. Jefe de Sección. Hospital Universitario Jerez.

13:00 – 13:15 ACTO INSTITUCIONAL DE CLAUSURA.

Preside: Carlos Gustavo García Collado

Subdirector de Farmacia y Prestaciones del Servicio Andaluz de Salud

13:15 – 14:00 CONFERENCIA DE CLAUSURA.

14:15 – 15:15 SIMPOSIO INDUSTRIA 4

Seis años de práctica clínica: Inhibidores CDK 4/6 en Ca de mama metastásico luminal

ALMUERZO DE TRABAJO

16:30 – 17:30 – Mesa 6 NUEVOS HORIZONTES DE LA FARMACIA HOSPITALARIA.

Moderadora: Marina Fages Pérez.

Farmacéutica Interna Residente. Hospital Universitario Punta de Europa.

Farmacogenómica: Miguel Vázquez Real

Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Jerez.

Atención farmacéutica en Urgencias: Cristina Puivecino Moreno

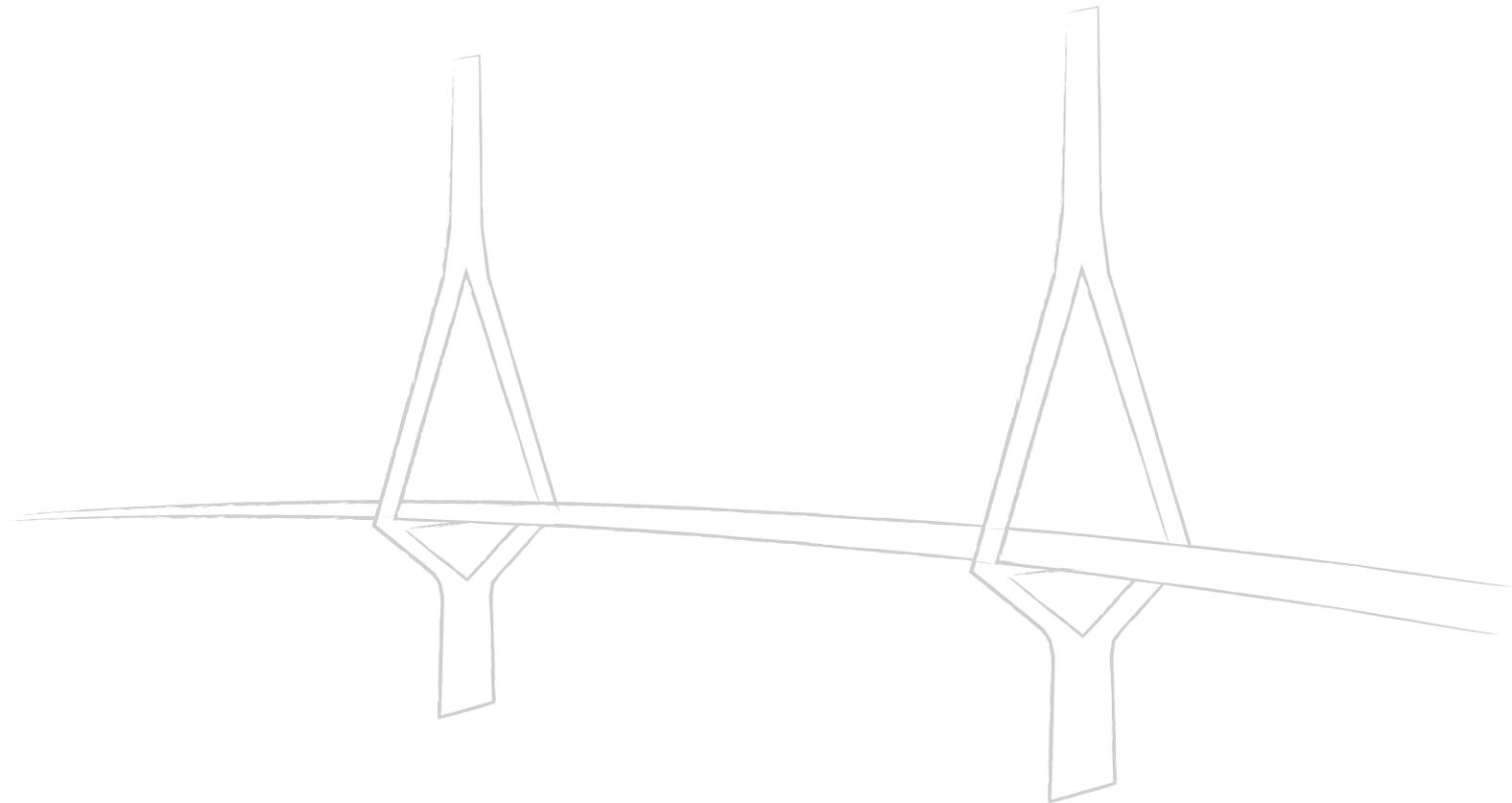
Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria. Urgencias. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

17:30 – 18:00 Café

18:00 – 19:30 – PRESENTACIÓN DE LAS MEJORES COMUNICACIONES ORALES.



PROYECTO DE INNOVACIÓN Y COMUNICACIONES



SUMARIO

PROYECTO DE INNOVACIÓN

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

90. MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA GESTIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS..... 17

COMUNICACIONES

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

3. BUROSUMAB: UNA NUEVA TERAPIA EN NIÑOS CON HIPOFOSFATEMIA VINCULADA A X 19

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

4. EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA DISPONIBLE EN INTERNET 19

COMUNICACIONES..... 19

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

6. EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE NUEVOS ANTIBIÓTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 20

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

8. INTENSIFICACIÓN DE DOSIS CON USTEKINUMAB EN ADULTOS CON ENFERMEDAD DE CROHN REFRACTARIA A ANTITNF: INCIDENCIA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD. REAL WORLD DATA..... 21

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

9. EFICACIA Y SEGURIDAD DE RITUXIMAB EN LAS GLOMERULONEFRITIS PRIMARIA Y SECUNDARIA, DATOS EN VIDA REAL 22

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

11. PREVALENCIA DE ALERGIAS FARMACOLÓGICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS 22

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

12. TOXICIDAD DE PEMBROLIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL..... 23

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

14. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE HIDROXIZINA. 24

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

15. MALARIA IMPORTADA POR PLASMODIUM FALCIPARUM Y TRATAMIENTO INTRAVENOSO CON ARTESUNATO..25

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

16. ANÁLISIS DEL USO CONCOMITANTE DE FÁRMACOS INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL-DIPEPTIDASA 4 CON ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 1 Y SU DEPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 26

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

17. USO OFF-LABEL DE DUPILUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO 26

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

18. IMPACTO ECONÓMICO DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN MEDICAMENTOS DE ALTO COSTE 27

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

19. EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TELEFARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 28

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

21. PREVALENCIA DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS SEGÚN CRITERIOS MARC, STOPP Y PRISCUS EN UNA COHORTE DE PACIENTES VIH+ DE EDAD AVANZADA..... 29

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

22. RESULTADOS Y EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA BASADA EN LA GESTIÓN INTEGRAL DE LA FARMACOTERAPIA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS. 30



CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

24. MENINGOENCEFALITIS SECUNDARIA AL USO DE ATEZOLIZUMAB EN CARCINOMA HEPATOCELULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.	31
---	----

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

27. SEGURIDAD EN EL USO DE ANTIDIABÉTICOS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	31
--	----

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

28. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ALIROCUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL	32
--	----

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

29. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE NO CONTROLADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	33
--	----

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

30. PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN AL VIH: EXPERIENCIA DE USO	34
--	----

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

31. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y LA SEGURIDAD DE ECLIZUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	35
---	----

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

32. USO DE RITUXIMAB EN TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA.....	36
---	----

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

35. PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON BENDAMUSTINA: A PROPÓSITO DE UN CASO	36
---	----

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

36. EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DURANTE UN PERÍODO DE 10 AÑOS EN PACIENTES VIH EN UNA COHORTE DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL	37
--	----

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

38. PROGRAMAS DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA: UCI	38
--	----

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

40. SECUENCIACIÓN DE BIOLÓGICOS EN EL ASMA GRAVE Y CAMBIOS EN LA NECESIDAD DE RESCATE CON GLUCOCORTICOIDES ORALES.....	39
--	----

CLASIFICACIÓN: HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

41. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS EN UN NUEVO EMPLAZAMIENTO	40
---	----

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

42. ANÁLISIS MULTIMODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN EL PROCESO DE DISPENSACIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO.....	41
--	----

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

44. EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN A LENALIDOMIDA	42
--	----

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

45. INCIDENCIA DE EPISODIOS DE ENDOFTALMITIS EN PACIENTES TRATADOS CON INYECCIONES INTRAVÍTREAS ELABORADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA	42
---	----

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

48. PÉRDIDA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADOR DE BASE EN PACIENTES CON ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE TRAS INICIAR UN BIOLÓGICO ANTIIL-5.	43
--	----

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

49. DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE: ¿QUÉ TASA DE RESPUESTA PRESENTAN LOS PACIENTES? EVALUANDO SEGURIDAD Y EFICACIA.....	44
---	----

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

50. TOXICIDAD HEMATOLÓGICA EN PACIENTES TRATADOS CON VENETOCLAX	45
---	----



CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

51. EVALUACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB..... 46

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

52. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA TRAS LA NOTA INFORMATIVA DE ZOLPIDEM 47

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

53. NOVEDADES TERAPÉUTICAS EN LA MIGRAÑA: ANTICUERPOS MONOCLONALES CONTRA EL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA 47

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

55. EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS DE LA TELEFARMACIA TRAS DOS AÑOS DE EXPERIENCIA: CONSTRUYENDO UN SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO..... 48

CLASIFICACIÓN: HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

59. EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE TELEFARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 49

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

61. EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN AL AÑO DE TRATAMIENTO CON ERENUMAB/ FREMANEZUMAB EN MIGRAÑA CRÓNICA/EPISÓDICA..... 50

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

62. ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN PARA ADECUACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ESOMEPRAZOL 51

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

63. TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL EN PACIENTE VIH PEDIATRICO 52

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

66. BRODALUMAB EN PSORIASIS: EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL 53

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

67. ¿EXISTEN DIFERENCIAS RELEVANTES ENTRE LAS RECOMENDACIONES DE LAS PRINCIPALES SOCIEDADES CIENTÍFICAS PARA LA NUTRICIÓN PARENTERAL NEONATAL? 53

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

68. ELABORACIÓN DE UN CHECK-LIST BASADO EN LAS NUEVAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA PARA LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE NUTRICIONES PARENTERALES NEONATALES 54

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

69. PEMBROLIZUMAB EN ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO: A PROPÓSITO DE UN CASO 55

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

72. EXPERIENCIA MULTIDISCIPLINAR E IMPLICACIÓN DEL PACIENTE EN EL USO Y OPTIMIZACIÓN DE HIPOLIPEMIANTE SUBCUTÁNEOS 56

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

73. INTERVENCIONES CLÍNICAS REALIZADAS POR UN RESIDENTE DE FARMACIA HOSPITALARIA EN EL ÁMBITO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS..... 57

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

76. ANÁLISIS DE LA CONCORDANCIA DE LA EVIDENCIA DISPONIBLE SOBRE EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN HEMODIÁLISIS 58

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

77. EFICACIA Y SEGURIDAD DE OCRELIZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE..... 59

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

78. EXPERIENCIA DE UTILIZACIÓN DE DURVALUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL 60

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

79. COMPARACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE VANCOMICINA MEDIANTE LA CONCENTRACIÓN MÍNIMA SÉRICA Y EL ÁREA BAJO LA CURVA 61

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

81. ELABORACIÓN DE UN ESCRITORIO DIGITAL PARA EL ÁMBITO ONCOLÓGICO DE UN SERVICIO DE FARMACIA ... 62



CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

84. TOXICIDAD INMUNORELACIONADA DE LOS INHIBIDORES DE LOS PUNTOS DE CONTROL 63

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

85. FUENCOVAC: VIGILANCIA DE LA SEGURIDAD DE LAS VACUNAS FRENTE A LA COVID-19 EN PACIENTES DEL GRUPO 7. 64

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

86. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS SOBRE LA TERAPIA ANTICOAGULANTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ... 65

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

87. ANÁLISIS EN VIDA REAL DEL USO DE REMDESIVIR FRENTE A TERAPIA ESTÁNDAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NEUMONÍA GRAVE POR COVID-19 66

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

88. EFICIENCIA E IMPACTO SANITARIO DE LA CREACIÓN DE GRUPOS DE TRABAJO COLABORATIVOS ENTRE FARMACIA Y HEMATOLOGÍA DE PATOLOGÍAS DE ELEVADO IMPACTO ECONÓMICO 66

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

91. ESTUDIO DE LA ACEPTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES CON RESPECTO A LA POLIMEDICACIÓN EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO 67

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

92. ANÁLISIS DE NECESIDAD DE REINICIO DE TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS DIRIGIDOS CONTRA EL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (ANTI-CGRP) COMO TRATAMIENTO PREVENTIVO PARA LA MIGRAÑA. 68

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

93. IMPACTO DE LA PANDEMIA DE SARS-COV-2 EN LA NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA..... 69

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

94. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE GALCANEZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 70

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

96. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN VIDA REAL DE LA COMBINACIÓN DE DABRAFENIB Y TRAMETINIB EN PACIENTES CON MELANOMA METASTÁSICO BRAF MUTADO 71

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

99. EL PAPEL DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN UNA CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS: DETECCIÓN DE ERRORES Y DERIVACIÓN A ATENCIÓN FARMACÉUTICA 72

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

100. ANÁLISIS DE CONTRAINDICACIONES EN UNA POBLACIÓN OBJETIVO DE TRATAMIENTO CON NIRMATRELVIR-RITONAVIR..... 72

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

101. OCRELIZUMAB EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE PRIMARIA PROGRESIVA: REAL WORLD DATA 73

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

102. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO: ANÁLISIS Y VALIDACIÓN CLÍNICA DE LAS PRESCRIPCIONES DE ANÁLOGOS DEL RECEPTOR DE GLP1..... 74

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

104. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA A EVOLOCUMAB EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR 75

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

105. USO DE VENETOCLAX EN LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA..... 76

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

106. APLICACIONES MÓVILES EN EL ÁMBITO DE LA PSORIASIS: BÚSQUDA SISTEMÁTICA Y EVALUACIÓN DE SU CONTENIDO 77

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

107. EXPERIENCIA DE USO DE GALCANEZUMAB: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD 78



CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

108. ¿ES EFICAZ EL TRATAMIENTO DE LA BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES INTRAVENOSOS CENTRALES MEDIANTE SU SELLADO CON ANTIBIÓTICO?.....	79
--	----

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

109. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TOFACITINIB EN ALOPECIA AREATA.....	80
---	----

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

111. ANÁLISIS DE LA VARIACIÓN DEL ÍNDICE DE COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS POR AGUDIZACIÓN DE EPOC.	80
---	----

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

112. USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA MEJORAR LA ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES COVID-19: SISTEMAS DE SOPORTE A LA DECISIÓN CLÍNICA.....	81
---	----

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

113. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA	82
---	----

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

114. RESULTADOS EN VIDA REAL DE PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN 1ª LÍNEA DE ENFERMEDAD AVANZADA O METASTÁSICA Y ALTA EXPRESIÓN DE PD-L1	83
---	----

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

115. USO DE IBRUTINIB EN LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	84
--	----

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

118. COMPARACIÓN COSTE-EFECTIVIDAD ENTRE FÓRMULAS MAGISTRALES TÓPICAS USADAS EN INFECCIONES VÍRICAS CUTÁNEAS RESISTENTES.	84
--	----

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

121. CAPACIDADES DIGITALES DE COMUNICACIÓN DE PACIENTES EN TELEFARMACIA.....	85
--	----



PROYECTO DE INNOVACIÓN

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

90. MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA GESTIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES

FAUS FELIPE V; MIRANDA MAGAÑA M; SÁEZ RODRÍGUEZ M; ÁLVARO SANZ E; ARENAS VILLAFRANCA J; TORTAJADA GOITIA B

OBJETIVOS

La medicación de ensayos clínicos presenta una complejidad intrínseca que le confiere un elevado riesgo para la seguridad del paciente. Aunque su uso está sujeto a un estricto protocolo de manejo, paradójicamente estos procedimientos no contemplan aspectos clave en la prevención de errores de medicación, por lo que éstos son relativamente frecuentes.

Respecto a la identificación del paciente, la mayoría de los ensayos clínicos manejan un único número como identificación. Si bien los protocolos no prohíben la utilización simultánea de otros identificadores del paciente como la fecha de nacimiento, nombre o el número de historia, en los documentos de acceso, registro y monitorización de la medicación son excluidos para garantizar el cumplimiento de la ley de protección de datos. La precisión en la identificación del paciente es un estándar de calidad que se consigue mediante el uso de, al menos, dos identificadores válidos (distintos del número de cama).

En la preparación, dispensación y administración existe un riesgo elevado por la similitud de aspecto y de nombre entre los medicamentos en investigación. La mayoría de ensayos se presentan en envases de aspecto parecido, mayoritariamente botes blancos con letras negras. En ocasiones el nombre del medicamento se obvia de la parte exterior del envase, o únicamente aparece un número de kit. La denominación de la medicación de estudio, es también confusa, dado que pueden nombrarse con un código alfanumérico que es en muchos casos muy parecido entre ensayos distintos. En los procesos de prescripción y dispensación se excluye frecuentemente a estos medicamentos de las aplicaciones informáticas del centro. Esto les hace prescindir de las ventajas de la prescripción electrónica, chequeo de interacciones, alergias o duplicidades. La conciliación de la medicación también está comprometida a nivel hospitalario y extrahospitalario. En el caso de pacientes hospitalizados, la mayoría de ensayos no contemplan su dispensación en dosis unitarias, por lo que suele entregarse el bote completo al paciente en la planta de hospitalización, lo que supone de nuevo una amenaza para su seguridad.

Adicionalmente, todas las particularidades del proceso de su utilización que están incluidas en el protocolo del ensayo, son desconocidas para la mayoría de los profesionales que atienden al paciente, mermando su capacidad para prevenir o detectar posibles errores.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Como proyecto de mejora de la seguridad del paciente a partir de un evento centinela relacionado con un error de medicación, se planificó un rediseño de los procesos de farmacia de acuerdo a los parámetros citados. Se revisó la bibliografía existente que definiera actuaciones específicas para la medicación de ensayos clínicos. Se utilizaron como estándares de calidad los detallados por Joint Commission International para el manejo de medicamentos en organizaciones sanitarias. Tras un proceso formal de debate y propuesta de ideas se consideraron las siguientes actuaciones:

- Utilización de aplicaciones corporativas generales para el manejo de medicación de ensayos clínicos
- Implantación de códigos datamatrix en los envases unitarios de la medicación para su verificación previa antes de la preparación y dispensación
- Comprobación gravimétrica de mezclas preparadas para verificación cuantitativa antes de su dispensación

El proceso de adaptación de la aplicación informática para el manejo de medicación de ensayos clínicos exigió parametrizar su configuración atendiendo a las especificidades de un ensayo clínico. Se utilizaron las aplicaciones de farmacia ya disponibles en el centro (Dominion, Oncofarm). Se incluyeron todos los medicamentos de ensayo clínico en la aplicación de Gestión de Farmacia, utilizando una opción con control estricto de lotes. El aplicativo no disponía de un apartado para el registro del número de kit; para solucionar este problema se consideró una única secuencia



alfanumérica compuesta por el número de kit seguido del número de lote, y se estandarizó para su utilización en la definición de los artículos.

Las aplicaciones Dominion y Oncofarm presentan la posibilidad de impresión de un código datamatrix que es adicionado al envase de los medicamentos en un lugar que permita la visión del resto de datos contenidos en la etiqueta. Este código contiene información sobre artículo, kit, lote y fecha de caducidad. Su verificación antes de la preparación y dispensación permite una comprobación adicional que evita errores por confusión de envases y facilita la trazabilidad del proceso por el monitor.

En la aplicación de pacientes externos se adicionó a la ficha del paciente, el código de randomización en el apartado "NHC-externo", que permite la explotación de datos para la monitorización del ensayo de manera anonimizada mientras que al proceso clínico le habilita de la identificación precisa con el resto de parámetros.

Finalmente, se incluyó la medicación en el módulo PASE, que además de la comprobación del código datamatrix en la cabina de flujo laminar, permite la verificación cuantitativa de la cantidad preparada por gravimetría.

RESULTADOS:

Después de 6 meses de pilotaje se ha implantado en el centro. Se ha conseguido mejorar la seguridad del paciente utilizando un sistema de registro de dispensaciones que es coherente con los requisitos de integridad, exactitud, fiabilidad y consistencia requerido por las guías de buena práctica clínica (GCP) de los ensayos clínicos, y que permite la trazabilidad necesaria en su monitorización e inspección. La información clínica tiene control de acceso y cumple con la LOPD.

Se ha alcanzado el cumplimiento de los estándares de medicación en cuanto a la identificación del paciente, la comprobación de alergias e interacciones, la conciliación de la medicación, la verificación cualitativa de la medicación preparada y dispensada y la verificación cuantitativa de las mezclas elaboradas en farmacia.

Tras el proceso de rediseño de procedimientos se dispone además de información más accesible para la explotación de indicadores, la gestión de pedidos, el control de caducidades y el seguimiento farmacoterapéutico.

CONCLUSIONES:

Nuestro proyecto ha permitido incidir en recomendaciones para la seguridad del paciente que son muy relevantes en el contexto de los ensayos clínicos, de forma coherente con los requerimientos de su monitorización, y aprovechando los recursos disponibles en el centro. El proyecto es escalable al resto de servicios farmacéuticos total o parcialmente. La reorganización de la unidad de ensayos con la perspectiva de la mejora en la seguridad del paciente es un objetivo necesario y potencialmente alcanzable.



COMUNICACIONES

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

3. BUROSUMAB: UNA NUEVA TERAPIA EN NIÑOS CON HIPOFOSFATEMIA VINCULADA A X AUTORES

MESA EXPÓSITO R

OBJETIVOS

Burosumab es un medicamento huérfano recientemente aprobado que se usa en el tratamiento de la hipofosfatemia ligada al cromosoma X (XLH), un trastorno hereditario poco frecuente caracterizado por bajos niveles de fosfato en la sangre, de modo que los pacientes pueden sufrir raquitismo y otras deformidades óseas y problemas de crecimiento. El objetivo del presente estudio se centra en evaluar los resultados clínicos tempranos obtenidos en un paciente que recibe burosumab para el tratamiento de XLH.

MATERIALES Y MÉTODOS:

En este estudio observacional retrospectivo, se localizaron todos los pacientes tratados con burosumab para el tratamiento de XLH en nuestro hospital. El punto final primario fue el cambio desde el inicio en el fosfato sérico en ayunas (SP), la actividad de la fosfatasa alcalina en suero (SAPA) y la vitamina D en suero (SVD). Además, las fracturas óseas activas se identificaron mediante un estudio radiográfico esquelético completo. Las medidas de seguridad incluyeron la incidencia de eventos adversos, la reabsorción tubular de fosfato (TPR) y la tasa máxima de reabsorción tubular renal de fosfato / tasa de filtración glomerular (TmP / GFR). La historia clínica electrónica (SELENE®) y el software de gestión del servicio de farmacia (FARMATOOLS®) se utilizaron para la ubicación y la recopilación de datos clínicos.

RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 2 pacientes, todos hombres con una edad promedio de 12,5 años (12-13). Los pacientes recibieron burosumab por vía subcutánea cada dos semanas con una dosis de mantenimiento de 0,8 mg / kg. En el momento del estudio, habían recibido un promedio de 24 administraciones (16-32). La concentración media de SP en ayunas en el primer paciente aumentó de 2,3 mg / dL en la visita inicial a 4,1 mg / dL, SAPA disminuyó de 185 UI / L a 133 UI / L y la SVD aumentó de 32,6 ng / ml a 36,8 ng / ml en 50 semanas. En el segundo paciente, el SPC aumentó de 2.2 mg / dL a 3.6 mg / dL, el SAPA disminuyó de 185 UI / L a 133 UI / L y la SVD aumentó de 18,9 ng / ml a 24,4 ng / ml en 30 semanas. No ocurrieron eventos adversos graves y se registró una mejora radiológica significativa. No se detectaron cambios en TRP y TP / FGR (83% y 3,2 en el primer paciente, 90% y 3,2 en el segundo paciente).

CONCLUSIONES:

Burosumab mejoró significativamente los niveles de SP y SVD en ambos pacientes y no hubo eventos adversos graves relacionados con el tratamiento. Sin embargo, debido a los criterios de inclusión restrictivos y al pequeño número de pacientes, aún existía incertidumbre acerca de la magnitud del efecto del tratamiento.

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

4. EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA DISPONIBLE EN INTERNET

AUTORES

MESA EXPÓSITO R

OBJETIVOS

La calidad de la información de salud en línea obtenida después de buscar en línea puede ser comprometedor porque el posicionamiento de los resultados mostrados por el motor de búsqueda no sigue criterios objetivos de calidad o evidencia científica. Este hecho puede generar información errónea con las implicaciones que esto conlleva para los usuarios cuando hablamos de salud o atención médica.

El objetivo del presente trabajo es evaluar la calidad de la información disponible en línea relacionada con el tratamiento de la esclerosis múltiple.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio transversal realizado el 1 de octubre de 2021, en el que se utilizó el buscador www.google.com en modo incógnito del navegador Google Chrome, con la palabra clave "tratamiento de la esclerosis múltiple". Para analizar la



calidad de la primera treinta páginas web, se siguieron las ocho recomendaciones de la Agencia de Calidad de la Salud de Andalucía (HQAA) sobre “Credibilidad de la información en las páginas web de salud”.

Se utilizó el software de análisis estadístico G-stat2.0, a través de la prueba de Chi-cuadrado, para analizar la asociación entre el grado de adherencia a las recomendaciones HQAA y el orden de aparición en el motor de búsqueda.

RESULTADOS:

En total, se analizaron 30 enlaces web. La mayoría de los sitios web pertenecían a organizaciones de salud o sociedades científicas (57%) y el resto pertenecía a la industria privada (33%) o asociaciones de pacientes (10%).

El puntaje promedio de las 30 páginas web, de acuerdo con las recomendaciones de la HQAA, fue de 6,4 / 8 (DE: 1,36). Los resultados que aparecieron en primer lugar tuvieron una puntuación estadísticamente más baja que los que aparecieron más atrás (IC95%: 1,66-8,86; $p = 0,076$). Según el orden de aparición en el motor de búsqueda, el puntaje promedio de las primeras 10 páginas fue de 6,3 / 8 (SD: 1,25), mientras que el último 10 fue de 7,3 / 8 (SD: 1,3).

Los criterios de calidad con la menor adherencia fueron “incluir las referencias de las fuentes de información utilizadas” y “indicar la fecha de publicación o última actualización”.

CONCLUSIONES:

Internet ha puesto a disposición de los usuarios una amplia variedad y cantidad de información sobre el contenido de salud, sin embargo, también ha facilitado el desarrollo de contenido de dudosa fiabilidad. Por lo tanto, es necesario adoptar medidas que ofrezcan al usuario garantías de calidad y credibilidad en la información de salud publicada.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

6. EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE NUEVOS ANTIBIÓTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

CASTAÑO AMORES C; NIETO GÓMEZ P; MARTÍNEZ PÉREZ M

OBJETIVOS

Realizar una valoración de las condiciones de prescripción de los nuevos antibióticos de amplio espectro en el último año.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se revisaron las prescripciones del último año (2019) de los siguientes antibióticos: ceftolozano, dalbavancina, ceftazidima/avibactam y ceftarolina. Los parámetros evaluados fueron: sexo, edad, duración de tratamiento, línea de tratamiento, dosis diaria, ajuste en insuficiencia renal, indicación, tratamiento empírico/dirigido, criterios multirresistencia (Si/No), aislamiento microbiológico (Si/No), patógeno aislado, escalado/desescalado, monoterapia/terapia combinada, presencia de sepsis/shock séptico, éxito/fracaso clínico. Para obtener estos datos se revisaron las prescripciones en ATHOS y la historia clínica en DIRAYA. Se trataron los datos con Microsoft Excel.

RESULTADOS:

El número de pacientes revisados fueron 47, de los cuales 31 eran hombres y 17 mujeres y la edad media de todos fue de $66,33 \pm 14,22$ años. El número de pacientes con cada antibiótico fue: **ceftolozano: 2; dalbavancina: 15; ceftazidima/avibactam: 23; ceftarolina: 7**. En el 42,55% de los casos se utilizó el antibiótico en primera línea de tratamiento, 48,93% en segunda línea, 6,38% en tercera línea y 2,12% en cuarta línea. El **21,27%**(n=10) de los pacientes **requerían ajuste de dosis** según **insuficiencia renal**, de éstos, el 60%(n=6) no fue ajustado. El **70,21%** de los **tratamientos** fueron **dirigidos** y el 29,78% empíricos. El 14,89 % de los pacientes presentaban criterios de multirresistencia al ingreso y en el 8,5% de todos los pacientes no hubo aislamiento microbiológico. Los principales microorganismos aislados fueron **Klebsiella pneumoniae OXA-48** y **Staphylococcus aureus resistente a metilicina (SARM)** para neumonía nosocomial, bacteriemia e infección abdominal. Las DDDs coincidieron con las propuestas por la OMS, excepto para ceftolozano (3375 mg) y ceftarolina (1800 mg). El **70,21%** de los **casos** fueron **éxito clínico**, el 23,4% fracaso clínico (exitus) y solo hubo un cambio de antibiótico.

CONCLUSIONES:

La tendencia de uso de nuevos antibióticos se refleja en el uso de éstos principalmente en monoterapia. Existe una mayor tendencia al escalado terapéutico, con decisión de uso en 1ª o 2ª línea prácticamente iguales. Entre los microorganismos



aislados se identificaron principalmente microorganismos con alguna o múltiples resistencias, así como casos de microorganismos sensibles a meticilina o ampicilina para los que estaría indicado otro antibiótico de menor espectro. El porcentaje de éxito fue alto tanto para la terapia dirigida como empírica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

8. INTENSIFICACIÓN DE DOSIS CON USTEKINUMAB EN ADULTOS CON ENFERMEDAD DE CROHN REFRACTARIA A ANTITNF: INCIDENCIA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD. REAL WORLD DATA.

AUTORES

PORTILLO-HARO S; MARTINEZ-PEREZ M; MADRID-PAREDES A; CASTAÑO-AMORES C

OBJETIVOS

-Determinar la proporción de pacientes tratados con ustekinumab que requieren un acortamiento del intervalo posológico (AIP).

-Evaluar la efectividad y seguridad del AIP con ustekinumab en Enfermedad de Crohn (EC) refractaria a fármacos antiTNF.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Mediante colaboración entre el servicio de Aparato digestivo y Farmacia Hospitalaria, se realizó un estudio observacional y prospectivo en pacientes adultos con EC refractaria a fármacos antiTNF, que se encontraban en seguimiento en un hospital de tercer nivel. Los pacientes iniciaron tratamiento con ustekinumab intravenoso a 6mg/kg, y posteriormente recibieron dosis de mantenimiento subcutáneas de 90mg cada 8 semanas. Para la evaluación de la efectividad y la seguridad, se incluyeron en el estudio aquellos pacientes en tratamiento con ustekinumab que realizaron AIP a un periodo inferior a 8 semanas (cada 4 o cada 6 semanas) en el periodo entre junio,2019-diciembre,2022, con seguimiento posterior de al menos 6 meses. Además, se especificará la proporción de pacientes, con al menos 1 año de tratamiento, que requirieron AIP.

La efectividad fue evaluada mediante las variables remisión clínica (RemC), definida como la obtención de un índice Harvey Bradshaw (HBI)<4, y la respuesta clínica (RespC), definida como una reducción de al menos 3 puntos en el HBI respecto al valor antes de intensificar. Ambas variables fueron evaluadas a 3 y 6 meses.

La tolerancia fue evaluada a 3 y 6 meses. Se notificará cualquier discontinuación o evento adverso.

RESULTADOS:

Se obtuvieron datos de 41 pacientes (21 hombres) tratados con ustekinumab durante al menos un año. La población había pasado por una media de 1,6 tratamientos biológicos previos. 15 pacientes habían mantenido la pauta inicial. Sin embargo, 26 (63,4%) requirieron AIP, por respuesta parcial (17/26; 65,4%) o agotamiento de la respuesta (9/26;34,6%). 34 pacientes tenían datos después de AIP de al menos 6 meses: 17 de ellos realizaron AIP a cada 6 semanas, y otros 17 a cada 4 semanas.

RemC fue obtenida en 15 pacientes(44,1%) a los 3 meses y en 21 (61,3%) a los 6 meses. RespC fue lograda en 10 pacientes (29,4%) a los 3 meses, y en 15 pacientes (44,1%) a los 6 meses.

4 pacientes (11,7%) suspendieron el tratamiento por falta de efectividad. No se notificaron eventos adversos o discontinuaciones por mala tolerancia.

CONCLUSIONES:

En nuestra población un alto número de pacientes han requerido AIP con ustekinumab.

El AIP de ustekinumab se ha mostrado como una estrategia segura y efectiva para un considerable porcentaje de pacientes que tenían respuesta parcial o agotamiento de respuesta con la posología habitual. Además, esta intervención resulta fácilmente implementable en otros centros, y no requeriría visitas adicionales de los pacientes al hospital, por la posibilidad de autoadministración.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

9. EFICACIA Y SEGURIDAD DE RITUXIMAB EN LAS GLOMERULONEFRITIS PRIMARIA Y SECUNDARIA, DATOS EN VIDA REAL

AUTORES

TEJEDOR TEJADA E; RODRIGUEZ GOICOECHEA M; RUBIO CALVO D; SIERRA GARCIA F

OBJETIVOS

La nefropatía membranosa (NM) es la enfermedad glomerular primaria que con mayor frecuencia causa el síndrome nefrótico en adultos. El rituximab se considera una terapia en pacientes que han fracasado los corticoides y los inmunosupresores. La importancia de controlar esta patología es evitar la insuficiencia renal y la necesidad de un trasplante. Por ello, se pretende evaluar la eficacia y seguridad de rituximab en la glomerulonefritis refractaria a los tratamientos convencionales

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo y retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se llevo a cabo un estudio con análisis por intención de tratar, donde se seleccionaron pacientes diagnosticados de glomerulonefritis, previamente tratados con el régimen de Ponticelli (combinación de corticoides con ciclofosfamida) y otros inmunosupresores (tacrolimus). Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, dosis acumulada y tipo de glomerulonefritis. Para evaluar la eficacia, se recogieron las siguientes variables antes y después del tratamiento: creatinina, tasa de filtración glomerular, albúmina, relación proteínas/creatinina en orina y antiPLA2R. Para evaluar la seguridad según la tolerancia al fármaco. Se utilizaron los siguientes programas: Silicon© y Espoq© de prescripción electrónica, y SAP© para la historia clínica informatizada. Los datos se recogieron con Excel© 2010.

RESULTADOS:

Se recogieron datos de 32 pacientes (31,25% mujeres). La mediana (rango) de edad fue de 58 (34-78) años. El periodo de estudio fue 2016-2021. La mayoría de los pacientes tenían una dosis acumulada de 2000 mg, aunque el 35% de los pacientes requirieron dosis adicionales. Las principales diagnósticas fueron glomerulonefritis membranosa (85%), glomerulonefritis segmentaria focal (10%) y glomerulonefritis rápidamente progresiva (5%). Los valores medios de eficacia mejoraron tras el tratamiento: la creatinina media disminuyó 0,65 mg/dL, la tasa de filtración glomerular media mejoró 30ml/min, la albúmina media aumentó 0,5g/dL y la relación proteína/creatinina disminuyó 1000mg/g. El anti-PLA2R sólo se midió en 6 pacientes con una disminución estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En cuanto a la seguridad, no se produjeron acontecimientos adversos relacionados con el fármaco o su infusión.

CONCLUSIONES:

Rituximab ha demostrado su eficacia en pacientes con glomerulonefritis membranosa refractaria a corticosteroides e inmunosupresores. Sin embargo, es necesario un seguimiento estrecho de los pacientes para evitar recidivas con el paso del tiempo.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

11. PREVALENCIA DE ALERGIAS FARMACOLÓGICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

AUTORES

ALONSO MORENO M; SUÁREZ CASILLAS P; LORA ESCOBAR S; PÉREZ BLANCO JL

OBJETIVOS

La prevalencia de alergia a fármacos referida por la población española es muy variable siendo mayor en pacientes hospitalizados (15,9%) que en pacientes ambulatorios (11,4%).

El objetivo es estimar la prevalencia de alergias farmacológicas en una cohorte de pacientes hospitalizados y detectar discrepancias en su registro entre las distintas fuentes informáticas.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio transversal descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes adultos hospitalizados en un hospital de tercer nivel en el día 3 de septiembre de 2021.



Las variables recogidas fueron las siguientes: variables demográficas (sexo y edad), pacientes con algún registro de alergia en cada una de las distintas fuentes informáticas (historia clínica, receta electrónica, informe preanestésico, informe de alta urgencias y programa de prescripción electrónica), alergias registradas y grupos farmacológicos implicados, pacientes con registro no coincidente entre las fuentes consultadas y existencia de informe del Servicio de Alergología.

RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 546 pacientes (44% mujeres y 56% hombres) con una media de edad de 61,5 años \pm 17,3. Del global de pacientes, 19% (n=104) tenían registrado alguna alergia en una o más fuentes consultadas: 82,7% en la historia clínica, 62,5% en la receta electrónica, 45,2% en el informe preanestésico, 74 % en el informe de alta de urgencias y 76% en el programa de prescripción electrónica. Del total de pacientes con alergia, un 65,4% (n=68) eran mujeres.

Los grupos farmacológicos más frecuentes fueron antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (n=34, 32,7%), antibióticos (n=26, 25%), opioides (n=17, 16,3%) y a diferentes grupos farmacológicos (n=27, 26%).

Un 51,9% (n=54) de los pacientes con alergia tenían un registro no coincidente entre las diferentes fuentes consultadas y sólo un 16,3% (n=17) de los pacientes tenían un informe del Servicio de Alergología. La historia clínica es el soporte donde se encontraron más registros de alergia.

CONCLUSIONES:

La prevalencia de alergias farmacológicas en nuestra cohorte es similar a la publicada en la literatura científica, existiendo una mayor prevalencia en mujeres.

Los AINES es el grupo de medicamentos que más frecuentemente se relacionó con los casos de alergia.

Existe una gran discrepancia entre los registros donde aparecían las alergias a medicamentos, lo que podría ser el origen de errores de medicación.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

12. TOXICIDAD DE PEMBROLIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

AUTORES

RUIZ ARCA G; PEREA PÉREZ Á; HERNÁNDEZ PARADA J; GAGO SÁNCHEZ AI

OBJETIVOS

Describir las reacciones adversas inmunomediadas en la práctica clínica real y determinar su prevalencia en pacientes oncológicos tratados con pembrolizumab.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron a todos los pacientes tratados con pembrolizumab durante dos años, desde mayo de 2019 hasta mayo de 2021. Los datos fueron recogidos desde sus respectivas historias clínicas electrónicas en Diraya® y la información sobre el tratamiento recibido se obtuvo del programa de prescripción electrónica de quimioterapia OncoFarm. Se clasificaron los efectos adversos del tratamiento en función del tipo de toxicidad y según los criterios del National Cancer Institute Common Terminology Criteria (CTCAE v.5.0).

RESULTADOS:

Se incluyeron 40 pacientes con una edad media de 62,8 años [33-82], 28 (70%) hombres y 12 (30%) mujeres. Los tumores se localizaron principalmente en el pulmón [80% (n = 32)], seguido de la piel como melanoma [15% (n = 6)] y cáncer de colon (5%). La mediana de seguimiento fue de 8,2 meses [2-23]. Todos los pacientes recibieron una dosis fija de 200 mg de pembrolizumab, excepto un paciente con melanoma que recibió 2 mg/kg (140 mg).

Todos los pacientes tenían un ECOG de 0-1 en el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), excepto 2 de ellos que tenían un ECOG de 2 y que posteriormente fallecieron tras completar uno y cuatro ciclos de tratamiento, respectivamente. Se detectaron reacciones adversas a medicamentos en 29 pacientes, con una prevalencia del 72,5%. El 24% (7 pacientes) presentó toxicidad respiratoria grado 1 y 2 (disfonía, disnea y tos), el 20% (6 pacientes) síntomas digestivos grado 1 y 2, el 17% (5 pacientes) reacciones alérgicas grado 1 tras la infusión de pembrolizumab (prurito y hinchazón), el 14 % (4 pacientes) sufrió astenia posterior al tratamiento (grado 1) y el 10 % (3 pacientes) tuvo episodios de dolor de grado 1 posterior a la infusión, incluida una clínica de compresión de la médula espinal lumbar. Un paciente presentó crisis de hipo durante el segundo y tercer día tras la administración de pembrolizumab, mientras que otro



paciente presentó xerostomía oral grado 1. Los síntomas de los grados 2 y 3 aparecieron en 2 pacientes, incluyendo neumonía unilateral y diarrea. No fue necesaria una reducción de la dosis y el 5 % de los pacientes requirieron la interrupción permanente del tratamiento debido a reacciones adversas al medicamento después de una mediana de seguimiento de 3,5 meses [2-5]

CONCLUSIONES:

Nuestra experiencia en la práctica clínica real muestra que pembrolizumab tiene un perfil de seguridad favorable y manejable similar a los descritos en ensayos clínicos pivotaes. Las reacciones adversas a los medicamentos se controlaron fácilmente con tratamiento sintomático y han permitido a los pacientes continuar con los ciclos de tratamiento posteriores. Estos datos de toxicidad tendrían que ser corroborados mediante la inclusión de un mayor número de pacientes y la observación a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

14. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE HIDROXIZINA

AUTORES

JIMÉNEZ DE-JUAN MDC; SALGUERO OLID A; PLA PASAN R; SÁNCHEZ LOBÓN I; RODRIGUEZ MORETA C

OBJETIVOS

El riesgo de prolongación del intervalo QT del electrocardiograma (ECG) y de arritmia ventricular (torsade de pointes) asociados al uso de hidroxizina es conocido y aparece descrito en su ficha técnica. En 2015, una nota informativa de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) recomendó evitar su uso en pacientes mayores y en pacientes con prolongación del intervalo QT o con factores predisponentes.

El objetivo de este estudio fue analizar el impacto de la intervención farmacéutica (IF) en la adecuación de la prescripción de hidroxizina según la nota informativa de la AEMPS.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de intervención prospectivo de 6 meses de duración (Agosto 2021-Enero 2022) realizado en un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron pacientes hospitalizados en tratamiento con hidroxizina, edad ≥ 65 años y/o prolongación de intervalo QT o con factores predisponentes al mismo. Se revisaron las historias clínicas electrónicas y el programa de prescripción electrónica para identificar aquellos pacientes que presentaban una prescripción inapropiada de hidroxizina. La IF consistió en emitir recomendaciones de adecuación terapéutica al médico prescriptor en base a la nota informativa de la AEMPS: suspensión del medicamento y/o sustitución por otro antihistamínico, o, en último caso, indicarlo solo "si precisa". Se comprobó la aceptación de cada una de las IF una semana después de comunicarlas. Para el registro y análisis de datos se utilizó la hoja de cálculo Microsoft Excel®.

RESULTADOS:

Se identificaron a 30 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, con una edad media de 77 ± 8 años. La IF se realizó en el 100% de ellos. En 21 pacientes (70%, 21/30) el prescriptor aceptó la IF y modificó la prescripción: en 11 pacientes (52,4%) retiró el fármaco sin sustituirlo por otro antihistamínico; en 8 pacientes (38%) retiró el fármaco y lo sustituyó por otro (7 dexclorfeniramina y 1 loratadina) y en 2 pacientes (9,6%) cambió la prescripción a la pauta "solo si precisa". En el resto de pacientes (30%,9/30) el prescriptor no modificó la prescripción original.

CONCLUSIONES:

La IF fue aceptada por los médicos prescriptores en la mayoría de los casos, lo que permitió la correcta adecuación del tratamiento en base a las recomendaciones y notas informativas de la AEMPS. Por tanto, queda reflejado que la figura del farmacéutico desarrolla un papel indispensable en la validación de la prescripción, permitiendo reducir los errores de prescripción y aumentar la seguridad de los medicamentos.



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

15. MALARIA IMPORTADA POR PLASMODIUM FALCIPARUM Y TRATAMIENTO INTRAVENOSO CON ARTESUNATO

AUTORES

GRAGERA GÓMEZ M; REDONDO GALÁN C; RIVAS RODRÍGUEZ MD; GIL GARCÍA Á; ROJAS ALBARRÁN A; RANGEL MAYORAL JF

OBJETIVOS

Describir el correcto uso de artesunato en el tratamiento de la malaria importada con criterios de gravedad, así como su seguridad y eficacia.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de los casos de malaria en un hospital de tercer nivel durante el año 2021. Se realizó una revisión de las guías de práctica clínica de la malaria importada en España, haciendo hincapié en la definición de los criterios de gravedad, así como su tratamiento correspondiente. Los datos fueron recopilados de la historia clínica electrónica de los pacientes y del programa Farmatools®. Clasificaremos a los pacientes en malaria grave si cumplen al menos uno de los siguientes criterios: alteración del nivel de conciencia, postración, convulsiones, insuficiencia respiratoria aguda, shock, ictericia, sangrado espontáneo, criterios analíticos (hipoglucemia, acidosis metabólica, anemia normocítica grave, hemoglobinuria, hiperlactacidemica, insuficiencia renal aguda) e hiperparasitemia, definida como >2,5% de parasitación en hematíes en personas no inmunes. La eficacia ha sido determinada con el porcentaje de parasitación y la duración de la estancia hospitalaria; el perfil de seguridad se ha analizado según la aparición de eventos adversos (EA).

RESULTADOS:

En el año 2021 se diagnosticaron 3 casos de malaria, todos ellos debidos a Plasmodium falciparum, tras viajes a zonas endémicas sin haber realizado profilaxis.

Caso 1: Hombre de 54 años con tres criterios de gravedad al ingreso (ictericia, índice de parasitación 3,5% y postración). Recibió artesunato 168 mg durante 5 días y atovacuona 250 mg/proguanil 100 mg vía oral 3 días. Eficacia y seguridad: Reducción del porcentaje de parasitación hasta el 0% tras tratamiento intravenoso y estancia hospitalaria de 7 días con evolución clínica favorable. Aumento de transaminasas y vómitos, pudiendo ser atribuidos a la enfermedad; dado el riesgo de anemia hemolítica tras el tratamiento con artesunato, se revisó a las 4 semanas no mostrándose alteraciones analíticas.

Caso 2: Mujer de 50 años con un solo criterio de gravedad (ictericia), porcentaje de parasitación 2%. Recibió artesunato 144 mg durante 4 días y atovacuona 250 mg/proguanil 100 mg vía oral durante 3 días. Eficacia y seguridad: Ausencia de hematíes parasitados tras el tratamiento y estancia hospitalaria de 7 días. No EA, no anemia hemolítica tras control a las 4 semanas.

Caso 3: Hombre de 58 años, con un criterio de gravedad (alteración de la conciencia), parasitación del 0,75%. A pesar de la baja parasitación y ante el posible fenómeno de citoadherencia y secuestro periférico, ya que cumplía un criterio, se administraron 3 dosis de artesunato intravenoso y piperacuina 320 mg/artenimol 40 mg vía oral durante 3 días. Eficacia y seguridad: 3 días de hospitalización con rápida mejoría clínica y analítica. No EA.

CONCLUSIONES:

La rápida instauración del tratamiento adecuado en los casos de malaria es vital para la mejoría clínica del paciente, por ello es importante realizar un diagnóstico precoz, clasificar al paciente según los criterios de gravedad y disponer de los fármacos apropiados desde el servicio de farmacia hospitalaria. En este estudio, la coordinación de los servicios clínicos y la efectividad/seguridad del artesunato concluyó en una resolución de la enfermedad.



CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL**16. ANÁLISIS DEL USO CONCOMITANTE DE FÁRMACOS INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL-DIPEPTIDASA 4 CON ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 1 Y SU DEPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2****AUTORES**

LAO DOMÍNGUEZ FÁ; CASTRO CAMPOS JL; GONZÁLEZ MARÍA C; SABORIDO CANSINO MC; MANCHÓN MORILLO MG

OBJETIVOS

Analizar la aceptación de una intervención farmacéutica de desprescripción por uso concomitante de fármacos inhibidores de la dipeptidil-dipeptidasa 4 (iDPP4) con análogos del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP1) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 así como si tras la misma se sigue produciendo la prescripción de ambos fármacos.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, transversal y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e identificando a los pacientes que presentaban prescripciones activas de iDPP4 y arGLP1 correspondiente a los meses de julio y octubre de 2021 de un área de gestión sanitaria. Los pacientes se obtuvieron a través de historia de salud digital y de las bases de datos de prestación farmacéutica electrónica. El servicio de farmacia envió al prescriptor que generaba la redundancia terapéutica la identificación de los pacientes con la finalidad de que se procediese a su desprescripción con base a documentación escrita que se les proporcionaba y que explicitaba el por qué de la redundancia (*"Recomendaciones para la selección del tratamiento farmacológico en diabetes mellitus tipo 2"* del Sistema Andaluz de Salud, publicado en diciembre de 2020). Se realizó un primer envío en julio de 2021 y posteriormente otro a los 3 meses (octubre de 2021).

Se analizaron las siguientes variables: número de pacientes de cada listado con prescripción de iDPP4 y aGLP1. A través del análisis de los datos correspondiente a octubre se comprobó: número/porcentaje de desprescripciones, número de pacientes que continuaban con la redundancia y nuevos pacientes.

RESULTADOS:

En el mes de julio se identificaron 74 pacientes de un total de 31.986 pacientes diabéticos tipo II, siendo el porcentaje de pacientes con esta redundancia del 0,2%. En el mes de octubre se detectaron 65 pacientes. Tras el análisis de los datos de octubre se desprescribe la redundancia en el 32% de los pacientes (n=24) indicados en el primer informe. Los fármacos más desprescritos fueron los iDPP4 (54%) frente a los del grupo arGLP1 (46%). Se identificó que el 68% de los pacientes continuaban con una prescripción concomitante de iDPP4 y arGLP1. 15 nuevos pacientes presentan concomitadamente de iDPP4 y arGLP1 respecto al listado inicial.

CONCLUSIONES:

La redundancia solo se produce en un porcentaje muy bajo de la población diabética tipo II. Tras la identificación de los pacientes con redundancia, el porcentaje de desprescripción se produjo en aproximadamente en un tercio siendo los iDPP4 los más desprescritos. Tras la información enviada se siguen generando nuevas redundancias (aGLP-1 e IDPP4).

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS**17. USO OFF-LABEL DE DUPILUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO****AUTORES**

RODRÍGUEZ MORETA C; PLA PASÁN R; RODRÍGUEZ MATEOS ME; CORRALES PAZ M; GANFORNINA ANDRADES A; JIMÉNEZ DE JUAN C

OBJETIVOS

El objetivo principal fue describir la efectividad y seguridad al margen de la ficha técnica de dupilumab en una paciente con esofagitis eosinofílica (EEo).



MATERIALES Y MÉTODOS:

La EEO es una enfermedad rara, inflamatoria, crónica y progresiva, caracterizada por una disfunción esofágica y una infiltración eosinofílica en el epitelio esofágico. Las opciones de tratamiento incluyen los inhibidores de la bomba de protones (IBP), corticoides y restricción dietética.

Caso clínico descriptivo y retrospectivo (de mayo a noviembre de 2021), de una paciente de 44 años con EEO grave, estenosis y sobrecrecimiento intestinal bacteriano, que además padecía de asma, dermatitis y rinitis persistente.

Los datos fueron obtenidos de la historia clínica digital de la paciente y las evaluaciones clínicas del estudio se realizaron semanalmente, desde el inicio hasta la semana 12 y posteriormente, cada 4 semanas, desde la semana 12 a la 16. La efectividad del tratamiento se clasificó como “buena evolución” o “sin mejoría”.

RESULTADOS:

La paciente inició dupilumab 300 mg semanal en mayo-2021, fecha en la que además presentaba anillo de Schatzki no estenosante y gastritis eritematosa antral. Recibió tratamiento previo con IBP, corticoides tópicos y nasales, agonistas β -2-adrenérgicos, antihistamínicos, y restricción dietética severa.

En la semana 1 del inicio de dupilumab, refirió mejoría de la rinitis, dermatitis y esofagitis (2 días con fuerte dolor durante la ingesta).

En la semana 3, informó de esofagitis (sólo 2 noches) con dolor y disfagia, mejoría de la distensión abdominal y menos cansancio. Con el avance de las semanas, confirmó un progreso continuo y una reducción de la corticoterapia.

En la semana 12, la paciente se describía asintomática con respecto al asma, rinitis y esofagitis (tolerando sólidos).

En la semana 16, seguía presentando buena evolución clínica y había suspendido la corticoterapia.

En cuanto a la seguridad con dupilumab, éste fue administrado sin incidencias y con buena tolerancia, después de más de 10 dosis administradas.

CONCLUSIONES:

Dupilumab es el primer y único agente biológico que ha demostrado inducir una respuesta satisfactoria y clínicamente significativa en pacientes con EEO.

Nuestra experiencia muestra que es efectivo y con un adecuado perfil de seguridad, además de mejorar el resto de patología inflamatoria que presentaba la paciente, así como su calidad de vida. Sin embargo, se necesitan más estudios para demostrar la efectividad y seguridad de dupilumab en esta patología.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

18. IMPACTO ECONÓMICO DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN MEDICAMENTOS DE ALTO COSTE

AUTORES

ÁVILA ÁLVAREZ JR; FAGES PÉREZ M; GARCÍA MARÍN J; MORENO HERRERA A; MARTÍNEZ-ECHEVARRÍA GIL-DELGADO Z

OBJETIVOS

El servicio de farmacia promueve numerosas actividades encaminadas a conseguir el uso eficiente de los medicamentos, lo que conlleva a una disminución del gasto. Sin embargo, estas actividades no suelen cuantificarse en costes directos. En este estudio mostramos el ahorro económico conseguido por intervenciones farmacéuticas.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de un año de duración (2021). Se analizaron todas las intervenciones farmacéuticas sobre medicamentos de alto impacto que tuvieron asociadas una alternativa terapéutica más eficiente, cuantificándose la diferencia de coste entre ambas opciones. El coste anual se calculó en función de si se trataba de un tratamiento crónico (365 días), crónico con inducción (dosis de inducción + resto del año hasta 365 días) o de duración definida. Para el coste oncohematológico se tuvo en cuenta 6 meses si el número de ciclos estaba definido y una duración de 1 año en el caso de que el tratamiento fuese hasta progresión de la enfermedad (coste por dosis administrada x número de dosis por ciclo x número de ciclos). Para los tratamientos en base al peso se usaron como valores de referencia 75 Kg de peso y 1,9 m² de superficie corporal. Se recogió en una base de datos Access® la siguiente información: fecha de prescripción, número de historia del paciente, médico, servicio clínico, medicamento prescrito con su coste anual, tratamiento propuesto con su coste anual y farmacéutico que realizó la intervención.



RESULTADOS:

El número de intervenciones farmacéuticas fueron 37. De los cuales 6 pertenecieron al servicio de endocrinología, 5 a neumología, 4 a dermatología, 4 a neurología, 4 a medicina interna, 3 a cardiología, 2 a oncología y el resto asociado a otros 7 servicios distintos. En 18 casos no se aprobó el tratamiento prescrito por el especialista por no ajustarse al protocolo establecido, sin hacerse sustitución del fármaco, por no existir alternativa terapéutica. En el resto de pacientes (19) se propuso al clínico una alternativa ajustada a protocolo, más eficiente. El coste anual de los tratamientos inicialmente prescritos se estimó en 816.525 € y el coste de los tratamientos finalmente pautados después de la intervención fue de 164.385 €. Por lo que la disminución del coste anual fue de 652.140 €.

CONCLUSIONES:

La eficiencia de un servicio de farmacia no siempre se cuantifica directamente. En este estudio mostramos el alto impacto económico que tiene solo una de las actividades del farmacéutico hospitalario. Es importante avanzar en modelos de gestión que cuantifiquen el trabajo y la efectividad de un servicio de farmacia.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

19. EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TELEFARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

GANFORNINA ANDRADES A; PLA PASÁN R; JIMÉNEZ DE JUAN MDC; SÁNCHEZ LOBÓN I; RAMOS GUERRERO R

OBJETIVOS

La pandemia provocada por el SARS-coV-2 ha puesto de manifiesto la necesidad de evitar la exposición de los pacientes a lugares con una alta probabilidad de transmisión, como son los hospitales. Por este motivo, los servicios de Farmacia Hospitalaria han desarrollado un circuito de telefarmacia que permite llevar a cabo un seguimiento farmacoterapéutico estrecho del paciente, facilitando la entrega de la medicación a domicilio y logrando así una correcta adherencia al tratamiento. El objetivo de nuestro estudio fue describir el circuito de telefarmacia puesto en marcha en un hospital de tercer nivel y analizar la actividad llevada a cabo desde marzo a diciembre de 2021, así como evaluar la satisfacción de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El programa de telefarmacia incluye a todos aquellos pacientes que cumplen con tres criterios de forma inequívoca: presentar enfermedad crónica, adherencia superior al 95% y no tener consultas médicas hospitalarias en el periodo de dispensación. En el proceso de selección se valoran aspectos clínicos, farmacoterapéuticos y las necesidades individuales del paciente, entre ellos: pacientes con enfermedades respiratorias crónicas (asma, fibrosis), pacientes en tratamiento con inmunosupresores (trasplantados), pacientes con problemas de movilidad (esclerosis múltiple), pacientes mayores dependientes (con o sin cuidadores), pacientes aislados por COVID-19 y pacientes de centros socio-sanitarios. Antes de llevar a cabo la entrega a domicilio, el farmacéutico contacta con el paciente por vía telefónica para verificar la continuidad y adherencia al tratamiento así como para detectar posibles errores de medicación y cambios en la posología. Tras explicar al paciente el procedimiento de telefarmacia, se solicita su conformidad y consentimiento verbal. Los datos recogidos fueron: número de pacientes incluidos en el programa de telefarmacia, número de entregas domiciliarias realizadas, número de consultas telefónicas programadas y distribución de los pacientes por servicio médico. Además, se realizó una encuesta para conocer el grado de satisfacción de los pacientes.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio, 625 pacientes fueron incluidos en el programa de telefarmacia. Se realizaron 3177 entregas domiciliarias, lo que supuso un 8,4% de las dispensaciones totales del área de pacientes externos (3177 entregas a domicilio/37953 dispensaciones totales); y fueron programadas 1400 consultas telefónicas. El impacto de la medicación por servicio médico fue: 19,6% Nefrología, 14,2% Reumatología, 13,6% Neurología, 10,6% Medicina Interna, 6,9% Dermatología, 6,4% Hematología, 6,4% Neumología, 4,4% Urología, 4% Cardiología, 3,8% Digestivo, 3,2% Pediatría, 2,1% Endocrino y 4.8% otros. Respecto a la encuesta de satisfacción, el 95% de los pacientes mostraron una opinión favorable y el 97% consideraron la telefarmacia como un servicio complementario al área de pacientes externos. Por otro lado, el 74% de los encuestados preferían la entrega a domicilio y la consulta telefónica.



CONCLUSIONES:

El desarrollo de un programa de telefarmacia se ha convertido en una herramienta útil y necesaria en la prestación de la Atención Farmacéutica. Nuestra experiencia pone de manifiesto que un porcentaje considerable de pacientes se benefician de ella con un alto grado de aceptación. Además, el servicio médico con más impacto en la entrega domiciliaria fue Nefrología.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

21. PREVALENCIA DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS SEGÚN CRITERIOS MARC, STOPP Y PRISCUS EN UNA COHORTE DE PACIENTES VIH+ DE EDAD AVANZADA

AUTORES

GARCÍA LLORET P; BORREGO IZQUIERDO Y; GUTIÉRREZ PIZARRAYA A; MANZANO GARCÍA M; CANTILLANA SUÁREZ MDG; MORILLO VERDUGO R

OBJETIVOS

Comparar la prevalencia de medicación potencialmente inapropiada según los criterios Marc, STOPP y Priscus en pacientes VIH+ de edad avanzada.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, transversal y multicéntrico. Se incluyeron aquellos pacientes VIH+ mayores de 65 años en tratamiento antirretroviral (TAR) que acudieron a consultas de Atención Farmacéutica de los Hospitales participantes entre marzo-abril-2021, y que tenían tratamiento concomitante crónico (prescripción activa de duración mayor de 3 meses). Se excluyeron pacientes participantes en ensayos clínicos o con expectativa de vida corta (menor de 3 meses). Se recogieron variables demográficas: sexo y edad; clínicas: carga viral, CD4, cociente CD4/CD8, presencia y patrón de comorbilidad (Prados-Torres et al. 2012); farmacoterapéuticas: tipo de TAR [dos inhibidores de transcriptasa inversa más inhibidor de integrasa (2ITIAN+INI), dos inhibidores de transcriptasa inversa más inhibidor de proteasa (2ITIAN+IP) o régimen con biterapia], polifarmacia (>6 fármacos concomitantes incluido TAR), polifarmacia mayor (>11 fármacos concomitantes) y su patrón (Calderón-Larrañaga et al. 2013) e índice de complejidad farmacoterapéutico (IC) medido mediante herramienta "Medical Regimen Complexity Index"; y de optimización farmacoterapéutica: cumplimiento de criterios Marc, STOPP y Priscus.

La información clínica y farmacoterapéutica se obtuvo de: historia electrónica, programas de receta electrónica y dispensación de pacientes externos. Las variables cuantitativas se mostraron con medianas y rango intercuartílico (RIQ) y las categóricas con frecuencia y porcentaje. El cumplimiento de criterios por las diferentes herramientas se comparó con el test Chi-cuadrado.

RESULTADOS:

Se incluyeron 55 pacientes (81,8% hombres); mediana de edad 69 años (RIQ 67-73). Todos presentaban carga viral indetectable, 87,3% con $CD4 \geq 200$ céls/ μ l y cociente $CD4/CD8 > 0,4$ en el 85,5% de pacientes. Todos presentaban alguna comorbilidad (mediana 3, RIQ 2-5) con patrón cardio-metabólico, mixto, depresivo-geriátrico y mecánico-tiroideo en 62,9%, 22,9%, 11,4% y 2,8% de los casos, respectivamente.

Se identificó presencia de polifarmacia en 70,9% de pacientes. De éstos, el 35,9% presentaban polifarmacia mayor (patrón cardiovascular, depresión-ansiedad, mixto u otro patrón en 52,9%, 15,4%, 7,7% y 7,7% respectivamente). El tipo de TAR prescrito fue 52,7% 2ITIAN+INI, 3,6% 2ITIAN+IP, 34,5% un régimen con biterapia y otras combinaciones el 9,2% restante. La mediana de IC fue 11,0 (RIQ 7,0-18,0).

Se analizaron un total de 328 prescripciones, identificándose 72 criterios mediante las tres herramientas (67-Marc, 23-STOPP y 8-Priscus). El cumplimiento de algún criterio se observó en 65,5% (n=36), 30,9% (n=17) y 14,5% (n=8) de los pacientes respectivamente, con diferencias significativas entre los tres listados ($p < 0,001$). El grupo farmacoterapéutico mayoritariamente implicado fue el de las benzodiazepinas para las tres herramientas (75,0% Priscus, 43,5% STOPP y 20,9% Marc).



CONCLUSIONES:

La prevalencia de medicación potencialmente inapropiada según los listados utilizados fue alta en la cohorte analizada, existiendo una gran variabilidad en la identificación de este concepto entre las diferentes herramientas, lo que hace necesaria la creación de unos criterios propios adaptados a la tipología de los pacientes en estudio.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

22. RESULTADOS Y EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA BASADA EN LA GESTIÓN INTEGRAL DE LA FARMACOTERAPIA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS.

AUTORES

SÁNCHEZ-MATAMOROS PIAZZA V; VÁZQUEZ VELA V; BERMÚDEZ TAMAYO C; GAVIRA MORENO R; CUADROS MARTÍNEZ CM; SILVA CASTRO MM

OBJETIVOS

El aumento de la esperanza de vida está ocasionando un incremento de la incidencia y prevalencia de pacientes con cáncer. Es necesario ofrecer una atención farmacéutica de calidad a este número creciente de pacientes oncohematológicos (POH) en un entorno de atención ambulatoria con presión asistencial y recursos limitados. El objetivo fue analizar las intervenciones realizadas durante el proceso de atención, la experiencia farmacoterapéutica y grado de satisfacción de los pacientes en terapia oncohematológica tras la implantación de un servicio de Gestión Integral de la Farmacoterapia (GIF).

MATERIALES Y MÉTODOS:

El estudio incluyó pacientes mayores de 18 años en tratamiento con medicamentos para patologías oncohematológicas en el ámbito ambulatorio y con al menos algún fármaco de forma crónica en el momento de inclusión. Se excluyeron pacientes con limitaciones cognitivas que imposibilitaran la obtención de la historia y experiencia farmacoterapéutica mediante entrevista, o sin cuidador/familiar disponible. Se realizó un estudio descriptivo de enfoque mixto en paralelo con combinación de técnicas de análisis cuantitativo (resultados preliminares de GIF/grado de satisfacción) y cualitativo (experiencia farmacoterapéutica a través de entrevistas informales, en profundidad y diario de campo, con observación participante). Posteriormente, se realizó la triangulación de los resultados obtenidos para aumentar la robustez de los hallazgos, con la reflexividad de los investigadores desde una perspectiva auto-etnográfica. El periodo de estudio fue de 6 meses (enero-junio 2021). Para el análisis cualitativo se empleó el software ATLAS.ti y para el cuantitativo el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS:

Se realizaron un total de 64 intervenciones farmacéuticas (IF) en 20 pacientes (IF/paciente:3,2), todas fueron aceptadas. La gran mayoría de los problemas farmacoterapéuticos (PFT) que causaron intervención fueron resueltos (95%). Respondieron al cuestionario de satisfacción 19/20 pacientes a los que se les ofreció la GIF. El 63% de los pacientes contestaron de forma “buena o excelente” a todos los ítems de la encuesta y la satisfacción global de los usuarios del servicio de GIF se situó entre buena-excelente (4,52/5). Con respecto a la experiencia farmacoterapéutica, lo relatado durante las entrevistas coincide con la descripción del comportamiento observado desde la perspectiva auto-etnográfica de los investigadores durante la asistencia. Mostraron mejoras en la adherencia y conocimiento de su farmacoterapia, adecuada comprensión y manejo de efectos adversos, preocupación y/o temor ante efectos indeseables/interacciones, expectativas relacionadas con la evolución/calidad de vida, disposición a consultar a profesionales (ante dudas o problemas relacionados) y a tomar la medicación (mayoritariamente sin influencias éticas, socio-económicas y/o culturales).

CONCLUSIONES:

La implantación de la GIF contribuyó a la mejora de la calidad de la asistencia y seguridad de los tratamientos en POH. Los pacientes a los que se les ofreció la GIF lograron una excelente adherencia a los tratamientos y resolvieron la gran mayoría de PFT relacionados, con excelente aceptación de las intervenciones propuestas y alto grado de satisfacción. La mayoría de los problemas detectados y resueltos, estaban relacionados con la seguridad de los tratamientos, la medicación de soporte y necesidad de indicación de medicación. Además del conocimiento de la experiencia



farmacoterapéutica de los pacientes, los factores bio-psico-sociales pueden ser determinantes para conocer la conducta de los pacientes ante la toma de medicación.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

24. MENINGOENCEFALITIS SECUNDARIA AL USO DE ATEZOLIZUMAB EN CARCINOMA HEPATOCELULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

CORRALES PAZ M; MENGUIANO ROMERO Y; RODRIGUEZ MORETA C; GANFORNINA ANDRADES A; MARTÍNEZ BAUTISTA MJ

OBJETIVOS

Describir un efecto adverso (EA) poco frecuente causado por Atezolizumab en un paciente diagnosticado de carcinoma hepatocelular (CHC) avanzado y la intervención multidisciplinar para el manejo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de CHC en un hombre de 53 años con buen estado general que impresiona meningoencefalitis inmunomediada secundaria al tratamiento con atezolizumab. Los datos se obtuvieron de la historia clínica digital Diraya® y del programa de prescripción electrónica de quimioterapia Oncowin®. Se revisó el perfil de seguridad de atezolizumab y bevacizumab en sus fichas técnicas.

RESULTADOS:

El paciente es diagnosticado de CHC avanzado (estadio C según BCLC) en noviembre de 2020. Se solicita a la comisión de farmacia el tratamiento con atezolizumab en combinación con bevacizumab en base a la evidencia publicada por el estudio en fase III IMBRAVE. El 4 de enero de 2021, el paciente acude a tratamiento sistémico con atezolizumab 1200 mg y bevacizumab 15 mg/kg. Quince días tras el tratamiento, el paciente acude a urgencias por cefalea frontal opresiva con evolución de 4 días, fiebre y desorientación. Es ingresado en planta y se realizan pruebas analíticas y hemocultivos que descartan posible meningoencefalitis bacteriana, sospechándose entonces si el EA pudiera estar relacionado con su tratamiento oncológico.

El especialista contacta con farmacia para corroborar si se trata de un EA a atezolizumab/bevacizumab, por lo que el farmacéutico realiza una revisión de las fichas técnicas de ambos medicamentos que confirme el evento (en la ficha técnica de Atezolizumab se describe meningoencefalitis como EA poco frecuente (>1/1000 a <1/100)).

Se administran corticoides para tratar los síntomas y se suspende el tratamiento atezolizumab/bevacizumab.

Seguidamente, el paciente se recupera mostrando una buena evolución clínica a los pocos días. Además, se observa tras pruebas radiodiagnósticas, respuesta parcial con disminución del tamaño del tumor según Response Evaluation Criteria In Solid Tumors (RECIST) con una dosis única de tratamiento. Finalmente, el clínico decide cambiar de línea de tratamiento a Sorafenib debido al EA producido. La sospecha de reacción adversa fue notificada al centro de farmacovigilancia.

CONCLUSIONES:

Atezolizumab/bevacizumab puede ser utilizado exitosamente como línea de tratamiento del CHC dado su evidencia científica. Sin embargo, es importante conocer los EA de estas terapias para manejarlos adecuadamente y evitar un agravamiento en la salud del paciente. Es fundamental la labor del farmacéutico en la validación de los tratamientos de los pacientes y la colaboración multidisciplinar, para monitorear los EA asociados al fármaco, entre otras cosas, y obtener un adecuado control de la enfermedad.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

27. SEGURIDAD EN EL USO DE ANTIDIABÉTICOS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

CIUDAD GUTIÉRREZ P; FERNÁNDEZ RUBIO B; HEVIA ÁLVAREZ E

OBJETIVOS

Evaluar los cambios realizados en las prescripciones de antidiabéticos en pacientes de 80 años o más en un hospital tercer nivel como estrategia de mejora en la seguridad de la terapia antidiabética.



MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, multidisciplinar y retrospectivo llevado a cabo entre enero y julio de 2021 en una cohorte de pacientes mayores de 80 años con tratamiento antidiabético. La cohorte fue seleccionada por un farmacéutico clínico utilizando el programa Microstrategy®. Posteriormente, los tratamientos fueron revisados por los médicos responsables. Variables recogidas: demográficas (sexo, edad, y servicio clínico del paciente) y terapéuticas [número de pacientes cuyo tratamiento fue revisado por un médico especialista, número de pacientes que tuvieron un cambio en su terapia antidiabética y modificación realizada (aumento o disminución de dosis, retirada del fármaco antidiabético o adición de un nuevo fármaco antidiabético insulínico o no insulínico)].

A partir de las variables recogidas se calculó el porcentaje de pacientes que tuvieron una desintensificación en el tratamiento antidiabético por disminución de dosis o por retirada y una intensificación por aumento de dosis o adición de un nuevo antidiabético.

RESULTADOS:

101 pacientes (49,5% mujeres), media de edad $83,8 \pm 3,1$ años. Servicios clínicos: Endocrinología (50,5%), Urología y Nefrología (18,8%), Medicina Interna (17,8 %) y otros (12,9%).

40 pacientes (40 %) modificaron su tratamiento antidiabético: 14 cambio de dosis [9 disminución (64 %) y 5 aumento de dosis (36 %)], 7 retirada y 19 adición de un nuevo fármaco antidiabético [8 adición de insulina (42 %), y 11 terapia no insulínica (58 %)].

El 40% de los pacientes que modificaron su tratamiento antidiabético tuvieron una desintensificación del tratamiento (56% mediante disminución de dosis y 44% por retirada del fármaco antidiabético), mientras que el 60% restante lo intensificó (21% por aumento de dosis y 79% por adición de un nuevo fármaco antidiabético).

CONCLUSIONES:

Los cambios realizados en las prescripciones de antidiabéticos se orientaron principalmente hacia la intensificación del tratamiento. Este resultado se encuentra alejado de los criterios iniciales de desintensificación para evitar hipoglucemias, manifestando la necesidad de acompañar esta estrategia de seguridad de otras como reuniones multidisciplinarias que permitan acordar conjuntamente la necesidad de desintensificar el tratamiento antidiabético.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD**28. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ALIROCUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.****AUTORES**

CIUDAD GUTIÉRREZ P; ALONSO MORENO M; SORIANO MARTÍNEZ M

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con alirocumab en pacientes con hipercolesterolemia en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes con hipercolesterolemia en tratamiento con alirocumab. Se incluyeron aquellos pacientes, desde el 1 de Enero de 2020 hasta el 31 de Marzo de 2021 (15 meses), que iniciaron tratamiento con alirocumab 75 mg/2 semanas y modificaron su pauta posológica a 150 mg/2 semanas en la semana 8 de tratamiento, si no alcanzaron un valor de lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) preespecificado (≤ 100 mg/dl), con el objetivo de comparar los resultados de nuestra cohorte con los obtenidos en los ensayos pivotales. Se recogieron las siguientes variables: variables demográficas (sexo y edad), tratamiento hipolipemiante concomitante (estatinas/ezetimibe), factores de riesgo cardiovascular: (hipertensión, diabetes, tabaquismo activo, obesidad y enfermedad cardiovascular) e indicación (dislipemia mixta, hipercolesterolemia no familiar o hipercolesterolemia familiar heterocigota).

Para evaluar la efectividad se determinó el porcentaje de cambio de colesterol unido a (C-LDL) calculado desde el nivel basal hasta la semana 24 de tratamiento. Para el análisis de seguridad se registraron los efectos adversos reportados por el paciente durante el tratamiento con alirocumab.



RESULTADOS:

Se incluyeron 36 pacientes (66,67 % mujeres) con una mediana de edad de 61 años (rango: 43-78). El 16,67% (n=6) de los pacientes eran fumadores y el resto (83,33%) no fumadores (n=30). El 92% (n=32) tomó estatinas de forma concomitante al tratamiento con alirocumab.

El 92% (n=33) de los pacientes manifestó un riesgo cardiovascular elevado. El 56% (n=20) presentó hipertensión arterial, el 31% (n=11) obesidad, el 39% (n=14) cardiopatía isquémica, y el 19% (n=6) diabetes mellitus.

31 (86,1%) pacientes fueron diagnosticados de hipercolesterolemia familiar, 4 (11,1%) de hipercolesterolemia no familiar y 1 (2,7%) de dislipemia mixta.

La reducción en C-LDL a las 24 semanas de tratamiento con alirocumab fue en torno al 54% respecto al valor basal.

Los efectos adversos sólo se mostraron en el 13,8% (n=5) de los pacientes; 3 presentaron mialgias (8,3%), y sólo dos de ellos manifestaron reacciones en el lugar de la inyección (5,5%).

CONCLUSIONES:

La efectividad en cuanto al perfil lipídico en nuestra cohorte fueron comparables a los estudios pivotaes ALTERNATIVE y FH-II (reducción en C-LDL a las 24 semanas de tratamiento con alirocumab fue en torno al 50% respecto al valor basal).

Con respecto a la seguridad, se registraron menos casos de mialgias (5,4%) en el ensayo pivotal LONG-TERM, aunque se obtuvieron resultados similares en las reacciones en el lugar de la inyección (5,9%).

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD**29. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE NO CONTROLADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL****AUTORES**

CIUDAD GUTIÉRREZ P; ALONSO MORENO M; SORIANO MARTÍNEZ M

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad del benralizumab en pacientes con asma eosinofílica grave no controlada.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes adultos con asma eosinofílica grave no controlada en un hospital de tercer nivel.

Se incluyeron pacientes en tratamiento con benralizumab desde Julio de 2018 hasta Enero de 2020 incluido. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, fumador (si aplica), pauta posológica del benralizumab, servicio (Alergología o Neumología), último valor registrado del FEV1 pre-broncodilatador hasta el inicio con benralizumab, tratamientos previos y número de exacerbaciones durante el año anterior.

Se recogió el recuento eosinofílico en sangre un año antes y durante el tratamiento y el número de exacerbaciones durante el tratamiento para evaluar la efectividad, y los efectos adversos registrados por el clínico para el análisis de la seguridad.

RESULTADOS:

Se incluyeron 20 pacientes (50% mujeres) con una mediana de edad de 51 años (rango: 16-74). El 40% (n=8) fueron ex-fumadores y el resto (n=12) no fumadores. La pauta posológica prescrita del benralizumab en todos ellos fue de 30 mg cada 4 semanas las 3 primeras dosis y posteriormente cada 8 semanas.

El último valor registrado del FEV1 pre-broncodilatador antes de iniciar el tratamiento con benralizumab fue inferior del 80% en el 80% de los pacientes (n=16).

El 10% (n=2) de los pacientes fue tratado por el Servicio de Alergología y el 90% (n=18) por el servicio de Neumología.

Todos los pacientes recibieron previamente corticoides inhalados y agonistas β_2 de acción prolongada. Además de estos tratamientos, el 30% (n=6) recibió exclusivamente mepolizumab, el 15% (n=3) omalizumab y el 40% (n=8) recibió ambos tratamientos previamente. Solamente el 15% (n=3) inició directamente tratamiento con benralizumab.

El 25% (n=5) presentó 1 exacerbación en los 12 meses previos al tratamiento, el 10% (n=2), 2 y el 65% (n=13), 3 ó más.



La mediana de eosinófilos un año antes del tratamiento fue de 366 células/ μ L (rango: 0-1240) presentando un 40% de los pacientes más de 300 células/uL. Durante el tratamiento con benralizumab, la mediana de eosinófilos fue de 10 células/ μ L (rango: 0-20).

La mediana de exacerbaciones durante el tratamiento con benralizumab fue de 1 (rango:0-3).

Los efectos adversos se mostraron únicamente en el 15% (n=3): 1 de ellos presentó faringitis, otro paciente cefalea y en los 3 pacientes se registraron episodios de fiebre durante el tratamiento.

CONCLUSIONES:

Respecto a la efectividad, al igual que ocurre en los ensayos pivotaes (SIROCCO y CALIMA), se ha observado una disminución de las exacerbaciones y de los eosinófilos en todos los pacientes del estudio una vez iniciado el tratamiento. En cuanto a la seguridad, sólo un pequeño porcentaje presentó efectos adversos y todos ellos descritos en la literatura, siendo el más frecuente la fiebre.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

30. PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN AL VIH: EXPERIENCIA DE USO

AUTORES

GARCÍA GIMÉNEZ I; RODRÍGUEZ JORGE M; PELÁEZ BEJARANO A; MONTERO PÉREZ O

OBJETIVOS

En noviembre de 2019 comenzó el proyecto SIPrEP [Sistema de Información de los Programas de Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)] a nivel nacional. Este proyecto busca monitorizar el uso de la preexposición al VIH (emtricitabina 200mg/tenofovir disoproxil 245 mg una vez al día vía oral), donde se recogen variables sociodemográficas de la persona que usa la PrEP, su uso y seguimiento (efectos adversos, adherencia), variables clínicas (diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS), función renal) y conductuales (chemsex, prácticas de riesgo).

El objetivo de este estudio es analizar el uso de PrEP en un hospital universitario de especialidades desde el inicio del proyecto.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo donde se recogieron los siguientes datos desde 01/11/19 hasta 31/12/21 de todas las personas que iniciaron PrEP: edad, sexo, inicio y fin de tratamiento, motivo del fin de tratamiento, grupo de riesgo (cis, homosexual, transexual, mujeres en prostitución, usuarios de drogas inyectadas), ITS previas, ITS durante el uso de PrEP, uso de preservativo >50% S/N, chemsex S/N, procedencia (atención primaria, iniciativa propia, ONG, otros), media de parejas diferentes al trimestre, comorbilidades, filtrado glomerular >80 mL/min al inicio del tratamiento, alteración del FG durante el tratamiento S/N, reacciones adversas asociadas a la medicación.

RESULTADOS:

Un total de 33 personas iniciaron el tratamiento. Todos ellos hombres, del grupo de riesgo homosexual, con una mediana de edad de 32 años (18-53), y una mediana de seguimiento de 190 días (30-690). El 84,8% había presentado al menos una ITS previa al inicio de PrEP, siendo las más prevalentes gonorrea (28,6%), clamidia (25%) y sífilis (21,4%). Durante el uso de PrEP, el 57,6% presentó al menos una ITS, siendo las más prevalentes clamidia (26,3%) y gonorrea (21,1%). Ninguna persona se infectó de VIH. El 63,6% refiere no usar preservativo en más de la mitad de las relaciones sexuales. En cuanto a la práctica de chemsex, el 57,6% había usado al menos una vez drogas en sus relaciones. El 18,2% presenta alguna comorbilidad (2 personas con asma, 1 con DM1, 1 con colitis ulcerosa, 1 con epilepsia). En lo referente a la procedencia, el 51,5% acuden desde atención primaria, 30,3% vienen por iniciativa propia, el 3% proceden de ONGs y 3% de un traslado de otra comunidad autónoma. En el 9,1% se suspendió el tratamiento, siendo los motivos en esas 3 personas: rectorragia por ITS, pérdida de seguimiento y abandono del tratamiento por pareja estable. El 97% presentaba un FG>80 ml/min, sin verse alterado durante el seguimiento en ningún caso. La mediana del número medio de parejas diferentes al trimestre es de 21 (3-100). No hubo efectos adversos asociados al tratamiento.

CONCLUSIONES:

El uso de PrEP es seguro y bien tolerado por los usuarios. Ninguna persona se infectó de VIH. Sin embargo, se debería realizar campañas de educación sexual para recalcar el uso del preservativo para evitar transmisión de otras ITS.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS**31. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y LA SEGURIDAD DE ECULIZUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL****AUTORES**

NIEVAS BAÑOS AB; APARICIO CASTELLANO B; GUZMAN CORDERO C

OBJETIVOS

Eculizumab es un anticuerpo monoclonal que se une a la proteína del complemento C5 humana e inhibe la activación del complemento terminal provocando que no se produzca la reacción en cadena de este. Se aplica en hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN), en síndrome anémico hemolítico (SHUa), en miastenia gravis y en microangiopatía terminal óptica (TENMO). El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y la seguridad de eculizumab para sus distintas indicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo, y multidisciplinar realizado en un hospital de tercer nivel donde se incluyeron todos los pacientes tratados con eculizumab desde enero de 2016 hasta diciembre de 2021. La indicación que más pacientes recogió fue SHUa (71,42%), HPN (21,42%), y mielitis óptica (7,14%), no encontrándose ningún caso de miastenia gravis. Los datos se obtuvieron mediante revisión de la historia clínica Diraya®, programa Farmis-Oncofarm® y el registro de tratamientos del programa de Pacientes externos (Dominion®). Se recogieron variables demográficas generales (sexo, edad, peso, comorbilidades asociadas). Para valorar la efectividad se seleccionaron las siguientes variables antes y después del tratamiento con eculizumab: enfermedad previa causante de microangiopatía trombótica (MAT), parámetros hematológicos (Hemoglobina, plaquetas), parámetros bioquímicos (lactato deshidrogenasa, urea) y la función renal (creatinina). La seguridad se evaluó por los efectos adversos observados durante el tratamiento con eculizumab. Para realizar el análisis de los resultados se utilizó el programa Minitab statistical.

RESULTADOS:

En este estudio se incluyeron 14 pacientes (9 mujeres y 5 hombres) con una mediana de edad de 42 años (4-73). La media de peso fue de 57,65Kg ±15,84DS. La enfermedad de base principal de SHUa fue genética seguida de trasplante renal mientras que para HPN estaba principalmente asociada a anemia aplásica. Las comorbilidades asociadas más frecuentes fueron; Hipertensión arterial (21,42%), problemas del tiroides (21,42%) y otros como fumador/exfumador, dislipemia y asma (7,14%). El tratamiento con eculizumab fue administrado una media de 76,7 (IC95%, 13,6-139,7) dosis para HPN mientras que para SHUa fue de 45,8 dosis (IC95%, 5,3-86,06). Hubo 6 pacientes de SHUa a los que se le suspendió el tratamiento con eculizumab: 5 de ellos por resolución del cuadro y un paciente por falta de respuesta.

Los parámetros hematológicos medios previos al tratamiento con eculizumab fueron de hemoglobina 8,57g/dl (IC95%, 7,26-9,88), plaquetas 132,75 10³/μL (IC95%, 80,86-184,64) mientras que los parámetros bioquímicos medios previos fueron de LDH 900,33U/L (IC95%, 349,07-1451,60) y de urea 159,00mg/dl (IC95%, 107,30-210,70). Después de 6 meses de tratamiento con eculizumab, los parámetros hematológicos medios fueron hemoglobina de 11,11g/dl (IC95%, 10,02-12,20), plaquetas 202,86 10³/μL (IC95%, 130,06-275,65) y los parámetros bioquímicos fueron de LDH 227,10U/L (IC95%, 177,20-277,00) y urea 73,18mg/dl (IC95%, 47,88-98,48).

Finalmente la función renal pasó de ser 3,58mg/dl (IC95%, 2,22-4,94) a 2,10mg/dl (IC95%, 1,01-3,14) al tratarse con eculizumab.

No se encontraron efectos adversos relacionados con eculizumab salvo un caso de hipersensibilidad al fármaco.

CONCLUSIONES:

Dentro de las distintas indicaciones de eculizumab, SHUa es la patología más frecuente siendo en esta donde ha alcanzado remisiones del cuadro clínico demostrando una mejoría y un mantenimiento de los parámetros hematológicos, bioquímicos y de la función renal siendo un fármaco muy seguro.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS**32. USO DE RITUXIMAB EN TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA****AUTORES**

GARCÍA GIMÉNEZ I; PELÁEZ BEJARANO A; RODRÍGUEZ JORGE M; BLANCO ESPESO T; SÁNCHEZ GÓMEZ E

OBJETIVOS

La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) se define como una forma de neumonía crónica, progresiva, con fibrosis intersticial, caracterizada por un empeoramiento progresivo de la disnea y de la función pulmonar. Está asociada a la exposición continua de materiales peligrosos, al empleo de ciertos fármacos y a enfermedades autoinmunes, pero a veces la causa es desconocida. El tratamiento habitual de esta patología comprende el uso de glucocorticoides, de inmunosupresores (ciclofosfamida) e inmunomoduladores (micofenolato de mofetilo), aunque frecuentemente la afectación pulmonar acaba progresando, y por ello actualmente se busca una alternativa entre los agentes biológicos. Rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico murino/humano (inmunoglobulina G1) anti-CD20, provocando la depleción de células B. Está indicado en el tratamiento de diversas patologías (linfoma no Hodgkin, leucemia linfática crónica, artritis reumatoide, etc) pero sin embargo no se encuentra recogido en ficha técnica su uso en EPID. Analizar el uso off label de rituximab en el tratamiento en última línea de pacientes con EPID al haber progresado tras tratamiento convencional.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluye a todos los pacientes que han recibido rituximab en el tratamiento de EPID, desde agosto 2018 hasta diciembre 2021. La información fue obtenida del registro de medicamentos en situaciones especiales del Servicio de Farmacia y del programa de Historia Clínica Digital de Andalucía (DIRAYA®).

RESULTADOS:

Se incluyeron 4 pacientes, de los cuales 2 eran mujeres. La mediana de edad fue de 60 años (46-71). Todos los pacientes fueron diagnosticados de EPID asociado a otras patologías (a síndrome de Sjogren, dermatomiositis, conectivopatía, y esclerodermia). Todos los pacientes habían recibido glucocorticoides (bolus intravenoso y vía oral), ciclofosfamida (bolus intravenoso) y micofenolato (vía oral) primeramente, y sólo uno además recibió metotrexato.

Dosificación: Dos de los pacientes recibieron rituximab 5 mg/kg/semana, y otros dos a 375 mg/m²/semana, y la duración del tratamiento fue de 4 semanas.

Eficacia: dos de los pacientes refirieron una mejoría clínica inmediata desde la administración (menos disnea y mejor ventilación), presentando uno de ellos una mejoría espirométrica y otro una disminución de la necesidad de aporte externo de oxígeno. Un paciente obtuvo 26 meses de beneficio, otro paciente 9 meses (precisando un aumento de dosis de micofenolato) y otro 6 meses. Otro presentaba una situación clínica agónica y no hubo criterios para valorar beneficio. Dos de ellos recibieron otro ciclo de rituximab tras empeoramiento clínico, sin una mejoría aparente.

Seguridad: dos pacientes ingresaron por infección respiratoria tras recibir el tratamiento completo con rituximab (clasificado como posible según el algoritmo de Karch-Lasagna modificado (KL)). Un paciente sufrió disnea aguda y malestar intenso asociados a la administración del fármaco (posible según KL). Dos pacientes fallecieron: 1 por la propia patología, otro por infección por SARS-CoV-2.

CONCLUSIONES:

Ante la experiencia mostrada, rituximab podría ser una alternativa potencial en aquellos pacientes con agravamiento de la EPID. No obstante, son necesarios más estudios que establezcan la dosificación preferente a emplear, la duración de la respuesta en el tiempo así como efectos adversos a largo plazo, y una medición objetiva del beneficio clínico obtenido.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**35. PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON BENDAMUSTINA: A PROPÓSITO DE UN CASO****AUTORES**

ROJAS ALBARRÁN A; REDONDO GALÁN C; RIVAS RODRIGUEZ MD; GIL GARCÍA A; GRAGERA GÓMEZ M



OBJETIVOS

Describir un caso de pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA) secundaria a bendamustina y la intervención multidisciplinar en el manejo del mismo

MATERIALES Y MÉTODOS:

Descripción de un caso clínico. Los datos fueron recogidos de la historia clínica electrónica del paciente y del programa informático de pacientes ambulatorios Farmatools®. También se revisó bibliografía en la que se describen casos de toxicodermias relacionados con bendamustina y otros agentes antineoplásicos

RESULTADOS:

Se presenta el caso de un paciente varón de 20 años con diagnóstico en junio de 2020 de micosis fungoide/síndrome de Sezary estadio IVA2. Tras varias líneas de tratamiento (metotrexato, gemcitabina, COP, interferón, retinoides) con evolución tórpida, inicia terapia con bendamustina 100 mg/m² y brentuximab 1,8 mg/kg. Horas después de la administración del tercer ciclo el paciente comenzó con fiebre acompañada de edemas y eritema facial no pruriginoso. Esa misma noche también presentó polidipsia, diaforesis profusa y oliguria así como el desarrollo de pústulas y lesiones ampollosas por tronco superior y cara. Tuvo que ser ingresado. Durante el ingreso fue valorado por Dermatología que toman biopsia cutánea para estudio anatomopatológico y frotis de pústula para cultivo microbiológico con hallazgos concordantes de PEGA de probable origen farmacológico. Se sospechó principalmente de bendamustina, por casos descritos en la literatura, aunque no se descartó que se pudiera deber a brentuximab. La actitud terapéutica consistió en la suspensión de ambos fármacos, la aplicación de fomentos de permanganato potásico 1/20000 elaborado por el servicio de Farmacia y la continuación de su tratamiento con dexametasona, que ya tomaba previamente por su proceso hematológico y que ayudó a controlar los síntomas y acortar la duración del proceso. El paciente tuvo resolución clínica completa a los tres días del ingreso y fue dado de alta. Se realizó consulta a Alergias para determinar a qué fármaco concreto pudo deberse la reacción y se solicitó a Farmacia la preparación para pruebas cutáneas en prick e intradermorreacción de brentuximab a concentración de 5 mg/mL- 0,5 mg/mL y 0,05 mg/mL y de bendamustina a concentración de 2,5 mg/mL- 0,25 mg/mL y 0,025 mg/mL. Las lecturas inmediatas y tardías fueron negativas para brentuximab y positivas para bendamustina. Con estos resultados se decidió la suspensión estricta de bendamustina. En cuanto a brentuximab, a pensar de la lectura negativa en las pruebas dérmicas, se decidió su administración controlada en la unidad de alergias a medicamentos, que se dio sin incidencias y con buena tolerancia. El resto de ciclos de brentuximab se administraron en el hospital de día sin incidencias.

CONCLUSIONES:

PEGA y otras toxicodermias como el síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica (SSJ/NET) son reacciones de hipersensibilidad poco frecuentes, pero graves, de origen generalmente farmacológico. El tratamiento consiste en la supresión del fármaco sospechoso de estar produciendo la reacción y el control de los síntomas. Es importante la implicación de un equipo multidisciplinar que permita realizar un diagnóstico diferencial para determinar el tipo de toxicodermia, conocer y saber identificar los síntomas así como controlarlos, y completar el estudio con pruebas que confirmen el agente causal de la reacción.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

36. EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DURANTE UN PERÍODO DE 10 AÑOS EN PACIENTES VIH EN UNA COHORTE DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

AUTORES

CONTRERAS MACÍAS E; GARCIA LLORET P; LAO DOMÍNGUEZ FÁ; MORILLO VERDUGO R

OBJETIVOS

Determinar la evolución de la terapia antirretroviral (TAR) en una cohorte de práctica clínica habitual durante los años 2010-2019.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio multidisciplinar, observacional, retrospectivo, analítico y unicéntrico donde se incluyeron pacientes VIH con TAR formado por triple terapia seguidos en consultas externas de Atención Farmacéutica a pacientes con patologías víricas entre 1 Enero 2010–31 Diciembre 2019. Se recogieron variables demográficas: sexo, edad y estadio SIDA; clínicas: niveles



de linfocitos-CD4, carga viral, presencia de comorbilidad y su patrón; farmacoterapéuticas: medicación concomitante, polifarmacia (sí/no) y TAR. Los regímenes de TAR están formados por un *backbone* constituido por dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos (ITIANN) y un tercer fármaco que pueden ser un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogos (ITINN), inhibidores de proteasa (IP) o inhibidor de la integrasa (ININ). Además de considerar regímenes formados por un único comprimido diario (STR) o por más de comprimido y/o toma diaria (MDR) Los datos se obtuvieron de la historia clínica, programa de receta electrónica y programa de dispensación de pacientes externos. El tratamiento estadístico empleado para analizar la variación del TAR fue la prueba Chi-cuadrado de regresión lineal, así como la prueba Chi-cuadrado para conocer la evolución de estrategias STR, realizadas con SPSS® V25.0.

RESULTADOS:

Se incluyeron 729 pacientes, 81.1% hombres. Al inicio de la década el 31.9% de los pacientes eran mayores de 50 años, cifra que aumenta hasta alcanzar el 56.0% en 2019. A lo largo de toda la década más del 80.0% de los pacientes presentaba niveles de linfocitos-CD4 >200 céls/μL y más del 75.0% carga viral indetectable. Respecto al estadio SIDA, se observa una tendencia decreciente desde un 44.8% en 2010 hasta el 23.6% en 2019. Durante toda la década se produjo un incremento en la presencia de comorbilidades alcanzando el 62.9% en 2019 ($p < 0.001$). A lo largo de todo el periodo de estudio se mantiene como principal patrón de multimorbilidad el asociado a patología cardiovascular (62.4%), seguido de enfermedades neurológicas-psiquiátricas (62.4%). Los pacientes incluidos presentaban una mediana de 2 fármacos concomitantes (RIQ: 1-4), donde el 25.7% pacientes presentaban polifarmacia. El análisis del tercer fármaco que conforma el TAR en la década confirma el cambio del tercer fármaco siendo en 2010 principalmente los regímenes basados en IP (39.0%) seguidos de ITINN (38.0%), tendencia que ha evolucionado siendo en 2019 el principal tercer fármaco ININ (55.0%) seguidos de IP (28.6%) (p para tendencia lineal < 0.01). Además existe una tendencia creciente para el uso de estrategias STR llegando a ser prescritas en el 80.7% de los pacientes en 2019 ($p < 0.01$).

CONCLUSIONES:

Como consecuencia de las mejoras en el TAR, se está produciendo un envejecimiento de la población VIH que lleva consigo la aparición de comorbilidades y, consecuentemente, la aparición de polifarmacia. La evolución a esquemas terapéuticos STR y que contienen ININ ponen de manifiesto la importancia de una atención farmacéutica individualizada y optimización terapéutica para mejorar el cuidado de esta población.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

38. PROGRAMAS DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA: UCI

AUTORES

ÓRPEZ RAMÍREZ ÁC; CÓRDOBA SOTOMAYOR MD; JIMÉNEZ LÓPEZ Y

OBJETIVOS

Los errores de medicación, y el riesgo de eventos adversos, son más frecuentes en los pacientes ingresados en UCI debido a su gravedad y complejidad. Es necesario planificar las prácticas seguras a implantar para minimizar el riesgo de errores. Comparar el cumplimiento de los elementos esenciales de seguridad relacionados con la implantación de programas de calidad y gestión de riesgos en la UCI de un hospital de segundo nivel, con respecto al resto de hospitales.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Utilizamos el "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en UCI" desarrollado por ISMP (Instituto para el Uso Seguro del Medicamento).

De junio a septiembre de 2020 un equipo multidisciplinar (intensivista, farmacéutico y enfermera) llevó a cabo la autoevaluación. El cuestionario está constituido por 147 ítems, agrupados en 10 elementos clave. El elemento clave 10, relacionado con los programas de calidad y gestión de riesgos, está constituido por 15 ítems, cada uno con una puntuación máxima alcanzable.

Se lleva a cabo un estudio comparativo del cumplimiento de estos ítems por parte de nuestro centro con respecto a la media de los centros autoevaluados ($n=41$), para identificar áreas de mejora prioritarias.

RESULTADOS:

Este elemento evaluable cumple en un 25%.



Se recoge cada ítem: el resultado de nuestro centro, la puntuación máxima alcanzable y media de hospitales autoevaluados (X;Y;Z)

Seguridad del paciente incluida en la misión/visión/valores (4/4/3,8)

Cargos intermedios con formación específica en cultura de seguridad (3/4/3)

Objetivos específicos de seguridad del medicamento en el plan estratégico (4/10/6,5)

Visitas estructuradas periódicas a UCI para abordar seguridad y calidad (0/4/1,5)

Procedimiento normalizado ante un error humano (0/8/5)

Comunicación a familiares y pacientes de errores de medicación (4/8/4)

Difusión a profesionales de definición y ejemplos de errores y situaciones que se deben notificar (2/4/2)

Los incidentes notificados incluyen errores reales y potenciales (2/4/3)

Se analizan exhaustivamente los errores de medicación graves, junto con los profesionales implicados, y se recomiendan mejoras (4/8/4)

Se analizan todos los errores notificados para buscar las causas subyacentes e implantar mejoras (0/12/6)

Los errores de prescripción se registran, analizan y se implantan mejoras (0/4/1,8)

Se registran y analizan los errores de dispensación, preparación y etiquetado, para identificar mejoras (2/4/2)

Se informa a los profesionales de los riesgos notificados y las mejoras identificadas (1/6/2)

Se evalúa el sistema completo de utilización de medicamentos cada 2-3 años (0/12/2)

Métodos objetivos y cuantitativos para medir la seguridad, evaluar el resultado y demostrar las mejoras (0/12/1,5)

Mejoras identificadas: visitas estructuradas periódicas con la dirección para abordar seguridad y calidad; procedimiento normalizado de actuación ante errores; equipo multidisciplinar para la revisión de errores notificados, identificar causas e implantar mejoras; análisis de errores de prescripción detectados; revisión periódica del sistema completo de utilización de medicamentos; implantación de métodos objetivos para medir la seguridad y definición de indicadores de resultado.

CONCLUSIONES:

La evaluación y análisis continuo con esta herramienta y la comparación a través de ella con otros hospitales de nuestro entorno, nos ha permitido conocer exactamente nuestra situación y planificar objetivos para mejorar la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

40. SECUENCIACIÓN DE BIOLÓGICOS EN EL ASMA GRAVE Y CAMBIOS EN LA NECESIDAD DE RESCATE CON GLUCOCORTICOIDES ORALES.

AUTORES

MUÑOZ CEJUDO BM; CANTILLANA SUAREZ MDG; CANCELA DIEZ B; GARCIA AGUDO S; MORA MORA MA

OBJETIVOS

Analizar la secuenciación de fármacos biológicos en pacientes con asma grave no controlado (AGNC) y comparar la necesidad de empleo de glucocorticoides orales (GCO) como rescate para las exacerbaciones de dicha enfermedad, antes y después de cambiar de biológico.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron los pacientes con AGNC que cambiaron de tratamiento biológico durante el periodo de un año (desde el 01/01/2021 hasta el 01/01/2022) en un hospital comarcal. Los tratamientos biológicos seleccionados para el estudio fueron omalizumab (OMA), mepolizumab (MEPO) y benralizumab (BENRA). Las variables analizadas fueron: sexo, edad en el momento del análisis (enero 2022), fenotipo, tratamiento biológico actual y previos, fecha de inicio y fin de cada uno de ellos, motivo del cambio, necesidad de tratamiento con GCO antes y después del cambio de biológico. Dichas variables fueron recogidas de la historia clínica electrónica y del programa de prescripción electrónica APD-ATHOS®.

RESULTADOS:

Se identificaron 99 pacientes en tratamiento con fármaco biológico para el AGNC, 17 de los cuales cambiaron de biológico durante el periodo de estudio. La mediana de edad fue de 48 (rango:24-81) años, el 77,78% (n=13) eran mujeres y el fenotipo mayoritario fue asma eosinofílica en un 94,12% (n=16). Secuenciaron a un segundo biológico 13 (76,47%)



pacientes. De estos pacientes, ocho cambiaron de MEPO a BENRA con una duración media de tratamiento de 13 meses con MEPO; tres pacientes cambiaron de OMA a MEPO con una duración media de 14 meses con OMA; y dos pacientes cambiaron de OMA a BENRA con una duración media de 18 meses con OMA. De los 17 pacientes, fueron cuatro (23,53%) los que secuenciaron a un tercer biológico: dos pacientes rotaron con MEPO-BENRA-MEPO siendo la duración media del primer biológico 12,6 meses y del segundo 5,3 meses; un paciente rotó con OMA-MEPO-BENRA siendo la duración de OMA y MEPO de 12 y 6 meses respectivamente; y otro paciente rotó con OMA-MEPO-OMA siendo la duración de OMA y MEPO de 72 y 12 meses respectivamente y el motivo de vuelta a OMA fue por reacciones adversas a MEPO. El motivo del cambio mayoritario fue por falta de control de los síntomas y exacerbaciones del AGNC. El 94,12% (n=16) de los pacientes necesitaban GCO antes de cambiar de tratamiento biológico, superando 6 de ellos la dosis equivalente a 5 mg/día de prednisona. Tras el cambio de tratamiento biológico, 11 (64,70%) pacientes siguieron necesitando GCO, aunque sí que se observó que ninguno llegó a superar la dosis equivalente de 5 mg/día de prednisona.

CONCLUSIONES:

La necesidad de secuenciación de biológicos en AGNC tiene baja incidencia en la población de estudio, lo que puede ser interpretado como un buen control de la enfermedad gracias al uso de biológicos. La secuenciación de biológicos no ha mostrado el resultado esperado con respecto a la disminución del uso de GCO para el control de la enfermedad, pero sí que mostró una reducción en la dosis requerida. No obstante, sería necesario continuar el estudio para poder dar resultados más concluyentes.

CLASIFICACIÓN: HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

41. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS EN UN NUEVO EMPLAZAMIENTO

AUTORES

FERNÁNDEZ RUBIO B; LORA ESCOBAR SJ; SUÁREZ CASILLAS P; PÉREZ BLANCO JL; SORIANO MARTÍNEZ M

OBJETIVOS

En septiembre de 2021, el Servicio de Farmacia inauguró seis consultas de atención a pacientes externos en un nuevo emplazamiento con un robot de dispensación automática de medicación. El objetivo es evaluar el grado de satisfacción de los pacientes tras acudir a las nuevas consultas y compararlo con los resultados de años anteriores para detectar oportunidades de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional prospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Las encuestas se cumplimentaron en 2019 y posteriormente en 2021. Se utilizó una encuesta de satisfacción normalizada que los pacientes rellenaban de forma anónima y voluntaria tras ser atendidos por un farmacéutico especialista. La encuesta estaba compuesta por 7 preguntas en las que el paciente puntuaba del 1 (peor valoración) al 5 (mejor valoración) distintos aspectos de la farmacia: localización de las consultas, tiempo de espera, intimidad, comodidad de la consulta, información recibida sobre el tratamiento, trato y amabilidad del personal y horario de la consulta. También se evaluaba si el farmacéutico se había identificado al inicio de la consulta (sí/no) y se puntuaba del 1 al 10 el nivel de satisfacción global con la consulta. Se calculó la media y la desviación estándar de cada respuesta numérica y el porcentaje de la pregunta dicotómica utilizando el programa Excel 2016®.

RESULTADOS:

En las encuestas realizadas en el año 2019, los resultados fueron: localización de las consultas 4,15±0,75, tiempo de espera 3,75±0,72, intimidad 3,85±1,04, comodidad de la consulta 3,85±0,81, información recibida 4,6±0,6, trato y amabilidad del personal 4,85±0,37 y horario de la consulta 4,1±0,79. En el 100% de las encuestas, el personal se identificó al hacer la dispensación. El grado de satisfacción global fue de 9,15±0,81.

En las encuestas realizadas en el año 2021 (n=92), la puntuación obtenida fue: localización de las consultas 3,98±1,08, tiempo de espera 3,74±0,85, intimidad 4,42±0,76, comodidad de la consulta 4,29±0,83, información recibida 4,37±0,74, trato y amabilidad del personal 4,66±0,54 y horario de la consulta 4,02±0,75. El personal se identificó en el 66,30% de las encuestas realizadas. La satisfacción global fue del 9,07±1,05.



CONCLUSIONES:

El grado de satisfacción global percibido por los pacientes en los dos periodos es muy alto. Con el nuevo emplazamiento, se observa una notable mejoría en los apartados de intimidad y comodidad de la consulta. Dos puntos de mejora detectados son la disminución del tiempo de espera y la necesidad de identificación por parte del personal.

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

42. ANÁLISIS MULTIMODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN EL PROCESO DE DISPENSACIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO.

AUTORES

MARTÍN ROLDÁN A; SÁNCHEZ SUAREZ MDM; SALMERÓN COBOS AY

OBJETIVOS

Analizar las reclamaciones de medicación realizadas a través del procedimiento establecido en el hospital con varios modelos de receta, identificar las faltas presentes en los distintos procesos y proponer medidas de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio transversal prospectivo realizado de noviembre a diciembre de 2021 en el que se recogieron diariamente las reclamaciones y se clasificaron en función de si eran pertenecientes al sistema de dosis unitario o stock.

Las reclamaciones de dosis unitaria a su vez se dividieron por área (hospital general, materno o neurotraumatológico), tipo de medicamento y motivo de la reclamación.

Los motivos se dividieron en función de si se habían producido en horario de carga de carros, fuera del mismo o si se trataba de medicamentos no prescritos en la orden médica. En cuanto al tipo de medicamento reclamado se clasificaron según si estaban ubicados fuera de carrusel(A), con rotura de stock(B), multidosis o dispensados a demanda(C), aportados por los pacientes(D) u otros(E).

A continuación, se elaboró un Análisis Multimodal de Fallos y Efectos (AMFE) donde se identificaron los inconvenientes que podrían estar relacionados con cada reclamación teniendo en cuenta las partes del proceso(validación farmacéutica, preparación del carro o preparación de pedidos de planta).

RESULTADOS:

Se analizaron un total de 2366 reclamaciones de las cuales un 50% correspondían a reclamaciones pertenecientes al sistema de dosis unitarias y un 48.4% a stock. Dentro de las de stock un 51.6% pertenecían a urgencias.

El 68.9% de los motivos de reclamación eran medicamentos que estaban prescritos en la orden médica y de ellos un 77% se prescribieron durante el horario de carga de carros.

El tipo de medicamento reclamado más frecuente fueron los medicamentos multidosis(62.8%) y medicamentos no incluidos en guía(26.4%).

Finalmente, en el AMFE se identificaron varios puntos críticos y fallos en el proceso de dispensación al paciente: validación farmacéutica (6 fallos) y carga de carros (8 fallos), preparación de pedidos a planta y recepción de pedidos (3 fallos).

Las causas más frecuentes de los mismos fueron la falta de formación y comunicación entre el personal sanitario involucrado así como el desconocimiento de los programas informáticos.

Como acciones de mejora en proceso de validación destacan: introducción de guías farmacoterapéuticas actualizadas para servicios de urgencias y UCI, actualización del listado de medicamentos no incluidos en guía y elaboración de listados de fórmulas magistrales accesibles.

En la preparación del carro: creación de sistemas sencillos de identificación de pacientes, revisión de carros por farmacia y enfermería, actualización y mantenimiento del stock, revisión de la medicación fuera del carrusel y del reenvasado.

Para la preparación de pedidos de planta: actualización de stock de planta y de medicamentos de omniceil, elaboración de procedimientos para comunicar falta de existencias.

Como medida de mejora destacó la formación y comunicación entre el personal sanitario.

CONCLUSIONES:

La utilización del AMFE mostró ser una herramienta efectiva para comprender los distintos puntos estudiados. Los fallos identificados nos permiten detectar los principales riesgos que conducirán a un proceso de mejora continuo en la seguridad de la dispensación de la medicación al paciente.



CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

44. EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN A LENALIDOMIDA

AUTORES

GUZMÁN RAMOS MI; BARRIGA RODRIGUEZ P; ALVARADO FERNÁNDEZ MD

OBJETIVOS

La lenalidomida está autorizada para el tratamiento de mieloma múltiple (MM) y síndrome mielodisplásico (SMD). Se ha descrito una tasa de reacciones de hipersensibilidad del 1-10% y de erupciones cutáneas del 8-36%. A propósito de la presentación de dos casos de exantema cutáneo con eritrodermia descamativa generalizada en nuestro hospital desde el servicio de alergología nos solicitan elaborar un protocolo de desensibilización a lenalidomida (PD-L). Nuestro objetivo es describir la formulación de un PD-L así como evaluar su eficacia y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed sobre desensibilización a lenalidomida prestando especial atención a los resultados obtenidos y a las distintas pautas propuestas por los diferentes autores. Para evaluar la eficacia y seguridad se revisó la historia clínica electrónica.

RESULTADOS:

Durante la revisión bibliográfica se encontraron cuatro estudios que describían distintos casos clínicos y protocolos, con resultados positivos. Se optó por la adaptación de una de las pautas publicadas. El caso clínico 1 consistió en un hombre de 62 años que presentó toxicodermia grado 4 (eritrodermia descamativa generalizada con afectación grave de la piel escrotal-peneana y leve de la mucosa oral y ocular, así como afectación palmar puntiforme) tras segundo ciclo de quimioterapia con lenalidomida. El caso clínico 2 se trataba de un hombre de 64 años que presentó, a los 7 días de la toma de lenalidomida, exantema generalizado con eritrodermia que afecta al 80% de la superficie corporal y xerosis cutánea. Preparación galénica: Se elaboraron tres suspensiones de lenalidomida a diferentes concentraciones (0,025 mg/mL, 0,25 mg/mL y 2,5 mg/mL) a partir de los comprimidos comercializados triturados y disueltos en gel carboximetilcelulosa 1%. Debido a la ausencia de datos sobre estabilidad, la suspensión se preparó inmediatamente antes de su uso. Se utilizó la suspensión de 0,025 mg/ml para obtener las dosis de 0,0025 mg, 0,0075 mg, 0,0125 mg, 0,025 y 0,125 mg; la suspensión de 0,25 mg/ml para obtener las dosis de 0,25 mg, 0,50 mg y 1 mg; y la suspensión de 2,5 mg/mL para obtener las dosis de 1,25 mg, 2,5 mg, 5 mg, 5 mg y 10 mg. Se llevó a cabo la administración de las dosis por vía oral a concentraciones crecientes, previa pauta de premedicación, durante un período de 2 días en los que el paciente permaneció ingresado. La preparación de las suspensiones fue muy sencilla y la administración no presentó complicaciones en ninguno de los casos. Ambos pacientes toleraron adecuadamente el PD-L y recibieron posteriormente 25 mg diarios durante el resto del ciclo de forma ambulatoria. A fecha de análisis los pacientes habían recibido 3 y 2 ciclos respectivamente.

CONCLUSIONES:

Los artículos revisados coinciden en que la desensibilización puede ser una alternativa útil en pacientes alérgicos a lenalidomida. La formulación propuesta es sencilla y fácilmente reproducible. El PD-L propuesto resultó ser eficaz y seguro en ambos casos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

45. INCIDENCIA DE EPISODIOS DE ENDOFTALMITIS EN PACIENTES TRATADOS CON INYECCIONES INTRAVÍTREAS ELABORADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

TUDELA TOMÁS J; PLA PASÁN R; GANFORNINA ANDRADES A; RODRÍGUEZ MORETA C; ROLDÁN MORALES JC; FERNÁNDEZ ANGUITA MJ

OBJETIVOS

Las inyecciones intravítreas son procedimientos mínimamente invasivos, utilizados como vía de administración de medicamentos en distintas patologías oftalmológicas. El tratamiento intravítreo se considera actualmente el tratamiento



de elección para diversos trastornos retinianos y coroides, por su capacidad para aumentar los efectos terapéuticos oculares de muchos agentes, reduciendo la incidencia de eventos adversos sistémicos graves.

Algunas de las patologías que con mayor frecuencia requieren inyecciones intravítreas son: la Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE), endoftalmitis y uveítis.

Entre los distintos fármacos que se utilizan encontramos fármacos contra Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (antiVEGF) como aflibercept y ranibizumab, y diversos antimicrobianos tales como ceftazidima, vancomicina, tobramicina, clindamicina, voriconazol y ganciclovir.

El objetivo del estudio fue evaluar la incidencia de episodios de endoftalmitis en pacientes tratados con inyecciones intravítreas elaboradas en el Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El proceso de elaboración de inyecciones intravítreas se llevó a cabo según la “Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria del Ministerio de Sanidad Nacional”.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a los pacientes tratados con inyecciones intravítreas preparadas en el servicio de farmacia desde enero de 2016 hasta junio de 2021.

Se revisaron los registros de preparaciones de mezclas intravenosas realizadas en ese periodo, así como las historias clínicas digitales de los pacientes. Las variables del estudio fueron: número de inyecciones intravítreas preparadas, tratamiento previo, tratamiento actual y aparición de endoftalmitis.

RESULTADOS:

El número total de inyecciones intravítreas preparadas en el servicio de farmacia en el período de estudio fue de 17707. De estas, el 2,93% (n=520) fueron de antimicrobianos, siendo el 0,92% del total de ceftazidima (n=164), el 1,09% (n=193) de vancomicina, el 0,06% (n=10) de tobramicina, el 0,04% (n=7) de clindamicina, el 0,60% (n=106) de voriconazol, y el 0,23% (n=40) de ganciclovir. Del total de intravítreas preparadas, el 97,06% (n=17187) correspondían a tratamientos dirigidos contra la DMAE, siendo el 70,43% del total (n=12471) de aflibercept, y el 26,63% (n=4716) de ranibizumab. En el periodo de estudio se notificaron al servicio de farmacia 23 endoftalmitis (0,13% de incidencia global) posteriores a la administración de las inyecciones intravítreas, siendo 65,21% (n=15) de ellas tras la administración de antimicrobianos, 8,70% tras la administración de aflibercept (n=2), 4,34% tras la administración de ranibizumab (n=1), y 21,74% (n=5) tras la administración tanto de antimicrobianos como antiVEGF al mismo paciente.

CONCLUSIONES:

El aumento progresivo del uso de inyecciones intravítreas en los últimos años explica el incremento de incidencia de episodios de endoftalmitis, ya que la mayoría de los fármacos utilizados tienen entre sus efectos adversos la posibilidad de causarla.

No obstante, los resultados obtenidos muestran una incidencia de endoftalmitis por debajo de los ensayos descritos en ficha técnica, por lo que podría considerarse una práctica segura. El proceso de elaboración se llevó a cabo en salas blancas, según el proceso general de fraccionamiento de inyectables estériles.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

48. PÉRDIDA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADOR DE BASE EN PACIENTES CON ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE TRAS INICIAR UN BIOLÓGICO

ANTIIL-5.

AUTORES

SANCHEZ GOMEZ E; DOMINGUEZ SENIN L; YAÑEZ FERIA D; RODRIGUEZ JORGE M; LANCHA DOMINGUEZ J; ROMERO LOPEZ J

OBJETIVOS

Describir el grado de adherencia al tratamiento inhalador de base, y las principales variables relacionadas con la situación clínica y adherencia al tratamiento (ACT y TAI), en pacientes con asma eosinofílica refractaria grave tras el inicio del tratamiento con un fármaco antiIL-5.



MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo, realizado en un hospital universitario de especialidades. Se identificaron a los pacientes tratados con un fármaco antiIL-5 para el asma eosinofílica refractaria grave a través de los registros de dispensación a pacientes externos (ATHOS-PRISMA 2.0). Se cuantificó la adherencia al tratamiento inhalador a través de las dispensaciones registradas en el módulo receta XXI de DIRAYA. Se consideró como no adherentes los pacientes con un porcentaje menor del 85% del cociente: días con medicación retirada/días totales. Las variables ACT/TAI se obtuvieron de la revisión de la historia clínica.

RESULTADOS:

Se identificaron 67 pacientes: 36 con benralizumab y 31 con mepolizumab. El 85% fueron de Neumología (57) y el 15% de alergología (10).

Tras el inicio de mepolizumab o benralizumab, fueron no adherentes 16(23,8%) pacientes: 6 con mepolizumab y 10 con benralizumab. 14(87,5%) pacientes de neumología y 2(12,5%) de alergología.

En la cohorte de pacientes en tratamiento y pérdida de adherencia, 3(18,75%) fueron rechazados previamente a iniciar un antiIL-5 por adherencia insuficiente. Se intensificó su seguimiento antes del inicio del antiIL-5 para potenciar la adherencia hasta alcanzar un mínimo del 85%. Llegado ese momento se inició benralizumab o mepolizumab.

En 14 de los 16 pacientes no adherentes se referenció el valor del TAI (Test/cuestionario específico para medir la adherencia a los inhaladores) en la historia: 3 casos (21%) con adherencia intermedia (46-49 puntos) y 11 casos (79%) de buena adherencia (50 puntos).

El valor del Test ACT (Test de control del asma) mostró: asma controlada en 9 pacientes (56%), parcialmente controlada 3(18,75%), y no controlada en 4(25%).

Se obtuvo una mediana de adherencia del 50% (rango 25-80).

En 5 pacientes (31%), se perdió de forma súbita la adherencia al tratamiento de base inhalador tras iniciar un antiIL-5, cuantificada en una mediana de 4 meses (rango 3 – 30). En el resto de los casos (11 (69%)) no se observó una pérdida de la adherencia brusca, sino una disminución continua y mantenida en el tiempo, resultando en una adherencia global irregular.

La falta de adherencia fue al tratamiento inhalador completo en 13 pacientes (81%): principalmente a corticoides/LABA+LAMA(9(70%) casos). Se observó ausencia de adherencia a uno de los inhaladores en 3 pacientes (19%) (2 inadherencia a la combinación corticoides/LABA y 1 al LAMA).

CONCLUSIONES:

Se ha observado como un alto porcentaje de pacientes con asma eosinofílica refractaria grave abandonan el tratamiento inhalador de base tras el inicio de un fármaco biológico contra la IL-5, incluso entre los previamente adherentes.

El TAI es una herramienta de utilidad práctica cuestionable, que puede inducir a decisiones clínicas erróneas por crear la falsa sensación de seguridad de una adherencia cierta en base a la cual se plantean cambios en la farmacoterapia.

El beneficio clínico de los biológicos contra IL-5 es tal, que permite a un alto porcentaje de pacientes mantener el control del asma pese a la falta de adherencia al tratamiento inhalador de base.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA**49. DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE: ¿QUÉ TASA DE RESPUESTA PRESENTAN LOS PACIENTES? EVALUANDO SEGURIDAD Y EFICACIA****AUTORES**

HERRERA EXPÓSITO M; BRETONES PEDRINACI JI; RUBIO CALVO D; URDA ROMACHO J; CASTRO VIDA MÁ

OBJETIVOS

Analizar los criterios de uso en indicación financiada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, eficacia y seguridad de dupilumab; un anticuerpo monoclonal recombinante IgG4 humanizado que inhibe la señalización de interleucina-4 (IL-4) e interleucina-13 (IL-13) en el tratamiento de adultos con dermatitis atópica (DA) moderada-grave.

Analizar los criterios de uso en indicación financiada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, eficacia y seguridad de dupilumab; un anticuerpo monoclonal recombinante IgG4 humanizado que inhibe la señalización de interleucina-4 (IL-4) e interleucina-13 (IL-13) en el tratamiento de adultos con dermatitis atópica (DA) moderada-grave.



MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo descriptivo realizado en un hospital general de 350 camas. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de DA moderada-grave tratados con dupilumab desde junio 2018-julio 2021. Datos recogidos: sexo, edad, tratamiento previo, media (SD) de los índices: Eczema Area and Severity Index (EASI), Body Surface Area (BSA) y escala de puntuación global del médico (PGA); medidos antes del tratamiento y a las semanas: 16, 24, 52, 76, 124; y eventos adversos. Cada caso fue evaluado individualmente por la Comisión Asesora Local de Medicamentos Biológicos y de Alto Impacto (CAL). Los criterios para prescribir e iniciar tratamiento con dupilumab fueron DA moderada-grave, $EASI \geq 21$, $PGA \geq 3$ y $BSA \geq 10\%$ en pacientes tratados previamente con ciclosporina y terapia tópica sin respuesta. La efectividad se evaluó como una reducción del 50 % en EASI basal (EASI-50) y una reducción de $PGA \geq 2$ en las semanas 16, 24 y 52. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica digital y del programa de prescripción electrónica asistida (Dominion®).

RESULTADOS:

Se recogieron un total de 10 pacientes. 7 hombres (70%), mediana de edad 33,8 años [23-57]. El 100% de los pacientes habían sido tratados previamente con glucocorticoides, ciclosporina y antihistamínicos orales sin respuesta. Antes del tratamiento: EASI 28,1($\pm 3,17$), BSA 53($\pm 20,16$), PGA 4,1($\pm 0,32$). 10 pacientes en la semana 16: EASI 3,88($\pm 3,20$), BSA 4,18($\pm 3,41$), PGA 1($\pm 0,82$). 6 pacientes en la semana 24: EASI 3,5($\pm 3,37$), BSA 3,92($\pm 3,35$), PGA 0,5($\pm 0,55$). 3 pacientes en la semana 52: EASI 2,46(2,33), BSA 2,83(1,25), PGA 0,33(0,57). Ningún paciente había llegado a seguimiento en las semanas 76 y 124. Todos (100%) toleraron bien el fármaco, sin embargo 6 (60%) sufrieron episodios de conjuntivitis durante el tratamiento. Todos los pacientes (100%) cumplieron con los criterios acordados por la CAL y respondieron con los criterios de efectividad establecidos en las semanas 16, 24, 52.

CONCLUSIONES:

Establecer criterios de uso permite la selección de pacientes que podrían obtener el mayor beneficio posible de la terapia. La medición de parámetros cuantificables como EASI, BSA y PGA ayudan a evaluar la evolución y respuesta de los pacientes y optimizar la terapia. Sin embargo, es muy importante hacer un seguimiento farmacoterapéutico y cumplir los tiempos establecidos para evaluar los posibles efectos adversos derivados y la efectividad del tratamiento. La afectación clínica de los pacientes se vio notablemente reducida durante el tratamiento. EL efecto adverso principalmente notificado fue de carácter reversible sin causar mayor perjuicio a los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**50. TOXICIDAD HEMATOLÓGICA EN PACIENTES TRATADOS CON VENETOCLAX****AUTORES**

CUADROS MARTÍNEZ CM; SÁNCHEZ-MATAMOROS PIAZZA MDV; LÓPEZ MUÑOZ MJ; MORALES GARCÍA Á

OBJETIVOS

Venetoclax actúa como inhibidor de la proteína antiapoptótica BCL-2, aumentada en Leucemia Linfática Crónica (LLC) y Mieloides Aguda (LMA); produce anemia en el 25-35% de los pacientes; neutropenia en el 43-62%; y trombocitopenia en el 19-48%. El objetivo de nuestro trabajo sería evaluar la toxicidad hematológica del fármaco.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo, incluye pacientes que iniciaron Venetoclax hasta el 15/01/2022. Variables revisadas: sexo, edad, diagnóstico, esquema de tratamiento y niveles de hemoglobina (Hb), neutrófilos (N) y plaquetas (P) al inicio del tratamiento, tras la escalada de dosis y un mes después de haber alcanzado dosis completa.

RESULTADOS:

Reclutamos 22 pacientes, seleccionados a partir de Farmis_Oncofarm®. Excluyendo 3, dos porque requirieron suspensión del tratamiento durante la escalada, y otro porque no la había completado en el momento del análisis. Edad media: 69.1 años [51-85], 78.95% hombres. 9 pacientes presentaban LLC; 6, LMA; 2, Síndrome Mielodisplásico (SMD); y 2, Linfoma del Manto (LM).

26.31% recibieron Venetoclax monoterapia. En la fase de escalada, niveles de Hb aumentaron una mediana de 1.45 g/dL [0.4-1.5]; un paciente presentó neutropenia grado 2 (N 1000-1500/mm³), requiriendo uno soporte con factor estimulante de colonias (CSF); y dos experimentaron trombocitopenia grado 2 (P 50000-75000/mm³), perdiendo el seguimiento en



dos. A dosis plenas, ningún paciente presentó alteraciones importantes en la Hb (mediana 11 g/dL) y el paciente que requirió soporte con CSF continuó con neutropenia.

26.31 % recibieron Venetoclax-Rituximab. Durante la escalada, la Hb se mantuvo (mediana de 11.1 g/dL [10.93-13.6 g/dL]); y ninguno presentó neutropenia ni trombocitopenia. A dosis plenas, valores de Hb disminuyeron en dos pacientes y en otros dos, aumentaron (mediana de 12.1 g/dL [10.9-12.6 g/dL]); uno requirió soporte con CSF por neutropenia grado 2; y niveles de P seguían estables (mediana de $193 \times 10^3/\mu\text{L}$ [125-260 $\times 10^3/\mu\text{L}$]).

8 pacientes recibieron Venetoclax-Azacitidina. 1 falleció durante la escalada, 3 necesitaron soporte con eritropoyetina, pero los niveles de Hb disminuyeron una mediana de 0.3 g/dL [0.4-2.7]; 1 presentó neutropenia grado 1 (N 1500-2000/ mm^3); y cinco, grado 4 (N < 500/ mm^3), requiriendo 5 CSF; y en 1 apareció trombocitopenia grado 1 (P 75000-15000/ μL); en otro grado 2; en otro grado 3 (P 25000-50000/ μL); y en 4 pacientes, grado 4 (P < 25000/ μL). Al mes de dosis plenas, valores de mediana de Hb aumentaron 0.4 g/dL [0.3-2.4 g/dL]; 4 pacientes necesitaron CSF; y a excepción de 2, todos presentaban P < 150000/ μL .

1 paciente en tratamiento con Obinutuzumab-Venetoclax. Durante la escalada, la Hb aumentó 0.7 g/dL y requirió CSF por neutropenia grado 3 (N 500-1000/ mm^3). A dosis plenas, Hb volvió a aumentar 1.2 g/dL, neutropenia empeoró a grado 4 y apareció trombocitopenia grado 2.

CONCLUSIONES:

Los pacientes que han estado recibiendo Venetoclax presentan Hb variable en función del fármaco con el que se combine. Por otro lado, los niveles de N disminuyen de forma marcada, principalmente cuando el paciente recibe la dosis completa. En el caso de las P, encontramos casos de trombocitopenia grave, de ahí la importancia de controles periódicos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

51. EVALUACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB

AUTORES

CUADROS MARTÍNEZ CM; MORALES GARCÍA Á; ALCALÁ SOTO Á; LÓPEZ MUÑOZ MJ; SÁNCHEZ-MATAMOROS PIAZZA MDV

OBJETIVOS

Bevacizumab es un anticuerpo monoclonal que se une al factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF), generando un efecto antiangiogénico. Este fármaco produce hipertensión en el 32% de los pacientes. De ahí, que nuestro objetivo sea evaluar la frecuencia de hipertensión debida a Bevacizumab y necesidad de tratamiento con antihipertensivos

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo que incluye pacientes que recibieron alguna dosis de Bevacizumab entre enero y septiembre de 2021. Variables revisadas: sexo, edad, hipertensión arterial (HTA) durante el tratamiento con Bevacizumab, número de ciclos recibidos hasta que aparece HTA, necesidad de antihipertensivos y suspensión/retraso del tratamiento debido a HTA mediante revisión en la historia clínica, receta XXI y Farmis_Oncofarm®.

RESULTADOS:

Se incluyeron 38 pacientes, seleccionados a partir del programa Farmis_Oncofarm®. La media de edad fue de 57 años [31-78], 54% mujeres. El 41% de los pacientes experimentó aumento de tensión arterial (TA), durante el tratamiento:

- 1 paciente presentó una TA normal-alta (Sistólica: 130-139 mmHg o Diastólica: 85-89 mmHg) tras 8 ciclos de tratamiento.
- 9 presentaron HTA grado 1 (Sistólica: 140-159 mmHg o Diastólica: 90-99 mmHg), con una mediana de 11 ciclos [2-34]. Todos necesitaron antihipertensivos, 66.7% necesitaron uno, y el resto, dos antihipertensivos.
- 5 presentamos HTA grado 2 (Sistólica: 160-179 mmHg o Diastólica: 100-109 mmHg), con una mediana de 2 ciclos [1-8]. Todos necesitaron antihipertensivos: 1 paciente necesitó uno; 3 necesitaron dos; y otro paciente necesitó 5 antihipertensivos. En un paciente tuvo que retrasarse el ciclo de quimioterapia por TA descontrolada.
- 1 paciente presentó HTA grado 3 (Sistólica: ≥ 180 mmHg o Diastólica: ≥ 110 mmHg) tras el primer ciclo y precisó el uso de 3 antihipertensivos.



CONCLUSIONES:

Un elevado porcentaje de los pacientes tratados con el fármaco de estudio se ven afectados de HTA a causa del tratamiento con Bevacizumab, de ahí que se requiere un control estrecho de la TA tanto por parte de Atención Primaria como en Atención Especializada para evitar las posibles complicaciones asociadas.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD**52. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA TRAS LA NOTA INFORMATIVA DE ZOLPIDEM****AUTORES**

SANCHEZ LOBON I; JIMENEZ DE-JUAN MDC; PLA PASAN R; MENGUIANO ROMERO Y; TUDELA TOMAS J

OBJETIVOS

El zolpidem es un hipnótico indicado para el tratamiento a corto plazo del insomnio en adultos, en situaciones en las que el insomnio está debilitando o causando ansiedad grave. En 2014 se publicó una nota informativa de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) recomendando una dosis de 5mg/día (en vez de 10 mg, dosis habitual) en pacientes de edad avanzada.

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la intervención farmacéutica (IF) realizada sobre la prescripción de zolpidem tras la publicación de la nota informativa de la AEMPS en un Servicio de Farmacia Hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de intervención prospectivo llevado a cabo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes tratados con zolpidem desde septiembre de 2021 hasta enero de 2022, siendo las variables recogidas: edad, sexo, dosis y tratamiento domiciliario. Para ello, se revisaron las historias clínicas digitales (Diraya®) y el programa de prescripción electrónica (Prisma®) y se identificó a aquellos pacientes que presentaban dicha prescripción. La IF consistió en mandar una nota informativa al médico prescriptor con la recomendación publicada por la AEMPS en aquellos pacientes que no cumplieran con la dosis correspondiente según su edad. Se comprobó la aceptación de cada una de las IF una semana después de comunicarlas. Para el registro y análisis de datos se utilizó la hoja de cálculo Microsoft Excel®.

RESULTADOS:

Se incluyeron a 22 pacientes (59% varones), con una edad mediana de 76 (45-90) años. En un 36,4% de los casos (8/22), la prescripción de zolpidem era adecuada. Sin embargo, en el resto de pacientes (63,6%; 14/22) dicha prescripción no se ajustó a la alerta de la AEMPS, llevándose a cabo entonces la IF. Con respecto a los 14 pacientes con prescripción inadecuada, el médico sólo llevó a cabo la reducción de dosis a 5mg/día en un 35,7% de los casos (5/14). Además, profundizando en el análisis de los datos recogidos, de los 9 pacientes a los que no se modificó la dosis de zolpidem, el 77,8% (7/9) tenían prescrito zolpidem como medicación domiciliaria.

CONCLUSIONES:

La IF proactiva se tuvo en cuenta en un bajo número de casos, observándose que, en la mayoría de ellos, se debía al hecho de tratarse de medicación domiciliaria. Esto parece reflejar una descoordinación entre la prescripción realizada a nivel de atención primaria y la hospitalaria, lo cual nos lleva a reflexionar sobre la importancia de establecer nuevas vías de comunicación que permitan al farmacéutico hospitalario contactar de forma directa y rutinaria con el médico de atención primaria para informar sobre posibles errores detectados en sus prescripciones.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL**53. NOVEDADES TERAPÉUTICAS EN LA MIGRAÑA: ANTICUERPOS MONOCLONALES CONTRA EL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA****AUTORES**

REDONDO GALÁN C; RIVAS RODRÍGUEZ MD; ROJAS ALBARRÁN A; GIL GARCÍA A; GRAGERA GÓMEZ M; RANGEL MAYORAL JF



OBJETIVOS

La migraña es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes y afecta de forma considerable a la calidad de vida de los pacientes que la padecen. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y seguridad del uso de anticuerpos monoclonales contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (anti-CGRP) en la profilaxis de migraña episódica y crónica con fracaso previo a ≥ 3 tratamientos preventivos utilizados a dosis suficientes durante al menos 3 meses.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo de los pacientes en tratamiento con anti-CGRP (erenumab, galcanezumab y fremanezumab) desde mayo 2020 hasta septiembre 2021 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables demográficas (sexo/edad), diagnóstico, fármaco actual y número total de dosis administradas de anti-CGRP. La eficacia se evaluó mediante la disminución de los días de migraña mensuales (DMM) a los 3 meses. Los pacientes se clasificaron en tres grupos: $DMM \geq 75\%$ (buen respondedor), $DMM \geq 50\%$ (respondedor) y $DMM < 30\%$ (respuesta parcial o falta de respuesta). La seguridad se evaluó según el número y la severidad de reacciones adversas (RA). También se analizaron escalas de medida de calidad de vida específicas de migraña a los 3 meses: MIDAS (evalúa la discapacidad producida por la migraña) y HIT-6 (evalúa el impacto del dolor de cabeza). Se han considerado criterios de mejoría significativa una reducción ≥ 30 puntos en MIDAS y una reducción ≥ 5 puntos en HIT-6. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica de los pacientes y del programa de pacientes externos Farmatools®.

RESULTADOS:

Se incluyeron 30 pacientes, 90%(27/30) mujeres con una mediana de edad de 46 (19-74) años. El diagnóstico fue migraña crónica en 90% (27/30) y episódica en 10% (3/30). El 43,3% (13/30) de los pacientes estaba en tratamiento con erenumab, el 50% (15/30) con galcanezumab y el 6,7% (2/30) con fremanezumab. La mediana de dosis administradas de anti-CGRP fue 8 (2-20) dosis y las RA notificadas fueron leves: 23,3% (7/30) fatiga, 20% (6/30) estreñimiento, 6,7% (2/30) erupción cutánea y 6,7% (2/30) náuseas. En el 73,3% (22/30) de los pacientes se produjo DMM a los 3 meses. Los pacientes se clasificaron en: $DMM \geq 75\%$ (n=6), $DMM \geq 50\%$ (n=10) y $DMM < 30\%$ (n=6) a los 3 meses. En el 63,3% (19/30) de los casos se evidenciaron criterios de mejoría en la escala MIDAS y en el 40% (12/30) en la escala HIT-6.

CONCLUSIONES:

El tratamiento con anti-CGRP puede considerarse una opción segura y eficaz en pacientes en los que no exista mejoría o presenten intolerancia a las otras opciones de profilaxis antimigrañosa. Los resultados de los cuestionarios mostraron mejoría en la severidad y la frecuencia de los DMM. La ausencia de datos comparativos directos con otras alternativas en profilaxis limita la evidencia para considerar la superioridad de una u otra opción. Son necesarios más estudios para evaluar su eficacia y seguridad a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

55. EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS DE LA TELEFARMACIA TRAS DOS AÑOS DE EXPERIENCIA: CONSTRUYENDO UN SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO.

AUTORES

MORENO SANTA MARÍA M; ARENAS VILAFRANCA JJ; LÓPEZ GÓMEZ C; SAEZ RODRIGUEZ MI; MIRANDA MAGAÑA M; TORTAJADA GOITIA B

OBJETIVOS

Analizar un procedimiento de atención farmacéutica asociada a entrega de medicación a domicilio (AFEMD), y su evolución en un hospital andaluz.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Desde el hospital se desarrollaron dos programas para la realización de AFEMD. El primero, denominado telefarmacia (TF), se desarrolló en un contexto de urgencia para hacer llegar la medicación al hogar del paciente dada la situación de confinamiento nacional durante el año 2020. En TF se realizaba una teleconsulta de AF no estructurada acompañada de una entrega de medicación en el domicilio del paciente. El segundo, denominado Telefarmacia CMO (TFCMO), se desarrolló a los 6 meses de iniciarse TF con la intención de sustituirlo y consistió en una teleconsulta estructurada basada en el modelo CMO acompañado de entrega domiciliaria. Toda la actividad de TFCMO era registrada en la historia clínica en un informe que incluía la información necesaria para estratificar a los pacientes según MAPEX. Los criterios para incluir



los pacientes en TFCMO se definieron mediante comisión multidisciplinar. Se recopiló toda la actividad relacionada con la AF asociada a los dos programas, disponible en las bases de datos del centro durante 2020 y 2021: nº de dispensaciones a pacientes externos totales y nº de pacientes totales atendidos; nº de teleconsultas de AFEMD totales, nº de consultas exclusivas del programa TFCMO, nº de pacientes incluidos en TFCMO y nº pacientes en TFCMO estratificados. Se analizaron estadísticos descriptivos de variables cuantitativas mediante porcentaje.

RESULTADOS:

En los años 2020 y 2021 se realizaron en el centro 19.135 y 18.571 dispensaciones de medicación, respectivamente. De ellas, 3.592 (19.3%) en 2020 y 3062 (16.4%) en 2021 se acompañaron de teleconsulta previa de AFEMD. Con respecto a TFCMO, en 2020 se realizaron 241 consultas (6.7% del total de teleconsultas) y en 2021 se realizaron 1781 consultas (58.2% del total). A final de 2020 el 3.3% (n=153) de los pacientes externos estaban incluidos en TFCMO y suponían el 22% de todos los pacientes a los que se realizaba AFEMD, ninguno estaba estratificado. A final de 2021 el 9.8%(n=498) de los pacientes externos estaban incluidos en TFCMO y suponían el 97% de todos los pacientes a los que se realizaba AFEMD, el 56% estaba estratificado.

CONCLUSIONES:

La atención farmacéutica no presencial se ha consolidado como una actividad complementaria en las consultas de pacientes externos tras la pandemia. El número de entregas de medicación se ha reducido priorizando la calidad de la atención farmacéutica prestada a los pacientes. La implementación del modelo MAPEX-CMO y el registro de la actividad en historia clínica han permitido realizar la estratificación del 56% de los pacientes. Como perspectivas futuras, esta estratificación permitirá la mejora y optimización del seguimiento de los pacientes adaptando las consultas de AF según el nivel de complejidad.

CLASIFICACIÓN: HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

59. EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE TELEFARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

SALMERÓN NAVAS FJ; CAMEAN CASTILLO M; BARREIRO FERNANDEZ EM; RAMOS LOPEZ EM

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es valorar el grado de satisfacción percibida por los pacientes incluidos en el programa de telefarmacia en un hospital de tercer nivel tras la intervención telefónica, posterior dispensación y envío al centro de salud (CCSS).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio transversal donde se incluyeron a todos los pacientes desde julio del 2021 hasta septiembre del 2021. Se elaboró un cuestionario donde los pacientes debían de plasmar de manera anónima los siguientes datos: sexo, edad, número de medicamentos que recogen, personal que recoge la medicación (paciente/familiar), intervalo de tiempo que suele recoger la medicación (semanal, mensual, bimensual, trimestral) y cuestionario de satisfacción. Todos los resultados fueron recogidos y procesados con el programa Microsoft Access. El cuestionario estaba dividido en 4 bloques, siendo 3 los destinados en la valoración de la satisfacción con el programa de telefarmacia. El primer bloque estaba formado por 3 preguntas relacionados con la consulta de atención farmacéutica telefónica: duración de la consulta telefónicas (1); trato y comunicación por parte del farmacéutico (2); condiciones de confidencialidad (3). El segundo bloque estaba formado por 6 preguntas relacionadas con el envío y recogida del medicamento en el CCSS: satisfacción con el servicio de entrega (4); trato recibido por parte del CCSS (5); anticipo del envío (6); condiciones óptimas de conservación (7); resolución de posibles incidencias (8); frecuencia de las consultas de atención farmacéutica por vía telefónicas (9). El último bloque consta de una única pregunta relacionado con el grado de satisfacción global del programa (10). Dentro de cada pregunta existen 5 posibles respuestas, desde muy insatisfecho a neutral y a muy satisfecho.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio, se entregaron un total de 238 encuestas de satisfacción (ES). El porcentaje total de pacientes que cumplimentaron y enviaron su respuesta fue del 33,6% (80 pacientes), siendo 66,25% mujeres y con una mediana de edad de 56 (24 – 89) años. EL 80% recogían una única medicación, siendo el 30% de los familiares quienes



recogían la mediación en el CCSS. El 41,2% de los pacientes incluidos en el programa recogían la medicación de manera mensual. Los resultados de la ES se recogen en la tabla 1.

Tabla 1	Muy satisfecho (%)	Satisfecho (%)	Neutral (%)	Insatisfecho (%)	Muy Insatisfecho (%)
1	87	13	0	0	0
2	87	13	0	0	0
3	84,8	13	2	0	0
4	89	6,8	2,7	0	0
5	84,9	8,2	4,1	0	2,7
6	90,4	6,85	0	0	2,7
7	91,8	5,48	0	0	2,7
8	91,8	5,48	0	0	2,7
9	90,4	4,1	2,7	0	2,7
10	91,3	6,3	0	0	2,5

CONCLUSIONES:

1. Un tercio de los pacientes contestaron la ES. 2. La mayoría de los pacientes incluidos en el programa eran mujeres de mediana edad. 3. El motivo de mayor satisfacción fueron la resolución de las posibles incidencias durante el envío y las condiciones de conservación durante su transporte y almacenamiento en el CCSS. 4. Casi la totalidad de los pacientes presenta una elevada satisfacción con el programa de telefarmacia.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

61. EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN AL AÑO DE TRATAMIENTO CON ERENUMAB/FREMANEZUMAB EN MIGRAÑA CRÓNICA/EPISÓDICA

AUTORES

GARCÍA LLORET P; GALVÁN BANQUERI M; FERNÁNDEZ RECIO M

OBJETIVOS

Evaluar el mantenimiento de la respuesta en pacientes con migraña crónica/episódica que suspenden la terapia con erenumab/fremanezumab por protocolo tras un año de tratamiento (optimización); así como evaluar la respuesta a los mismos si es necesaria su reintroducción.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico y multidisciplinar. Se incluyeron aquellos pacientes con migraña crónica/episódica en tratamiento con erenumab/fremanezumab durante al menos un año.

La estrategia de optimización del tratamiento fue la suspensión del mismo al año si el paciente presentaba una respuesta adecuada, definiéndose esta como el cumplimiento de uno de los siguientes criterios:

1. Reducción al 50% de los días de dolor de cabeza mensuales (DMM).
2. Mejoría clínica en alguna de las escalas validadas para migraña:
 - MIDAS: reducción de ≥ 5 puntos cuando la puntuación basal es de 11-20, y reducción de $>30\%$ cuando la puntuación basal es >20 .
 - HIT-6: reducción de ≥ 5 puntos.

Se recogieron variables demográficas: edad, sexo; clínicas: tipo migraña (crónica/episódica); farmacoterapéuticas: tipo de anticuerpo monoclonal, número de terapias previas al anticuerpo monoclonal, y si recibe combinaciones de fármacos preventivos en el caso de migraña episódica o toxina botulínica en el caso de migraña crónica.

En el caso de que los pacientes suspendieran el tratamiento se valoró: reintroducción del anticuerpo monoclonal (sí/no), tiempo hasta la reintroducción y respuesta al mismo a los tres meses de dicha reintroducción. Para la evaluación de esa respuesta se recogió: DMM, escala MIDAS y HIT-6 en el momento de la reintroducción y a los 3 meses de la misma.



Los datos se obtuvieron de la historia electrónica y del programa de dispensación de pacientes externos. Las variables cuantitativas se mostraron con medianas y rango intercuartílico (RIQ) y las categóricas con frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS:

Se incluyeron 21 pacientes. De éstos, 20 suspendieron la terapia biológica al año de tratamiento por protocolo (95,2%). Presentaron una edad mediana de 48,5 años (RIQ 40-53), siendo el 95,0% mujeres.

El 70,0% tenían diagnóstico de migraña crónica, el 15,0% episódica y el 15% mixta. La mediana de tratamientos previos fue de 6 (RIQ 5-7), observándose el uso de toxina botulínica en migraña crónica en el 95,0% y las combinaciones de fármacos preventivos en el 85,0% de los pacientes con migraña episódica.

Un 40,0% (8 pacientes) requirieron reintroducir el anticuerpo monoclonal, siendo 3,4 (RIQ 2,7-5,2) la mediana de meses hasta reintroducción. La mediana de los valores de DMM, escala MIDAS y HIT-6 en el momento de reintroducción fueron 18 (RIQ 14-19), 73 (RIQ 53-91) y 70 (RIQ 67-75) respectivamente; y a los 3 meses fueron 9 (RIQ 4-14), 15 (RIQ 1-45) y 54 (RIQ 48-72). El 100 % de los pacientes presentó respuesta clínica tras la reintroducción.

CONCLUSIONES:

Un alto porcentaje de pacientes con migraña crónica/episódica mantiene respuesta clínica tras suspender la terapia con erenumab/fremanezumab por protocolo tras un año de tratamiento. Los casos que requieren la reintroducción de los mismos alcanzan nuevamente respuesta.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

62. ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN PARA ADECUACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ESOMEPRAZOL

AUTORES

GARCÍA LLORET P; CASTRO CAMPOS JL; MANCHÓN MORILLO MG; GONZÁLEZ MARÍA C; SABORIDO CANSINO C

OBJETIVOS

Analizar el grado de adecuación del tratamiento con esomeprazol a los criterios de indicación de un documento de consenso aprobado en Comisión de Farmacia de un Área de Gestión Sanitaria, así como el cambio a una Alternativa Terapéutica Equivalente (ATE) más eficiente si procede.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de intervención cuasi-experimental (antes-después), desde noviembre 2021-enero 2022. Se incluyeron pacientes adultos en tratamiento activo con esomeprazol al inicio del período de estudio en un Área de Gestión Sanitaria. El Servicio de Farmacia proporcionó a los profesionales prescriptores la relación de pacientes a revisar mediante autoauditorías. La revisión propuesta consistía en valorar la necesidad del tratamiento de acuerdo al documento de la Comisión, y la selección del fármaco según términos de eficiencia (adjuntándose tabla comparativa con los costes de las diferentes ATE). El análisis de la intervención se realizó en enero 2022.

Las variables recogidas fueron: demográficas (edad, sexo), clínicas (tipo indicación) y de optimización del tratamiento (mantenimiento del tratamiento, reducción de dosis, cambio a omeprazol, anulación de la prescripción, cambio a otros fármacos y otras actuaciones).

La variable principal fue el porcentaje de pacientes revisados que se ajustan a las indicaciones del documento de consenso. La variable secundaria evaluada fue la reducción en el impacto económico por cambio a omeprazol o suspensión del tratamiento.

Para el análisis estadístico descriptivo, las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIQ). Las categóricas como frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS:

Se incluyeron 4.256 pacientes con prescripción activa de esomeprazol al inicio del período de estudio. De éstos, 975 fueron revisados por los clínicos (22,9%). Previo al análisis, se excluyeron 46 pacientes por no considerarse valorables (éxitus, medicación pasiva). La cohorte analizada (n=929) presentó una edad mediana de 66 años (RIQ 55-75), siendo el 64,5% mujeres. En el 85,7% de los casos el esomeprazol prescrito se ajustaba a alguna indicación del documento: 52,0% ERGE/esofagitis/esófago de Barret, 38,9% dispepsia, 5,5% profilaxis de tratamiento gastrolesivo, 3,1% úlcera péptica activa, 0,3% erradicación *Helicobacter pylori* y 0,1% Síndrome de Zollinger-Ellison. En el 14,3% restante, el esomeprazol



estaba prescrito fundamentalmente para gastritis y hernia de hiato.

Las acciones realizadas para la optimización del tratamiento fueron: 73,4% mantener prescripción, 13,7% cambio a omeprazol, 6,1% anular prescripción, 2,1% reducir dosis y 4,7% cambio a otros fármacos y otras actuaciones.

La reducción mensual del coste por cambio a omeprazol (n=127) y suspensión del tratamiento (n=57) fue de 2.850€ que al año supondría una reducción de 23.545€.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los casos revisados se ajustaba a las indicaciones del documento de consenso, aunque la proporción de pacientes revisados fue baja. El porcentaje de inadecuación observado es superior a las anulaciones realizadas en los pacientes revisados. El cambio a ATE más eficiente y la suspensión del esomeprazol por inadecuación reduce los costes del tratamiento. La reducción del impacto económico podría ser mayor si el porcentaje de revisión y el intercambio a omeprazol hubiera sido más significativo.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH

63. TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL EN PACIENTE VIH PEDIATRICO

AUTORES

FERNANDEZ MARTÍN J; YUNQUERA ROMERO L; SALDAÑA SORIA R; MARTÍN CLAVO S; DIAZ PERALES R; GALLEGO FERNÁNDEZ C

OBJETIVOS

Analizar las pautas de tratamiento antiretroviral (TAR) utilizados en pacientes VIH pediátricos en Hospital de tercer nivel, respuesta terapéutica, gasto medio por paciente así como grado de adherencia a las recomendaciones del último documento de consenso sobre TAR en niños y adolescentes con infección por el VIH (Enero 2022).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo realizado en hospital de tercer nivel entre Enero 2020- Enero 2022 de pacientes pediátricos VIH. Se revisaron historias clínicas mediante Historia Clínica Digital y registro de dispensaciones del programa de dispensación a pacientes externos. Datos recogidos: demográficos, peso, clasificación clínico inmunológica CDC, tipo transmisión, duración tratamiento, número esquemas TAR previos, esquema TAR actual, distribución por ITIANs, distribución por tercer fármaco, presencia coformulación, presentaciones y marcadores efectividad (carga viral (CV), linfocitos T CD4+). Para evaluar gasto medio por paciente se calculó la media del coste mensual del último TAR de cada paciente

RESULTADOS:

Total pacientes: 20. Edad: 12.6 ± 4.9 años (2-20). Hombres: 13 (65%). Peso: 48.2 ± 20.3 kg (13-91). Por grupos etarios (<1-6 años: 4; 7-18 años: 16) Clasificación clínico inmunológica CDC: <1-6 años: N1:2, B3:2. 7-18 años: N1:2, N2:2, A1:2, C1:1. Sin datos los 9 restantes. Transmisión vertical: <1-6 años: 4 (100%). 7-18 años: 11 (55%). Otras vías transmisión: 7-18 años: 3 (17%), resto desconocida. Media duración TAR: 11.5 ± 5.7 años. Número esquemas TAR previos: <1-6 años: 1: 3 (75%). 7-18 años: 5: 1 (6%), 4: 1 (6%), 3: 2 (12%), 2: 9 (56%), 1: 3 (18%). Esquema: <1-6 años: ABC+FTC+RAL: 2 (50%), ABC+3TC+LPVr: 1 (25%), 3TC+ABC+DTG: 1 (25%). 7-18 años: FTC/TAF/ELVc: 7 (43%), FTC/TAF/DRVc: 3 (18%), DRV+RTV+RAL: 2 (12%), FTC/TAF/BIC: 1 (6%), FTC/TAF/RPV: 1 (6%), ABC/3TC+ LPVr: 1 (6%), AZT+ABC+DRVr: 1 (6%). Distribución por ITIANs: >1-6 años: ABC+FTC: 2 (50%), ABC+3TC: 2 (50%). 7-18 años: FTC+TAF: 12 (75%), ABC+AZT: 1 (6%), ABC+3TC: 1 (6%). Distribución por tercer fármaco: >1-6 años: INI (RAL: 2, DTG: 1) (75%), IP (LPVr: 1 (25%). 7-18 años: INI (EVG: 7, BIC: 1) (50%), IP (DRV: 4 LPV: 1) (31%), ITINN (RPV: 1 (6%). Los 2 pacientes restantes están con biterapia (RAL+DRVr). Pacientes con presentaciones coformuladas: 7-18 años: 12 (75%). Pacientes con presentaciones orales líquidas: 3 (15%). CV: <1-6 años: indetectable: 1 (25%), 719 ± 600 copias/mL: 3 (75%). 7-18 años: indetectable: 14 (87%), 63 ± 36 copias/mL: 2 (13%). Linfocitos T CD4+: <1-6 años: 1066 ± 668 células/mm³, 7-18 años: 788 ± 209 células/mm³. Gasto por paciente medio mensual TAR: 469 (166-608) euros/mes.

CONCLUSIONES:

En los dos grupos etarios el tercer fármaco preferente es un INI, siendo mayoritario ELV. Para optimizar el TAR puede valorarse en pacientes candidatos hacer switch a DTG, que es el recomendado en la guía, coformulado en >6 años y con peso >25 kg o en solitario más 2 ITIAN en >4 semanas y peso >3 kg. La mayoría de nuestros pacientes presentan buen control inmunoviroológico. El coste mensual medio por paciente del TAR preferente según la última guía oscila entre 500-610 euros, por lo que nuestros pacientes están tratados con combinaciones costo-efectivas.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

66. BRODALUMAB EN PSORIASIS: EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES

CUADROS MARTÍNEZ CM; LÓPEZ MUÑOZ MJ; ALCALÁ SOTO Á; SÁNCHEZ-MATAMOROS PIAZZA MDV; MORALES GARCÍA Á

OBJETIVOS

Valorar eficacia y seguridad de Brodalumab en una cohorte de pacientes con psoriasis.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo, donde se reclutaron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con Brodalumab para psoriasis desde el 01/06/20 hasta el 30/01/22 que hayan acudido a sucesivas revisiones hasta el 04/02/22.

Se evaluará el índice de severidad de área de psoriasis (PASI) y el índice de calidad de vida dermatológica (DLQI). Como variable de eficacia se utilizará el PASI. Estas variables se evaluarán al inicio del tratamiento, a los 6 meses y a los 12 meses por medio de la Historia Clínica de cada paciente. Por último, se observará la aparición de efectos adversos desde el inicio del tratamiento hasta el 30/01/22.

RESULTADOS:

Obtuvimos una muestra de 19 pacientes, 2 de ellos se excluyen porque suspenden el tratamiento por decisión propia y de un paciente no tenemos datos. 7 mujeres y 9 hombres. La mediana de edad fue de 47 años [21-78].

Cuando iniciaron tratamiento, 4 pacientes no había recibido previamente terapia biológica, el resto de pacientes presentaban un fallo frente a: secukinumab (6; 37.5%), adalimumab (4; 25%), etanercept (4; 25%), ixekizumab (1; 6.25%), infliximab (1; 6.25%) y ustekinumab (1; 6.25%). Cuando los pacientes comenzaron con la administración de Brodalumab, presentaban: PASI grave (>12) en 6 pacientes, moderado (7-12) en 4 y leve (0-7) en 6 pacientes; DLQI 21-30 (efecto extremo en la vida del paciente) en 2 pacientes, 11-20 (gran efecto en la calidad de vida) en 3 pacientes, 6-10 (efecto moderado) en 8 pacientes, 2-5 (pequeña implicación en calidad de vida) en 2 y 0-1 (sin afectación en la vida diaria) en otro paciente.

12 pacientes fueron reevaluados a los 6 meses, presentando todos una disminución en el valor del PASI, siendo la mediana de reducción de 8.2 [1.5-17.4]. A los 12 meses, fueron reevaluados 6 pacientes, experimentando 4 de ellos aumento del PASI con un valor de aumento que sigue una mediana de 4.2 [0-9].

En relación al DLQI, a los 6 meses se valoraron 7 pacientes: 3 pacientes presentaron una puntuación de 0, otro pasó de 9 a 3 y un último de 20 a 5. Sin embargo, 2 pacientes sufrieron empeoramiento en DLQI, de 8 a 9 y de 6 a 12. A los 12 meses solo se pudo valorar el DLQI de un paciente, el cual aumentó 4 puntos respecto al inicial.

Dos pacientes se vieron obligados a abandonar el tratamiento debido a eventos adversos.

CONCLUSIONES:

Brodalumab es una alternativa en el tratamiento de la psoriasis, sin embargo, parece disminuir su eficacia conforme avanza el tiempo, lo cual queda evidente en la evolución del PASI. Por otro lado, también parece aumentar la calidad de vida de los pacientes y es un fármaco seguro, pues se han observado pocos eventos adversos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

67. ¿EXISTEN DIFERENCIAS RELEVANTES ENTRE LAS RECOMENDACIONES DE LAS PRINCIPALES SOCIEDADES CIENTÍFICAS PARA LA NUTRICIÓN PARENTERAL NEONATAL?

AUTORES

GUZMÁN CORDERO C; APARICIO CASTELLANO B; BÁEZ GUTIÉRREZ N; PEREA PÉREZ Á; RUIZ ARCA G

OBJETIVOS

En el año 2020 se actualizaron las guías NICE de nutrición parenteral neonatal (NPN). El objetivo de este estudio fue revisar y comparar las diferentes recomendaciones de las guías de NPN de las principales sociedades científicas.



MATERIALES Y MÉTODOS:

En febrero de 2022 se realizó una revisión de las recomendaciones sobre prescripción, elaboración y administración NPN. Las guías revisadas fueron: NICE (2020), ASPEN (2019), ESPEN (2018) y SENPE (2017).

Se recogieron las recomendaciones realizadas sobre los siguientes aspectos: Indicación, tiempo hasta el inicio, requerimientos de energía y volumen, macronutrientes (carbohidratos, lípidos y proteínas), electrolitos (sodio, potasio, cloro, calcio, fosfato, magnesio, sulfato y acetato), elementos traza, oligoelementos, vitaminas, adición de medicamentos, osmolaridad, vías de acceso, medidas de conservación y protección.

RESULTADOS:

Las principales diferencias encontradas fueron: 1) Indicación y tiempo hasta el inicio: Las guías ESPEN y ASPEN no especificaban esta información. Las guías NICE indicaba el uso en prematuros de muy bajo peso en las 8 primeras horas desde la toma de decisión y SENPE cuando no se alcanzaban los requerimientos por vía enteral en las primeras 24 horas. 2) Energía: recomendaciones similares 40-60 al inicio hasta 90-120 kcal/kg/día. 3) Volumen: No especificado en ninguna guía, variable según patología. 4) Macronutrientes: Fueron similares entre las diferentes guías siendo los rangos de inicio 5,8-11,5; 0,5-2 y 1-3 g/kg/día y pudiendo progresar hasta 9-18, 3-4 y 3-4 g/kg/día de carbohidratos, lípidos y proteínas, respectivamente. 5) Electrolitos: NICE y ESPEN no indicaron un rango para sodio y potasio; ASPEN y SENPE sí (2-5 mg/kg/día). Las recomendaciones de calcio (1,5 – 4 mEq/Kg/día), magnesio (0,12 – 0,17 mEq/Kg/día) y fosfato (1-2 mmol/kg/día) fueron similares entre las guías. Respecto al fosfato, cloro y sulfato ninguna guía especificó dosis máxima. 6) Elementos traza: Las guías ESPEN y SENPE aportan información sobre el Zn, Cu, Mn, Se, Mo, Pb. 7) Oligoelementos y vitaminas: Las guías NICE y ESPEN recomiendan no adicionar Fe a largo plazo. Las guías NICE recomiendan dosis estándares de vitaminas; el resto indican seguir la dosificación según ficha técnica dependiendo del producto empleado. 8) Medicamentos: Las guías SENPE son las únicas que hacen referencia a la adición de insulina, heparina y L-carnitina. 9) Osmolaridad: Las guías ESPEN y SENPE indican la necesidad de usar una vía central (VC) para osmolaridades superiores a 850-900 mOsm/L. Ninguna guía indicó una osmolaridad máxima para VC. 10) Vías de acceso: Todas las guías indican la preferencia de uso de VC. 11) Medidas de conservación y protección: Las guías ESPEN especifican la necesidad de proteger de la luz aquellas NPN con lípidos. El resto de las guías indican proteger las NPN siempre.

CONCLUSIONES:

La revisión de las distintas guías de NPN halló diferencias relevantes entre las mismas. Esta variación puede deberse a la disponibilidad de materias primas, de instalaciones para la elaboración de las NPN y a la falta de actualización de alguna de las guías incluidas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

68. ELABORACIÓN DE UN CHECK-LIST BASADO EN LAS NUEVAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA PARA LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE NUTRICIONES PARENTERALES NEONATALES

AUTORES

APARICIO CASTELLANO B; GUZMÁN CORDERO C; BÁEZ GUTIÉRREZ N; NIEVAS BAÑOS AB

OBJETIVOS

La nutrición parenteral neonatal (NPN) es un tratamiento de características muy variables, que dependen en gran medida de la patología, edad y peso del paciente. Su función es garantizar la correcta administración de los requerimientos nutricionales y energéticos del paciente, con el propósito de corregir o prevenir las deficiencias nutricionales. En este contexto, es fundamental el papel del farmacéutico en la validación de este tipo de tratamientos para evitar errores. El objetivo de este trabajo fue la elaboración de un check-list para facilitar la validación farmacéutica de las NPN prescritas en un hospital de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS:

En enero de 2022 se realizó una revisión bibliográfica de las últimas versiones de las principales guías de referencia sobre prescripción, elaboración y administración de NPN para la elaboración del check-list. Se revisaron las guías de las siguientes sociedades: *National Institute for Health and Care Excellence* (2020), *American Society of Parenteral and*



Enteral Nutrición (2019), *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (2018), y *Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral* (2017). Las recomendaciones sobre la NPN que fuesen comunes en las diferentes guías fueron incluidas directamente en el check-list. Aquellas en las que se encontraron discrepancias entre guías se llegó a un consenso entre los farmacéuticos responsables del área de nutrición parenteral, adoptándose aquellas recomendaciones que se adecuasen más a las características de las instalaciones y la disponibilidad de materias primas en el hospital.

RESULTADOS:

Se elaboró un check-list con 20 ítems distribuidos de la siguiente forma:

- 1- Indicación: <31 semanas de gestación o imposibilidad de vía enteral
- 2- Inicio: <8 horas tras identificación de necesidad de NPN
- 3- Energía: 45-55 kcal/kg/día y aumentar hasta 90-120 kcal/kg/día.
- 4- Volumen total: mínimo necesario según estado nutricional (100-200 ml/kg/día)
- 5- Carbohidratos: 6-12 g/kg/día hasta máximo de 16-18 g/kg/día
- 6- Aminoácidos: 1-2 g/kg/día hasta 2.5-3 g/kg/día.
- 7- Lípidos: 1-2 g/kg/día hasta 3-4 g/kg/día.
- 8- Sodio: 2-5 mEq/kg/día.
- 9- Potasio: 2-5 mEq/kg/día.
- 10- Calcio: 0,8-2 mmol/kg/día hasta 1,5-3,5 mmol/kg/día.
- 11- Fosfato: 1- 2 mmol/kg/día.
- 12- Magnesio: 0,2-0,5 hasta 0,5-0,7 mg/kg/día.
- 13- Oligoelementos (Peditrace®): 1 ml/kg/día.
- 14- Vitaminas liposolubles (Vitalipid®): 4 ml/kg/día (máx 10 ml)
- 15- Vitaminas hidrosolubles (Soluvit®): 1 ml/kg/día (máx 3,7ml)
- 16- Osmolaridad: <900 mOsm/L por vía periférica.
- 17- Acceso venoso: Preferiblemente central (en estos casos, consolidar la osmolaridad).
- 18- Medicamentos: según particularidades del paciente (insulina; heparina 0,5UI/Kg).
- 19- Protegida de la luz: Siempre
- 20- Duración de la nutrición: Suspender cuando tolere de manera adecuada 2/3 de los requerimientos energéticos mediante NE.

CONCLUSIONES:

La validación farmacéutica, no solo de las técnicas de elaboración, sino también de la prescripción médica, es una actividad fundamental, especialmente para una población tan susceptible como la neonatal. El check-list permite sistematizar el proceso desde la prescripción hasta la administración de la NPN, ayudando a detectar y evitar posibles errores.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

69. PEMBROLIZUMAB EN ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

DOMINGUEZ SANTANA CM; MORA CORTÉS M; MARTINEZ DIAZ C; BARREIRO FERNANDEZ EM; FÉNIX CABALLERO S

OBJETIVOS

Describir el caso de una paciente con adenocarcinoma de endometrio metastásico e inestabilidad de microsátelites (MSI) en tratamiento con pembrolizumab, evidencia disponible, respuesta clínica y tolerancia.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se solicita al servicio de Farmacia el uso fuera de ficha técnica de pembrolizumab en paciente con adenocarcinoma de endometrio estadio IV y MSI que presenta progresión de la enfermedad tras tratamiento con quimioterapia estándar. Se realiza una búsqueda bibliográfica aprobándose el inicio con pembrolizumab en base a situación clínica y evidencias encontradas. Para la recogida de datos clínicos y demográficos se empleó la historia clínica digital única (Diraya®) y



la aplicación de quimioterapia (Farmis®). Para valorar la respuesta clínica se emplearon los criterios RECIST v1.1. La tolerancia se evaluó mediante los efectos adversos (EA) observados.

RESULTADOS:

Mujer de 55 años con adenocarcinoma de endometrio y MSI que debutó con estadio I progresando tras ocho meses de la intervención quirúrgica con metástasis pélvica e infiltración en psoas asociadas a ciatalgia y TVP. Recibió tres ciclos de carboplatino-paclitaxel, objetivándose nueva progresión con empeoramiento del dolor y debilidad muscular que le impedía caminar (ECOG 2). El TAC presentó importante aumento de la masa pélvica tumoral (12,4x11,3x17,2cm) con respecto a imagen previa. Debido a sus antecedentes personales (carcinoma lobulillar de mama y tumor de ovario, ambos en estadio I en seguimiento tras intervención) y familiares (rama materna: madre y dos tíos fallecidos de cáncer colorrectal, tía fallecida de cáncer de ovario y abuela y hermanos de ésta, fallecidos de cáncer de diferente localización) se realizó estudio genético por sospecha de Síndrome de Lynch, confirmándose por presencia de mutación en gen MSH2. En esta situación clínica desde el servicio de Farmacia realizamos una revisión de la evidencia disponible, obteniendo como resultado estudios fase Ib-II de pequeño tamaño que mostraban la eficacia de pembrolizumab en diversos tumores sólidos avanzados con MSI. Ante el subtipo molecular presente se aceptó su uso, con dosis de 200mg cada tres semanas hasta progresión o 2 años, por el potencial beneficio que puede aportar en este grupo de pacientes. Durante el primer año de tratamiento se obtuvo una respuesta parcial, presentando reducción tumoral progresiva desde el primer TAC de control: 3 meses (3 ciclos): 4,7x7,2x11cm; 6 meses (7 ciclos): 3,3x5,9x8,9cm, alcanzándose ECOG 0; 12 meses (16 ciclos): 2,6x4,6x6,4cm. En la actualidad, tras 16 meses en tratamiento, la paciente alcanzó una respuesta completa tras intervención quirúrgica sin evidencia de enfermedad en prueba de imagen. Los EA observados fueron: edemas en manos, astenia leve, dispepsia, dolor esofágico y mucositis, revirtiendo todos ellos al poco tiempo de su aparición y no presentando ninguna toxicidad en la actualidad.

CONCLUSIONES:

El análisis de la evidencia, aunque limitada, ha permitido el uso fuera de indicación de pembrolizumab en paciente con adenocarcinoma de endometrio metastásico con MSI y Síndrome de Lynch obteniéndose respuesta clínica completa y tolerancia adecuada.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

72. EXPERIENCIA MULTIDISCIPLINAR E IMPLICACIÓN DEL PACIENTE EN EL USO Y OPTIMIZACIÓN DE HIPOLIPEMIANTE SUBCUTÁNEOS

AUTORES

MONTERO SALGADO B; SÁEZ RODRÍGUEZ MI; MIRANDA MAGAÑA M; JIMÉNEZ RANCHAL J; ARENAS VILAFRANCA JJ; CHINCHURRETA CAPOTE PA

OBJETIVOS

Revisar la efectividad del tratamiento hipolipemiente en pacientes tratados con inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina9 (iPCSK9) en nuestro centro. Describir y analizar la utilización de diversos mecanismos de optimización de la terapia en pacientes que no alcancen los niveles de c-LDL objetivos.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. En la consulta de Atención Farmacéutica (AF), además de fomentar la adherencia, adiestrar en el uso del dispositivo y revisar la farmacoterapia del paciente en tratamiento con ipcsk9, se realiza una consulta nutricional con revisión de hábitos higiénicos-dietéticos y adecuación de los mismos hacia una dieta saludable para su patología. Estas recomendaciones se establecieron de forma multidisciplinar con el área de nutrición incluyéndose repromoción del ejercicio físico y deshabituación tabáquica. Se recogieron, de todos los pacientes en tratamiento activo con iPCSK9, las siguientes variables de la Historia clínica digital: sexo, iPCSK9 prescrito, posología y niveles c-LDL (mg/dl): previos al inicio de la terapia, al mes del inicio y último nivel disponible. Como objetivo del tratamiento, se estableció un nivel de c-LDL < 70mg/dl. Los mecanismos de optimización del tratamiento desarrollados en la consulta de AF, en caso de no alcanzarse los objetivos al inicio del tratamiento o durante los controles anuales, fueron, en este orden: 1º Revisión de la adherencia y de la técnica de administración; 2º Refuerzo y reevaluación de hábitos higiénicos-dietéticos. 3º Derivación al especialista para intensificación posológica si procedía o reevaluación del caso. Se



registraron los pacientes que no alcanzaron los objetivos y las medidas requeridas. Se analizaron estadísticos descriptivos, variables cuantitativas como media y desviación estándar y variables cualitativas mediante distribución de frecuencias y porcentaje.

RESULTADOS:

Se incluyeron 161 pacientes, 67.7% hombres. 30 pacientes fueron tratados con Evolocumab 140mg (18.6%), 96 con Alirocumab 75mg (59,6%) y 35 con Alirocumab 150mg (21.7%). Los niveles medios de c-LDL de los pacientes fueron: 132 ± 47 mg/dl al inicio, 60 ± 34 mg/dl al mes del inicio y 61 ± 34 mg/dl el último nivel disponible. 38 pacientes (23.6%) no alcanzaron el objetivo establecido durante la última revisión y el 100% de ellos fueron citados en consulta de AF. Aquellos pacientes con adherencia >95%, destreza en el uso del inyectable y dieta adecuada fueron derivados a la consulta del médico responsable para revisión del caso. De los 38, 18 pacientes se encontraban recibiendo dosis máxima, (13 fueron valorados en consulta médica para revisión completa); y 20 pacientes eran susceptibles de optimización de dosis (7 aumentaron dosis, 10 están pendientes de revisión y 2 suspendieron tratamiento).

CONCLUSIONES:

3 de cada 4 pacientes atendidos en nuestra consulta, alcanza niveles óptimos de c-LDL en tratamiento con iPCSK9 y los mantiene al año. Todos los pacientes que no alcanzan objetivos terapéuticos son revisados de forma multidisciplinar tanto en consulta de AF como del médico, para optimizar la terapia o revisión del caso para abordar los motivos de la falta de eficacia.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD

73. INTERVENCIONES CLÍNICAS REALIZADAS POR UN RESIDENTE DE FARMACIA HOSPITALARIA EN EL ÁMBITO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

AUTORES

FLORIDO FRANCISCO M; BLANCO ESPESO T; SERRANO GIMÉNEZ R

OBJETIVOS

Describir las intervenciones realizadas por un residente de farmacia hospitalaria, durante una rotación tutorizada por un facultativo especialista, en el área de prescripción electrónica de pacientes hospitalizados de un hospital universitario de especialidades, así como evaluar su grado de aceptación.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo intervencionista. Se incluyeron pacientes adultos hospitalizados, desde el 1 de septiembre 2021 hasta el 23 de enero 2022, cuyos tratamientos fueron revisados y validados por un farmacéutico. Se recogieron variables demográficas (sexo y edad), clínicas [juicio clínico (JC) y servicio de ingreso] y farmacoterapéuticas [número de medicamentos en receta electrónica y polimedición (≥ 6 medicamentos)]. Las intervenciones se notificaron vía telefónica y/o a través del programa de prescripción electrónica. Fueron clasificadas como: Actividad (conciliación al ingreso/información/recomendación antibiótica), Adecuación (error en conciliación/error en prescripción/orden incompleta), Cambio (interacción/intercambio terapéutico), Inicio (necesidad tratamiento adicional/tratamiento habitual no prescrito), Modificación Forma farmacéutica (FF), Posología o Vía [por: ajuste dosis a función renal (FR)/aumento o disminución dosis/dificultad de administración/modificación de frecuencia-horario/problema de absorción a SNG-PEG/terapia secuencial], Suspensión (alergia/duplicidad/duración excesiva/medicamento innecesario). El listado de pacientes se obtenía diariamente gracias al programa de prescripción electrónica. Datos recogidos a través de historia clínica, receta electrónica y programa de prescripción electrónica, procesados mediante Excel 2019®.

RESULTADOS:

Se realizaron intervenciones en 332 pacientes. El 58,1% (n=193) eran hombres; con una mediana de edad de 72 años [Rango intercuartílico (RIQ)=80-62]. Los JC más frecuentes fueron: complicación de neoplasia previa (9,3%), insuficiencia cardíaca (8,1%) e infección por SARS-CoV-2 (6,3%). Los servicios de ingreso más frecuentes fueron: Medicina Interna (27,7%), Aparato Digestivo (8,7%) y Cardiología (8,5%). Mediana de 11 medicamentos en receta electrónica (RIQ=14-7)



y presencia de polimedición en el 85,5% (n=284). Se realizaron 386 intervenciones, de las cuales, 8,5% (n=33) fueron clasificadas como “no evaluables” por exitus/altas. Respecto a las evaluables, fueron aceptadas el 84,7% (n=299), con los siguientes porcentajes según clasificación: duplicidad (42,8%), dificultad de administración (7,7%), intercambio terapéutico (6,7%), error conciliación (6,0%), modificación frecuencia (4,7%), error prescripción (4,4%), información (3,7%), disminución dosis (3,3%), aumento dosis (3,0%), orden incompleta (3,0%), duración excesiva (2,0%), medicamento innecesario (2,0%), tratamiento habitual no prescrito (2,4%), necesidad tratamiento adicional (1,7%), conciliación ingreso (1,3%), ajuste dosis FR (1,4%), alergia (1,3%), interacción (1,0%), modificación horario (0,7%), recomendación antibiótica (0,3%), problemas de absorción SNG-PEG (0,3%), terapia secuencial (0,3%). Del total de intervenciones aceptadas, el 17,7% (n=53) se relacionaban con medicamentos de alto riesgo, según el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (antidiabéticos, anticoagulantes orales, metotrexato oral, antiarrítmicos IV, opiáceos). De las intervenciones no aceptadas, el 40,7% (n=22) correspondían a errores en la conciliación al ingreso.

CONCLUSIONES:

Los datos obtenidos muestran que las intervenciones clínicas realizadas por el residente de farmacia hospitalaria logran alcanzar un alto grado de aceptación, disminuyendo los errores asociados a la medicación y por tanto aumentando la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

76. ANÁLISIS DE LA CONCORDANCIA DE LA EVIDENCIA DISPONIBLE SOBRE EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN HEMODIÁLISIS

AUTORES

RODRÍGUEZ DE FRANCISCO L; DE VALLE MORENO P; ÁLVAREZ DEL VAYO C; LORA ESCOBAR SJ; SUEREZ CASILLAS P

OBJETIVOS

Analizar el grado de concordancia que ofrece la información recogida en distintas guías y bases bibliográficas en relación al manejo de medicamentos, concretamente antibióticos, en pacientes que precisan de hemodiálisis por padecer enfermedad renal crónica.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se llevó a cabo un análisis de los antibióticos que se administran con más frecuencia a pacientes que acuden a la unidad de diálisis de un hospital de tercer nivel con motivo de la hemodialización. Una vez se concretaron qué antibióticos se incorporarían al estudio, se procedió a la recopilación de datos. La variable que se analizó fue el momento de la administración del medicamento, es decir, PRE-hemodiálisis (HD), INTRA-hemodiálisis y POST-hemodiálisis. Para llevar a cabo dicha búsqueda se consultaron las siguientes bases de datos o guías terapéuticas:

- Guía de terapéutica antimicrobiana 2021.
- Guía Sanford de terapéutica antimicrobiana 2020. 50ª Edición.
- El Programa de optimización de uso de antibióticos (PROA) de un hospital de tercer nivel.
- UptoDate 2022.
- Micromedex 2022.

A partir de los datos recopilados se elaboró una tabla comparativa donde se reflejaba la recomendación para cada antibiótico según las distintas fuentes. Además, se midió el grado de concordancia según si coincidían los ítems para un mismo antibiótico: 5/5 (100%), ? (80%), ? (60%), ? (40%) , ? (20%) y 0/5 (0%).

RESULTADOS:

Se incluyeron en el análisis 10 antibióticos: amikacina, cefazolina, cefotaxima, ceftriaxona, cefuroxima, daptomicina, gentamicina, meropenem, tobramicina y vancomicina. Fueron revisadas 3 guías terapéuticas y 2 bases de datos científicas. Los datos obtenidos se muestran en la siguiente tabla:



Antibióticos/ Bibliografía	Mensa	Sanford	PROA	Upto- Date	Microme- dex
Amikacina	POST- HD	sin da- tos	PRE-HD	POST- HD	sin datos
Cefazolina	POST- HD	sin da- tos	POST- HD	POST- HD	sin datos
Cefotaxima	POST- HD	sin da- tos	POST- HD	POST- HD	sin datos
Ceftriaxona	No aplica	sin da- tos	No aplica	POST- HD	No aplica
Cefuroxima	POST- HD	sin da- tos	POST- HD	POST- HD	POST-HD
Daptom- icina	POST- HD	INTRA- HD	POST- HD	POST- HD	POST-HD
Genta- micina	POST- HD	sin da- tos	PRE-HD	POST- HD	POST-HD
Merope- nem	POST- HD	sin da- tos	POST- HD	POST- HD	POST-HD
Tobram- icina	POST- HD	sin da- tos	PRE-HD	POST- HD	sin datos
Vancomici- na	INTRA- HD POST- HD	sin da- tos	INTRA- HD POST- HD	INTRA- HD POST- HD	INTRA-HD

El grado de concordancia de la evidencia de uso de los antibióticos en las distintas bases de datos fue: 40% para amikacina y tobramicina; 60% para cefazolina, cefotaxima, ceftriaxona, gentamicina y vancomicina y 80% para cefuroxima, meropenem y daptomicina. Por tanto, como resultado del análisis se obtuvo que 5 antibióticos alcanzaron el 60% de concordancia, 3 de ellos alcanzaron el 80% y 2 alcanzaron el 40%. Únicamente 3 del total de antibióticos obtuvieron una concordancia superior al 60%.

CONCLUSIONES:

Una vez procesados los datos recogidos, se llega a la conclusión de que existe un alto grado de discordancia respecto a las recomendaciones que ofrecen las actuales guías disponibles para consultar cuál es el momento idóneo para la administración de antibióticos en pacientes que necesitan recurrir a la hemodiálisis debido a su patología de base. Sería necesario realizar más estudios al respecto para llegar a un consenso sobre la adecuación de administración de estos fármacos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

77. EFICACIA Y SEGURIDAD DE OCRELIZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

RIVAS RODRÍGUEZ MD; REDONDO GALÁN C; GIL GARCÍA Á; ROJAS ALBARRÁN A; GRAGERA GÓMEZ M; RANGEL MAYORAL JF



OBJETIVOS

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria y neurodegenerativa del sistema nervioso central. La gran mayoría de los fármacos modificadores de la enfermedad utilizados para la EM actúan sobre el componente inflamatorio. Ocrelizumab es un anticuerpo monoclonal anti-CD20 y es el único fármaco aprobado no solo para pacientes con formas recurrentes de esclerosis múltiple (EMRR) sino también para pacientes con esclerosis múltiple primaria progresiva (EMPP).

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de ocrelizumab en la EM.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo de todos los pacientes tratados con ocrelizumab desde diciembre de 2018 hasta diciembre de 2021.

La eficacia se evaluó mediante la ausencia o no de brotes y valorando la progresión de la enfermedad a través de la Expande Disability Status Scale (EDSS) y la actividad radiológica por resonancia magnética (RM). El perfil de seguridad del medicamento se estableció recogiendo datos sobre efectos adversos (EA).

Otras variables clínicas recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico, motivo de inicio, número de ciclos administrados, tratamientos previos y posteriores.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica, del módulo de Pacientes Ambulantes (Farmatools®) y se analizaron con el programa estadístico SPSS v.25.0.

RESULTADOS:

Se incluyeron 33 pacientes, 17 (51,5%) mujeres, con una edad media 46 (31-57) años. El 57,6% (n=19) fueron diagnosticados de EMRR, 36,4% (n=12) EMPP y un 6 % (n=2) para una indicación no aprobada en ficha técnica. Las razones para iniciar tratamiento con ocrelizumab fueron: 18,2% (n=6) por aumento del número de brotes, 54,5% (n=18) por falta de eficacia, 18,2% (n=6) como primera línea y 9,1% (n=3) por otras causas. La media del número de ciclos fue de 2,6 (1-6), recibiendo 3 o más ciclos el 48,4% (n=16) de los pacientes.

Los pacientes fueron tratados previamente con una mediana de 2 (1-5) fármacos: interferón beta 1-a (26,4%), fingolimod (19%), natalizumab (17%), alemtuzumab (13,2%), acetato de glatiramero (9,4%), cladribina (7,5%) y teriflunomida (7,5%). El 6% de los pacientes (n=2) recibió tratamiento posterior con siponimod y cladribina, respectivamente.

En cuanto a la eficacia, ocho pacientes (24,3%) tuvieron un brote durante el tratamiento. La mediana de EDSS (27/33) post-ocrelizumab fue de 4,8 (1-7,5). En 15 (55,6%) de los pacientes se mantiene la EDSS, en 8 (29,6%) disminuye y en 4 (14,8%) empeora. En los 6 pacientes restantes no hay datos de EDSS.

Los resultados de la resonancia magnética mostraron: 36,4 % (12/33) enfermedad estable, 12,1 % (4/33) lesiones nuevas y 3 % (1/33) mejoría. En el 48,5% (16/33) sigue pendiente.

En cuanto a la seguridad, el 24,2% (n=8) de los pacientes presentó algún EA. La mayoría fueron leves, excepto en un paciente tinnitus y visión borrosa (se suspendió el tratamiento) y en otro paciente taquicardia e ictericia (se redujo el tiempo de infusión).

CONCLUSIONES:

Ocrelizumab parece ser una alternativa eficaz y bien tolerada por los pacientes. Sin embargo, la falta de datos de EDSS y RM hace necesario confirmar estos hallazgos con un seguimiento más prolongado.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

78. EXPERIENCIA DE UTILIZACIÓN DE DURVALUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES

RIVAS RODRÍGUEZ MD; REDONDO GALÁN C; GIL GARCÍA Á; ROJAS ALBARRÁN A; GRAGERA GÓMEZ M; RANGEL MAYORAL JF

OBJETIVOS

El objetivo principal es analizar la utilización de durvalumab en Cáncer de Pulmón No Microcítico (CPNM) avanzado en un hospital de tercer nivel.



MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo y observacional, en el que se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con durvalumab desde enero de 2019 hasta diciembre de 2021. La información se obtuvo a partir de la historia clínica electrónica y del módulo de pacientes ambulatorios (Farmatools®). Se recogieron las siguientes variables: demográficas (sexo, edad, consumo de tabaco y escala ECOG); clínica (estadio, subtipo histológico, metástasis, grado de expresión de Programmed Death-Ligand 1 o PD-L1); tratamiento (líneas previas, posología y duración). La eficacia se evaluó mediante los criterios RECIST v1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors): Respuesta Completa (RC), Respuesta Parcial (RP), Enfermedad Estable (EE) o No Respuesta (NR), Supervivencia Libre de Progresión (SLP) y Supervivencia Global (SG).

La seguridad se determinó en base a las reacciones adversas (RA) relacionadas con el tratamiento.

Para la recogida y análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS v.20.

RESULTADOS:

De los 97 pacientes tratados con inmunoterapia para el CPNM: 49,5% (n=48) Atezolizumab, 22,7% (n=22) Nivolumab, 21,6% (n=21) Pembrolizumab y 6,2% (n=6) Durvalumab. Con respecto a este último, el 83,3% (5/6) fueron varones, con una media de edad de 69,5 (59-80) años. Todos eran fumadores, con un ECOG de 0 en el 66,7% (n=4) de los pacientes. En cuanto a la clínica: 3 presentaban estadio IIIA, 2 estadio IIIB y 1 estadio IV. La histología más prevalente fue de tipo escamoso en 4 pacientes y en los 2 restantes adenocarcinoma. El 33,3% (n=2) de los pacientes presentó metástasis pulmonares. La expresión de PD-L1 fue mayor del 1% en todos los pacientes. Todos habían recibido quimiorradioterapia previa con esquema basado en platino. La dosis de Durvalumab fue de 10 mg/kg cada 14 días, siguiendo 3 de ellos aun en tratamiento. El 16,7% presentó una RC (n=1), 50% (n=3) RP y el 33,3% restante NR y EE.

La mediana de SLP hasta que finalizó el estudio fue de 17 meses (IC95% 16,4-20,6). No se alcanzó la mediana de SG. Las RA más frecuentes fueron: molestias gastrointestinales (25%), hipotiroidismo (16,7%), astenia (16,7%), pérdida de apetito (16,7%). Con menor frecuencia: diarrea (8,3%), neumonitis (8,3%) y diabetes (8,3%). La diarrea de grado 3 en uno de los pacientes obligó a la suspensión del tratamiento de forma permanente.

CONCLUSIONES:

Nuestra experiencia clínica con Durvalumab se reduce a una pequeña muestra de pacientes. Hemos observado que un 50% alcanzó al menos RP al tratamiento. Sin embargo, se ha visto que la incidencia de RA fue elevada, suponiendo la interrupción del tratamiento en uno de ellos.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGÉNICA**79. COMPARACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE VANCOMICINA MEDIANTE LA CONCENTRACIÓN MÍNIMA SÉRICA Y EL ÁREA BAJO LA CURVA****AUTORES**

DEL VALLE MORENO P; CIUDAD GUTIÉRREZ P; HERRERA HIDALGO L; GUIADO GIL B; GIL NAVARRO MV

OBJETIVOS

Comparar el ajuste posológico de vancomicina basado en la concentración mínima sérica (Cmin) y en el área bajo la curva (AUC) para evaluar la concordancia en las recomendaciones entre la práctica clínica habitual y las últimas recomendaciones internacionales en las que se sugiere como objetivo farmacocinético/farmacodinámico (PK/PD) una relación AUC/CMI de 400-600 para una mayor eficacia y seguridad en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes adultos en tratamiento con vancomicina. Se seleccionaron los pacientes monitorizados por el Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel durante el mes de abril de 2021 (n=17). Se recogieron las variables de sexo, edad, peso, talla, creatinina, dosis total diaria y tipo de infusión. Se identificaron las recomendaciones emitidas para el ajuste posológico en todos los pacientes monitorizados, basadas en la determinación de la Cmin en los que tenían infusión intermitente y la concentración sérica en el estado estacionario (Css) en los que tenían infusión continua. Se consideraron niveles objetivo de 15-20 mg/dl para Cmin y 20-25 mg/dl para Css.

A continuación, se realizó el cálculo del AUC con los datos de aclaramiento de creatinina y dosis total y se asumió una concentración mínima inhibitoria (CMI) de 1 en todos los pacientes. Se consideró un nivel objetivo de AUC/CMI de 400-600 para el ajuste posológico.



Finalmente, se evaluó la concordancia entre las predicciones emitidas para cada paciente, empleando la Cmin o Css y empleando el AUC.

RESULTADOS:

Se incluyeron 17 pacientes adultos, el 82% (n=14) hombres. La media de edad fue de 54 años (29-73). La infusión fue continua en el 53% (n=9) de los casos.

Las recomendaciones emitidas utilizando la Cmin como parámetro farmacocinético en la estimación de la concentración de vancomicina fueron las siguientes: aumentar la dosis en 6 de los casos, mantener la misma dosis en 7 y disminuirla en 4. Por otro lado, al utilizar como parámetro de eficacia la relación AUC/CMI, las recomendaciones fueron: aumentar la dosis en 10 de los casos, mantenerla en 5 y disminuirla en 2.

Al comparar ambos métodos, se observó una coincidencia global en el ajuste posológico del 76%. Únicamente se observaron discrepancias en 4 casos en los que se recomendó aumento de dosis según AUC/CMI versus disminución (en 2 casos) o mantenimiento (en 2 casos) según valores de Cmin o Css.

CONCLUSIONES:

En general, el ajuste posológico realizado mediante el uso de la Cmin coincide con la predicción realizada con el AUC. Aun así, en una minoría de casos se produjeron diferentes modificaciones del régimen posológico.

Por ello, es preciso considerar la implantación de la monitorización terapéutica de vancomicina basada en el AUC para la optimización del manejo terapéutico, ya que las recomendaciones emitidas recientemente por las guías internacionales establecen como principal parámetro predictivo de la eficacia terapéutica la relación AUC/CMI promoviendo el uso de la Cmin como alternativa en pacientes con función renal normal y con una CMI<1.

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

81. ELABORACIÓN DE UN ESCRITORIO DIGITAL PARA EL ÁMBITO ONCOLÓGICO DE UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

TEJEDOR TEJADA E; TAUSTE HERNÁNDEZ B; RODRIGUEZ GOICOCHEA M

OBJETIVOS

El uso de las herramientas digitales pertenecientes a la web 2.0 en el ámbito profesional del farmacéutico hospitalario ha aumentado en los últimos años. Los escritorios digitales son sitios web gratuitos que permiten organizar de forma sencilla, personalizada y en una sola página los enlaces de interés del usuario. El objetivo principal fue elaborar un escritorio digital Symbaloo® como herramienta de apoyo para el área de oncología de un servicio de farmacia de hospital que facilitara el acceso y la resolución de consultas farmacoterapéuticas.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Tras la creación de una cuenta corporativa en Symbaloo® (www.Symbaloo.com), se creó un escritorio llamado "Oncología" al que se le fueron incorporando direcciones web recomendadas por el equipo farmacéutico del centro de información oncológico y que cumplieran alguno de los siguientes criterios de inclusión:

- Enlaces, documentos u otros recursos web presentes en la bibliografía consultada o recomendada por Instituciones Sanitarias, Asociaciones Científicas o Servicios de Farmacia Hospitalaria.
- Sitios web que cumplieran con las recomendaciones básicas de páginas web fiables de salud de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) o tuvieran algún sello de calidad (Web Médica Acreditada, Health On The Net Code o Web de Interés Sanitario).

Las páginas web añadidas debían estar en idioma castellano o inglés. Cada enlace se agrupó en distintas zonas del escritorio virtual o webmix según el tipo de información que contenía, otorgándole un color a cada categoría. La dirección web del escritorio se compartió por correo electrónico con el resto de farmacéuticos del servicio y posteriormente se hizo pública tras una validación conjunta de los enlaces.

RESULTADOS:

El escritorio virtual creado puede consultarse en la siguiente dirección web: <https://www.symbaloo.com/home/mix/13eOhLC2dF>



El número total de enlaces añadidos fue de 27, siendo la distribución por categorías la siguiente:

- Buscadores y metabuscadores de artículos científicos e información farmacoterapéutica.
- Documentos de consulta, calculadoras médicas y otros recursos web útiles para el desarrollo de la actividad farmacéutica oncológica.
- Páginas web y documentos de consulta sobre seguridad, estabilidad, reconstitución, dilución, administración e interacciones de medicamentos de carácter oncológico.
- Webs oficiales de agencias, sociedades e instituciones científicas de interés y servicios de farmacia hospitalaria.
- Bases de datos de medicamentos y situaciones especiales.
- Boletines farmacoterapéuticos y blogs sobre medicamentos y farmacoterapia.

CONCLUSIONES:

Symbaloo® es una herramienta dinámica que ha facilitado la gestión, clasificación y almacenamiento de los contenidos web farmacoterapéuticos más útiles para el equipo farmacéutico del área de oncología, pudiendo actuar además como “filtro” de la excesiva información sanitaria existente en internet. De esta manera, la búsqueda y consulta de información se vuelve más sencilla, fiable y eficiente en términos de optimización del tiempo. Además, la aplicación de Symbaloo para teléfonos móviles y tabletas permite el acceso al escritorio digital de forma inalámbrica desde cualquier lugar con acceso a internet haciéndolo así más accesible.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

84. TOXICIDAD INMUNORELACIONADA DE LOS INHIBIDORES DE LOS PUNTOS DE CONTROL

AUTORES

RODRÍGUEZ JORGE M; GARCÍA GIMÉNEZ I; GARRIDO MARTÍNEZ MT

OBJETIVOS

Los inhibidores de los puntos de control (IPC) se asocian con un espectro único de efectos secundarios denominados eventos adversos relacionados con el sistema inmunitario (irAE), los cuales aparecen en las primeras semanas de tratamiento.

El objetivo fue evaluar los eventos adversos relacionados con el sistema inmune, que ocurrieron en los primeros meses de tratamiento con IPC.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes que iniciaron tratamiento con atezolizumab, nivolumab o pembrolizumab en monoterapia, desde marzo 2020 hasta diciembre 2021.

Se obtuvieron los datos referentes a los 3 primeros meses de tratamiento a través del programa de prescripción electrónica Farmis-Oncofarm^o y de la historia digital Diraya^o. Se recogieron las variables edad, sexo, ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*), patología neoplásica y enfermedades concomitantes; el abandono o retraso en el tratamiento por toxicidad, así como los principales irAE (dermatológica, gastrointestinal, pancreática, hepática, endocrina [diabetes, hiper/hipotiroidismo, hipofisitis], pulmonar, neurológica, reumatológica, renal, cardiológica y hematológica) y el grado de las mismas según *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5.0*.

RESULTADOS:

Se incluyeron 59 pacientes con una media de edad de 64±9 años, siendo el 80% hombres y presentando un ECOG de 0-1 el 98%. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (32%) y dislipemia (20%). Las neoplasias más frecuentes fueron pulmón (49%), vejiga y melanoma (13,5% cada una). Del total, 23 pacientes recibieron tratamiento con atezolizumab, 17 con nivolumab y 19 con pembrolizumab.

Los irEA tuvieron lugar en 42 pacientes (71,2%); en 6 (10,2%) el tratamiento se retiró por toxicidad y en 9 (15,3%) se produjo un retraso en el día de su administración. Las reacciones de tipo dermatológico ocurrieron en 21 pacientes (35,6%), las gastrointestinales en 12 (20,3%), reumatológicas en 7 (12%), alteraciones de las hormonas tiroideas ocurrieron en 4 pacientes (6,7%), toxicidad renal en 3 (5,1%), toxicidad de tipo hematológico en 3 (5,1%), toxicidad de tipo hepático en 2 (3,4%), pulmonar en 2 (3,4%) y 2 pacientes (3,4%) sufrieron neurotoxicidad. El 91% de estas reacciones fueron de grado leve-moderado (1-2).



En los pacientes tratados con atezolizumab, 11 sufrieron reacciones de tipo dermatológico, 5 gastrointestinales, 4 reumatológicas, 2 hematológicas, 2 neurotoxicidad, 1 sufrió alteraciones hepáticas, 1 endocrino, 1 pulmonar y 1 renal. Para nivolumab 4 sufrieron reacciones gastrointestinales, 3 dermatológicas, 2 endocrinas, 2 reumatológicas y 1 hepática. Y para pembrolizumab 7 fueron las reacciones dermatológicas, 3 gastrointestinales, 2 renales, 1 endocrino, 1 pulmonar, 1 reumatológica y 1 hematológica.

CONCLUSIONES:

Los IPC son fármacos seguros, con un perfil de toxicidad con predominio de reacciones dermatológicas y gastrointestinales, y mayor prevalencia de eventos adversos reumatológicos, calificados como de rara aparición en los estudios pivotaes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

85. FUENCOVAC: VIGILANCIA DE LA SEGURIDAD DE LAS VACUNAS FRENTE A LA COVID-19 EN PACIENTES DEL GRUPO 7.

AUTORES

GARCÍA GUTIÉRREZ MDM; FERNÁNDEZ ROMAN AB; PUIVECINO MORENO C; GARCÍA GIL M

OBJETIVOS

Las vacunas frente a la COVID-19 son una de las claves para combatir la pandemia.

Dado que en los ensayos clínicos realizados con ellas se excluye a la población de alto riesgo, definida como Grupo 7(G7) en la estrategia de vacunación nacional, surge la necesidad de poner en marcha un sistema mediante herramientas digitales que permita identificar efectos adversos(EA)en este grupo.

El objetivo fue llevar a cabo un seguimiento personalizado de la farmacovigilancia de las vacunas frente a la COVID-19 en pacientes del G7 mediante un sistema de notificación digital de EA.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional y prospectivo donde se incluyeron pacientes del G7 vacunados frente al COVID-19 en un hospital de segundo nivel. El período de seguimiento fue de abril a junio 2021.

A los pacientes se les realizó seguimiento vía sms y en caso alternativo vía telefónica. A las 24h tras la administración de cada dosis recibían en el móvil un formulario que recogía los EA más habituales: dolor en el punto de vacunación, fatiga, cefalea, mialgia, escalofríos, artralgias, fiebre y otros. En caso de notificar “otros” un farmacéutico contactaba con el paciente vía telefónica para valorar la gravedad de los EA y establecer un plan de seguimiento.

Los pacientes debían rellenar el formulario a las 24 horas y a las 48 horas post-vacunación.El enlace estaba habilitado durante 10 días para detección de EA tardíos.

Se procesaron los datos con Microsoft Excel 2013[®] y SPSS[®] v26.

RESULTADOS:

De los 845 pacientes incluidos, a 809 se les realizó el seguimiento vía sms y a 36 telefónico. La mediana de edad fue 61 (19-72) años, el 54% fueron mujeres y un 91% fueron oncohematológicos.

El 76% recibieron la vacuna Spikevax[®] y el 24% Comirnaty 30µg[®].Hubo una participación del 78% en la 1^ª dosis y de un 60% en la 2^ª dosis.

Los EA notificados tras la 1^ª dosis fueron: dolor en el punto de administración (PDA)(73%), cefalea(14%), fatiga(11%), mialgias(11%), escalofríos(11%), artralgias(9%), fiebre(6%) y otros(9%). Un 22% de los pacientes no tuvo ningún EA.

En cuanto a los notificados tras la 2^ª dosis fueron: dolor en el PDA(76%), cefalea(28%), fatiga(28%), mialgias(29%), escalofríos(28%), artralgias(17%), fiebre(28%) y otros(9%). Un 13% de los pacientes no tuvo ningún EA.

109 pacientes notificaron otros EA no incluidos en el formulario y se les hizo seguimiento telefónico. Los EA más frecuentes en este grupo fueron: náuseas(13%), mareo(11%), diarrea(9%), dolor abdominal(7%), vómitos(6%), hormigueos(6%), dolor brazo(6%), irritación de la piel(6%), inflamación del PDA 5%), somnolencia(4%), alergia en el PDA(4%), subida de tensión(3%) y congestión(3%). Todos estos EA fueron registrados en la historia clínica electrónica.

De estos pacientes, 98 recibieron el alta del seguimiento, 10 continuaron con seguimiento hasta mejoría de la sintomatología y un paciente precisó derivación médica.

Los EA no incluidos en ficha técnica fueron notificados al Sistema Español de Farmacovigilancia.



CONCLUSIONES:

La digitalización y el papel activo del paciente en el programa de farmacovigilancia permiten llevar a cabo un seguimiento personalizado, mejorar la seguridad del paciente, así como su calidad percibida.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS

86. INTERVENCIONES FARMACEÚTICAS SOBRE LA TERAPIA ANTICOAGULANTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

BARREIRO FERNANDEZ EM; PUIVECINO MORENO C; CASTELLANOS CLEMENTE Y; DOMINGUEZ SANTANA CM; MORENO RAMOS C; MORA CORTES M

OBJETIVOS

Describir las intervenciones farmacéuticas sobre la terapia anticoagulante (TA) en un Servicio de Urgencias.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional y retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel.

La actividad en el área de Urgencias es llevada a cabo por dos farmacéuticas durante los días laborables y en horario de 8am a 3pm. Se incluyeron todos los pacientes revisados en el periodo de tiempo comprendido desde 01/06/2021 al 31/12/2021 y sobre los que se hubieran propuesto intervenciones sobre la TA.

Como variable principal se analizó el porcentaje de intervenciones realizadas sobre la TA con respecto al total.

Las variables secundarias analizadas fueron:

- Principales características de los pacientes sobre los que se realizaron intervenciones relacionadas con la TA (sexo, edad, porcentaje de pacientes clasificados como alto grado de intervención [NIA]).
- Representación de los principios activos implicados en las intervenciones realizadas sobre la TA (%).
- Principales motivos de intervención sobre la TA (%).
- Grado de aceptación de las intervenciones realizadas sobre la TA (%).

Para las variables clínicas y demográficas se empleó la historia clínica electrónica (Selene®) y para las variables relacionadas con el tratamiento y el registro de intervenciones el programa de prescripción electrónica (Dominion®).

RESULTADOS:

En el periodo del estudio se revisaron un total de 246 pacientes sobre los que se realizaron 446 intervenciones de las cuales 41 fueron sobre la TA (9%) en 39 pacientes.

El 66% (27/39) de los pacientes con intervenciones sobre la TA eran mujeres con una media de edad de 80 años [53-92].

El 12% (5/41) de las intervenciones sobre la TA se realizaron sobre pacientes NIA.

Los principios activos implicados en las intervenciones sobre la TA fueron: 59% acenocumarol (23/41); 13% enoxaparina y apixaban (5/41, respectivamente); 11% edoxaban (4/41); 2% rivaroxabán y tinzaparina (1/41, respectivamente).

Los principales motivos de intervención sobre la TA fueron: 34% cambio de dosis (14/41); 17% monitorización (7/41); 14% mantener tratamiento por suspensión al ingreso (6/41); 8% suspensión del tratamiento (4/41); 7% nota informativa (3/41); 5% cambio de medicamento (2/41); 3% cambio intervalo posológico, cambio de pauta, confirmación prescripción por discrepancia en su tratamiento domiciliario, inicio de tratamiento y otros (1/41, respectivamente).

El 68% de las intervenciones realizadas sobre la TA fueron aceptadas (28/41), el 17% (7/41) no valorables debido a una duración menor a 1 día en el área de urgencias y el 15% (6/41) no aceptadas.

CONCLUSIONES:

Una de cada nueve intervenciones realizadas en el área de Urgencias está relacionada con la terapia anticoagulante, destacando su impacto al tratarse de fármacos de alto riesgo (ISMP). La mayoría de estas intervenciones fueron realizadas en mujeres de edad avanzada, aunque una gran parte en pacientes no clasificados NIA. En más de la mitad de los casos, el principio activo implicado fue acenocumarol. Alrededor de una de cada tres intervenciones fue con motivo de cambio de dosis y el grado de aceptación fue de casi siete de cada 10 intervenciones, posiblemente podría ser más alto si pudieran valorarse estancias de corta duración.



CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA**87. ANÁLISIS EN VIDA REAL DEL USO DE REMDESIVIR FRENTE A TERAPIA ESTÁNDAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NEUMONÍA GRAVE POR COVID-19****AUTORES**

ALARCÓN PAYER C; MUÑOZ CID CL; CLARAMUNT GARCÍA R; SALMERON COBOS AY; JIMÉNEZ MORALES A

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de Remdesivir versus al tratamiento estándar utilizado en la práctica clínica diaria en pacientes hospitalizados con neumonía grave producida por la COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional de cohorte prospectiva en pacientes hospitalizados con COVID-19 desde Abril de 2020 hasta Marzo de 2021 en un hospital de tercer nivel. Se analizaron dos grupos de pacientes, uno tratado con Remdesivir y otro tratado con la terapia estándar utilizada en el hospital. Para evaluar la efectividad de remdesivir frente a terapia estándar se midieron las siguientes variables: tiempo medio de recuperación, duración media de la hospitalización, mortalidad, media de días recibiendo oxígeno, mejoría de los síntomas, utilización de corticoides, tocilizumab y antibióticos, y la normalización de los valores de parámetros analíticos como PCR, niveles de ferritina, dímero D, aclaramiento de creatinina, ALT basal, AST basal, LDH, saturación de oxígeno en ambiente, comorbilidades, infiltración pulmonar, disnea e ingresos en UCI.

RESULTADOS:

Se analizaron un total de 70 pacientes hospitalizados con infección SARS-CoV-2 confirmado por PCR. De éstos, 35 recibieron como tratamiento Remdesivir (Grupo 1) y 35 recibieron el tratamiento estándar (Grupo 2). En el grupo 1 la media de edad fue de 59 años. La media de días desde el inicio de los síntomas hasta que eran hospitalizados fue de 4 días, el 94.74% presentaron neumonía bilateral, el 84.2% disnea, el 84.21% infiltración pulmonar, el 84.21% recibió oxigenoterapia de bajo flujo, el 84.21% recibió corticoides, el 87.50% dexametasona, el 21.05% tocilizumab, el 84.21% cefalosporinas, el 94.74% macrólidos. Después de 5 días de tratamiento con remdesivir la media del % saturación de oxígeno fue de 96%, el 26% requirió UCI, en el 84.21% se produjo una mejoría de los síntomas. El 88% de los pacientes del grupo 1 se recuperaron, el tiempo medio de recuperación fue de 12 días y el tiempo medio de hospitalización fue de 16 días. En el grupo 2 la media de edad fue de 69 años. La media de días desde el inicio de los síntomas hasta que eran hospitalizados fue de 6 días, el 68.75% presentaron neumonía bilateral, el 68.75% disnea, el 81.25% infiltración pulmonar, el 87.5% recibió oxigenoterapia bajo flujo, el 87.50% recibió corticoides, el 93.3% se trató con dexametasona, el 37.50% tocilizumab, el 93.75% cefalosporinas, el 75% macrólidos. Después de 5 días de tratamiento estándar la media del % saturación de oxígeno fue de 95%, el 35% requirió UCI, se produjo una mejoría de los síntomas en el 86% de los pacientes. El 93.7% del grupo 2 se recuperaron, el tiempo medio de recuperación fue de 12 días y el tiempo medio de hospitalización de 12.75 días.

CONCLUSIONES:

En este análisis de pacientes adultos hospitalizados con neumonía grave por COVID-19 en vida real no se observaron beneficios clínicos en cuanto a utilizar remdesivir durante 5 días con o sin medicación concomitante frente a utilizar el tratamiento estándar establecido en la práctica clínica diaria de un hospital de tercer nivel.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA**88. EFICIENCIA E IMPACTO SANITARIO DE LA CREACIÓN DE GRUPOS DE TRABAJO COLABORATIVOS ENTRE FARMACIA Y HEMATOLOGÍA DE PATOLOGÍAS DE ELEVADO IMPACTO ECONÓMICO****AUTORES**

ALARCÓN PAYER C; SALMERÓN COBOS AY; ESPINOSA RODRÍGUEZ A; PUERTA PUERTA JM; JIMÉNEZ MORALES A

OBJETIVOS

Evaluar la eficiencia y el impacto sanitario que supone la creación de 4 grupos de trabajo colaborativos de Farmacia y Hematología de patologías específicas de alto impacto económico.



MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional prospectivo que analiza las reuniones realizadas mediante la creación de 4 grupos de trabajo colaborativos de Farmacia y Hematología atendiendo a patologías hematológicas específicas y que suponen un elevado impacto económico. Se evaluaron las medidas de eficiencia implantadas en las mismas desde el año 2016 hasta el año 2021 en un hospital de tercer nivel. La finalidad de estos grupos de trabajo es revisar bimensualmente los datos de gasto de las patologías hematológicas de mayor impacto económico, diseñar medidas de eficiencia e implantación y seguimiento de las mismas. Las patologías hematológicas tratadas fueron Leucemia Mieloide Crónica y Síndromes Linfoproliferativos (Grupo 1), Mieloma Múltiple (Grupo 2), Hemofilia (Grupo 3), Síndrome Mielodisplásico y Linfoma Hodgkin (Grupo 4).

RESULTADOS:

Se realizaron una media de 4 reuniones en cada una de las comisiones de trabajo, con una media de 5 asistentes por reunión. Se establecieron las siguientes medidas de eficiencia: Optimización de dosis de Nilotinib de 400mg a Nilotinib de 300mg por intolerancias y de dasatinib de 100mg a 70mg o 50mg por reacciones adversas, discontinuación de tratamiento con imatinib, nilotinib o dasatinib dentro del estudio de discontinuación de inhibidores de la tirosina kinasa del grupo andaluz de leucemia mieloide crónica (LMC), uso de rituximab subcutáneo en pacientes con linfoma folicular y linfoma b difuso de células grandes, introducción del imatinib genérico en los pacientes con LMC, incremento en la inclusión de pacientes en los ensayos clínicos activos de Hematología, uso de una media de 4 ciclos de brentuximab en pacientes con linfoma de Hodgkin refractarios a tratamiento quimioterápico previo a trasplante de progenitores hematopoyéticos, utilización de bortezomib en mantenimiento en 10 pacientes con Mieloma Múltiple atendiendo al riesgo citogenético, inclusión de 6 pacientes en el acuerdo de riesgo compartido de pomalidomida, protocolización del tratamiento en la leucemia linfática crónica, aumento del uso de factor VIII plasmático frente a recombinante en pacientes con déficit de von willebrand y pacientes con hemofilia leve previo a cirugía, inclusión de pacientes hemofílicos con nuevos factores recombinantes de tercera generación y actualmente long-acting, que suponen un ahorro con respecto a los factores recombinantes antiguos. El diseño y la implantación de estas medidas de eficiencia el grupo de trabajo de Leucemia Mieloide Crónica y Síndromes Linfoproliferativos supuso un ahorro económico de 300.000 euros, en el de Hemofilia fue de 500.000 euros y de 300.000 euros en el de Mieloma Múltiple.

CONCLUSIONES:

La creación y desarrollo de grupos de trabajo colaborativos entre Farmacia y Hematología donde se revisa periódicamente el gasto farmacéutico de las patologías hematológicas de alto impacto económico y se implantan medidas de eficiencia de forma consensuada supone una importante medida de contención del gasto farmacéutico y favorece la sostenibilidad del sistema sanitario, además de facilitar la incorporación de la innovación y la medida de los resultados en salud.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

91. ESTUDIO DE LA ACEPTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES CON RESPECTO A LA POLIMEDICACIÓN EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES

CHINCHILLA ALARCÓN T; LÓPEZ GARCÍA A; ESPINOSA BOSH M

OBJETIVOS

El uso inadecuado de medicamentos puede conllevar consecuencias negativas como son un aumento de la morbilidad y efectos adversos derivados de ellos. Las personas mayores institucionalizadas constituyen un grupo de población especialmente vulnerable, con una edad media elevada, muchas comorbilidades y por tanto, una alta prevalencia de polimedicación.

Para intentar solventar estos problemas, se han desarrollado herramientas para la desprescripción, entre las que destaca la aplicación de los criterios STOPP-START.

El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia de medicación inadecuada en los residentes de centros sociosanitarios a los que da soporte una Unidad de Residencias, emitir una recomendación de adecuación terapéutica y medir el impacto de dichas recomendaciones.



MATERIALES Y MÉTODOS:

Realizamos un análisis observacional transversal en una Unidad de Residencias desde marzo 2021 hasta abril 2021 revisando los pacientes polimedificados, definidos como pacientes con 10 o más fármacos en su prescripción electrónica. Se usó una hoja de recogida de datos en la que figura: datos demográficos (edad y sexo), datos clínicos (enfermedades más prevalentes, índice de Charlson, criterios STOPP/START y número de recomendaciones emitidas). Finalmente, se hizo una valoración de las recomendaciones emitidas (número de recomendaciones aceptadas, número de medicamentos cambiados)

RESULTADOS:

Se identificaron 195 residentes con 10 o más prescripciones crónicas de medicamentos de un total de 2850, con una mediana de edad de 78 años (rango 42-99), 69,6% mujeres (n=135) y 30,4% hombres, las enfermedades más prevalentes fueron: 81,5% hipertensión (n=159), 59,5% diabetes mellitus (n=116), 46,7% dislipemia (n=91), 46,2% trastorno ansioso-depresivo (n=90). La mediana de índice de Charlson fue de 6 (1-12), los criterios STOPP con mayor incidencia fueron: 73,7% vasodilatadores, calcioantagonistas, nitratos, IECA y ARA II con hipotensión postural (n=143), 72,9% benzodiazepinas; pueden reducir el nivel de conciencia y aumentar el riesgo de caídas (n=122), 49,5% Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina con hiponatremia. Los criterios START más prevalentes fueron: 19,6% iniciar estatinas con antecedentes de enfermedad vascular (n=38), 25,3% laxantes en pacientes con opioides (n=49). El número de recomendaciones emitidas medio fue de 4,97 +/- 1,78 DE por paciente. La media de medicamentos desprescritos fue de 1,98 ± DE 3,45 por paciente. El porcentaje de aceptación de las propuestas fue de 31,8% (n=290). De los 94 pacientes que tenían más de 10 prescripciones, a los 6 meses hay 26 pacientes; se redujo en un 27,65%. El porcentaje de pacientes que siguen en el estudio a los 6 meses es del 89% (n=174).

CONCLUSIONES:

La revisión de la medicación en pacientes institucionalizados de forma periódica permite identificar potenciales prescripciones inadecuadas y así poder emitir recomendaciones de adecuación. La desprescripción es una herramienta muy potente en este tipo de pacientes puesto que se pueden disminuir los riesgos derivados de la polimedicación como los efectos adversos, interacciones, errores o problemas de adherencia.

En nuestro estudio se ha evidenciado que la revisión de la medicación permite desprescribir fármacos que pueden aumentar la probabilidad de producir RA, aumentando así la seguridad del paciente

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

92. ANÁLISIS DE NECESIDAD DE REINICIO DE TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS DIRIGIDOS CONTRA EL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (ANTI-CGRP) COMO TRATAMIENTO PREVENTIVO PARA LA MIGRAÑA.

AUTORES

CANALEJO FUENTES MJ; ONTAÑÓN NASARRE A; HERRERO MUÑOZ N; PUIVECINO MORENO C; GARCÍA GIL M

OBJETIVOS

Evaluar la necesidad de reinicio de tratamiento con anticuerpos anti-CGRP como tratamiento preventivo para la migraña, tras su suspensión al completar un año de tratamiento, según protocolo del centro.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo, llevado a cabo en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de migraña que presentaron más de ocho episodios de migraña/mes y tres o más fracasos de tratamiento previos (siendo uno de ellos toxina botulínica en migraña crónica), que iniciaron tratamiento entre diciembre 2019 y septiembre 2020 con erenumab o galcanezumab y que habían cumplido 12 meses de tratamiento.

Las covariables principales fueron: evaluar el mantenimiento de la respuesta con anticuerpos tras 12 meses de tratamiento en el semestre posterior a su finalización, medido como reducción de al menos 50% de episodios/mes respecto al número de episodios pretratamiento y/o reducción de la intensidad de episodios (evaluado de forma subjetiva por los pacientes); porcentaje de pacientes que reinician tratamiento en el semestre posterior a su finalización.



Las variables secundarias medidas fueron: porcentaje de pacientes que reinician tratamiento con el mismo anticuerpo, porcentaje de pacientes que reinician con anticuerpo diferente y causa de reinicio con un anticuerpo diferente. Los datos fueron obtenidos de historia clínica electrónica (Selene®) y del programa para dispensación (FarmaTools®). El análisis estadístico de los datos se realizó mediante análisis descriptivo de frecuencias a través del programa SPSS Statistics®.

RESULTADOS:

Se incluyeron 38 pacientes, de los cuales el 86,8% eran mujeres (33/38), mediana de edad 47 años (23-69).

El 71,1% de pacientes (27/38) presentaba migraña crónica y el 28,9% migraña episódica (11/38).

Recibió erenumab el 60,5% (23/38) y galcanezumab el 39,5% (15/38).

Un 63,2% de pacientes (24/38) no mantenía una reducción de al menos 50% de episodios/mes respecto al número de episodios pretratamiento, evaluada en el semestre posterior a finalización de tratamiento. El mismo porcentaje de pacientes no consiguió mantener una reducción de intensidad. Todos ellos precisaron reiniciar tratamiento con fármacos anti-CGRP. De los pacientes que no reiniciaron (14/38), el 78,57% (11/14) mantiene respuesta y el 21,43% (3/14) no ha tenido revisión en Neurología en el periodo evaluado.

El 75% de los pacientes (18/24) que reiniciaron tratamiento lo hicieron con el mismo anticuerpo con el que completaron 12 meses de tratamiento frente al 25% (6/24) que reiniciaron con otro anticuerpo diferente. La media de tiempo transcurrido hasta reinicio de tratamiento fue 3,88 meses (SD: 1,59).

Todos los reinicios de tratamiento con anticuerpo diferente fueron por no alcanzar una reducción del 50% de episodios de migraña/mes respecto al número de episodios pretratamiento con el anticuerpo empleado previamente.

CONCLUSIONES:

Más de la mitad de los pacientes que completaron un año de tratamiento con anticuerpos anti-CGRP para prevención de la migraña necesitaron reiniciar el tratamiento en los primeros cuatro meses por no mantener respuesta. De estos, tres de cada cuatro pacientes reiniciaron el tratamiento con el mismo anticuerpo con el que habían sido tratados previamente por haber mostrado efectividad.

La mayoría de pacientes que no reiniciaron han mantenido respuesta durante seis meses tras el fin de tratamiento.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

93. IMPACTO DE LA PANDEMIA DE SARS-COV-2 EN LA NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA.

AUTORES

CANALEJO FUENTES MJ; ESTEBAN GÓMEZ MJ; GONZALO MONTESINOS I; CANCER MINCHOT E; PUIVECINO MORENO C; GARCÍA GIL M

OBJETIVOS

Evaluar el impacto que ha supuesto la pandemia COVID-19 generada por SARS-Cov-2 en el manejo y atención de pacientes con Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD).

Conocer la adaptación llevada a cabo por los diferentes servicios implicados en NPD.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico, llevado a cabo desde febrero a abril de 2021. Se diseñó una encuesta para evaluar el impacto de la crisis sanitaria generada por SARS-CoV-2 en NPD en hospitales de Comunidad de Madrid. La encuesta estaba formada por 15 ítems y se distribuyó por correo electrónico entre Servicios de Endocrinología y Nutrición de dichos hospitales.

La recogida y análisis de datos se realizaron en la misma plataforma donde se diseñó la encuesta. El análisis fue descriptivo, calculando porcentajes de cada respuesta. Las preguntas se respondían mediante Sí/No y apartado libre en aquellas preguntas que necesitaran descripción detallada.

RESULTADOS:

Se recibieron 14 respuestas. El 71,4% de hospitales tenía 2 o menos NPD activas durante el confinamiento, un 14,3% entre 3-5 NPD y un 14,3% más de 5. El 50% de hospitales inició al menos una nueva NPD durante el confinamiento, de las cuales un 21,4% fue debido a una situación clínica condicionada por la pandemia. Debido al confinamiento, el 30,7%



de hospitales tuvieron alguna dificultad para hacer educación en NPD a pacientes (motivada por el propio paciente o convivientes, o por no disponer de personal sanitario). El 92,8% de hospitales sufrió alteraciones en el seguimiento habitual de pacientes con NPD por dedicación plenamente asistencial a COVID-19, realizándose éste mediante visitas telemáticas en un 57,1%. El 50% de hospitales tuvo retrasos en estas consultas, siendo un 21,4% en menos de la mitad de pacientes/citas. El 57,2% sufrió retrasos en realización de analíticas de control, siendo un 28,6% en menos de la mitad de pacientes/citas. Prácticamente el 90% de hospitales no necesitaron retrasar ingreso/asistencia a pacientes con NPD que lo necesitaran. En cuanto a distribución, el 50% de hospitales disponía de servicio de dispensación por catering, 21,4% y 28,6% tuvieron problemas en distribución de bolsas de NPD y material fungible respectivamente, aunque la entrega pudo llevarse a cabo.

Un 21,4% implementó nuevos circuitos en Unidad Endocrino-Nutrición. El 92,9% de hospitales realizó combinación de consultas presenciales y telemáticas y un 28,6% planifica implantar algún nuevo circuito para pacientes de NPD como recogida de material en centro de salud o consulta de enfermería de catéter.

CONCLUSIONES:

Los resultados de las encuestas muestran que la pandemia por COVID-19 ha tenido algún tipo de repercusión en pacientes con NPD. Aunque los hospitales encuestados han podido garantizar el seguimiento de pacientes, así como distribución de bolsas y material fungible, la mayoría han sufrido retrasos en algún punto del proceso de gestión del paciente. La pandemia ha obligado a adaptar procedimientos de atención al paciente con NPD, en algunos casos, aportando mejoras en seguimiento y necesidades de estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

94. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE GALCANEZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

JIMÉNEZ LÓPEZ Y; PÉREZ CANO E; MUÑOZ CID CL

OBJETIVOS

Galcanezumab es un anticuerpo monoclonal humanizado IgG4 que inhibe al péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Concentraciones elevadas de CGRP en sangre se han asociado con ataques de migraña. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad y seguridad de galcanezumab en la profilaxis de migraña en un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de dos años de duración en un hospital de tercer nivel. Se revisaron todos los pacientes tratados con galcanezumab desde diciembre de 2019 hasta diciembre de 2021, con la pauta posológica de 240 mg (dosis de carga) administrada por vía subcutánea seguida de 120 mg mensuales. Se excluyeron los pacientes que no llevaran al menos 3 meses de tratamiento o por ausencia de datos al no tener revisiones posteriores. Las variables recogidas se consultaron en la historia clínica digitalizada (Diraya) de los pacientes: edad, sexo, número de tratamientos anteriores que fracasaron, número de administraciones de galcanezumab, días de migraña al mes (DMM) previos a galcanezumab y a los 3 meses del inicio, y las reacciones adversas (RA).

Las variables de efectividad y seguridad fueron: reducción de los DMM al menos un 50% y la reducción al menos un 75% con respecto al valor basal, y tasa de RA, respectivamente.

RESULTADOS:

Se seleccionaron 50 pacientes, de los cuales 16 fueron excluidos por falta de información a los 3 meses de seguimiento. Finalmente se incluyeron en el estudio 34 pacientes cuya edad media era de 44 años. 30 pacientes eran mujeres y 4 eran hombres. Todos habían tenido 3 o más tratamientos previos, el 76% de ellos habían sido tratados con toxina botulínica y el número medio de administraciones de galcanezumab fue de 9.

La frecuencia media de las migrañas previa al inicio del tratamiento era de 19 DMM. Al cabo de tres meses, se observó una media de reducción de -8 DMM. 20 pacientes (59%) redujeron sus DMM al menos un 50%, y de estos, 12 (35,3%) presentaron una reducción de los DMM \geq 75%. 12 (35,3%) indicaron no haber notado mejoría con respecto al valor basal y de 2 pacientes se desconocen estos datos de eficacia.

En cuanto a seguridad, 3 pacientes (9%) notificaron RA leves: mareo, estreñimiento e insomnio.



CONCLUSIONES:

El 59% de los pacientes revisados tuvieron una buena respuesta a galcanezumab, reduciendo los DMM al menos un 50% con respecto al valor basal tras 3 meses de tratamiento.

Este fármaco puede considerarse seguro, ya que sólo el 9% de los pacientes presentaron RA leves que no requirieron intervención.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**96. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN VIDA REAL DE LA COMBINACIÓN DE DABRAFENIB Y TRAMETINIB EN PACIENTES CON MELANOMA METASTÁSICO BRAF MUTADO****AUTORES**

ESPINA LOZANO JM; ARTACHO CRIADO S; ROBUSTILLO CORTÉS MDLA; GARCÍA LLORET P; LAO DOMÍNGUEZ FÁ

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento combinado de dabrafenib y trametinib en pacientes diagnosticados de melanoma metastásico BRAF mutado.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo unicéntrico en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con dabrafenib y trametinib con diagnóstico de melanoma metastásico con mutación BRAF. Se recogieron de la historia clínica las siguientes variables: demográficas (sexo y edad), variables clínicas al inicio del tratamiento (puntuación en la escala *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG), localización de las metástasis, número de lesiones ≥ 3), analíticas (nivel de lactato deshidrogenasa (LDH) por encima del límite superior al comenzar el tratamiento) y líneas posteriores de tratamiento. Las variables de efectividad utilizadas fueron: mejor respuesta alcanzada (según criterios clínicos o radiológicos), duración de la respuesta global, supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). La variable de seguridad utilizada fue la presencia de efectos adversos (según criterios *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE) 5.0). Las variables SLP y SG se calcularon mediante el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier.

RESULTADOS:

Se analizaron 19 pacientes (63,2% mujeres), con una mediana de edad de 63 años [RIC=52-73]. El 42,1% de los pacientes presentaron un ECOG =0 al inicio del tratamiento, mientras que el 57,9% presentaba un ECOG ≥ 1 . Un 68,4% de los pacientes presentaban metástasis viscerales (n=8 metástasis pulmonares, n=7 metástasis cerebrales), un 52,6% metástasis ganglionares, un 10,5% metástasis óseas y un 31,6% presentaron metástasis en otras localizaciones. En un 26,3% de los pacientes se describieron tres o más lesiones metastásicas. El nivel de LDH al comenzar el tratamiento se encontró elevado en un 47,4% de los pacientes. Un 10,5% de los pacientes recibieron líneas posteriores de tratamiento (n=1 pembrolizumab, n=1 dabrafenib).

La mejor respuesta alcanzada fue respuesta completa en un 26,3% de los pacientes, parcial en un 10,5%, enfermedad estable en un 10,5%, enfermedad progresiva en un 47,4% y no se evaluó la respuesta en el 5,3%. La mediana de duración de la respuesta global fue de 13,8 meses [RIC=4.7-24.9]. Un 68,4% de los pacientes desarrolló toxicidad grado 1 o 2 (n=6 toxicidad cutánea, n=3 toxicidad gastrointestinal, n=3 toxicidad hematológica, n=8 otras toxicidades), mientras que en el 5,3% la toxicidad fue de grado 3 o 4 (n=1 toxicidad gastrointestinal; grado 3). La mediana de SLP fue de 8,9 meses [IC95%: 0,4-17,2], mientras que la mediana de SG fue de 11,8 meses [IC95%: 3,8-19,7].

CONCLUSIONES:

- En nuestro trabajo, la combinación de dabrafenib y trametinib se perfila como un tratamiento eficaz en términos de SLP y SG en el tratamiento del melanoma metastásico con mutación BRAF.
- Los efectos adversos fueron los esperados para esta combinación de fármacos.



CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD**99. EL PAPEL DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN UNA CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS: DETECCIÓN DE ERRORES Y DERIVACIÓN A ATENCIÓN FARMACÉUTICA****AUTORES**

MESA JIMÉNEZ A; VÁZQUEZ REAL M; ALCALÁ SOTO Á

OBJETIVOS

La importancia de disponer de más y mejor tiempo para la atención farmacéutica (AF) de los pacientes externos (PEX) en los Servicios de Farmacia Hospitalaria crea la necesidad de que los Técnicos de Farmacia (TF) tengan cada vez más presencia en este ámbito, tras una adecuada formación para ello. El objetivo es analizar los posibles beneficios derivados de establecer unos protocolos de dispensación a PEX por un TF, así como la formación en patologías y medicamentos relacionados con la misma.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo desarrollado entre los meses de enero y marzo de 2020 en una consulta de PEX de un Hospital de tercer nivel. Se analizaron los datos recogidos de las derivaciones a AF realizadas por el TF en dicha consulta. Se registraron distintas variables: datos demográficos, patología, tipo de error, medicamento y resultado tras la intervención farmacéutica. Los datos demográficos, así como los relacionados con la Historia Clínica (HC) se extrajeron del módulo de HC Diraya®, mientras que los datos de dispensación del software Athos®.

RESULTADOS:

Se derivaron 169 pacientes en el periodo de estudio. La mediana de edad fue de 56,7 años [rango 8-77], siendo un 56,21% (95) hombres, un 43,79% (74) mujeres. De las 169 derivaciones: 21 (12,43%) estuvieron motivadas por discrepancias encontradas entre el medicamento prescrito en la HC y el medicamento activo en el software de dispensación, 37 (21,89%) motivadas por discrepancias en la dosis prescrita en la HC frente a la prescrita en el software de dispensación, 53 (31,36 %) por falta de adherencia, mientras que 58 (34,32 %) fueron por sospechas de interacciones farmacológicas. En cuanto a las patologías, los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica supusieron un 46,74 % (79), un 16,57 % (28) correspondieron a los pacientes con Artritis Reumatoide, un 15,98 % (27) a los pacientes con déficit de somatotropina, un 14,79 % (25) a Hipercolesterolemia, y un 5,92% (10) a pacientes con Psoriasis. Del total de pacientes derivados a AF, un total de 13 (7,69 %) requirieron posteriormente una interconsulta con su médico especialista, mientras que el resto 156 (92,31 %) la AF resolvió los errores.

CONCLUSIONES:

Gracias a la revisión de las HC por parte del TF previa a la dispensación de los tratamientos de continuación, así como de los protocolos establecidos para medir la adherencia, y para revisar las posibles interacciones farmacológicas se detectaron errores que fueron subsanados gracias a la AF. Este proceso supuso una optimización del tiempo del farmacéutico para dicha AF.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD, GESTIÓN DEL RIESGO Y CALIDAD**100. ANÁLISIS DE CONTRAINDICACIONES EN UNA POBLACIÓN OBJETIVO DE TRATAMIENTO CON NIRMATRELVIR-RITONAVIR****AUTORES**

MORALES GARCÍA Á; VÁZQUEZ REAL M; RUIZ PÉREZ DS; ALCALÁ SOTO Á; SIERRA SÁNCHEZ JF

OBJETIVOS

El tratamiento de la enfermedad respiratoria SARS-CoV2 ha ido evolucionando conforme al mayor conocimiento de la enfermedad y su agente etiológico. Recientemente se ha desarrollado Nirmatrelvir, inhibidor de la proteasa principal del virus de SARS-CoV-2, junto a Ritonavir, inhibidor de CYP3A, indicados para el tratamiento de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en adultos que no requieren aporte de oxígeno suplementario y que tienen un riesgo alto de progresar a enfermedad grave. Este último, Ritonavir, presenta un elevado riesgo de interacciones con otros fármacos, siendo necesario interrumpir temporalmente el tratamiento concomitante. El objetivo es analizar las contraindicaciones expresadas en la ficha técnica de Nirmatrelvir-Ritonavir en una población de alto riesgo de progresión a enfermedad grave.



MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional transversal llevado a cabo en un área de gestión sanitaria en enero de 2022. Se identificaron los pacientes con “Condiciones de alto riesgo” de progresar a enfermedad grave según los criterios publicados por el Ministerio de Sanidad (a excepción del criterio de síndrome de Down, del que no se disponía de datos por confidencialidad de la historia clínica). A través de un aplicativo propio desarrollado para tal cometido (RedPolimedicados), se registró la medicación domiciliar activa de todos los pacientes con fecha de enero de 2022. Mediante un análisis Acces® se cruzó la información de estos tratamientos con las contraindicaciones de la combinación Nirmatrelvir-Ritonavir, analizando los resultados en Excel®.

RESULTADOS:

Se identificó a una población de tratamiento potencial de 1.578 pacientes de acuerdo a los criterios citados anteriormente. 227 pacientes (14,4%) presentaron un total de 242 contraindicaciones al tratamiento. De estos, 15 pacientes (0,95%) tuvieron dos contraindicaciones, y 212 (13,45%) una contraindicación al tratamiento. Las interacciones halladas se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Contraindicaciones halladas al tratamiento con Nirmatrelvir-Ritonavir

ATC	Denominación	Número de inter- acciones	% sobre el total de in- teracciones	% sobre el total de pacientes
	Simvastatina	162	66,9	10,3
	Flecainida	16	6,6	1,0
	Sildenafil	10	4,1	0,6
	Simvastatina y ezeti- miba	10	4,1	0,6
	Ranolazina	10	4,1	0,6
	Amiodarona	9	3,7	0,6
	Carbamazepina	7	2,9	0,4
	Colchicina	6	2,5	0,4
	Fenobarbital	3	1,2	0,2
	Dronedarona	3	1,2	0,2
	Ergotamina en com- binación	2	0,8	0,1
	Midazolam	1	0,4	0,1
	Clozapina	1	0,4	0,1
	Alfuzosina	1	0,4	0,1
	Propafenona	1	0,4	0,1

CONCLUSIONES:

Con el estudio presentado se pone de manifiesto el elevado porcentaje de contraindicaciones que presenta la combinación de Nirmatrelvir-Ritonavir en una población real con alto riesgo de progresión a enfermedad grave en caso de infección por SARS-CoV2, siendo necesario hacer un estudio exhaustivo del tratamiento concomitante previo a la prescripción de la combinación. Según el fármaco que cause la interacción, sería posible pausarlo temporalmente o no en función de la patología de base.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS**101. OCRELIZUMAB EN ESCLEROSIS MULTIPLE PRIMARIA PROGRESIVA: REAL WORLD DATA****AUTORES**

GOMEZ LLUCH MT; GALVAN BANQUERI M; FOBELO LOZANO MJ; ROMERA TELLADO M



OBJETIVOS

Ocrelizumab es el primer tratamiento indicado para pacientes adultos con esclerosis múltiple primaria progresiva (EMPP) temprana y que presenten actividad inflamatoria en las pruebas de imagen, tras los resultados obtenidos en el ensayo clínico pivotal (ECP) *ORATORIO*. Previo a la comercialización y financiación por el Ministerio de Sanidad, estuvo disponible su acceso como medicamento en situaciones especiales.

El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de Ocrelizumab en EMPP en aquellos pacientes que cumplían los criterios de financiación y comparar los datos obtenidos con los del ECP.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo y multidisciplinar de los pacientes con EMPP tratados con Ocrelizumab hasta enero de 2022. Se recogieron las variables: sexo, edad al inicio del tratamiento, duración de la enfermedad y dosis recibidas.

Para valorar la efectividad se recogieron: escala del grado de discapacidad funcional *Expanded Disability Status Scale* (EDSS), test de la marcha cronometrada de 25 pies (T25-FW) y actividad radiológica por resonancia magnética (RM), previo al inicio del tratamiento y posterior (24 y/o 52 semanas según la disponibilidad de los datos).

Se consideró variable principal de progresión el incremento en la escala EDSS, definido como un aumento $\geq 1,0$ punto con respecto a la puntuación inicial en pacientes con una puntuación inicial de 5,5 o inferior, o $\geq 0,5$ cuando la puntuación inicial era $> 5,5$, a las 24 (variable principal del ECP) y 52 semanas.

Como variable secundaria se contemplaron cambios en el resultado del T25-FW, la actividad radiológica por RM, y mejoría clínica (a criterio del neurólogo).

Fuente de información: historia clínica digital y Farmatools.

RESULTADOS:

Se incluyeron 9 pacientes (77,8% hombres), con una mediana de edad de 46,5 años al inicio del tratamiento (rango 41,2-55). La mediana de la duración de la enfermedad desde el diagnóstico hasta recibir Ocrelizumab fue de 0,3 años (rango 0-13) y la mediana de dosis recibidas fue de 5, con una duración de tratamiento mediano de 2,6 años.

EDSS medio previo al inicio: 4,3 (SD:0,88). Tras 24 semanas, sólo 1 (11,1%) paciente presentó progresión, sumándose otro a las 52 semanas. Sólo 1 paciente experimentó mejoría en el EDSS (a los 6 meses), permaneciendo el resto estables.

Respecto al T25-FW, 3 (33,3%) pacientes aumentaron el tiempo tras 52 semanas. Durante el tratamiento, 8 pacientes (88,8%) presentaron estabilidad radiológica. La mejoría clínica se objetivó en 7 (77,7%) pacientes a las 24 semanas, y se mantuvo así en 4 (44,4%) al año de tratamiento.

CONCLUSIONES:

La efectividad encontrada es mayor que en el ECP respecto al EDSS, pero menor respecto al T25-FW. Sin embargo, aunque la muestra es limitada (debido a la poca prevalencia de la enfermedad), se aprecia mejoría clínica inicial en la mayoría de los pacientes. Esto podría considerarse relevante en el contexto de una enfermedad progresiva y discapacitante, donde existe una laguna terapéutica.

Se precisan, no obstante, más estudios a largo plazo y un seguimiento más exhaustivo de estos pacientes para poder establecer la magnitud del beneficio del fármaco.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

102. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO: ANÁLISIS Y VALIDACIÓN CLÍNICA DE LAS PRESCRIPCIONES DE ANÁLOGOS DEL RECEPTOR DE GLP1

AUTORES

ALCALÁ SOTO A; VÁZQUEZ REAL M; CUADROS MARTÍNEZ CM; RUIZ PÉREZ DS; SIERRA SÁNCHEZ JF

OBJETIVOS

Los análogos del receptor de GLP1 (AR-GLP1) precisan visado para su financiación. La indicación financiada es el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en obesos con un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor de 30Kg/m² y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado. Los AR-GLP1 disponibles para su prescripción son: semaglutida, dulaglutida, liraglutida, exenatida, lixisenatida.



El objetivo es analizar la adecuación a los criterios de financiación de las nuevas prescripciones de AR-GLP1 en hospital, mediante revisión de la historia clínica de los pacientes. Analizar los motivos de no financiación.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un análisis prospectivo de 3 meses de duración en el que se analizó la adecuación de las prescripciones a la indicación financiada, mediante búsqueda en la historia clínica de los siguientes datos para la revisión: tiempo de diagnóstico de DM, valor actual de hemoglobina glicosilada (HbA1c), objetivo de control glucémico, IMC, tratamiento concomitante y previos. Se analizaron los motivos de no financiación: control glucémico adecuado a objetivo de HbA1c, no diagnóstico de DM, IMC<30, tratamiento en monoterapia, prescripción al diagnóstico.

Edad	Duración de la DM, presencia de comorbilidades o complicaciones.	Objetivo de HbA1c
< 65 años	Sin complicaciones o comorbilidades graves	<7 %*
	>15 años de evolución o con complicaciones o comorbilidades graves	< 8 %
	<15 años de evolución sin complicaciones o comorbilidades graves	<7 %
66-75 años	<15 años de evolución sin complicaciones o comorbilidades graves	7-8 %
	Con complicaciones o comorbilidades graves	<8,5 %**
>75 años		<8,5%**

*Puede plantearse un objetivo de <6,5% en los pacientes más jóvenes y de corta evolución de la DM en tratamiento no farmacológico o con monoterapia.

**No se debe renunciar al control de los síntomas de hiperglucemia, independientemente del objetivo de HbA1c.

RESULTADOS:

Se validaron un total de 104 prescripciones de AR-GLP1 desde el 22 octubre 2021 a 21 enero 2022. Los fármacos prescritos fueron: semaglutida sc (n=61; 58,65%), semaglutida oral (n=8; 8%), dulaglutida sc (n=35; 33,65%). El 78,84% de las prescripciones de AR-GLP1 cumplían con las condiciones de financiación. Se denegó el visado de 22 solicitudes (21%). Las razones clínicas para las denegaciones fueron: Sin datos recientes de HbA1c para valorar el control glucémico (4; 18%), prescripción al diagnóstico de DM2 (1; 4,5%), buen control glucémico según objetivo de HbA1c (13; 59%), IMC<30 (1; 4,5%), tratamiento en monoterapia (2; 9%), paciente sin diagnóstico DM2 (1; 4,5%). Se informó a los prescriptores de las razones de no financiación mediante interconsulta en la historia clínica.

CONCLUSIONES:

Más de una de cada 5 prescripciones de AR-GLP1 no cumple con los requisitos de financiación establecidos, siendo las razones de no financiación en más de la mitad de los casos el buen control glucémico según objetivo de HbA1c. Es fundamental consultar la historia para la validación clínica de los criterios de financiación de los AR-GLP1 para asegurar su uso racional.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA

104. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA A EVOLOCUMAB EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

AUTORES

MARTÍNEZ PÉREZ M; GÓMEZ PEÑA C; NIETO SÁNCHEZ MT; CASTAÑO AMORES C

OBJETIVOS

- Evaluar la efectividad y seguridad de evolocumab en pacientes con alto riesgo cardiovascular en un hospital de tercer nivel.
- Analizar la adherencia al tratamiento con evolocumab.



MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional y retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes en tratamiento con evolocumab 140mg/2semanas. Se seleccionaron aquellos que iniciaron tratamiento en el periodo comprendido entre agosto/2016 y abril/2021. A través del programa prescripción electrónica (ATHOS-Prisma) y la historia clínica electrónica (Diraya-Estación Clínica) se obtuvieron las variables: edad, sexo, indicación, prescripción en monoterapia o en terapia combinada con otros hipolipemiantes, valor de colesterol LDL (c-LDL) basal (previo al tratamiento con evolocumab), c-LDL a los 6 meses y a los 12 meses desde el inicio del tratamiento, adherencia a evolocumab y reacciones adversas presentadas. Para analizar la efectividad, se calculó el porcentaje de reducción en los niveles de c-LDL, con respecto a los basales, obtenidos a los 6 meses y al año de tratamiento, y su adecuación a las recomendaciones de la guía de práctica clínica ESC/EAS (Sociedad Europea de Cardiología/European Atherosclerosis Society) de prevención de enfermedad cardiovascular publicada en 2021. La seguridad se evaluó mediante la aparición de reacciones adversas leves, moderadas o graves, durante el tratamiento con evolocumab; y la adherencia, a través de la comprobación de la retirada del medicamento en el programa de dispensación a pacientes externos.

RESULTADOS:

Se incluyeron 36 pacientes (61,11% hombres) de edad media 64,42 años (+/- 9,13). En el 75% de ellos (n=27), evolocumab fue prescrito para reducir el riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad vascular arteriosclerótica establecida, mientras que en el 25% restante (n=9) estaba indicado para el tratamiento de hipercolesterolemia familiar.

El valor medio de c-LDL basal fue 162,09 mg/dL. A los 6 meses de tratamiento, el valor medio de c-LDL fue 93,69 mg/dL, obteniéndose una reducción del 42,20% de los niveles de c-LDL y consiguiéndose el objetivo terapéutico de la guía ESC/EAS, en pacientes con alto RCV (c-LDL < 55mg/dL), en un 33,33% de ellos. Tras 12 meses de tratamiento, el nivel medio de c-LDL obtenido fue 64,25mg/dL, lo que supuso una reducción del 60,36% con respecto al c-LDL basal, pero solo el 43,48% de los pacientes consiguieron el objetivo terapéutico.

En cuanto a la seguridad, únicamente 2 pacientes (5%) experimentaron reacciones adversas al fármaco. Ambos casos se catalogaron como leves, al tratarse de síntomas musculares y articulares en uno de ellos, y elevaciones discretas en la creatinofosfoquinasa (CKP) y transaminasas hepáticas, en otro.

Por último, se observó que el 88,89% de los pacientes eran adherentes a evolocumab, pues lo retiraban activamente en las consultas externas de la Farmacia Hospitalaria.

CONCLUSIONES:

Evolocumab ha demostrado ser un potente hipolipemiante, con un buen perfil de seguridad y una alta adherencia de los pacientes al tratamiento. Sin embargo, la mayoría de los pacientes no alcanzan el objetivo terapéutico recomendado por la guía ESC/EAS y no disponemos de datos de efectividad a largo plazo, donde se demuestre que la disminución que produce en los niveles de c-LDL se traduzca en una reducción en la aparición de eventos cardiovasculares mayores y en la mortalidad.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**105. USO DE VENETOCLAX EN LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA****AUTORES**

BARREIRO FERNANDEZ EM; DOMINGUEZ SANTANA CM; FENIX CABALLERO S; MORENO RAMOS C; MORA CORTES M

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de venetoclax combinado con rituximab en segunda línea en leucemia linfocítica crónica (LLC), tras al menos una línea de tratamiento previo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo y retrospectivo, que incluyó a pacientes diagnosticados de LLC en tratamiento con venetoclax, por medio del siguiente esquema terapéutico: venetoclax pauta incremental semanal (20 mg, 50mg, 100mg, 200mg) debido al riesgo de lisis tumoral, hasta una dosis de mantenimiento de 400mg combinada con rituximab a 375mg/m² en el primer ciclo y 500mg/m² en ciclo 2-6. Duración máxima del esquema: 24 meses.

Los datos fueron recogidos desde 01/01/2019 hasta 05/02/2022. A partir de la historia digital única (Diraya®), el programa de gestión de pacientes externos (Dominion®) y la aplicación de quimioterapia (Farmis®), se registraron las



siguientes variables: sexo, edad, estado funcional (Eastern Cooperative Oncology Group - ECOG), quimioterapia previa, riesgo citogenético (deleción 13q, mutación TP53 y presencia de cadenas pesadas no mutadas (IgHV)), número de ciclos combinados con rituximab y duración del tratamiento. Como variable de efectividad, se determinó la supervivencia libre de progresión (SLP) y la enfermedad mínima residual (EMR), definida como menos de una célula de LLC por cada 10^4 leucocitos en sangre periférica tras los 6 ciclos de combinación con rituximab. La seguridad se determinó por medio de los efectos adversos (EAs), retrasos y suspensiones del tratamiento.

RESULTADOS:

Se incluyeron 10 pacientes diagnosticados de LLC, 6 hombres y 4 mujeres con una edad media de 67 años (55-81), que presentaban ECOG 0 (n=5) y ECOG 1 (n=5). Las líneas de quimioterapia previas fueron ibrutinib(n=6) y rituximab + fludarabina + ciclofosfamida(n=4). Se determinó riesgo citogenético elevado en siete pacientes, presentando: no mutación de IgHV (n=4), deleción 13q (n=6) y mutación TP53 (n=2). En otros tres pacientes no se observó riesgo citogenético. La media de número de ciclos recibidos fue de 4 (rango 1-6), presentando una duración media de tratamiento de 11 meses (1-34). La mediana de SLP fue de 12 meses (1-34), dos pacientes tuvieron progresión al tratamiento. La EMR fue indetectable en sangre periférica en 7 de los pacientes, no pudiendo determinarse en los otros 3 pacientes al no haber terminado los ciclos de combinación.

Se registraron EAs en el 100% de los pacientes. Neutropenia(n=10) provocando retrasos en el tratamiento en 2 pacientes, dolor abdominal(n=4), alteraciones cardiacas(n=2), cefalea(n=1) y diarrea(n=1). No hubo ingresos debido a los EAs.

CONCLUSIONES:

1) El esquema terapéutico parece mostrar efectividad según datos de SLP y EMR. No obstante, debido a las limitaciones del tamaño muestral y diseño no podemos obtener conclusiones sólidas. 2) A pesar de la elevada probabilidad de lisis tumoral ya descrita, en nuestros pacientes el tratamiento fue en general bien tolerado.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS

106. APLICACIONES MÓVILES EN EL ÁMBITO DE LA PSORIASIS: BÚSQUDA SISTEMÁTICA Y EVALUACIÓN DE SU CONTENIDO

AUTORES

FERNÁNDEZ GONZÁLEZ M; BÁEZ GUTIÉRREZ N; RODRÍGUEZ RAMALLO H; DEL VALLE MORENO P

OBJETIVOS

Realizar una revisión de las aplicaciones móviles (apps) en el ámbito de la psoriasis dirigidas a pacientes y profesionales sanitarios, analizar sus características y evaluar su calidad.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en el mes de Septiembre de 2021 en las plataformas "App Store" y "Play Store". Los términos empleados fueron: "psoriasis" y "psoriatic". Se incluyeron apps en castellano o en inglés. Las apps no disponibles en España o con contenido inapropiado fueron excluidas.

Las variables recogidas fueron las siguientes: Plataforma (iOS, Android), nombre, categoría, coste, última actualización, destinatario, finalidad y participación de profesionales sanitarios en su desarrollo.

Para evaluar la calidad de las apps se utilizó la herramienta MARS (*mobile application rating scale*). Esta evaluación consta de 5 dominios: Interacción, Funcionalidad, Estética, Información y Valoración Subjetiva. Cada dominio fue evaluado en una escala de 1 (inadecuado) al 5 (excelente). La mediana de puntuación de las aplicaciones fue comparada mediante la prueba U de Mann-Whitney.

RESULTADOS:

Se identificaron 15 apps en las plataformas (8 iOS, 2 Android, 5 en ambas). La categoría más frecuente fue Medicina 80% (12). Todas las apps fueron gratuitas (100%). El 67% (10) de las apps se actualizaron en el último año. El 53% (8) de las apps estaban dirigidas a profesionales sanitarios y el 47% (7) a pacientes y cuidadores. Las finalidades más frecuentes fueron: información general (87%), monitorización (67%) y aporte de consejos (40%). Los profesionales sanitarios participaron en el desarrollo de 9 apps (60%).



La mediana de puntuación de MARS fue 3,35 (rango: 1,4-4,2), considerándose este valor como aceptable (>3). Las diferencias de puntuación entre los dominios fue similar en todas las apps. La mediana de puntuación del dominio Valoración Subjetiva fue el más bajo entre los dominios: 2,3 (rango 1,8-3,8). En este análisis, los evaluadores no recomendaron la mayor parte de las apps (67%) a pacientes o profesionales sanitarios.

Las apps de la plataforma iOS y la participación de los profesionales sanitarios se asoció con mejor puntuación (+0,29 y +0,5 respectivamente); sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($P>0,05$).

CONCLUSIONES:

La calidad de las apps del ámbito de la psoriasis fue aceptable; sin embargo, en su mayor parte, la evaluación subjetiva reveló que los evaluadores no habrían recomendado su uso a profesionales sanitarios o a pacientes y cuidadores.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

107. EXPERIENCIA DE USO DE GALCANEZUMAB: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD

AUTORES

RUIZ ARCA G; MANCILLA MONTERO E; RUIZ LARA LM

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del anticuerpo monoclonal galcanezumab en la profilaxis de la migraña.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se evaluaron los pacientes en tratamiento con galcanezumab durante el período comprendido entre enero de 2021 y diciembre de 2021. Se recogieron las variables procedentes de las historias clínicas electrónicas de los pacientes (Diraya): edad, sexo, días de crisis migrañosas mensuales previas al tratamiento y posteriores a este, reacciones adversas, posología y duración del tratamiento. Se evaluó la efectividad en función de la reducción del número de días con crisis migrañosas mensuales, y la seguridad en función de las reacciones adversas al fármaco.

RESULTADOS:

Se incluyeron 46 pacientes (42 mujeres y 4 varones). La edad media era de 49,23 años [23-72], y la mediana de seguimiento fue de 8 meses [4-12].

El 76% de los pacientes presentaba migraña crónica, y el 24% restante migraña de tipo episódico. El número medio de días de crisis de migraña al mes previo al tratamiento fueron de 16,31 días [9-24]. La duración media de tratamiento fue de 7,9 meses [7-12], y la posología consistía en una única dosis de carga de 240mg al iniciar el tratamiento, continuando con 120mg mensuales. La media del número de días con crisis de migraña al mes tras finalizar el estudio fue de 8,5 días [5-19]. Tres pacientes no mostraron mejoría alguna. Un paciente había estado previamente en tratamiento con erenumab.

En cuanto a la seguridad, galcanezumab fue bien tolerado en líneas generales. El 24% de los pacientes manifestó reacciones adversas derivadas del fármaco: dos pacientes presentaron toxicidad dermatológica en la zona de inyección (prurito), otros cinco de ellos toxicidad digestiva (náuseas y estreñimiento), 4% toxicidad neurológica (parestesia en el lugar de inyección y cefalea leve que remitieron espontáneamente al cabo de 48-72 horas), un paciente presentó un cuadro pseudogripal y síndrome vertiginoso, y otro paciente un cuadro de astenia e hipotensión. El 8% de los pacientes experimentó más de un tipo de reacción adversa.

CONCLUSIONES:

Los resultados alcanzados en nuestro hospital, a pesar del pequeño tamaño muestral, han demostrado que galcanezumab es un tratamiento efectivo en la profilaxis de la migraña, con resultados comparables a los obtenidos en los ensayos clínicos pivotaes, además de ser un tratamiento seguro con efectos adversos leves, autolimitados y que no han supuesto ningún riesgo de gravedad.



CLASIFICACIÓN: **PATOLOGÍAS INFECCIOSAS: ANTIBIOTERAPIA/HEPATOPATÍAS/VIH****108. ¿ES EFICAZ EL TRATAMIENTO DE LA BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES INTRAVENOSOS CENTRALES MEDIANTE SU SELLADO CON ANTIBIÓTICO?**

AUTORES

MERINO GARCÍA A; GABALDÓN GARNICA P; PUIVECINO MORENO C; GARCÍA GIL M

OBJETIVOS

1. Evaluar la eficacia de las soluciones antibióticas de sellado para tratar las infecciones asociadas a catéteres en pacientes hospitalizados.
2. Describir el perfil de utilización de las soluciones antibióticas de sellado de catéteres en un hospital de segundo nivel durante un año.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo desde enero hasta diciembre de 2021. Los datos se obtuvieron consultando la historia clínica electrónica y las dispensaciones del módulo informático de unidosis. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años tratados con solución antibiótica de sellado de catéter. Para evaluar la eficacia del sellado, la variable estudiada fue el porcentaje de pacientes con hemocultivos de punta de catéter estériles tras el sellado. Las variables escogidas para conocer el perfil de utilización fueron: tipo de catéter, microorganismo aislado, antibiótico seleccionado, concentración de la preparación, presencia de heparina en la solución, fecha de colonización y duración del tratamiento.

RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 28 pacientes, 10 mujeres (36%) y 18 hombres (64%), con una mediana de edad de 67 años (21-76 años). Los tipos de catéteres sellados fueron reservorios subcutáneos—port-a-cath—(39%), catéteres venosos centrales tunelizados—Hickman—(36%) y no tunelizados (4%), así como catéteres centrales de inserción periférica—PICC—(18%). De los 28 pacientes, en 22 se aisló un solo microorganismo en el hemocultivo confirmando la infección asociada a catéter, en 4 de ellos se aislaron 2 especies diferentes y en 2 pacientes, ninguna. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron Gram positivo en 21 hemocultivos (70%), predominando *Staphylococcus epidermidis* en 10 (33%) y *Enterococcus faecalis* en 4 (13%). Nueve hemocultivos resultaron ser Gram negativo (30%), destacando *Staphylococcus aureus* (13%) y *Escherichia coli* (13%). En las 8 muestras restantes (28%) se aislaron otros microorganismos. La solución antibiótica más utilizada para tratar la infección fue vancomicina 2 mg/ml con heparina 100 UI/ml, en 13 pacientes (46%). La solución de amikacina 10 mg/ml se utilizó en 5 pacientes (18%), al igual que la de teicoplanina 10 mg/ml con heparina 100 UI/ml (18%). En 3 de los pacientes (11%) se manejó la infección con vancomicina 10 mg/ml y en 2 de ellos (7%) se trató con daptomicina 5 mg/ml y heparina 100 UI/ml. La duración media de tratamiento fue de 7,7 días (1-15 días). En 22 pacientes (79%) se confirmó la resolución de la infección mediante la recogida de hemocultivos tras el sellado que resultaron estériles. No se realizaron estudios microbiológicos de seguimiento en 4 pacientes (19%), en un paciente (1%) se retiró el dispositivo venoso y en otro (1%) continuó aislándose el microorganismo tras el tratamiento.

CONCLUSIONES:

1. El sellado con antibiótico es una opción terapéutica eficaz en el tratamiento de las bacteriemias asociadas a catéteres al garantizar la permanencia de la vía intravenosa central resolviendo la infección.
2. Los reservorios subcutáneos fueron los catéteres más comúnmente sellados con soluciones antibióticas, los microorganismos más frecuentemente aislados fueron Gram positivo y la solución antibiótica más utilizada fue vancomicina.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS**109. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TOFACITINIB EN ALOPECIA AREATA****AUTORES**

CANTUDO CUENCA MR; SANCHEZ SUAREZ MDM; MONTERO VILCHEZ C; CABALLERO ROMERO Á

OBJETIVOS

La alopecia areata (AA) es una forma de alopecia inflamatoria y no cicatricial de origen autoinmune. Tofacitinib es un potente inhibidor selectivo de JAK, recientemente empleado en AA, que inhibe preferentemente JAK1 y JAK3 dando lugar a la modulación de la respuesta inmune e inflamatoria. Aunque su uso para la AA se encuentra en condiciones diferentes de las autorizadas según la ficha técnica del medicamento, podría ser una alternativa en formas graves de la enfermedad refractarias a otras terapias. El objetivo es evaluar la efectividad y la seguridad del tratamiento con tofacitinib en AA grave con fracaso a terapias tópicos y sistémicas.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en un hospital universitario en el que se incluyeron los pacientes en tratamiento con tofacitinib para AA octubre de 2019 a septiembre 2021, con falta de respuesta y/o efectos secundarios asociados a fármacos sistémicos como corticosteroides orales e inmunosupresores. Para evaluar la efectividad se utilizó la escala de gravedad de alopecia SALT II (por sus siglas en inglés, *Severity of Alopecia Tool II*) al inicio, a los 6 y 12 meses, donde 100 es igual a ausencia total de cabello y 0 repoblación total. Además se registraron las siguientes variables: edad, sexo, tratamientos previos, posología, duración del tratamiento, reacciones adversas, adherencia a tofacitinib. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y del programa de prescripción electrónica. Se aplicó la prueba t de Student o U de Mann-Whitney variables para cuantitativas. Se consideró significación estadística si los valores de p eran inferiores a 0,05. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS 21.0.

RESULTADOS:

Se incluyeron 15 pacientes con una edad media de 28.7±16.2 años, siendo el 73.3% mujeres. Todos los pacientes habían sido tratados con corticoides orales y tópicos, la mayoría (93.3%) con minoxidilo tópico, el 60.0% con esteroides intralesionales y el 53.3% con inmunosupresores. La mayoría de los pacientes (93.3%) recibieron 5 mg cada 12 horas de tofacitinib, el resto, 5 mg al día. La duración media fue de 14.2±5.0 meses. La puntuación SALT II basal media fue 84,3%, a los 6 meses de 49,7% y a los 12 meses de 25,6%, siendo la reducción significativa (p=0.02). La respuesta SALT-75 se logró a los 12 meses en el 58,3% de los pacientes. El 46.7% tuvo alguna reacción adversa: infecciones urinarias o gastrointestinal (26.7%), herpes zoster (13.3%), erupción acneiforme (6.7%). El porcentaje adherencia al tratamiento fue superior al 90% en la mayoría de los pacientes (93.3%).

CONCLUSIONES:

El tratamiento con tofacitinib es un tratamiento efectivo para la AA grave refractaria a terapias tópicos y sistémicas, logrando reducciones significativas en la puntuación SALT II. Aunque los efectos secundarios son frecuentes, al ser leves ninguno ha supuesto la suspensión definitiva del fármaco.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA Y HEMODERIVADOS**111. ANÁLISIS DE LA VARIACIÓN DEL ÍNDICE DE COMPLEJIDAD****FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS POR AGUDIZACIÓN DE EPOC.****AUTORES**

FONT TARRÉS N; PUIVECINO MORENO C; CASTELLANOS CLEMENTE Y; GARCÍA GIL M

OBJETIVOS

Analizar la variación de la complejidad farmacoterapéutica al alta de los pacientes que consultan al Servicio de Urgencias (SU) por agudización de EPOC sin necesidad de ingreso hospitalario.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo. Se seleccionaron los pacientes que acudieron al SU por agudización de EPOC sin requerir de ingreso hospitalario, en el periodo comprendido entre el 01 de enero y el 30 de marzo de 2021. Fueron



excluidos los pacientes con diagnóstico confirmado de infección por SARS-Cov2 concomitante. Como variable principal se analizó la variación media del índice MRCI-E (índice de complejidad farmacoterapéutica) tras la visita al SU. Las variables secundarias analizadas fueron: Porcentaje de pacientes con modificación de la terapia inhalada al alta (adición/modificación/eliminación), porcentaje de pacientes con adición de corticoides orales y adición de antibióticos orales al alta, respectivamente. Además, se analizó el porcentaje de pacientes que eran de alto riesgo siguiendo la clasificación GesEPOC 2021, y el porcentaje de pacientes que reconsultaron al SU por una nueva agudización de EPOC, en los 3 meses siguientes al de la consulta inicial.

Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron de la historia clínica electrónica (CGMSelene®). Los datos relativos al tratamiento se consultaron en el módulo único de prescripción MUP®.

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico IBM SPSS Statistics v.26®.

RESULTADOS:

Se seleccionaron un total de 85 pacientes, de los cuales 38 (45%) fueron excluidos por presentar infección por SARS-Cov2 concomitante. La edad media de los pacientes seleccionados fue de 69,83 años [44-92], de ellos el 72% de los pacientes (37/47) eran hombres. El 6.4% de los pacientes (3/47) fueron diagnosticados de novo. 29 pacientes (61.7%) eran de riesgo alto. El 85.1% (40/47) de los pacientes eran polimedcados (≥ 5 fármacos) en el momento de la consulta al SU. La media del MRCI-E previo a la consulta al SU fue de 38.32 puntos.

La variación media del índice MRCI-E tras la visita al SU fue de + 8.63.

El 51.06 % de los pacientes (24/47) modificaron la terapia inhalada tras la visita al SU. El 51.06 % (24/47) y 46.80 % (22/47) añadieron corticoides orales y antibiótico, respectivamente.

Del total de pacientes, 15 (32%) reconsultaron al SU por una nueva agudización de EPOC, en los 3 meses siguientes.

CONCLUSIONES:

Los pacientes que acuden a SU por reagudización EPOC son con frecuencia pacientes polimedcados, con enfermedad conocida y de alto riesgo. Tras su visita por el SU, uno de cada dos pacientes modifica la terapia inhalada y añade a su tratamiento corticoides y/o antibióticos, aumentando la complejidad de su tratamiento farmacoterapéutico.

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

112. USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA MEJORAR LA ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES COVID-19: SISTEMAS DE SOPORTE A LA DECISIÓN CLÍNICA

AUTORES

ROMERO GONZÁLEZ M; MARTÍN CASADO L; CORDERO RAMOS J; ROMERO CABRERA JL; ARMENGOL DE LA HOZ MÁ

OBJETIVOS

Desde principios de 2020 la pandemia por COVID-19, enfermedad provocada por el virus SARS-CoV2, ha tenido una rápida difusión provocando a nivel mundial un colapso de la gran mayoría de los sistemas sanitarios. Esto conlleva que uno de los pilares de mayor importancia en el manejo de esta pandemia sea una adecuada gestión de los recursos disponibles. Identificar que variables influyeron en mayor medida en este resultado ayudará a intensificar de forma precoz los esfuerzos terapéuticos y reducir de esta manera la ratio de mortalidad debido a SARS-CoV-2.

El objetivo es el diseñar una primera aproximación a un modelo mediante machine learning que permita estratificar los pacientes diagnosticados con COVID-19 según su riesgo riesgo de mortalidad a medio plazo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Para explorar el desarrollo un modelo de predicción de mortalidad a medio plazo (30 días) se emplearon los datos clínicos, analíticos y el tratamiento COVID recibido al ingreso durante las primeras 24 horas en pacientes mayores de 18 años que acudieron a urgencias y se les diagnosticó COVID-19 mediante PCR-RT (52 variables). El centro seleccionado fue un hospital de tercer nivel de Servicio Andaluz de Salud y el periodo ventana analizado fue de marzo 2020 a enero 2022. Un equipo multidisciplinar de farmacéuticos, médicos e ingenieros esbozó un modelo mediante redes neuronales para este caso.



RESULTADOS:

Un total de 2593 pacientes con una edad media (\pm SD) de 63,9 (\pm 17,6) años, una proporción masculina del 49,5% (1283) hombres y una tasa de vacunación del 17,2% (445) fueron incluidos en el análisis. La proporción de pacientes destinados a entrenamiento y la validación interna del modelo fue de 90% y 10% respectivamente. La proporción de valores perdidos entre las variables seleccionadas fue del 17%. Se obtuvo un modelo con un área bajo la curva (AUC) de 0,77, una precisión de 0,81 (tasa de verdaderos positivos frente al total de verdaderos y falso positivos) y un recall de 0,79 (tasa de verdaderos positivos frente a al total de verdaderos positivos y falsos negativos).

En los pacientes utilizados para testear el modelo, 33/56 (58,9%) clasificados como riesgo de mortalidad a 30 días desarrollaron el evento, mientras que 181/203 (89,2%) clasificados sin riesgo de mortalidad no la presentaron. El 86% de la población total vacunada fueron pacientes que recibieron el alta, de los cuales el 78% tenía la pauta de vacunación completa.

Este modelo presenta limitaciones, entre otras ha tenido en cuenta los pacientes de todas las cepas de SARS-CoV-2. Estratificar diferentes modelos por cepas, debería ser el siguiente paso en el desarrollo de esta herramienta, así como de implementar una validación externa con pacientes de otros centros para definir su robustez.

CONCLUSIONES:

En primera instancia, los antecedentes, variables clínicas y de laboratorio generados durante la visita a urgencias y primeras 24h de ingreso hospitalario, podrían ser empleadas de forma efectiva en identificar a los pacientes de alto riesgo de mortalidad por COVID-19 lo que permitiría optimizar sobre los mismos los recursos sanitarios.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/NEURODEGENERATIVAS**113. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA****AUTORES**

CANTUDO CUENCA MR; CANTUDO CUENCA MD; ARCHILLA AMAT I; SALMERON COBOS AY

OBJETIVOS

La dermatitis atópica (DA) es una afección inflamatoria crónica de la piel caracterizada por prurito, xerosis y cambios cutáneos, donde las interleucina-4 (IL-4) e interleucina-13 (IL-13) desempeñan un papel clave en su patogenia. Dupilumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea estas interleucinas. El objetivo es evaluar la efectividad y seguridad de dupilumab en adultos con DA de moderada a grave y niños de 6-18 años con DA grave.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico (1-marzo-2018 a 1-octubre-2021) de los pacientes en tratamiento con dupilumab para DA. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tratamientos previos, efectos adversos (EA), duración del tratamiento y las siguientes escalas: *Physician Global Assessment* (PGA), *Eczema Area and Severity Index* (EASI), afectación del área de superficie corporal (BSA). La efectividad se evaluó como una reducción del 50% en EASI (EASI-50) y una reducción de al menos un punto en PGA en la semana 16. Estos mismos se evaluaron en aquellos pacientes que alcanzaron las semanas 24 y 52. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y del programa de dispensación electrónica.

RESULTADOS:

Se incluyeron 37 pacientes en tratamiento con dupilumab, siendo el 54% mujeres con una mediana de edad de 32 años (RIC: 22.0 – 40.0). La mediana de duración del tratamiento fue 31.8 meses (RIC: 18.9 – 52.9). Todos los pacientes habían recibido medicación tópica previamente y un 94.6% ciclosporina (5.4% no recibió ciclosporina por contraindicación), además tres pacientes habían sido tratados con otro medicamento biológico. La mediana de la puntuación de las escalas EASI, BSA y PGA en el momento de la prescripción fue: 25.1 (RIC: 22.0 – 33.3), 20.0 (RIC: 13 – 52.5) y 3.0 (3.0 – 4.0) respectivamente. El porcentaje de pacientes que consiguió respuesta clínica (EASI-50 y $\text{PGA} \geq 2$) en la semana 16 fue del 62.1% (del 67.5% que alcanzó la semana 16). De los pacientes que alcanzaron la semana 24 de tratamiento (48.6%), 16 pacientes (43.2%) mantuvieron la respuesta clínica, en los dos restantes se produjo un incremento en el EASI. En la semana 52, los ocho pacientes (21.6%) en tratamiento siguieron con buena respuesta al mismo. En relación a los EA, sólo tres pacientes tuvieron alguno: eosinofilia, conjuntivitis y herpes, que no requirieron la retirada de dupilumab.



CONCLUSIONES:

Dupilumab es una alternativa eficaz en pacientes con DA refractaria a otras terapias. Aunque el tratamiento no ha sido suspendido por EA en ningún caso, algunos de ellos podrían limitar su uso y llevar a la suspensión del mismo. Se necesitan más datos sobre la seguridad a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**114. RESULTADOS EN VIDA REAL DE PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN 1ª LÍNEA DE ENFERMEDAD AVANZADA O METASTÁSICA Y ALTA EXPRESIÓN DE PD-L1****AUTORES**

CASTILLO MARTÍN C; CORDERO RAMOS J; ROMERO GONZÁLEZ M; MARTÍN CASADO L; CASTILLEJO GARCÍA R; MARTÍNEZ SUÁREZ A

OBJETIVOS

La aparición de las terapias dirigidas ha supuesto una revolución en el área de la oncología, demostrando en los ensayos clínicos un aumento de la eficacia y seguridad de los tratamientos que aún debe corroborarse en las circunstancias de la práctica clínica habitual. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de pembrolizumab en monoterapia para el tratamiento de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) en pacientes con enfermedad avanzada o metastásica que no han recibido ningún tratamiento previo, y que presenten una alta expresión de PD-L1 (superior al 50%).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional y retrospectivo, en el que se incluyeron todos aquellos pacientes con CPNM localmente avanzado o metastásico y alta expresión de PD-L1 que fueron tratados en primera línea con pembrolizumab en monoterapia en un hospital de tercer nivel entre enero de 2016 y enero de 2022. Fueron excluidos aquellos pacientes tratados con pembrolizumab en combinación con quimioterapia, los tratados para otra indicación diferente a la estudiada, y aquellos en los que la expresión de PD-L1 fue desconocida o menor al 50%.

Los datos clínicos y demográficos fueron extraídos a partir de la historia clínica de los pacientes y el programa de prescripción FARMIS-ONCOFAR®. Para el cálculo de las variables de eficacia se empleó el software estadístico R v3.5.2.

RESULTADOS:

Fueron incluidos 44 pacientes en el estudio, con una media de edad de 65,5 años (95%IC 63.0-67.4) y, en su mayoría, hombres (88.6%). La mayoría de estos pacientes comenzó el tratamiento en estadio metastásico (93.2%), con un ECOG entre 0 y 1 (86.4%) y solo un 25% de los pacientes tuvo fenotipo escamoso. Salvo 3 pacientes, todos habían tenido exposición previa al tabaco, ya fuese en el pasado, o continuaban fumando en el momento del diagnóstico, con una mediana de consumo acumulado de 50 (IQR 30-86.5) paquetes-año.

Con respecto a la efectividad, actualmente continúan siendo tratados con pembrolizumab 16 de los 44 pacientes, y se ha alcanzado una mediana en la supervivencia libre de progresión de 4 meses (95%IC 2-NA). Se reportó respuesta en 13 de los pacientes. La mediana en la supervivencia global fue de 17 meses (95%IC 3-NA), y produciéndose el éxitus en 22 de los 44 pacientes a fecha fin del estudio.

Los eventos adversos más frecuentemente documentados fueron hipertransaminasemia (11%), alteraciones tiroideas (4.5%) y astenia (6.8%), reacciones cutáneas (11%). Los efectos adversos graves más habituales fueron la hipertransaminasemia (6.8%) y las reacciones inmunomediadas (6.8%), observándose neumonitis en un paciente y hepatitis tóxica en dos, lo que causó la discontinuación del fármaco en estos dos últimos pacientes.

CONCLUSIONES:

Dada la inmadurez de los datos, no se pueden comparar los valores de eficacia y seguridad de pembrolizumab observados en nuestra población con los alcanzados en los ensayos pivotaes KEYNOTE-024 y KEYNOTE-042. Es necesario realizar estudios en un mayor número de pacientes y con un mayor tiempo de seguimiento, que nos permitan determinar si se alcanza el beneficio clínico esperado en las condiciones reales de uso del medicamento.



CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**115. USO DE IBRUTINIB EN LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA****AUTORES**

DOMINGUEZ SANTANA CM; BARREIRO FERNANDEZ EM; FÉNIX CABALLERO S; MARTINEZ DÍAZ C; MORENO RAMOS C

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y el perfil de seguridad de ibrutinib en primera línea en leucemia linfocítica crónica (LLC) en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes diagnosticados de LLC que recibieron tratamiento con ibrutinib en primera línea desde octubre-2017 hasta enero-2022. La dosis empleada fue 420mg una vez al día hasta progresión de enfermedad o toxicidad inaceptable. Los datos se obtuvieron a partir de la historia digital única (Diraya®), el programa de gestión de pacientes externos (Dominion®) y la aplicación de quimioterapia (Farmis®). Se registraron las siguientes variables: sexo, edad, estadiaje según la clasificación de Rai y Binet, presencia de factores pronósticos adversos [estado mutacional del gen de la cadena pesada de las inmunoglobulinas (IGHV), mutación del cromosoma TP53 (M-TP53) y deleción del cromosoma 17p (del 17p)]. Se clasificó a los pacientes según su estado en "fit" (con buen estado funcional) o "no fit" (con comorbilidades relevantes). La efectividad se evaluó mediante análisis de Kaplan-Meier con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v25.0) calculando la supervivencia libre de progresión (SLP). La seguridad se determinó por medio del registro de los efectos adversos (EA), reducción de dosis, suspensión del tratamiento e ingresos hospitalarios.

RESULTADOS:

Se obtuvieron un total de 10 pacientes, 6 hombres y 4 mujeres con una edad media de 68 años (55-85) y un estadio de Rai y Binet: IA (n=1), IB (n=4), IIB (n=1), IIIC (n=2) y VIC (n=2). El 90% de los pacientes presentaron al menos un factor de mal pronóstico: IGHV no mutado (n=7), M-TP53 (n=4) y del 17p (n=1). El 60% de los pacientes se clasificó como "no fit" y un 40% como "fit". La mediana de SLP fue de 20 meses (IC95%: 15,71-24,29). Falleció únicamente 1 paciente por causas ajenas a la enfermedad. El 90% de los pacientes sufrieron algún EA: hemorragias (n=7), artralgias (n=5), náuseas (n=4), infecciones (n=4), hipertensión (n=4), astenia (n=3), alteraciones oftálmicas (n=2) y neutropenia (n=1). Como consecuencia de los EA dos pacientes precisaron reducción de dosis a 280mg/día y 6 tuvieron que suspender el tratamiento. Un paciente requirió ingreso hospitalario por causa ajena al tratamiento.

CONCLUSIONES:

- 1) El tratamiento parece mostrar efectividad en grupos con factores de riesgo según la práctica clínica. Sin embargo, debido a las limitaciones del tamaño muestral y diseño no podemos obtener conclusiones sólidas.
- 2) El tratamiento no fue bien tolerado en nuestros pacientes ya que presentaron múltiples EA requiriendo más de la mitad su suspensión.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**118. COMPARACIÓN COSTE-EFECTIVIDAD ENTRE FÓRMULAS MAGISTRALES TÓPICAS USADAS EN INFECCIONES VÍRICAS CUTÁNEAS RESISTENTES.****AUTORES**

SALAMANCA CASADO A; MIRANDA MAGAÑA M; MONTERO SALGADO B; ESCUDERO SANTOS IM; TORTAJADA GOITIA B

OBJETIVOS

Comparar, a través de su relación coste-efectividad, los tratamientos de tercera línea para infecciones víricas cutáneas elaborados como fórmulas magistrales tópicas: Cidofovir 1% crema, cidofovir 3% crema y foscarnet 2% gel.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se diseñó un estudio observacional retrospectivo de cohortes históricas. Se seleccionó una muestra con el mismo número de pacientes tratados con cidofovir tópico 1%, cidofovir tópico 3% y foscarnet tópico 2% para infecciones víricas cutáneas,



entre los años 2012 y 2021 ambos incluidos. Se calculó el coste del tratamiento para cada paciente a partir del número de dispensaciones y éste se consideró efectivo cuando desaparecieron las lesiones cutáneas. Los pacientes que abandonaron el tratamiento o presentaron intolerancia fueron considerados tratamientos no eficaces. Se estimó el coste total por paciente curado como el sumatorio de los costes en cada cohorte entre el total de pacientes curados en la misma y el coste medio corregido por eficacia como el coste medio calculado para cada tratamiento entre la correspondiente eficacia estimada. Se analizaron estadísticos descriptivos, variables cuantitativas como la media y variables cualitativas mediante distribución de frecuencias y porcentaje.

RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 27 pacientes distribuidos en 3 cohortes de 9 pacientes cada una. En la cohorte cidofovir 1%, se estimó un coste medio de 271,21 € y la eficacia reportada fue del 44%, en la cohorte cidofovir 3% el coste medio fue 702,83 € y la eficacia del 67%, y en la cohorte foscarnet 2% el coste medio fue 9,33 € y la eficacia del 67%. El coste total por cada paciente curado fue de 1054,25 €, 610,23 € y 14,00 € respectivamente para cidofovir tópico 3%, cidofovir tópico 1% y foscarnet tópico 2%. El coste medio corregido por eficacia fue de 1049,00 € para cidofovir tópico 3%, 616,39 € para cidofovir tópico 1% y 13,93 € para foscarnet tópico 2%.

CONCLUSIONES:

Los tratamientos más eficaces fueron foscarnet 2% y cidofovir 3%, pero la opción foscarnet 2% es más coste-efectiva con una diferencia de 693,50 euros con respecto a cidofovir 3%. Sería por tanto la mejor opción a la hora de tratar infecciones víricas cutáneas en tercera línea salvo intolerancia a dicho principio activo.

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

121. CAPACIDADES DIGITALES DE COMUNICACIÓN DE PACIENTES EN TELEFARMACIA

AUTORES

DOMINGUEZ CANTERO M; BLANCO CASTAÑO MA; LÓPEZ-SANTAMARÍA DONOSO J

OBJETIVOS

Conocer las capacidades digitales de comunicación (CDC) en el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en pacientes externos incluidos en un programa de telefarmacia (PTF).

MATERIALES Y MÉTODOS:

En diciembre de 2019 inició el PTF con entrega informada de medicamentos en centros de salud. Se incluyeron pacientes con enfermedad crónica. en tratamiento durante >3 meses, revisión en consulta médica periodicidad >3 meses, enfermedad estable, adherencia mayor al 90%, buena tolerancia a la medicación y/o con problemas de movilidad o dependientes. Se excluyeron los pacientes oncohematológicos, en tratamiento con eritropoyetinas, ambos por priorizar acto único, y pacientes con barreras sociales y/o tecnológicas para un seguimiento farmacoterapéutico a distancia. Estudio descriptivo, prospectivo desde septiembre 2020 a enero 2022 . Los criterios de inclusión: >18 años y usuario de PTF durante 6 o más meses.

Las habilidades digitales en TIC se midieron mediante una encuesta aleatoria vía telefónica o mediante código QR enviado a los pacientes con la medicación. Para conocer la CDC se realizaron cuatro preguntas tipo Likert sobre el manejo de correo electrónico, mensajería mediante telefonía móvil, uso de redes sociales. Además, se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad y nivel de estudios).

Los pacientes se estratificaron según su CDC: A (altas capacidades con conocimientos de redes sociales (RRSS)), B (manejo de mensajería de texto en móvil y/o e-mail. Sin manejo de RRSS) y C (comunicación exclusiva por vía telefónica).

RESULTADOS:

Se entrevistaron 106 (28,6%) pacientes de 370 pacientes incluidos en PTF. 56% hombres, 63% mayores de 50 años, 74% con estudios básicos o sin estudios

Tabla1.- Capacidades digitales de comunicación



	A	B	A+B	C	D	E	C+D+E
		Incapaz	Sin capaci- dad	Lo haría con ayuda	Lo haría sin ayuda	Si, y sabría explicar a otra per- sona	Con ca- pacidad
Confirmar la recepción de mensajes de texto al teléfono móvil y responder	6,6%	9,4%	16%	17%	30,2%	36,8%	84%
Envío y recepción de mensajes por correo electrónico	12,3%	17%	29,3%	8,5%	30,1%	32,1%	70,7%
Comenta en foros o RRSS	20,8%	19,8%	40,6%	7,5%	31,1%	28,8%	67,4%
Uso de RRSS para difundir documentos	19,8%	26,4%	46,2%	9,4%	23,7%	21,7%	54,8%

El perfil de paciente mayoritario con CDC autónomas o con ayuda (grupo C+D+E) eran hombres (27,4%), de los cuales el 30,2% tenían estudios básicos y el 21,7% con edades entre 50-69 años. De los pacientes sin capacidades (A+B) el perfil mas representativo es el de hombre con edad entre 50-69 años y estudios básicos.

La estratificación de pacientes mostró la siguiente distribución: categoría A 46,2%, categoría B 30,2% y categoría C 14,2%

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes cuentan con capacidades digitales de comunicación en TIC. Hecho que permitiría implantar nuevos canales de comunicación, como el uso de mensajería móvil o correo electrónico.

El uso de redes sociales, como canal de información o formación del servicio de farmacia, tiene un potencial uso en la mitad de los pacientes.

Existe diversidad entre las capacidades digitales, esto requiere la adaptación individual a cada paciente o recurrir a un cuidador principal en pacientes con bajo nivel de CDC.



congreso
safh

Cádiz

6-8

ABRIL

2022

construyendo
relaciones

generando
cambios

